

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde
Mestrado em Ciências para a Saúde

**INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTE
PRATICADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO: ESTUDO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências para Saúde da Escola Superior de Ciências para a Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências para a saúde.

Autora: Regiane Rodrigues da Silva

Orientadora: Prof.^a Dra. Alessandra Arrais

Brasília

2016

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde
Mestrado em Ciências para a Saúde

**INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTE
PRATICADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO: ESTUDO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências para Saúde da Escola Superior de Ciências para a Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências para a saúde.

Autora: Regiane Rodrigues da Silva

Orientadora: Prof.^a Dra. Alessandra Arrais

Brasília

2016



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde



REGIANE RODRIGUES DA SILVA

“Invisibilidade da violência contra gestante praticada pelo parceiro íntimo: estudo em uma unidade básica do Distrito Federal”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Aprovada em: 01 de abril de 2016.

Prof.(a). Dr.(a). Alessandra da Rocha Arrais

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Orientador (a)

Prof.(a). Dr.(a). Silvia Renata M. L. B. Santos
Universidade de Brasília
Examinador (a) Externo (a)

Prof.(a). Dr.(a). Dr. Ximena Pamela Bermudez
Universidade de Brasília
Examinador (a) interno (a)

Prof. Dr. Cristiano Guedes
Universidade de Brasília
Suplente

Brasília, 2016.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que me sustenta e abençoa diariamente.

Aos meus pais Regina e Francisco por todo apoio, amor e afeto dispensados em todas as fases da minha vida.

Ao meu irmão Rafael pelo apoio e por estar sempre presente.

Ao meu namorado Ilmar pelo incentivo, amor, paciência, cuidado e contribuições durante o desenvolvimento da pesquisa.

À minha orientadora Dr^a. Alessandra pelo incentivo, motivação, apoio, comprometimento, orientação durante todo o processo de elaboração da pesquisa.

À Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS pela oportunidade de aperfeiçoamento profissional e pessoal.

Aos colegas do curso pelas trocas de experiências e saberes, além das ótimas risadas e momentos de descontração.

Aos profissionais que participaram das bancas de qualificação e defesa pela disponibilidade e contribuições.

Aos colegas do trabalho pelo apoio e envolvimento na pesquisa.

À todas as mulheres que participaram da pesquisa e compartilharam um pouco de suas experiências e saberes.

“Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres”

(Rosa Luxemburgo)

RESUMO

Introdução: A violência praticada por parceiro íntimo (VPI) contra a gestante é um fenômeno prevalente, cujas repercussões afetam diretamente a saúde da mulher.

Objetivo: identificar a ocorrência de VPI entre as gestantes cadastradas na assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/DF e apreender a vivência de violência dessas mulheres. **Método:** o estudo foi norteado pela triangulação, fez uso de técnicas qualitativas e quantitativas na coleta e análise dos dados. No total, 178 gestantes participaram da aplicação do questionário e 6 delas foram convidadas para a entrevista. Os dados quantitativos foram submetidos à testes estatísticos para verificar as associações entre as variáveis com a vivência de violência e as entrevistas à análise de conteúdo.

Resultados: os dados quantitativos apontaram que a prevalência da violência em algum momento da vida foi de 33% e durante a gestação de 20,6%, sendo a violência psicológica a mais recorrente (16%). O parceiro íntimo atual ou anterior foram os principais autores da violência (75%). A vivência de violência apresentou associação com raça (valor-p= 0,0105), ter parceiro íntimo (valor-p= 0,0067), número de gestações (valor-p= 0,0105), ter feito uso de drogas antes (valor-p= 0,0307) e durante a gestação (valor-p= 0,0092), ter vivenciado violência alguma vez na vida (valor-p <0,0001), ter medo do parceiro (valor-p= 0,0002) e ter identificado problemas de saúde devido à violência (valor-p= 0,040). Os dados qualitativos mostraram que o período gestacional foi o momento em que a violência iniciou e/ou intensificou (71% dos relatos). A permanência das gestantes na situação de violência se deu por medo (30%) e ameaças (22%) do parceiro íntimo. A saída do domicílio foi a principal estratégia utilizada para romper com a violência (45% dos relatos). O uso prejudicial de substâncias psicoativas por parte do parceiro apresentou maior quantitativo de relatos como fator associado a ocorrência de violência (41% dos relatos). A principal repercussão na saúde materna foi desgaste emocional da gestante (34% das falas). A violência contra a gestante não foi abordada durante o pré-natal pelos profissionais de saúde (83% dos relatos). **Conclusão:** A violência contra a gestante ainda permanece invisibilizada no contexto da atenção básica. Defende-se que abordagem da VPI deve ser incluída nos atendimentos as gestantes durante o pré-natal, acompanhada de intervenções efetivas no enfrentamento, prevenção, proteção e promoção da saúde.

Palavras-chave: violência, parceiro íntimo, pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: The Intimate partner violence (IPV) against pregnant women is a frequent event, whose consequences affect directly the women's health. **Objective:** Identify the occurrence of IPV among pregnant women enrolled in prenatal care at a basic health unit in the Santa Maria, Brazil/DF, and therefore to meet the violence experiences lived by these women. **Method:** The study incorporated triangulation, used quantitative and qualitative techniques in data collection and analysis. A total of 178 pregnant women participated in the questionnaire and 6 of them were invited to the interview. The data was subjected to statistical tests to verify associations of variables to the experiences of violence and the context analysis of the interviews. **Results:** the prevalence of violence at some point in life was 33% and during pregnancy 20.6%, which the most recurrent was the psychological violence (16%). The current or former intimate partner were the main perpetrators of violence (75%). The experience of violence was associated with race (p-value = 0.0105), having an intimate partner (p-value = 0.0067), number of pregnancies (p-value = 0.0105), having used drugs before (p-value = 0.0307) and during pregnancy (p-value = 0.0092), have experienced violence in their lifetime (p-value <0.0001), being afraid of partner behavior (p-value = 0.0002) and having identified health problems due to violence (p-value = 0.040). The qualitative analysis show that during pregnancy the violence started and / or intensified (71% of the cases). Subjects argued that remained in same situation because of fear (30%) and intimate partner threats (22%). Pregnant women adopted the strategy to abandon their homes as the main way to deal with the violence (45%). The harmful use of psychoactive substances by the partner was the most expressive (41%) among the factors associated with the occurrence of violence. The main impact on maternal health was emotional stress of the pregnant women (34%). Violence against pregnant women was not addressed during prenatal care to health professionals (83%). **Conclusions:** Violence against pregnant women still shows to be underestimated in the context of primary care. It is argued that approach to IPV should be included in the pregnancy care during prenatal, accompanied by effective interventions to handle prevention, protection and health promotion

Key words: violence, intimate partner, prenatal care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Tabela de contingência.....	29
Tabela 2 – Tabela de contingência utilizada para o Teste Exato de Fisher.....	31
Tabela 3 – Resultados dos testes de associação.....	44
Tabela 4 – Associação significativa, df, p-valor e razão de prevalência.....	45
Tabela 5 – Caracterização das participantes.....	82
Gráfico 1 – Vivência de violência.....	42
Gráfico 2 – Violência e pré-natal.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS – Abuse Assessment Screen

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DF – Distrito Federal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NEPAV – Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PAV – Programa de Atenção à Violência

RA – Região Administrativa

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SEDEST – Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda

SES – Secretaria de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISPRENATAL – Sistema Pré-natal web

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VPI – Violência Praticada por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1. APROXIMAÇÃO COM O TEMA.....	03
2. INTRODUÇÃO.....	05
3. JUSTIFICATIVA.....	08
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
4.1. Prevalência da violência contra gestante.....	09
4.2. Violência praticada por parceiro íntimo, fatores associados e as repercussões na saúde materno-infantil.....	12
4.3. Pré-natal ambiente propício para a identificação de situações de violência.....	14
5. OBJETIVOS.....	20
5.1. Objetivo Geral.....	20
5.2. Objetivo específico.....	20
6. MÉTODO.....	21
6.1. Escolha metodológica.....	21
6.2. Participantes.....	21
6.2.1. Critérios de inclusão.....	23
6.2.2. Critérios de exclusão.....	23
6.3. Local.....	23
6.4. Instrumentos.....	24
6.5. Procedimentos de coleta dos dados.....	26
6.6. Procedimento de análise dos dados.....	27
6.7. Aspectos éticos.....	34
7. PRODUTOS.....	35
7.1. Violência contra gestante e parceiro íntimo: levantamento amostral em um centro de saúde do Distrito Federal.....	36
7.2. Violência contra gestante praticada por parceiro íntimo: o que elas têm a dizer?.....	56
7.3. A dinâmica da violência contra gestante: relatos de mulheres inscritas no pré- natal.....	77
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXOS.....	108
Anexo 1 – Abuse Assessment Screen.....	109
Anexo 2 – Plano de proteção.....	112
Anexo 3 – Parecer consubstanciado do CEP.....	113
Anexo 4 – comprovante de submissão.....	116
APÊNDICES.....	117
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	118
Apêndice 2 – Questionário sobre violência contra gestantes	120
Apêndice 3 – Roteiro de entrevista.....	129
Apêndice 4 – Locais onde procurar ajuda.....	130
Apêndice 5 – Caracterização do perfil socioeconômico das entrevistadas	131
Apêndice 6 – Organograma 1	133
Apêndice 7 – Organograma 2	134
Apêndice 8 e 9 – Quadro 1 e 2	135

1. APROXIMAÇÃO COM O TEMA

O interesse em realizar pesquisas surgiu durante a graduação, pois participei do Programa de Iniciação Científica durante três anos. O mesmo ocorreu com o tema violência, retomado na seleção de mestrado. Contudo, a abordagem em relação à gestante foi sugerida pela Coordenadora do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), já que os serviços ofertados para este público estão recebendo maiores investimentos e atenção devido à implantação da Rede Cegonha nos últimos anos. Ao analisar a assistência prestada no período gestacional foi possível observar que apesar das ações diversificadas para este público e da frequência com a que mulher comparece aos serviços de saúde, a violência é uma questão ainda pouco abordada, assim como subnotificada, subregistrada e as intervenções são desarticuladas.

Durante minha graduação em Serviço Social realizei estágio supervisionado na Central de Medidas Alternativas (CEMA), vinculada ao Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). Na ocasião, foi realizada uma parceria para coleta dos dados da pesquisa que embasou meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) junto a Casa Abrigo do DF, local que acolhe crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência. O trabalho foi intitulado “Violência contra a mulher e a decisão pelo abrigo: o caso das mulheres encaminhadas a Casa Abrigo do DF”.

Posteriormente, após concluir a graduação, em 2008, tomei posse em um concurso público no cargo de Especialista em Assistência Social, vinculado à Secretaria de Estado Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (SEDEST) e fui lotada no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Tal equipamento é responsável pelo atendimento de indivíduos e famílias que vivenciam situações de violação de direitos em decorrência de maus-tratos, violência, abandono, negligência, trabalho infantil, desaparecimento, dentre outros.

Em 2013, fui nomeada em novo concurso. Dessa vez para a Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES). Inicialmente, fui lotada no Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), onde atuei no Núcleo de Serviço Social por um mês. Após esse período, iniciei minhas atividades no Centro de Saúde nº. 02 de Santa Maria, onde atuo até a presente data. A partir dos atendimentos realizados com as mulheres percebi que situações graves de vivência de violência não recebiam o atendimento adequado, muitas vezes, por não serem compreendidas pela mulher como uma situação de saúde que deve ser abordada

durante os atendimentos, pelo silêncio diante das situações desta natureza, não abordagem do tema pelos profissionais de saúde, dentre outros fatores. Durante o pré-natal podem ser identificadas situações de violência com repercussões graves que se estendem à criança também. Por outro lado, no contato com os profissionais, também percebi a insuficiência de informações sobre a ocorrência de violência, bem como a dificuldade dos profissionais de trabalhar o tema junto à população. Tal situação também foi identificada pelos profissionais do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) da referida região que iniciaram capacitações para preenchimento das fichas de notificação. Contudo, a violência ainda permanece invisibilizada no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS), demandando estudos que auxiliem a quantificação os casos, bem como na compreensão desta vivência dada a complexidade que envolve esse tema.

Outro aspecto importante a ser considerado é que, de maneira recorrente, ouvia que a teoria não estava relacionada com a prática profissional. Mas percebo que um olhar ampliado sobre as demandas imediatas apresentadas pela comunidade permite um diálogo com os referenciais teóricos disponíveis. E esse movimento, entre teoria e prática, é fundamental para qualificar as ações desenvolvidas, o que me motivou a participar da seleção de mestrado. Desse modo, a pesquisa que foi realizada durante o mestrado é também fruto dos desafios, questionamentos e necessidade de qualificação das ações desempenhadas no meu cotidiano profissional.

2. INTRODUÇÃO

A maternidade é permeada por aspectos sociais, culturais, raciais, étnicos, além de questões de gênero que lhe são intrínsecas¹. A vivência desse momento não ocorre de maneira padronizada para todas as mulheres, tampouco se restringe às mudanças fisiológicas. Ao contrário, tais mudanças repercutem nas relações sociais, familiares, afetivo-emocionais, bem como em aspectos psicológicos¹. Durante a gestação, a vivência de violência pode iniciar ou se intensificar^{2,3}.

A violência abarca todos os atos de ameaça, força ou discriminação que incidem sobre as mulheres, seja na esfera pública ou privada, além dos sofrimentos físicos, psicológicos, sexuais, cuja intenção é intimidar, punir e humilhar, ferindo a integridade física e subjetiva das mulheres que vivenciam situações de violência⁴. A violência contra a mulher é resultado de uma articulação entre variáveis como exclusão estrutural e pobreza, apesar de não se restringir a essas variáveis, que se fazem sentir nas esferas econômicas, políticas, sociais, sendo a violência um meio massivo e estrutural de submissão das mulheres aos homens⁴. A violência praticada por parceiros íntimos (VPI) está incluída no conceito acima e abarca comportamentos abusivo, controlador, danos e agressões entre os envolvidos na relação íntima⁵.

Apesar da magnitude do fenômeno da violência, este apenas recentemente tem sido registrado em sistemas de informação específicos, principalmente no âmbito da saúde. Os sistemas que registram e monitoram tais situações são relacionados à mortalidade, à morbidade e a notificação compulsória⁶. Porém, cada um tem uma finalidade distinta. O de mortalidade se dedica a questões epidemiológicas e de base populacional, já o de morbidade é utilizado administrativamente para tratar dos custos das internações realizadas no SUS. Ainda que estes sistemas sinalizem os casos mais graves e evidenciem a violência, apresentam limitações na medida em que não abarcam os atendimentos ofertados na rede privada de saúde, mesmo diante de graves lesões, além de não incluir os atendimentos realizados nos casos que não demandam intervenção médica⁶.

As limitações nos registros e monitoramento das informações dificultam a quantificação de situações que envolvem violência, refletindo nas intervenções adotadas. Ademais, mesmo diante da obrigatoriedade de realizar a notificação diante de casos de violência, observa-se um número pequeno de registros pelas equipes de saúde, indicando

que esta questão precisa ser discutida nos serviços de modo que, seja disponibilizado à mulher o suporte necessário ao seu fortalecimento e empoderamento para ruptura com a situação de violência. As unidades de saúde, principalmente as de APS, tem contato privilegiado com as mulheres da comunidade, em especial durante o pré-natal. Isto pode favorecer a identificação precoce de situações que se configuram como risco potencial para ocorrência de violência. Esta deve ser uma demanda trabalhada junto à comunidade a fim que sejam elaboradas estratégias conjuntas para seu enfrentamento.

No Distrito Federal, no ano de 2014, foram notificados 2200 casos de violência contra a mulher em diferentes faixas etárias. Na região de Santa Maria, local onde a pesquisa foi realizada, constam apenas 42 notificações ⁷. O boletim confeccionado pelo Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV) não menciona o percentual de mulheres que estavam gestantes quando a notificação foi realizada, apesar desta informação constar na ficha. O número baixo de notificações contribui para invisibilidade e subestimação da violência contra gestante. Além disso, o preenchimento incompleto e/ou equivocado da ficha de notificação realizado pelos profissionais de saúde dificulta a compreensão e o retrato do fenômeno da violência de maneira fidedigna. A insuficiência de informações sobre a violência contra a gestante pode mascarar uma situação grave que atinge muitas mulheres.

As mulheres ao recorrerem aos serviços de saúde em decorrência de situações de violência podem apresentar demandas diversas, sem que o tema violência seja abordado diretamente, reforçando essa questão como algo velado e que deve ser encoberto. A invisibilidade das situações de violência ocorre tanto pelo fato da mesma ser entendida como um problema individual, o que retira o caráter de transgressão de direitos e prejuízos à saúde, como pelo não reconhecimento da violência ⁸. Desse modo, a visibilidade do tema pressupõe o reconhecimento da violência como uma questão de gênero, cuja repercussão não se limita ao contexto privado ⁹.

Diante deste cenário de informações fragmentadas e subnotificadas surgiu o interesse em realizar uma investigação científica exploratória, cujo objetivo foi identificar a ocorrência da violência praticada por parceiro íntimo (VPI) entre as gestantes cadastradas no pré-natal em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/DF e apreender a vivência de violência dessas mulheres. Supõe-se que o quantitativo de mulheres expostas à situações de violência é superior ao apresentado nas estatísticas da referida localidade e que este tema ainda não tem recebido a atenção devida no contexto da atenção básica.

A estruturação da dissertação segue o “Modelo escandinavo”, em que os resultados são apresentados na forma de artigos. A partir desse formato o trabalho foi organizado como descrito a seguir:

Será realizada aproximação com os estudos e teorias que fundamentaram a pesquisa na parte do referencial teórico. Posteriormente, serão apresentados os objetivos e o delineamento da pesquisa. Por fim, os produtos que consistem em três artigos serão apresentados, seguidos de uma breve conclusão do estudo.

3. JUSTIFICATIVA

Abordar a violência contra a mulher é necessariamente lançar uma reflexão acerca do arcabouço cultural versado no patriarcado e na impunidade que nega a cidadania às mulheres ¹⁰. Ao se questionar a violência, conseqüentemente, todo o código cultural que fundamenta e legitima tal prática está sendo questionado ¹¹. A identificação das situações de violência praticadas por parceiro íntimo no período gestacional é um passo inicial para que sejam reunidas informações e elaboradas estratégias de enfrentamento, prevenção e tratamento das sequelas ².

Assim, conhecer a experiência de violência das gestantes permite potencializar a intervenção, além de colaborar no delineamento das ações, tendo em vista que se perceber em relações que envolvem violência nem sempre ocorre de maneira automática ¹². A maneira como a identidade de gênero hegemônica é apropriada ou não pelos membros da família e os seus processos de transformação são chaves para análise e resolução de conflitos que emergem no interior da família ¹³.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Prevalência da violência contra gestante

A violência é um fenômeno sociohistórico que acompanha a humanidade desde sua origem. Não se constitui a priori demanda de saúde pública. Contudo, na medida em que afeta a saúde individual e coletiva exige o desenvolvimento de ações e políticas públicas capazes de fazer frente a essa questão⁹. Então passa a ser considerada também como uma importante questão de saúde e violação de direitos dada sua magnitude e impactos de sua ocorrência¹⁴.

A desigualdade nas relações de gênero repercute no ambiente público e privado gerando uma dicotomia. Esta propicia um espaço para análise da correlação de forças, uma vez que a reprodução das relações sociais hegemônicas e a consolidação da mulher como subordinada participam desta mesma dinâmica¹⁵. Nesse sentido, o privado é entendido como o lugar da intimidade, no qual as mulheres permanecem excluídas da cidadania devido às restrições que cerceavam seus direitos, tanto no interior da esfera doméstica, quanto na pública, pois, a esfera pública é entendida como oposta a tudo que remete ao privado¹⁶.

O gênero não deve ser entendido apenas como uma “inscrição cultural” de significado num sexo previamente estabelecido, mas tem que levar em consideração a produção mediante a qual os sexos foram estabelecidos¹⁷. Em alguns casos, a construção de gênero indica um certo determinismo quanto aos significados atribuídos aos corpos diferenciados anatomicamente por compreender os corpos como passíveis a uma lei cultural implacável. Entendido desta forma, o gênero se apresentaria tão determinado e fixo quanto o sexo¹⁷. É impossível dissociar gênero do contexto político e cultural no qual o mesmo é produzido e mantido. A complexidade do termo gênero e sua totalidade jamais serão plenamente abordados em nenhum contexto considerado¹⁷.

A família pode se tornar um espaço privilegiado para manifestação das relações assimétricas entre os gêneros, pois generaliza discursos, reinterpreta valores e normas culturais. Assim, a interação entre os membros da família pode gerar conflitos, antagonismos ou se conformar aos modelos conservadores de gênero¹³. A identidade de gênero entre os casais é formada por meio de um contrato implícito, criado na convivência

cotidiana, cujo impacto reflete nas relações criadas e recriadas diariamente ¹³. O movimento feminista tem um papel fundamental no questionamento da naturalização das relações desiguais entre os gêneros, tanto no espaço público quanto privado, ao mesmo passo que também questiona a violência que ocorre nessas relações.

Por muito tempo, a violência contra a mulher se limitou ao ambiente doméstico e por estar inserida no âmbito dos conflitos interpessoais mereceu pouca atenção. Mas na passagem de 1970 para 1980, período final do regime militar, o movimento feminista se apoderou do espaço público de forma ampla e heterogênea a fim de contestar o totalitarismo e fomentar propostas democráticas ¹⁸. Além disso, as feministas contestaram também o assassinato de mulheres “por amor” e “em defesa da honra”, tais lutas se ampliaram no início dos anos 80, denunciando os espancamentos e maus-tratos nas relações conjugais e dando impulso à criação de serviços especializados para as mulheres em situação de violência ^{4,9}.

A politização da violência contra as mulheres foi uma das mais importantes contribuições do movimento de mulheres e feminista para aprimorar a cidadania no Brasil ¹⁸. Foram muitos anos de militância para que as mulheres pudessem dispor de um aparato legal e para que o Estado reconhecesse a violência doméstica e familiar contra as mulheres como uma questão pública e não relegada apenas ao ambiente privado. Nesse marco, encontra-se a Lei nº. 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, sancionada em 07 de agosto de 2006 pelo Presidente da República ¹⁹. A lei apresenta detalhadamente os conceitos e as diferentes formas de violência perpetrada contra as mulheres, com a pretensão de ser um mecanismo de mudança política, jurídica e cultural ²⁰. Além de criar mecanismos para coibir e prevenir situações de violência dessa natureza, independente se o vínculo afetivo com o agressor é atual ou passado, criar os Juizados de Violência Doméstica e Familiar e definir as providências necessárias tanto para assistência quanto proteção dessas mulheres ²⁰.

Mas, apesar dos aparatos legais observa-se um percentual elevado de violência contra a mulher. Uma a cada três mulheres sofre algum tipo de violência no mundo, geralmente o autor da violência é o parceiro íntimo ⁵. Outros estudos também confirmam esse dado ^{5,21-23}. As mulheres estão mais vulneráveis à situação de violência, visto que a mesma ocorre em um ambiente no qual estão imersos relações de cumplicidade, amor, afeto, paixão, mas também de raiva, desrespeito, violência ⁴. Neste contexto, a residência é um espaço que remete a perigo ⁷⁵.

O percentual de violência que resulta em assassinatos de mulheres, insere o Brasil na 5ª posição na comparação realizada entre 83 países do mundo. O quantitativo é de 4,8 homicídios em cada 100 mil mulheres ²⁴. Outro estudo mostrou que uma a cada três mulheres foi morta por feminicídio no Distrito Federal, no período de set/2006 a set/2011 ⁷⁵. Mesmo diante desse percentual significativo, apenas em 2015, foi realizada alteração no Código Penal brasileiro, por meio da Lei 13.104/15, para inserção do feminicídio no rol dos crimes hediondos que caracteriza o crime contra mulheres por questões de gênero. Esta lei intensifica a pena do autor da violência de um terço até a metade da pena imputada se a mulher estiver gestante ou no pós-parto ²⁵. O feminicídio é o assassinato de mulheres em decorrência do gênero, em um contexto marcado pelo patriarcado, que envolve a prática de um crime carregado de crueldade e ódio contra as mulheres ⁷⁵.

A violência contra a gestante ocorre nas relações íntimas, inclusive, é um evento rotineiro, mais recorrente do que algumas intercorrências identificadas durante o acompanhamento pré-natal ². Contudo, é uma questão pouco abordada pela equipe de saúde. Um estudo multicêntrico realizado pela OMS ²⁶ sobre saúde da mulher e violência doméstica mostrou que a prevalência da violência física contra a gestante varia de 1% no Japão a 28% na Província do Peru e na maioria dos países pesquisados a violência figurava entre 4 e 12%. Outro estudo apresentou prevalência superior variando de 13 a 61% no caso de violência física e de 6 a 59% das mulheres relataram ter sido estupradas ²⁷. Se é tão prevalente, porque não se aborda esse tema durante o acompanhamento pré-natal?

No Brasil, pesquisas evidenciam que aproximadamente 13% das mulheres afirmam que durante a gestação as situações de violência ficam mais recorrentes ou severas ²⁸. A ocorrência de violência física e sexual é pendular, varia entre 1 e 20%, sendo tais índices igualmente elevados nos primeiros seis meses após o nascimento da criança ^{28, 29}. Outros estudos apresentam percentuais mais elevados de violência contra a gestante ²⁸⁻³². Os resultados coletados sobre violência não permitem uma padronização devido aos diferentes métodos, instrumentos, abordagens e técnicas utilizadas nas pesquisas ²⁶.

Os tipos de violência mais frequentes são violência física (51,16%), seguida de violência psicológica (30,92%) e moral (7,13%) ²¹. Em outros estudos a violência psicológica se mostra mais recorrente ^{31, 33, 34}. Os tipos de violência elencados não diferem dos dados apresentados em outras pesquisas realizadas no Brasil e no mundo ^{1, 32, 35}. As mulheres estão mais propensas a sofrerem agressões, durante a gestação, do que as não grávidas ^{3, 31, 36}. Esta fase do ciclo de vida também pode acentuar as repercussões da

violência, tendo em vista que a gestação ou a maternidade pode modificar a exposição de uma mulher a situações de violência, bem como interferir em seu enfrentamento ^{2, 36}. Mesmo assim, a violência é raramente abordada pela equipe durante o todo o ciclo gravídico-puerperal.

4.2 Violência praticada por parceiro íntimo, fatores associados e as repercussões na saúde materno-infantil

A violência em decorrência do número de vítimas e da magnitude das sequelas tanto orgânicas como emocionais tornou-se uma questão endêmica e um grave problema de saúde em diversos países, alertava a OPAS, já em 1994 ³⁷. Desde então, o perfil de morbimortalidade das Américas sinaliza que a violência é um problema social e uma das principais causas de óbito e demandas aos serviços de saúde ^{37, 38}. Durante a gestação, ela pode ser mais recorrente do que a pré-eclâmpsia e a diabetes gestacional ²⁸.

A violência é considerada uma causa externa no que se refere ao diagnóstico ³⁶ e apesar das causas externas não ocuparem os primeiros lugares no *ranking* de mortes ⁶, no que tange aos óbitos femininos, elas podem ocasionar a morte, em sua maioria, de mulheres na faixa etária entre 15 anos e 44 anos. O percentual é mais significativo do que os óbitos por malária, câncer, acidentes e guerras ³⁹. No entanto, as mortes violentas de mulheres são evitáveis e os homens que realizam tais atos são os responsáveis por este crime, cujo contexto são as relações de gênero ⁷⁵. A Lei do feminicídio contribui para a responsabilização de maneira mais severa dos autores da violência contra a mulher, além de evidenciar um fenômeno que permanecia invisibilizado e diluído na classificação como homicídio, mesmo apresentando contornos diferenciados.

Todavia, as repercussões não fatais dos episódios de violência vivenciados pelas mulheres são graves e representam custos significativos que não se limitam aos traumas e lesões, mas abarcam as múltiplas formas como essa vivência se expressa ⁶. As manifestações da violência causam prejuízos de ordem econômica, emocional e social. No âmbito da saúde, impactam no aumento dos gastos com atendimentos de emergência, assistência e reabilitação, o que demanda um investimento maior do que procedimentos convencionais ⁹.

A violência contra a gestante impacta negativamente sua saúde, além de ocasionar transtornos de ordens diversas como dores crônicas, infecções urinárias, transtornos de comportamento, depressão, ideação suicida ^{27, 28}. A vivência de VPI física e/ou sexual,

isoladamente ou de maneira conjugada, está diretamente relacionada à qualidade da saúde da mulher. Esta está mais propensa a avaliar sua saúde negativamente se comparada as que nunca vivenciaram situações de violência pelo parceiro.

Os efeitos da violência podem emergir de maneira imediata por meio de queixas de inflamação pélvica, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, anemia dentre outros ^{40, 41}. No entanto, a violência também pode desencadear dores crônicas, distúrbios neurológicos, gastrointestinais, estresse, depressão, transtorno de ansiedade e em casos mais extremos motivar o suicídio ^{28, 40}. Os efeitos da violência podem perdurar um longo período após a ocorrência do fato, afetando consideravelmente a saúde da mulher ⁴².

Os prejuízos causados pela violência têm características específicas na gestação como retardo para iniciar o pré-natal, abortamento, natimortalidade, perdas fetais, ruptura prematura da membrana, morte materna ^{29, 36}. Outro aspecto peculiar é que durante a gestação a violência é direcionada ao abdômen aponta pesquisa realizada pela OMS ⁴². Um quarto das mulheres que vivenciaram violência nesse período da vida mencionou tal situação. A violência contra a gestante, além de provocar agravos à saúde da mulher contribui para o aumento de óbitos perinatais ^{2, 28, 40, 43}. Também propicia prematuridade e baixo peso ao nascer ³⁰.

As gestantes que vivenciam VPI apresentam maior probabilidade de ter uma assistência pré-natal considerada insatisfatória ²⁹. A assistência chega a ser avaliada como duas vezes pior, se comparada as mulheres que não vivenciam violência. A qualidade do pré-natal também é influenciada por questões socioeconômicas, pela qualidade da vinculação conjugal, hábitos de vida e história reprodutiva ²⁹.

Avalia-se que a saúde não se esgota no acesso aos serviços, medicamentos e atendimento médico, sendo necessário reconhecer o sujeito em suas relações sociais, o contexto no qual o mesmo está inserido e o impacto dessas variáveis em suas condições de vida e saúde ^{29, 44}. É preciso compreender o indivíduo em sua totalidade. Evidências apontam que pessoas com baixo rendimento recorrem menos aos serviços de saúde e tem uma maior probabilidade de apresentar doenças crônicas ⁴⁴. No contexto brasileiro, as desigualdades no âmbito social, econômico, cultural, político, educacional, no acesso aos serviços públicos e recursos acentuam a situação de vulnerabilidade das mulheres. Assim, a igualdade entre os gêneros progride na medida em que se avança na eliminação das desigualdades sociais ³³.

É imprescindível que as características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, hábitos de vida sejam analisados, especialmente, se associados à vivência de violência^{29,33}. O desemprego, as relações de trabalho precarizadas, o empobrecimento, acrescido do desmonte das políticas sociais repercutem no cotidiano das famílias, afetando as relações íntimas⁴⁵. A ocorrência da violência também repercute no estado civil das mulheres, pois a ocorrência de violência extrema aumenta em 132% a taxa de divórcio⁴¹. Outros fatores de risco para a ocorrência de violência são a baixa escolaridade, relacionamento instável, ser a gestante ou o casal responsável pela família, a vivência de situações de violência na infância^{46,47}. Vivenciar violência pode limitar a capacidade das mulheres em cuidar de seus filhos^{41, 43}. E estes podem desenvolver problemas comportamentais e emocionais devido à referida exposição⁴⁸, além da possibilidade de reproduzir situações de violência posteriormente.

A ingestão de bebidas alcoólicas pela gestante elevou em quatro vezes a probabilidade de vivenciar violência física/sexual e se a relação íntima for instável aumentou em mais duas vezes⁴³. Desse modo, as condições de manutenção e reprodução da vida familiar e humana se defrontam com diferentes obstáculos, as representações antigas são modificadas, as desigualdades de gênero reconfiguradas, e os homens e mulheres passam a vivenciar novos conflitos, o que demonstra a associação direta entre condições de saúde e sociais⁴⁵.

4.3 Pré-natal ambiente propício a identificação de situações de violência

O olhar ampliado sobre a saúde da mulher permite que os profissionais identifiquem durante os atendimentos situações que podem sinalizar a ocorrência de violência como somatizações, queixas infundadas, desconfortos, depressão, dores durante a relação sexual, dentre outras⁴⁹. A prática profissional norteadada pelo conceito ampliado de saúde prescinde da realização de atividades que extrapolem o espaço do consultório e a decifração da realidade para além do que está mencionado nas demandas explícitas e imediatas.

Alguns espaços favorecem a identificação de situações de violência como pré-natal, visitas domiciliares, grupos, atendimentos que não são voltados especificamente à mulher como atendimento à criança, curativos, vacinas, triagem⁵⁰. Contudo, os profissionais, geralmente, não utilizam instrumentos específicos para identificação da

violência, tampouco para o levantamento acerca das necessidades das mulheres ⁵⁰. As situações de violência geralmente não iniciam no período gestacional, tendo em vista que sua incidência de maneira recorrente se configura como um padrão regular e sistemático da relação íntima ²⁹. No entanto, a vivência de situações de violência, especialmente no contexto das relações íntimas, é de difícil revelação tanto no espaço da pesquisa de caráter científico, como nas intervenções em saúde ⁵¹.

No contexto da Atenção Primária a Saúde (APS), a invisibilidade da violência contra a gestante pode estar associada a não abordagem do tema durante os contatos nos serviços. Por outro lado, também pode estar relacionada com o sexismo dos profissionais de saúde. Park ³ e OSIS ⁵² observaram em seus estudos que entre 61 e 98,5% das mulheres verbalizaram que a violência por parceiro íntimo não foi abordada durante o pré-natal. Uma revisão bibliográfica realizada sobre o rastreamento de violência por parceiro íntimo nos serviços saúde aponta que as principais barreiras mencionadas nos estudos se referem à insuficiência de conhecimento sobre o tema, tempo reduzido nos atendimentos, ausência de intervenções eficazes, além do medo de ofender a paciente e de que ela não aborde a questão ⁵³.

As dificuldades encontradas no contexto brasileiro, segundo a literatura, não diferem da realidade mundial. Os entraves observados pelos profissionais para identificação de situações desta natureza estão diretamente relacionadas ao silêncio apresentado pelas mulheres, falta de capacitação, desconhecimento dos recursos comunitários e dos procedimentos adequados para o andamento do caso, falta de interesse dos profissionais, o tema é de difícil abordagem, medo de se envolverem, de sofrerem violência, sentimento de impotência, barreiras institucionais, dentre outros ^{45, 49, 52, 54}. No cotidiano profissional, tais barreiras são perceptíveis e dificultam a adoção de ações efetivas no enfrentamento a violência.

Muitos profissionais preferem lidar apenas com doenças, pois as intervenções já estão estabelecidas pela biomedicina ⁵⁵. Outros, não reconhecem a violência enquanto demanda de saúde pública ⁵⁴. Em contrapartida, outro estudo evidenciou que 93,2% dos profissionais reconhecem sua responsabilidade, enquanto profissionais de saúde, de incentivar a mulher a romper com a situação de violência, 96,8% acreditam que devem ser fornecidas outras possibilidades de atendimento, 92,2% defendem que devem estar alerta aos sinais da violência. A maior parte dos entrevistados, 93,7%, argumentou que os profissionais não devem cuidar apenas dos machucados, sem questionar sobre a

situação e orientar ⁵⁴. Assim, a concepção ampliada de saúde permitiria um atendimento integral e acolhedor, interessado na resolutividade da demanda.

A dicotomia entre o biológico e o social traz a ideia de que apenas o primeiro deve ser o foco dos serviços de saúde ⁵⁰. Todavia, tal pensamento reafirma a lógica medicalizadora e alienante da intervenção limitada a aspectos biomédicos. A prática profissional concretizada por meio de intervenções de caráter puramente biologizante reforçam a reprodução do modelo de atenção à saúde privatista. Este está alicerçado no neoliberalismo, cujo foco principal é o atendimento das necessidades do capital, por meio de investimento estatal direto e/ou indireto, em detrimento à satisfação das demandas apresentadas pela população usuária dos serviços. O caráter das ações é meramente curativo ⁵⁶.

Outro aspecto relevante é o número pequeno de registros de violência. Em alguns casos, mesmo que a situação de violência seja identificada, o registro não é feito no prontuário e as intervenções devidas não são adotadas ⁵¹. Mesmo quando registradas, tais informações ainda carecem de aprimoramento a fim de que sejam capazes de auxiliar no dimensionamento da violência contra as mulheres. Esse pode ser usado como um canal de visibilidade da ocorrência de violência, embora não seja o único ⁵⁷. Percebe-se que esta é uma questão pouco abordada no contexto institucional, bem como pouco notificada, apesar do caráter compulsório desse instrumento, segundo Lei nº. 10.778 de 2003 ⁵⁸. Em outro estudo dificuldades semelhantes foram identificadas durante o levantamento de dados junto a instituições públicas ⁷⁵

Além de se constituir um espaço favorável à identificação de situações de violência, o pré-natal pode favorecer a elaboração de intervenções de caráter preventivo ^{2, 28}. A observação cautelosa durante o pré-natal, o acolhimento adequado e a escuta qualificada podem oferecer elementos para que a mulher que sofre violência reaja de maneira positiva no que se refere à sua proteção e a do bebê ²⁸. O pré-natal pode ser a única oportunidade de identificar e referenciar a mulher aos serviços existentes ^{2, 3}.

O ambiente do pré-natal também é propício à socialização de informações sobre direitos. No período gestacional, a mulher recorre aos serviços de saúde frequentemente tanto para participação de consultas, realização de exames como acompanhamento após o nascimento da criança ³⁶. A vinculação da mulher ao serviço de saúde deve ser potencializada no que tange ao enfrentamento da violência. O contato continuado e recorrente pode criar espaço para a discussão acerca de assuntos considerados constrangedores, como é o caso da violência ²⁹.

A vinculação também facilita a identificação das mulheres que não estão realizando pré-natal ou que este foi iniciado tardiamente. Pesquisas apontam que algumas gestantes que vivenciam situações de violência sexual podem não realizar o pré-natal ou retardar seu início ²⁸. A ocorrência de violência por parceiro íntimo está diretamente relacionada à má qualidade do pré-natal tanto por impactar sua saúde como por dificultar seu acesso aos serviços ²⁹. O Congresso Americano de Ginecologia e Obstetrícia apresenta como diretriz que o rastreio em relação à violência por parceiro íntimo contra a mulher pelos médicos deve ser feito com todas as pacientes ³.

Essa prática de questionamento a todas as mulheres que utilizam os serviços de saúde sobre a vivência de situações de violência tem sido sugerida recentemente para intervir de maneira adequada na situação ^{36, 53}. Contudo, não há consenso sobre o profissional que deveria fazê-lo ³⁸. A rotina de rastreio da violência nas unidades de saúde possibilita a adoção de intervenções que reduzam a incidência de violência e propiciem melhores condições de vida e saúde ⁴⁰. Uma revisão sistemática apontou que há evidências de que o rastreio da violência praticada contra mulheres por parceiros íntimos nos serviços de saúde aumenta em 103% a identificação dos casos se comparado ao atendimento habitual ⁵⁹.

O rastreio da violência deve vir acompanhado de intervenções efetivas que contribuam para o empoderamento das mulheres e ruptura com o ciclo de violência. Para tanto, é importante que os profissionais abordem o tema em local seguro e acolhedor, sem julgamento, sem pressa, ofertem o apoio necessário, disponibilizem as informações adequadas e minimizem o estigma ³⁸. Uma revisão bibliográfica realizada com o objetivo de evidenciar a aceitação e efetividade do rastreio da violência doméstica contra a mulher nos serviços de saúde obteve como resultado, a partir da análise de 20 artigos, que 43 a 85% das mulheres consideram o rastreio da violência aceitável ⁶⁰. Em outro estudo, as mulheres acreditam que o rastreio é uma maneira socialmente aceita para romper com o silêncio, além de possibilitar a mudança da situação ³⁸.

A APS pode viabilizar a ampliação das ações de enfrentamento e prevenção às situações de violência de modo a garantir o pleno exercício dos direitos afiançados constitucionalmente, bem como o da cidadania. É imprescindível ter clareza que a violência é um fenômeno complexo e multifacetado. Assim, a ruptura com situações desta natureza é processual. Cada mulher tem seu tempo para reunir as condições necessárias à ruptura do ciclo de violência ⁶¹. Em contrapartida, o profissional deve reunir meios de introduzir esta questão no atendimento às gestantes partícipes do pré-natal e,

principalmente, desenvolver estratégias de fortalecimento e empoderamento dessas mulheres. A percepção dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de violência impacta diretamente as ações desenvolvidas. As intervenções compartimentalizadas e dissociadas de discussões e intervenções multiprofissionais restringem as possibilidades de enfrentamento.

O enfrentamento a situações de violência exige a valorização da vida humana tanto a nível individual quanto grupal, bem como o exercício da cidadania³⁹. As respostas carregadas de conteúdo violento, associada a diversos fatores, podem ser modificadas⁶². A relevância das ações de cunho preventivo no âmbito da violência refere-se à possibilidade de delinear políticas públicas e obter resultados satisfatórios não apenas para quem vivencia, alcançando os autores da violência⁶³. A área de saúde vislumbra a capacidade de recuperação e reabilitação, mais do que as outras como segurança e justiça⁶². Além disso, ações de promoção de saúde também devem ser adotadas, pois são eficazes na diminuição das diferentes formas de expressão da violência⁶².

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) mostra-se como uma importante estratégia de enfrentamento a fragmentação da assistência e gestão da saúde. A realização de um trabalho articulado exige trocas constantes entre os profissionais, fluxos definidos, investimentos em educação em saúde, nos processos de trabalho, em disseminação de informação, fortalecimento dos mecanismos de controle social, dentre outros⁶⁴. A APS tem um espaço estratégico na articulação dessa Rede. Percebe-se que o fortalecimento da APS repercute na redução dos gastos, haja vista que possibilita a realização de ações de caráter preventivo⁶⁴.

Desse modo, a APS possui um papel fundamental como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, tendo em vista que atua em território delimitado, com práticas interdisciplinares e democráticas, tanto a nível gerencial como sanitárias, realizadas a partir do local no qual o sujeito está inserido⁶⁴. Todavia, a adequação da atenção primária ao que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é um processo constante e que denota a reorientação do modelo de assistência à saúde no Brasil. As relações de cuidado estabelecidas devem estar centradas nas necessidades da população demandante, em detrimento das necessidades mercadológicas⁶⁵. Assim, o cuidado deve ser priorizado, bem como a autonomia dos sujeitos, o atendimento humanizado e de qualidade.

Na medida em que as ações são sensíveis às necessidades das mulheres e ao seu relato pode contribuir no processo de empoderamento a ponto dela romper com as relações violentas e de reproduzir relações desta natureza a partir do questionamento de

tais práticas e construção de novas formas de sociabilidade. No entanto, esse processo de ruptura é marcado por um caminho crítico permeado por fatores potencializadores ou inibidores da decisão. Os fatores que facilitam a ruptura compreendem comportamentos pessoais, fadiga em suportar humilhações, revolta pela violência direcionada aos filhos, risco de morte. Por outro lado, o medo, vergonha, amor, escassez de apoio social e institucional, falta de orientação, revitimização inibem e dificultam o processo de ruptura⁶⁶. Entender as nuances desse processo possibilitam qualificar as ações desenvolvidas.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Identificar a ocorrência da violência praticada por parceiro íntimo (VPI) entre as gestantes cadastradas na assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/DF e apreender a vivência de violência dessas mulheres.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características socioeconômicas, informações sobre os parceiros, condições obstétricas, vivência de violência e a rede social de apoio das grávidas inscritas no pré-natal;
- verificar os tipos de violência prevalentes;
- verificar a associação das variáveis do estudo com a vivência de violência;
- caracterizar a violência praticada pelo parceiro íntimo;
- abordar a dinâmica da violência.

6. MÉTODO

6.1 Escolha metodológica

Este é um estudo que optou por realizar a triangulação de métodos no intuito de aprofundar o conhecimento sobre o problema de pesquisa e para isto fez uso de técnicas qualitativas e quantitativas na coleta e análise dos dados. A triangulação é uma estratégia para o estabelecimento de diálogo entre diferentes saberes de modo a possibilitar a fluída comunicação entre teoria e prática, agregando múltiplas formas de olhar para um mesmo fenômeno e garantindo os requisitos de cientificidade tanto dos métodos qualitativos quanto quantitativos ⁶⁸.

A parte quantitativa foi coletada por meio um questionário e foi realizado um corte transversal analítico. O corte transversal é adequado ao estudo por ser utilizado em um momento específico para descrição de características de uma população no que tange as suas variáveis e aos seus padrões de distribuição, além de se mostrar uma forma econômica e de fácil controle ⁶⁷.

Os dados quantitativos permitiram identificar a ocorrência de VPI na gestação e associar as variáveis do estudo com a vivência de violência, considerando como variável dependente a ocorrência de violência por parceiro íntimo e independente os aspectos socioeconômicos, informações do parceiro, condições obstétricas e rede de apoio das gestantes inscritas no pré-natal. Por outro lado, a complexidade do tema de pesquisa favoreceu a utilização de outras formas de coleta de dados. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas. Estas exploraram a apreensão da vivência de violência pelas gestantes. Ambos os dados foram coletados na Região Administrativa de Santa Maria/DF. A utilização a triangulação visa convergir as duas maneiras de coletar dados no sentido de ampliar a análise sobre o problema de pesquisa ⁶⁸.

6.2 Participantes

As participantes da pesquisa foram gestantes inscritas no pré-natal em uma unidade básica de Santa Maria/DF, local onde a pesquisadora trabalha. A princípio todas as gestantes da Regional seriam consideradas elegíveis a participar da pesquisa. Mas,

diversas dificuldades foram encontradas para definição da amostra. Apesar da Regional de Santa Maria fazer uso do Sistema de Informações sobre a Atenção Básica (SIAB), que concentra informações sobre os atendimentos realizados pelos agentes comunitários de saúde (ACS), incluindo informações sobre o pré-natal, os Centros de saúde não alimentam o referido sistema, por não ter ACS que componha a equipe. Ademais, os dados do SIAB repetem as gestantes em todos os meses da gestação não sendo possível identificar as novas inscrições de pré-natal, já que a gestante é contabilizada mais de uma vez durante o período gestacional. Outro obstáculo encontrado é o fato de que o DF não utiliza o Sistema SISPRENATAL por dificuldades no acesso e no registro das informações, que reúne as informações sobre as gestantes, ainda que este seja um importante aliado na avaliação da assistência prestada. Outras base de dado que poderia auxiliar na captação dessas mulheres que sofrem violência seria o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Todavia, os dados que constam nos referidos sistema não espelham a realidade devido ao número reduzido de notificações realizadas pelos profissionais de saúde.

Assim, os dados das intervenções nesse ciclo de vida estão dispersos e poucos são informatizados. Desse modo, a localização dos dados foi possível apenas por meio dos registros manuscritos de cada unidade de saúde, sendo necessária a realização de visita em cada uma das 13 unidades de atenção primária a saúde para obtenção das informações sobre as gestantes inscritas no pré-natal e elaboração de uma lista unificada das gestantes atendidas no pré-natal de cada uma delas, o que demandou esforço adicional da pesquisadora. A utilização das listas tornou-se inviável devido à ausência de padronização das informações obtidas na inscrição do pré-natal, bem como preenchimento incompleto dos campos e de difícil compreensão. Acrescido a isso, o contato com as gestantes seria realizado por telefone. Mas, em geral os números estavam indisponíveis e incompletos, dificultando o contato. As informações pulverizadas comprometeram a apreensão dos dados sobre as gestantes. Diante disso, o estudo teve que ser reduzido.

Outra dificuldade encontrada para realização da pesquisa em todas as unidades foi a ausência de auxiliar de pesquisa para coletar os dados nas diferentes unidades e de ajuda de custo, na ausência do auxiliar, para que a gestante se locomovesse até a unidade em que a pesquisadora trabalha. Além disso, a pesquisadora não teria condições de arcar com eventualidades que pudessem ocasionar riscos para a gestante e o bebê durante o deslocamento. Pelos motivos elencados, optou-se por realizar a pesquisa em apenas uma das unidades de saúde, aproveitando que as gestantes já estavam em atendimento no local.

Observou-se os registros manuais da unidade em que a pesquisa foi realizada no intuito de verificar o quantitativo de gestantes acompanhadas no pré-natal durante o ano de 2015. Os atendimentos mensais geralmente são contabilizados a partir da produtividade dos profissionais. Assim, uma mesma gestante pode ser atendida no mesmo mês por diversos profissionais, o que dificultaria a estimativa de gestantes atendidas por mês, sem que haja duplicidade na contagem. Desse modo, a partir de uma média, realizada por meio dos registros de pré-natal de 2014, aproximadamente 550 inscrições de pré-natal foram estimadas para o ano de 2015 e a amostra foi calculada em 171 gestantes, cuja frequência foi definida em 20%, pois na maioria dos estudos a frequência oscila entre 10 e 20% ³¹. O erro amostral foi de 5% e o nível de confiança de 95%. A fórmula para o cálculo da amostra será exibida a seguir:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 (N - 1)}$$

Onde:

n – é a amostra

N – população

Z – é a variável padronizada relacionada ao nível de confiança

p – verdadeira probabilidade do evento

e – erro amostral

E para a fase qualitativa, seis gestantes foram selecionadas para participar da entrevista, estudos de caso, a partir do relato de vivência de violência na fase anterior da pesquisa.

6.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios para inclusão na pesquisa foram: Estar inscrita no pré-natal.

6.2.2 Critérios de exclusão

Quanto aos critérios de exclusão: Gestantes que não residiam no Distrito Federal.

6.3 Local

A Região Administrativa (RA) onde a pesquisa foi realizada é a de Santa Maria/DF. Esta foi criada em 04 de novembro de 1992, por meio da lei nº. 348/92, regulamentada pelo Decreto nº. 14.604/93, que a constituiu na XIII RA do Distrito Federal. A referida região pertencia à área rural do Gama até 1992. É resultado do Programa de Assentamentos Habitacionais do Governo do Distrito Federal cujo objetivo era eliminar as invasões e atender a demanda habitacional das famílias de baixa renda. Santa Maria é formada por áreas urbana, rural e militar, sendo sua população urbana estimada, em 2013, de 122.117 habitantes ⁶⁹.

As condições socioeconômicas, demográficas, morbimortalidade e os fatores de riscos impactam diretamente a saúde da população e exigem intervenções do Estado. Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (2013), 83,26% da população de Santa Maria não dispõe de Plano de Saúde. Dos que utilizam tal recurso 12,78% são planos empresariais e 2,92% individuais. Atualmente, as equipes de ESF cobrem 40% do território, sendo as outras demandas referenciadas aos Centros de Saúde. O percentual da população de Santa Maria que faz uso dos serviços de atenção primária à saúde na referida localidade é de 88,03% ⁶⁹.

É importante considerar uma peculiaridade do território, pois Santa Maria está situada em área limítrofe com a Região do Entorno do DF, sendo referência para a população residente no Goiás nos serviços de saúde e demais serviços econômicos e sociais. As cidades de Águas Lindas, Cidade Ocidental, Luziânia, Novo Gama e Valparaíso de Goiás apresentam forte dependência aos serviços do DF e de Santa Maria devido à proximidade. O reconhecimento do território auxilia na identificação dos problemas de saúde contido nesse espaço, além de retratar as desigualdades sociais e de gênero ⁷⁰. O território é uma arena de disputas políticas de sujeitos sociais e se encontra em constante construção, o que viabiliza a articulação de ações e projetos de saúde com vistas a apresentar resolutividade às demandas apresentadas ⁷⁰.

6.4 Instrumentos

Dois instrumentais foram utilizados na pesquisa, um para a fase quantitativa e outro na qualitativa. Ambos aplicados pela pesquisadora. O primeiro (Apêndice 2) foi

estruturado em cinco temas de modo a identificar a ocorrência de violência entre as gestantes e conhecer o perfil das gestantes inscritas no pré-natal como descrito a seguir:

1. **Condições socioeconômicas** - naturalidade, tempo de residência no Distrito Federal, raça, idade, escolaridade, religião, situação habitacional, ocupação, situação financeira, renda, inclusão em benefícios sociais.
2. **Informações sobre o parceiro atual** - se tem companheiro atual, quanto tempo de relacionamento, idade, ocupação, escolaridade, se tem filhos com o companheiro atual, filhos de relacionamentos anteriores, uso de substâncias psicoativas, frequência de uso;
3. **Condições obstétricas** - início da vida sexual, idade gestacional, se a gestação foi planejada, número de gestações, ocorrência de aborto, início do pré-natal (trimestre), número de consultas, uso de substâncias psicoativas (antes e durante a gestação), frequência de uso;
4. **Vivência da violência** - histórico de violência física ou emocional, ocorrência de violência física no último ano, ocorrência de violência física e psicológica desde que engravidou, agressor, número de vezes que ocorreu a violência, qual a parte do corpo agredida, tipo de violência, ocorrência de violência sexual no último ano, medo do parceiro, problema de saúde devido à violência, dificuldades para realizar o pré-natal, abordagem do tema da violência durante o pré-natal e se gostaria que questionassem sobre a violência. As informações sobre a vivência da violência foram obtidas por meio do *Abuse Assessment Screen (AAS)*, instrumento validado no Brasil para o questionamento sobre violência contra a gestante ⁷¹ (Anexo 1).
5. **Rede de apoio social** – se recorreu a alguma instituição de saúde por conta da violência, se informou ao profissional que havia sofrido violência, se procurou outros órgãos de proteção, se contou com apoio de familiares ou amigos.

O segundo instrumento (Apêndice 3) foi um roteiro de entrevista que buscou compreender a vivência de violência em profundidade. Os temas abordaram a VPI antes e durante a gestação, violência e pré-natal, violência e rede de apoio social. Realizou-se um pré-teste com a aplicação de 9 questionários na parte quantitativa e 3 entrevistas no estudo qualitativo com vistas à adequação de ambos os instrumentais. No entanto,

observou-se a necessidade de introduzir novos questionamentos e adequar a linguagem tanto nos questionários quanto nas entrevistas. As referidas mudanças nos instrumentos impossibilitaram a utilização dos dados coletados.

6.5 Procedimentos de coleta dos dados

Os dados foram coletados durante três meses (Junho a Agosto de 2015). Neste período, foram afixados cartazes pela unidade de saúde solicitando que as gestantes fossem ao Serviço Social, após as consultas, exames, vacinas e demais atendimentos na unidade. Os profissionais da unidade também foram informados em relação à realização da pesquisa e sensibilizados a direcionarem as gestantes para atendimento. Algumas gestantes das equipes de ESF participaram do estudo, considerando que podem ter ido a unidade de saúde por conta de vacinas, para acompanhar outros pacientes ou para outro tipo de procedimento e/ou intervenção. Desse modo, a coleta dos dados foi realizada por meio da captação das demandas espontâneas e os instrumentais foram aplicados pela própria pesquisadora, ao invés de ser aplicado pela gestante.

O questionário foi aplicado pela pesquisadora no *Google Forms*. Ao final da aplicação, foi disponibilizada uma lista com informações sobre os serviços de proteção e enfrentamento à violência ofertados no âmbito do DF (Apêndice 4), bem como orientações mínimas sobre as providências a serem adotadas em caso de ocorrência de violência por parceiro íntimo (Anexo 2). Também foi disponibilizado encaminhamentos para atendimento psicológico e outros serviços, caso necessário. As gestantes que apresentaram interesse foram encaminhadas para atendimento psicológico. As que apresentavam dificuldades para aceitação da gestação foram encaminhadas para serviço específico. Após a realização da pesquisa a gestante foi informada sobre seus direitos e suas dúvidas foram esclarecidas. Os resultados da pesquisa serão devolvidos às gestantes por meio da inclusão do tema nas práticas educativas como grupo de gestantes e divulgação dos resultados entre as equipes de saúde no intuito de aprimorar a assistência prestada.

As situações recentes de violência foram notificadas e encaminhadas para a rede de apoio social. Também foram disponibilizadas outras informações pertinentes à situação. Entregar uma lista em que conste a principal rede de apoio ao enfrentamento a situações de violência pode ser uma oportunidade de atuar no enfoque preventivo, caso não tenha ocorrido violência. Por outro lado, é uma estratégia de empoderamento dessas

mulheres em seu espaço de convivência social, considerando que elas podem multiplicar tais orientações entre seus pares e ampliar o exercício da cidadania.

Seis gestantes que verbalizaram vivência de violência foram convidadas a participar da segunda etapa da pesquisa (entrevistas) de modo que o caso delas fosse estudado de maneira aprofundada. As entrevistas foram realizadas mediante gravação de voz e imediatamente após a aplicação do questionário. Somente aquelas gestantes que compreenderam os objetivos e procedimentos adotados na pesquisa e aceitaram a gravação de voz participaram. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pela participante (Apêndice 1). Vale salientar que os contatos com a gestante, durante toda a coleta de dados, ocorreram em espaço adequado ao sigilo das informações e acolhimento da mulher. Não houve a participação de acompanhante em nenhuma das fases.

6.6 Procedimento de análise dos dados

Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva dos dados coletados no intuito de caracterizar o perfil das participantes. Em seguida, verificou-se a associação entre a vivência de violência na gestação e algumas variáveis socioeconômicas, informações do parceiro e condições obstétricas por meio de testes estatísticos. Durante a pesquisa, foram feitas três perguntas primordiais para as gestantes a fim de identificar a vivência de violência a partir do AAS. As perguntas foram:

- Desde que engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?
- Desde que engravidou, alguém lhe humilhou, constrangeu, reteve seus documentos?
- Neste último ano (12 meses), alguém forçou a realizar atividades sexuais?

Caso a resposta a alguma destas perguntas tenha sido positiva, foi considerado um caso de violência. Assim, foram feitos testes estatísticos para identificar quais variáveis estavam associadas ao ato de violência.

Existem dois tipos de testes estatísticos: teste paramétrico e teste não paramétrico. A primeira etapa para realização do teste é analisar qual tipo de teste será usado em cada

associação. O primeiro, é realizado quando se assume que é conhecida a distribuição de probabilidade da população da qual foi retirada a amostra em estudo. Desta forma, os parâmetros da distribuição são conhecidos. Já os não paramétricos são testes mais conservadores e são apropriados quando são feitas poucas ou nenhuma hipótese sobre a distribuição de probabilidade. Assim, são testes que não necessitam de requisitos fortes como a normalidade.

A metodologia dos seguintes testes estatísticos será apresentada: Teste T e o Teste de Mann-Whitney, Teste Qui-Quadrado, Teste Exato de Fisher.

Teste-T e o teste de Mann-Whitney

O Teste-T é um teste paramétrico e é utilizado quando há interesse em comparar duas médias de populações independentes. Assim, deseja-se testar se há uma diferença significativa de uma variável numérica entre dois grupos. Os pressupostos para este teste são:

- As amostras precisam ser aleatórias e independentes.
- A amostra deve ter sido retirada de uma população que segue uma distribuição normal.

Seja n_1 o tamanho de uma amostra aleatória X_1, X_2, \dots, X_{n_1} retirada da população 1 e n_2 o tamanho de uma amostra aleatória Y_1, Y_2, \dots, Y_{n_2} retirada da população 2. Denote \bar{x}_1 para a média da amostra 1 e s_1 para o desvio padrão da amostra 1. Denote \bar{x}_2 e s_2 para as mesmas medidas da amostra 2. Por fim, seja μ_1, μ_2, σ_1 e σ_2 a média da população 1, a média da população 2, o desvio padrão da população 1 e o desvio padrão da população 2, respectivamente.

Foi testado se as médias para as duas populações são iguais. Assim, as hipóteses do teste foram:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2.$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2.$$

Ou seja,

H_0 : A média de uma variável para a população 1 é igual a média da mesma variável para população 2.

H_1 : A média de uma variável para a população 1 é diferente da média da mesma variável para população 2.

A estatística do teste para o Teste-T é dada por

$$t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}{SE}$$

$$\text{Onde } SE = \sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}$$

Sob hipótese nula, a estatística do teste segue uma distribuição conhecida e, comparando com valores tabulados, chega-se a uma conclusão para o teste. Para obtenção dos resultados, utilizou-se o p-valor. Este valor é a probabilidade de ocorrer uma observação tão ou mais extrema do que o valor obtido a partir da amostra. Caso o p-valor seja menor que o nível de significância, a hipótese nula é rejeitada. Para a análise do p-valor, será admitido o nível de significância se 0,05.

O Teste-T é utilizado quando a variável numérica provém de uma distribuição Normal. Quando isso não ocorre, pode-se usar o teste de Mann-Whitney como uma alternativa não paramétrica. Da mesma forma que no Teste-T, o teste de Mann-Whitney é utilizado para comparar duas amostras independentes e testar se há uma diferença significativa de uma variável numérica entre dois grupos. A diferença básica entre os dois testes é: o Teste-T testa a igualdade das médias e o teste de Mann-Whitney testa a igualdade das medianas.

Teste Qui-Quadrado (χ^2)

O Qui-quadrado é um teste não paramétrico e, desde que todos os pressupostos do teste sejam atendidos, foi usado quando o interesse foi testar a associação entre duas variáveis qualitativas. O primeiro passo foi cruzar as informações de duas variáveis em uma tabela chamada Tabela de Contingência. Nestas, são mostrados os valores observados com a amostra coletada.

A tabela a seguir ilustra um exemplo de uma tabela de contingência (Tabela 1).

Tabela 1 – Tabela de Contingência

Pergunta 2	Pergunta 1		
	Opção 1.1	Opção 1.2	Opção 1.3
Opção 2.1	O_{11}	O_{12}	O_{13}

Opção 2.2	O_{21}	O_{22}	O_{23}
Opção 2.3	O_{31}	O_{32}	O_{33}
Total	Total coluna 1	Total coluna 2	Total coluna 3

Onde:

- O_{lc} é o valor observado na linha l e coluna c.

Para a realização do Teste Qui-quadrado, deve-se calcular o valor esperado caso as variáveis sejam independentes. O valor esperado deve ser calculado para cada valor observado e é obtido realizando a multiplicação do total de sua coluna, pelo total de sua linha, dividindo pelo total geral.

Existem determinados pressupostos para utilização do teste Qui-Quadrado que devem ser obedecidos:

- A amostra deve ser relativamente grande.
- As frequências esperadas devem ser maiores ou iguais a 1.
- No máximo 20% das frequências esperadas devem ser menores que 5.

Se os pressupostos do teste forem obedecidos, será realizado o teste de hipótese para testar a associação entre as duas variáveis. As hipóteses do teste são:

H_0 : O ato de violência contra a mulher independe da variável X.

H_1 : O ato de violência contra a mulher está associado com variável X.

Após estipulada as hipóteses, a estatística do teste para o Qui-Quadrado é dada pela seguinte fórmula:

$$Q^2 = \sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Onde:

O_{ij} = Frequência observada na linha i e coluna j

E_{ij} = Frequência esperada na linha i e coluna j

Para obtenção dos resultados utilizou-se o p-valor. Caso o p-valor seja menor que o nível de significância, a hipótese nula é rejeitada. Para a análise do p-valor, será admitido o nível de significância se 0,05.

Caso os pressupostos do teste Qui-Quadrado não sejam atendidos, deve-se optar por alguma alternativa:

- Aumentar o tamanho da amostra;
- Agrupar as categorias para que no máximo 20% dos valores esperados sejam menores que 5;
- Utilizar procedimentos computacionais como o método de Monte Carlo;
- Utilizar o Teste Exato de Fisher (Tabelas 2x2).

Caso seja preciso utilizar alguma alternativa e a tabela de contingência seja 2x2, ou seja, cada variável tenha duas opções de resposta, será utilizado o Teste Exato de Fisher. Este será detalhado no próximo tópico.

Caso a tabela não seja 2x2, utilizou-se o método de Monte Carlo para analisar a associação entre as variáveis. Esse método computacional consiste em simular diversas vezes a distribuição amostral da estatística do teste Qui-Quadrado, a fim de obter um resultado mais coeso para os casos em que mais de 20% dos valores esperados sejam menores que 5. Neste caso, o teste de Qui-Quadrado descrito nesta seção ainda é utilizado, no entanto, utiliza-se o método computacional de simulação para obter um resultado mais preciso.

Teste Exato de Fisher

O Teste Exato de Fisher deve ser utilizado quando as variáveis analisadas forem qualitativas e com duas opções de resposta formando uma tabela de contingência 2x2 como no exemplo a seguir (Tabela 2).

Tabela 2 – Tabela de Contingência usada para o Teste Exato de Fisher

Pergunta 1	Pergunta 2		
	Opção 1.1	Opção 1.2	Total
Opção 2.1	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>a + b</i>

Opção 2.2	c	d	$c + d$
Total	$a + c$	$b + d$	n

Fixando os valores das marginais, ou seja, $a + c$, $b + d$, $a + b$ e $c + d$, a probabilidade de observar essa configuração tem uma distribuição hipergeométrica. Assim, a estatística do teste é dada por:

$$p = \frac{\binom{a+b}{a} \binom{c+d}{c}}{\binom{n}{a+c}}$$

Para a obtenção do p-valor, as probabilidades foram multiplicadas por dois. O critério decisão foi o p-valor. Caso o p-valor seja menor que o nível de significância, a hipótese nula é rejeitada. Para a análise do p-valor, foi admitido o nível de significância se 0,05.

As hipóteses são as mesmas usadas no Teste de Qui-quadrado:

H_0 : O ato de violência contra a mulher independe da variável X.

H_1 : O ato de violência contra a mulher está associado com variável X.

Para realizar os testes estatístico foi utilizado o *softwares* R versão 3.2.1 e para a construção das tabelas foi o Excel parte do *Microsoft Office Professional Plus 2010* versão 14.0.6023.1000.

É importante observar que as variáveis como idade, renda e quantidade de consultas, por exemplo, são variáveis numéricas e, por isso, foi necessário testar a normalidade para tomar a decisão de qual teste seria usado. Foi utilizado o teste de Shapiro Wilk para testar se cada amostra de uma variável numérica proveio de uma distribuição Normal. Para todos os casos testados neste trabalho, rejeitou-se a hipótese de normalidade e, desta forma, foi utilizado o teste não paramétrico Mann-Whitney para os casos de variáveis numéricas.

O primeiro teste realizado foi para identificar se existe associação entre raça e o ato de maus tratos. É importante destacar que o total geral não é igual a 178, número de gestantes que participaram da pesquisa, porque para realizar o teste de associação é preciso considerar apenas as gestantes que responderam ambas as questões.

Como as variáveis que estão sendo testadas são categóricas, com uma delas possuindo mais de duas categorias, e visto que todos os pressupostos do Teste Qui-Quadrado foram atendidos, este será usado para testar a associação.

As hipóteses testadas neste caso são:

H₀: O ato de maus tratos contra as gestantes independe da raça dela.

H₁: O ato de maus tratos contra as gestantes está associado com a raça dela.

O p-valor para o teste de associação é igual a 0,0105. Como o p-valor é menor do que o nível de confiança de 0,05, rejeita-se a hipótese nula (H₀). Assim, existem evidências estatísticas para dizer que a raça e os atos de maus tratos estão associados.

Os mesmos passos realizados para esse teste foram repetidos para todas as demais variáveis que se deseja testar associação: identificar o melhor teste, formular as hipóteses e analisar o resultado do teste.

Para realizar a associação com a variável “Percebeu algum problema de saúde por causa violência”, retirou-se quem respondeu a opção “Não se aplica”. Visto que, na maioria dos casos, esta opção de resposta era para o universo de gestantes que não sofreram violência.

As informações coletadas nos questionários foram extraídas para elaboração do perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes que participaram da entrevista (Apêndice 5). Após a aplicação dos questionários, as entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo de Bardin⁷². A organização dos dados foi realizada por meio da pré-análise, exploração do material, agrupamento de relatos de conteúdo semelhante em eixos-temáticos, elaboração de categorias e subcategorias, construção do quadro de análise, tratamento dos resultados e articulação teórica com a literatura sobre o tema da violência contra gestante⁷². Dois organogramas foram elaborados para organizar os dados (Apêndice 6 e 7). E os dados foram reunidos em dois eixos temáticos: 1. Caracterização da violência contra gestante (Apêndice 8); 2. Dinâmica da violência e atenção básica (Apêndice 9). Cada eixo foi dividido em subcategorias e as frequências dos relatos contabilizadas.

A análise de conteúdo reúne instrumentos metodológicos que se aplicam aos diferentes contextos da comunicação. Faz uso de procedimentos de forma sistemática e objetiva para apresentação das mensagens, possibilitando um olhar ampliado sobre os

discursos na medida em que reconhece que o que é dito esconde sentidos que devem ser decodificados ⁷².

6.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP –, por meio da Plataforma Brasil, Parecer nº. 979.134 (Anexo 3), em consonância com os princípios estabelecidos na Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como, no Código de Ética dos Assistentes Sociais ^{73, 74}.

Os cuidados éticos nortearam a coleta e análise dos dados, bem como a divulgação dos resultados, serão elencadas a seguir as ações realizadas: a aplicação dos questionários e entrevistas ocorreu em um local reservado que permitiu o sigilo e acolhimento da gestante; o contato também foi realizado sem a presença de acompanhante. Na análise das entrevistas foi atribuído a cada gestante o nome de uma flor de modo que a identidade das mesmas fosse mantida em sigilo.

As ações de devolução dos dados foram pensadas tanto por meio de atividades educativas que incluem este tema no atendimento a gestantes e mulheres como discussão de casos e deste tema junto a equipe de saúde. Inicialmente, um grupo de gestantes, nos moldes da educação popular, foi realizado na unidade básica de saúde em que a pesquisa foi realizada de modo a ampliar e qualificar a assistência pré-natal, principalmente disponibilizando um atendimento multiprofissional e multidisciplinar durante a gestação. Rodas de conversas em que o tema foi abordado também foram realizadas. E no contato com a equipe de saúde foram realizadas discussões sobre os achados da pesquisa e a rede de atendimento à mulher em situação de violência.

7. PRODUTOS

Esta pesquisa originou três produtos que serão elencados a seguir:

O primeiro artigo intitulado “A invisibilidade da violência contra gestante: rastreamento em um centro de saúde do Distrito Federal”. Será submetido a Interface, qualis B1 em Saúde Coletiva, em consonância com o Sistema WebQualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES).

O segundo artigo chamado “Violência contra gestante praticada por parceiro íntimo: o que elas têm a dizer?”, foi submetido no dia 3 de março de 2016, à Revista Ciências & Saúde Coletiva, qualis B1 em Enfermagem, em consonância com o Sistema WebQualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES).

O terceiro artigo denominado “Dinâmica da violência contra gestantes: relatos de mulheres inscritas no pré-natal”. Será submetido a Revista Temporalis, qualis B1 em Serviço Social, em consonância com o Sistema WebQualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES).

7.1 Artigo 1: Violência contra gestante e parceiro íntimo: levantamento amostral em um centro de saúde do Distrito Federal, 2016.

Violência contra gestante e parceiro íntimo: levantamento amostral em um centro de saúde do Distrito Federal, 2016. *

The violence against pregnancy woman and intimate partner: sample survey in health care in Distrito Federal, 2016.

Resumo

O objetivo deste estudo foi rastrear a violência entre as gestantes cadastradas no pré-natal em uma unidade de atenção primária no Distrito Federal (DF). O estudo foi quantitativo e transversal analítico. No total, 178 gestantes responderam um questionário para identificação do perfil das participantes e da vivência de violência. Realizou-se uma análise descritiva e foi testada a associação das variáveis com a violência. Os principais achados foram: a prevalência da violência em algum momento da vida foi de 33% e durante a gestação de 20,6%, sendo a violência psicológica a mais recorrente (16%). O parceiro íntimo atual ou anterior foram os principais autores da violência (75%). A vivência de violência apresentou associação com raça (valor-p= 0,0105), ter parceiro íntimo (valor-p= 0,0067), número de gestações (valor-p= 0,0105), ter feito uso de drogas antes (valor-p= 0,307) e durante a gestação (valor-p= 0,0092), ter vivenciado violência alguma vez na vida (valor-p <0,0001), ter medo do parceiro (valor-p= 0,0002) e ter identificado problemas de saúde devido à violência (valor-p= 0,040). O rastreamento de rotina no pré-natal possibilita a identificação de casos de violência contra a gestante e o referenciamento da mesma a rede de apoio social, além de garantir visibilidade a este fenômeno que propicia desfechos negativos tanto a saúde da mulher como da criança.

Palavras chave: Rastreamento, violência por parceiro íntimo, gestação.

¹ Mestre em Ciências para a Saúde pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da FEPECS. Assistente social da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. End.: Super Quadra 16 Quadra 09 Casa 50, Cidade Ocidental/GO, CEP: 72.880-604, e-mail: sscentro02@gmail.com

² Graduação, Mestrado e Doutorado pela Universidade de Brasília (UnB). Pós-Doutoranda no Programa de Psicologia Clínica e Cultura (UnB). Psicóloga Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Docente e orientadora do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da FEPECS/ SES-DF. Pesquisadora da Fundação de Apoio à Pesquisa do DF (FAP-DF). E-mail: alearrais@gmail.com

* O presente artigo é um recorte da dissertação intitulada “A invisibilidade da violência contra gestante praticada pelo parceiro íntimo: estudo em uma unidade básica do Distrito Federal” que teve como objetivo identificar a ocorrência pelo parceiro íntimo entre as gestantes cadastradas na assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/DF e apreender a vivência de violência dessas mulheres.

Abstract

This research focused on tracing IPV among pregnant women registered on prenatal care at a health unit. This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study. 178 pregnant women were surveyed, which aimed to identify situations of violence among them. We conducted a statistical analysis over the survey data and statistic correlation tests between questionnaire variables. The main findings were: the prevalence of violence at some point in life was 33% and during pregnancy 20.6%, which the most recurrent was the psychological violence (16%). The current or former intimate partner were the main perpetrators of violence (75%). The experience of violence was associated with race (p-value = 0.0105), having an intimate partner (p-value = 0.0067), number of pregnancies (p-value = 0.0105), having used drugs before (p-value = 0.0307) and during pregnancy (p-value = 0.0092), have experienced violence in their lifetime (p-value <0.0001), being afraid of partner behavior (p-value = 0.0002) and having identified health problems due to violence (p-value = 0.040). Routine screening in prenatal care enables the identification of IPV against pregnant women cases and therefore ensure visibility to this phenomenon that provides negative outcomes to both women's health and the child.

Key Words: Screening, violence by intimate partner, pregnancy.

Introdução

A violência é um fenômeno de múltiplas causas, no qual gênero, classe e etnia se combinam resultando em diversas formas de perpetrá-la ¹. No Brasil, a violência é agravada devido às desigualdades sociais e a pobreza. Ao se questionar a violência, consequentemente todo o código cultural que fundamenta e legitima tal prática está sendo questionado ².

No ambiente doméstico a violência é marcada pela invisibilidade, cultura do silêncio e encobrimento do que acontece no ambiente privado. A complexidade que envolve este fenômeno encontra sua matriz nas relações de poder baseadas na desigualdade entre os gêneros. A relação assimétrica entre os homens e mulheres, na dominação patriarcal, dá origem ao que se conceitua de violência de gênero que é parte de um universo no qual prevalece a desigualdade e a opressão ^{3,4}. Este estudo se insere no âmbito da violência de gênero praticada pelo parceiro íntimo.

A violência pode ocasionar a morte, em sua maioria, de mulheres na faixa etária entre 15 anos e 44 anos, sendo o percentual mais significativo do que os óbitos por malária, câncer, acidentes e guerras ⁵. A violência contra a gestante pode não iniciar neste período ⁶. Contudo, esta fase do ciclo de vida pode acentuar as repercussões, tendo em vista que a gestação ou a maternidade pode modificar a exposição de uma mulher a

situações de violência, bem como interferir em seu enfrentamento ^{7, 8}. A violência praticada por parceiro íntimo (VPI) contra a gestante é um fenômeno prevalente, cujas repercussões afetam diretamente a saúde da mulher e do bebê.

A ocorrência da violência física contra a gestante varia de 1% no Japão a 28% na Província do Peru, sendo que na maioria dos países pesquisados, a violência figurava entre 4 e 12% ⁹. Uma revisão sistemática da prevalência da violência contra gestantes e fatores associados encontrou em 13 estudos realizados na África, uma variação da prevalência entre 2 e 57% ¹⁰. Outro estudo, realizado em 19 países, apontou que a prevalência varia, sendo mais elevado nos países africanos e latinos ao serem comparadas com os países europeus e asiáticos ⁸. No Brasil, pesquisas evidenciam que aproximadamente 13% das mulheres afirmam que no período gestacional as situações de violência ficam mais recorrentes ou severas ¹¹. Contudo, as pesquisas sobre prevalência não permitem a padronização dos resultados devido às diferentes metodologias, instrumentos utilizados e as condições em que a pesquisas são realizadas ⁹.

Somente no Distrito Federal, no ano de 2014, foram notificados 2200 casos de violência. Mas, na região de Santa Maria, local onde a pesquisa foi realizada, constam apenas 42 notificações ¹². No boletim epidemiológico não menciona o percentual de mulheres que estavam gestantes quando a notificação foi realizada, apesar desta informação constar na ficha de notificação. No entanto, o número de notificações mencionados pode não retratar o quantitativo de mulheres que vivenciam situações de violência na referida localidade. A subnotificação pode estar associada a não abordagem do tema durante o pré-natal e a dificuldades das mulheres de conversar a respeito. O número baixo de notificações contribui para invisibilidade e subestimação da violência contra gestante.

Identificar a dimensão quantitativa da violência por parceiro íntimo no período gestacional é um passo inicial para que sejam reunidas informações e elaboradas estratégias de enfrentamento, prevenção e tratamento das sequelas ⁸. Ademais, as informações disponíveis, em sua maioria, não contemplam a vivência das gestante expostas à situações de violência. Diante deste cenário de limitação de dados para formulação de políticas públicas e estratégias de enfrentamento a violência, o objetivo deste artigo foi identificar a ocorrência de violência entre as gestantes cadastradas no pré-natal em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal.

Metodologia

O delineamento do presente artigo é quantitativo e transversal analítico. Foi realizado em uma região administrativa do Distrito Federal, chamada Santa Maria. Esta localidade dispõe de 7 unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), 4 Postos de saúde e 2 Centros de saúde tradicionais. Apenas 40% do território é coberto pelas equipes de ESF. A outra parte do território é atendida por 2 centros de saúde tradicionais. A pesquisa ocorreu em um dos centros de saúde. O reconhecimento do território auxilia na identificação dos problemas de saúde contido nesse espaço, além de retratar as desigualdades sociais e de gênero ¹³.

O universo da pesquisa foi estimado a partir das inscrições de pré-natal do ano anterior a realização da pesquisa, tendo em vista que as informações sobre o acompanhamento das gestantes não são informatizadas e se encontram pulverizadas nas diferentes unidades de atendimento. O DF não utiliza o SISPRENATAL por dificuldades no acesso e inclusão das informações, apesar dele ser uma importante fonte de avaliação sobre a assistência prestada. Outro sistema que facilitaria o acesso as informações é o Sistema de Atenção Básica (SIAB), mas ele também não é alimentado pelo centro que participou da pesquisa, pois o referido equipamento não dispõe de agente comunitário na composição da equipe de saúde.

Considerando a dificuldade de obtenção dos dados, a população que consta nos registros manuais de inscrição do pré-natal foi de aproximadamente 550 gestantes, sendo o tamanho da amostra calculado em 171, cuja frequência estimada foi de 20%, pois na maioria dos estudos a frequência oscila entre 10 e 20% ¹⁴. O erro amostral foi de 5% e o nível de confiança de 95%. O critério para inclusão das participantes foi estar inscrita no pré-natal e foram excluídas da pesquisa as que não residiam no Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada durante três meses (junho a agosto de 2015).

As informações sobre a vivência da violência foram obtidas por meio do *Abuse Assessment Screen (AAS)*, instrumento validado no Brasil para o questionamento da violência contra a gestante ¹⁵. Para a coleta das outras informações, um instrumental complementar foi elaborado pela pesquisadora e investigou os seguintes temas:

- 1. Condições socioeconômicas** - naturalidade, tempo de residência no Distrito Federal, raça, idade, escolaridade, religião, situação habitacional, ocupação, situação financeira, renda e inclusão em benefícios sociais.

2. **Informações sobre o parceiro atual** - se tem companheiro atual, quanto tempo de relacionamento, idade, ocupação, escolaridade, se tem filhos com o companheiro atual, filhos de relacionamentos anteriores, uso de substâncias psicoativas e frequência de uso;
3. **Condições obstétricas** - início da vida sexual, idade gestacional, se a gestação foi planejada, número de gestações, ocorrência de aborto, início do pré-natal (trimestre), número de consultas, uso de substâncias psicoativas (antes e durante a gestação) e frequência de uso;
4. **Vivência da violência** - histórico de violência física ou emocional, ocorrência de violência física no último ano, ocorrência de violência física e psicológica desde que engravidou, agressor, número de vezes que ocorreu a violência, qual a parte do corpo agredida, tipo de violência, ocorrência de violência sexual no último ano, medo do parceiro, problema de saúde devido à violência, dificuldades para realizar o pré-natal, abordagem do tema durante o pré-natal e se gostaria que questionassem sobre a violência nos atendimentos;
5. **Rede de apoio social** – se recorreu a alguma instituição de saúde por conta da violência, se informou ao profissional que havia sofrido violência, se procurou outros órgãos de proteção, se contou com apoio de familiares ou amigos.

Antes da coleta de dados, realizou-se um pré-teste, com 5% da amostra, no mês de maio/2015, para adequação do questionário e foram desconsiderados devido às mudanças realizadas. Os dados coletados foram inseridos no *Google Forms*.

Primeiramente, as gestantes eram informadas sobre a pesquisa e as que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O questionário foi aplicado pela pesquisadora para conhecer o percentual de gestantes que sofreram violência durante a gestação, tendo em vista que, grande parcela dos casos, não é notificada. Ao final da aplicação foi entregue uma lista contendo as principais instituições que oferecem apoio às mulheres em situação de violência, bem como orientações para situações de violência extrema no ambiente doméstico. As gestantes que apresentaram interesse foram encaminhadas para atendimento psicológico na rede seja em decorrência da violência ou de gravidez indesejada.

A pesquisa fez uso de técnicas quantitativas tanto na coleta quanto na análise dos dados, que objetivou identificar a ocorrência de violência por meio das respostas positivas ao AAS. Buscou-se também, testar se algumas das questões respondidas pelas gestantes

estariam associadas com o ato de violência contra elas. Para tanto, foram utilizados os seguintes testes estatísticos para verificar a associação: Teste Qui-Quadrado, Teste Exato de Fisher, Teste T e o Teste de Mann-Whitney. Para realizar os testes estatísticos foi utilizado o *software* R versão 3.2.1 e para a construção das tabelas foi o Excel parte do *Microsoft Office Professional Plus 2010* versão 14.0.6023.1000.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP –, parecer nº. 979.134, em consonância com os princípios estabelecidos na Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como, no Código de Ética dos Assistentes Sociais^{16,17}.

Resultados

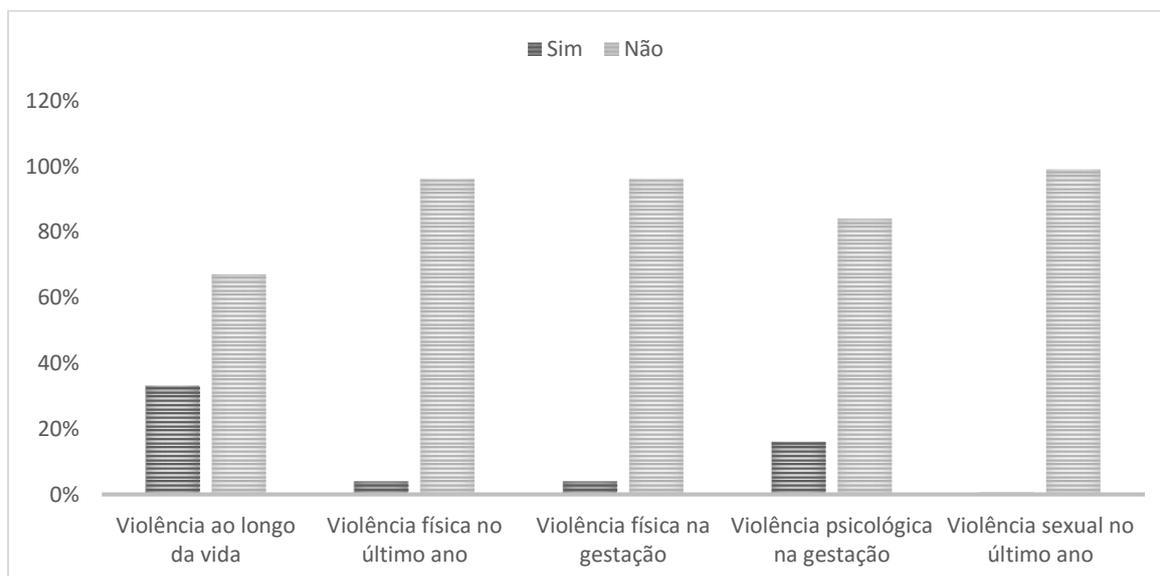
Das 192 gestantes convidadas a participar da pesquisa, 14 não apresentaram interesse, após terem sido informadas sobre o objeto do estudo. As gestantes que participaram da pesquisa, em sua maioria, nasceram no Distrito Federal (52%), se autodeclararam parda (54%) ou negra (21%), a idade variou de 16 a 44 anos, a média foi de 26,6 anos, sendo 13 % da amostra de adolescentes (10 a 19 anos). Eram evangélicas (43%), com o Ensino Médio Completo (56%) e solteiras (59%). Residiam com o parceiro íntimo e filhos (37%), em casa alugada (44%) e tinham vínculo empregatício formal (35%), além de declararem que não dependiam financeiramente de outras pessoas (42%). A Renda das gestantes variou de 0 a R\$ 6.000,00, sendo a média de aproximadamente R\$ 700,00. A renda familiar variou de 0 a R\$10.000,00, a média foi de R\$ 2.091,00. Na maioria das famílias, duas (33%) ou três pessoas (32%) viviam da referida renda. As famílias não recebiam nenhum tipo de benefício de transferência de renda (83%) do governo.

Aproximadamente 90% das gestantes tinham parceiro íntimo no momento da pesquisa. A idade deles variou de 18 a 64 anos, sendo a média 30 anos. O tempo de relacionamento variou de 6 meses a 27 anos. A maioria dos parceiros trabalhava com carteira assinada (47%), seguido de autônomos (21%). A escolaridade mais prevalente foi Ensino Médio Completo (43%) e 41,5% faziam uso de substâncias psicoativas, sendo álcool a mais prevalente (35%), seguido de cigarro (13%). A maior frequência de uso foi aos fins de semana (18%). Aproximadamente 57% das gestantes não tinham filhos com o companheiro atual e 50% relataram ter tido apenas um companheiro.

O início da vida sexual das gestantes variou de 12 a 33 anos, sendo o maior percentual (19%) aos 18 anos, seguido de 15 e 16 anos (15% cada). A idade gestacional variou de 7 a 40 semanas, sendo a média de 24,5 semanas. A diferença entre as mulheres que planejaram a gestação e as que não planejaram foi muito pequena, aproximadamente 0,5% a mais para as que planejaram. A maioria era primigesta (36,5%). Aproximadamente 18% das mulheres mencionaram pelo menos um aborto anterior a gestação atual, sendo que em todos os casos o aborto foi espontâneo. As gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação (85,5%) e haviam realizado até 4 consultas no momento da pesquisa (50,5%). Mencionaram uso de substâncias psicoativas antes da gestação (24%) e durante a gestação (9%). A frequência de uso de drogas na amostra foi de 5% para álcool, seguida de 3,9% cigarro e 1,6% para substâncias ilícitas.

A vivência de violência entre as gestantes pode ser observada no gráfico (Gráfico 1) a seguir:

Gráfico 1 – Frequência de relatos de violência contra a gestante.



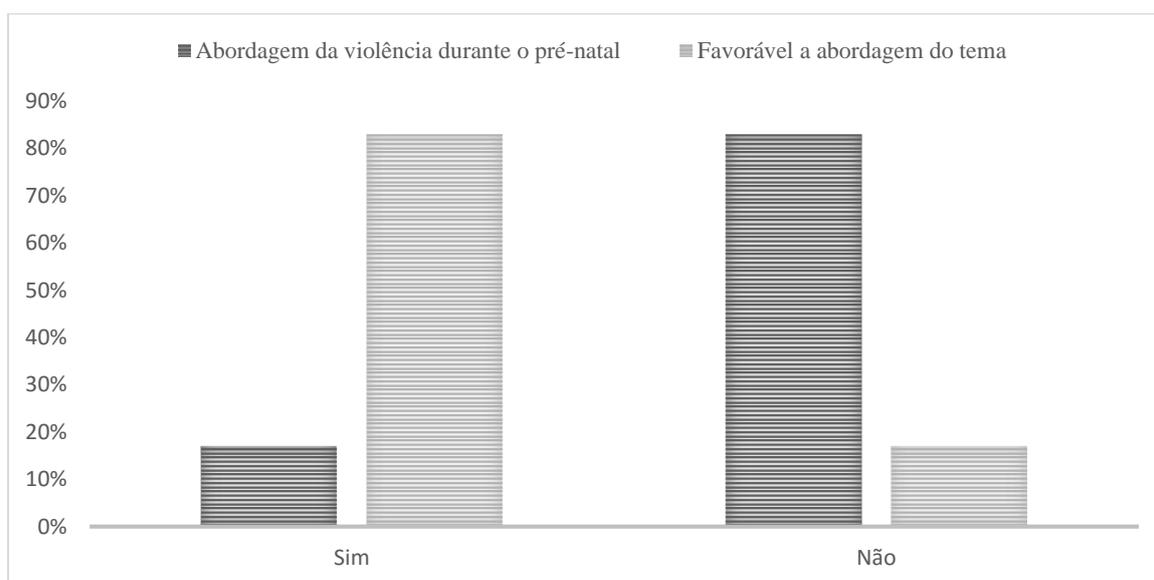
*Fonte: Questionário aplicado às gestantes inscritas no pré-natal em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal, 2015.

A prevalência de ter sofrido violência em algum momento na vida foi de 33%. Ter sofrido violência física no último ano foi de 4%. Na gravidez, o tipo de violência mais prevalente foi violência psicológica (16%), seguida de violência física (4%) e sexual (0,6%). Os autores da violência na maioria dos casos foi o ex-parceiro íntimo (48%) e o

atual parceiro (27%). Em 36% dos casos, as mulheres vivenciaram mais de cinco episódios de violência que envolveram tapa e empurrão, sem ferimento ou dor duradoura (40%). A maioria das gestantes (55%) mencionou que a face foi a área do corpo mais traumatizada. Elas podem ter vivenciado mais de um tipo de violência. O medo do parceiro figurou em 7% da amostra. Uma parte das gestantes (14,6%) identificou problemas de saúde decorrente desta vivência violenta, tais como: dores de cabeça constante (25%), depressão (16%), alterações na pressão arterial (13%), dores na barriga/contrações (13%), dentre outros. Uma mesma gestante pode ter mencionado mais de um dos aspectos acima.

O gráfico (Gráfico 2) abaixo demonstra a abordagem do tema da violência durante as consultas do pré-natal e posição da gestante quanto à abordagem.

Gráfico 2 – Frequência da abordagem do tema durante o pré-natal x posição da gestante quanto a abordagem.



*Fonte: Questionário aplicado às gestantes inscritas no pré-natal em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal, 2015.

A maioria das gestantes (83%) mencionou que o tema violência não foi abordado durante o pré-natal. No entanto, 82% delas consideram relevante a abordagem do tema durante os atendimentos. Diante da vivência da violência, apenas 3% das gestantes relatam ter acessado alguma unidade de saúde, unidade básica de saúde (2%) e Hospital (1%). Outras gestantes (9%) recorreram a diferentes órgãos de proteção, sendo que 7%

buscaram apoio social na Delegacia de Polícia e 2% na justiça. No entanto, 22% das gestantes relatam ter obtido apoio familiar diante da situação violência.

As variáveis do instrumental que apresentaram a associação com a vivência de violência serão apresentadas na tabela (Tabela 3), além das informações sobre o teste utilizado, o p-valor e o resultado, demonstrando as variáveis que apresentam evidências quanto à associação.

Tabela 3 – Resultados dos testes de associação

Variável	Teste	Estatística do teste	P-valor	Resultado
Informações socioeconômica				
Raça	Qui-quadrado	9,1057	0,0105	Evidências que há associação
Com quem reside	Qui-quadrado*	11,2006	0,0475	Evidências que há associação
Dependência financeira	Qui-quadrado*	20,0129	0,0070	Evidências que há associação
Número de pessoas vivendo com a mesma renda	Mann-Whitney	1.554,00	0,0039	Evidências que há associação
Informações sobre o parceiro				
Possui companheiro atual	Exato de Fisher	9,0149	0,0067	Evidências que há associação
Filhos com o companheiro atual	Qui-quadrado*	6,4164	0,0430	Evidências que há associação
Informações obstétricas				
Número de gestações	Qui-quadrado*	18,0536	0,0105	Evidências que há associação
Uso de droga antes da gestação	Exato de Fisher	0,0291	0,0370	Evidências que há associação
Uso de droga durante a gestação	Exato de Fisher	0,0092	0,0092	Evidências que há associação
Vivência da violência				
Alguma vez maltratada	Exato de Fisher	<0,0001	<0,0001	Evidências que há associação
Medo do parceiro ou outra pessoa	Exato de Fisher	0,0002	0,0002	Evidências que há associação
Percebeu algum problema de saúde por causa da violência	Exato de Fisher	0,0293	0,0450	Evidências que há associação

*Utilização da técnica de Monte Carlo

**Fonte: Questionário aplicado às gestantes inscritas no pré-natal em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal, 2015.

As variáveis que continham as informações sobre a gestante como idade, religião, escolaridade, estado civil, situação habitacional, ocupação, renda própria não apresentaram evidências suficientes para afirmar a associação. Em relação ao parceiro íntimo, as variáveis como idade, ocupação, escolaridade, filhos de relacionamentos anteriores, número de companheiros, uso de drogas também não apresentaram evidências de associação. As informações obstétricas que não apresentaram evidências de associação foram início da vida sexual, gravidez planejada, aborto, início do pré-natal e quantidade de consultas.

Observou-se que a raça é uma das variáveis que apresentou associação. As gestantes brancas e pardas foram as que mais sofreram maus tratos (40%). Esta foi a maior proporção de maus tratos entre as raças. As outras variáveis que apresentaram associação significativa com a VPI foram: pessoas com quem a gestante reside, dependência financeira, número de pessoas que usufruem da mesma renda, possuir companheiro, ter filhos com ele, número de gestações, uso de drogas antes e/ou durante a gestação, ter vivenciado violência anteriormente, medo do parceiro e identificar problemas de saúde.

A tabela a seguir (Tabela 4) demonstra as variáveis com associação significativa com a VPI, o df, o p-valor e a razão de prevalência. Esta foi calculada considerando a resposta mais prevalente na comparação entre as linhas.

Tabela 4 – Associação significativa, df, p-valor e razão de prevalência.

Variáveis associadas	Sofreu maus tratos		d f	p	R P (IC)
	Não	Sim			
Raça					
Branca**	22	12	1	1	1 (0,52 - 1,90)
Parda	85	12	1	<0,01	2,85 (1,41 – 5,73)
Preta	31	6	1	0,06	2,17 (0,91 – 5,15)
Total	138	30			
Com quem reside					
Parceiro e filhos	55	11	1	0,02	2,72 (1,17 – 6,33)
Parceiro	49	5	1	<0,01	4,90 (1,70 – 4,12)

Familiares	16	6	1	0,29	1,66 (0,65 – 4,29)
Parceiro e outros familiares	15	4	1	0,15	2,15 (0,72 – 6,38)
Filhos**	6	5	1	1	1 (0,40 – 2,49)
Parceiro, filho e outros familiares	5	0	1	0,11	***
Total	146	31			
Dependente financeiramente de quem					
Companheiro	64	13	1	<0,01	4,93 (2,67 – 9,09)
Ex-companheiro**	1	5	1	1	1 (0,60 – 1, 65)
Familiares e companheiro	4	0	1	0,01	***
Não depende	66	10	1	1,86	6,33 (3,21 – 12, 49)
Outros	4	1	1	0,03	4, 16 (0,69 – 24, 93)
Pai/Mãe	8	2	1	0, 01	4, 16 (1, 14 – 15, 13)
Total	147	31			
Quantas pessoas vivem da renda					
1	1	0	1	0, 67	***
2**	56	3	1	<0, 01	7, 86 (1, 68 – 36, 64)
3	44	13	1	0, 38	1, 75 (0, 54 – 5, 67)
4	24	6	1	0, 32	2 (0, 55 – 7, 26)
5	10	5	1	0, 78	1, 2 (0, 33 – 4, 36)
6	6	2	1	0, 56	1,6 (0, 31 – 8, 00)
7	3	2	1	1	1 (0, 21 – 4, 56)
8	3	0	1	0, 32	***
Total	147	31			
Possui companheiro atual					
Não	11	8	1	<0, 01	2, 91 (1, 52 – 5, 56)
Sim**	136	23	1	1	1 (0, 47 – 2, 10)
Total	147	31			
Filhos com o companheiro atual					
Não	90	12	1	0, 01	3, 4 (1, 34 – 8, 58)
Não se aplica	6	4	1	1	1 (0, 34 – 2, 92)
Sim**	46	12	1	0, 18	1, 93 (0, 77 – 4, 80)
Total	142	28			
Quantidade de vezes que engravidou					
1	58	7	1	4, 89	9, 2 (4, 61 – 18, 69)
2	44	9	1	<0, 01	5, 88 (3, 24 – 10, 67)

3	29	8	1	<0,01	4,62 (2,50 – 8,54)
4	10	3	1	0,02	4,33 (1,60 – 11,69)
5**	0	3	1	1	1 (1 – 1)
6	2	1	1	0,14	3 (0,60 – 14,86)
Mais de 6 vezes	3	0	1	0,03	***
Total	146	31			
Quantidade de					
companheiros que já teve					
0**	0	1	1	1	1 (1 – 1)
1	76	13	1	0,02	6,84 (4,12 – 11,31)
2	39	12	1	0,10	4,25 (2,59 – 6,97)
3	24	4	1	0,03	7 (2,82 – 17,34)
4	5	1	1	0,15	6 (1,00 – 35,90)
5	3	0	1	0,12	***
Total	147	31			
Uso de drogas antes da					
gestação					
Não	117	19	1	0,02	2,04 (1,08 – 3,85)
Sim	30	12	1	1	1 (0,50 – 1,96)
Total	147	31			
Uso de drogas durante da					
gestação					
Não	138	24	1	<0,01	2,95 (1,51 – 5,75)
Sim	9	7	1	1	1 (0,455 – 2,19)
Total	147	31			
Alguma vez maltratada ao					
longo da vida					
Não	113	6	1	6,32	8,40 (3,64 – 19,36)
Sim	34	25	1	1	1 (0,65 – 1,52)
Total	147	31			
Medo do parceiro ou					
alguém listado					
Não	142	23	1	1,31	4,41 (2,48 – 7,83)
Sim	5	8	1	1	1 (0,54 – 1,83)
Total	147	31			
Percebeu problema de saúde					
por causa da violência					
Não	15	10	1	0,03	1,77 (1,02 – 3,05)
Sim**	7	17	1	1	1 (0,69 – 1,43)

Total

22

27

*Fonte: Questionário aplicado às gestantes inscritas no pré-natal em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal, 2015.

** Maior percentual de respostas “sim”.

*** Não existe RP para valores cuja quantidade de respostas “sim” equivale a zero.

p – p valor

RP – Razão de prevalência

As gestantes que vivenciaram VPI residiam, em sua maioria, com os filhos e o parceiro, dependiam financeiramente dos companheiros, a renda da família era usufruída por três membros. As gestantes que tinham e as que não tinham filhos com o companheiro atual apresentaram o mesmo percentual de frequência, além de relatarem que tiveram apenas um companheiro e tinham engravidado duas vezes. As gestantes que não vivenciaram VPI, assim como o grupo de gestantes anterior, viviam com os parceiros e filhos e tiveram um companheiro. No entanto, se declararam independentes financeiramente, a renda da família era para a provisão de dois membros apenas, não tinham filhos com o companheiro atual e engravidaram apenas uma vez.

O uso de substâncias psicoativas antes e/ou durante a gestação apresentou associação significativa com a VPI, assim como ter vivenciado violência anteriormente. O medo faz parte do cotidiano das gestantes e as repercussões da violência afetam diretamente sua saúde. Elas identificaram problemas de saúde decorrente dessa vivência.

Em relação a razão de prevalência, as gestantes brancas apresentaram 2, 85 probabilidade de sofrer maus tratos se comparada as pardas. No tocante ao uso de drogas antes e durante a gestação, as mulheres que fizeram uso apresentaram uma razão superior a 2 de sofrer situações de violência.

Discussão

A violência atinge de maneira frequente as mulheres em idade reprodutiva se comparada às outras idades ¹⁸. A vivência de violência pelas mulheres em algum momento na vida apresentou prevalência de 33%. Estimativas mundiais apresentam percentual semelhante de VPI ¹⁹. As mulheres que já vivenciaram situações de violência têm mais chances de vivenciar novamente se comparadas as que nunca sofreram ¹⁹. Durante a gestação, a violência psicológica foi a mais frequente (16%), seguida de violência física (4%) e sexual (0,6%). Resultado semelhante foi obtido em um estudo

realizado com gestantes acompanhadas no pré-natal de uma maternidade pública no Rio de Janeiro. A prevalência de violência no referido estudo foi de 15,5% durante a gestação, sendo que a violência psicológica (14,7%) foi mais prevalente do que a violência física (5,2%) e sexual (0,4%)²⁰. Outros estudos também confirmam a violência psicológica como mais prevalente^{19, 21 - 26}.

Estudos internacionais apontam prevalência da violência contra a gestante entre 1% e 40%^{10, 27 - 33}. No Brasil, a prevalência de violência contra a gestante não é diferente do contexto internacional, apresenta variação semelhante^{6, 11, 14, 20}. Os autores da violência na maioria dos casos foram o ex-parceiro íntimo (48%) e o atual parceiro (27%). Este dado também corrobora outros estudos em que o parceiro íntimo é o principal agressor contra a gestante^{27, 34 - 36}. O fato de ocorrer no ambiente privado torna a violência invisível, tendo em vista ser considerada como um problema individual, ao invés de uma grave violação de direitos, cujos prejuízos à saúde da mulher e da criança são significativos²³. O não reconhecimento da VPI como uma violência de gênero também fortalece a invisibilidade do tema³⁷.

As situações de violência geralmente não iniciam no período gestacional, pois este pode ser um padrão regular e sistemático da relação íntima⁶. No entanto, as mulheres estão mais vulneráveis a vivência de violência no período gestacional se comparadas às mulheres que não estão grávidas. Ou seja, a gestação pode apresentar associação significativa com a ocorrência de violência^{7, 14, 38, 39}. A ocorrência de situações desta natureza, em especial nas relações íntimas, é de difícil revelação tanto no espaço da pesquisa de caráter científico como nas intervenções em saúde⁴⁰.

Os fatores de risco para a ocorrência de situações de violência, no presente estudo, estão associados à raça, às pessoas que residem com a gestante, à dependência financeira, à quantidade de membros que usufruem da renda familiar, ao número de gestações e ao uso de substâncias psicoativas. Outros estudos também apresentam associação entre o uso de drogas realizado pela gestante e a ocorrência de violência^{41, 42}. Apesar de muitas das variáveis socioeconômicas como escolaridade, idade, estado civil, dentre outras, deste estudo não terem apresentado evidências de associação com a violência, outras pesquisas apontam que as condições socioeconômicas e reprodutivas, hábitos de vida, inclusão no mercado de trabalho, escolaridade, estado civil, uso de substâncias psicoativas por parte do parceiro e da gestante, instabilidade na relação devem ser analisados principalmente associados a situações de violência, tendo em vista que podem aumentar o risco de ocorrência^{6, 9, 19, 21, 43 - 46}.

O pré-natal é um espaço favorável à identificação dos fatores de risco para ocorrência de violência, além de possibilitar a elaboração de intervenções preventivas e de promoção da saúde^{8, 11}. Todavia, apenas 17% das gestantes relataram que o tema da violência foi abordado durante os atendimentos. A observação cautelosa durante o pré-natal, o acolhimento adequado e a escuta qualificada podem oferecer elementos para que a gestante que vivencia violência reaja de maneira positiva no que se refere à sua proteção e a do bebê¹¹. O pré-natal pode ser a única oportunidade de identificar e referenciar a mulher aos serviços existentes^{8, 38}. O questionamento a todas as mulheres que utilizam os serviços de saúde sobre a vivência de situações de violência tem sido sugerido recentemente para intervir de maneira adequada na situação^{7, 47 - 49}.

A rotina de rastreio da violência nas unidades de saúde possibilita a adoção de intervenções que reduzam a incidência de violência e propiciem melhores condições de vida e saúde às mulheres⁵⁰. O rastreio da violência pode aumentar em 103% a identificação dos casos se comparado ao atendimento habitual⁵¹. Mas, ele deve vir acompanhado de intervenções efetivas. Na presente pesquisa, as gestantes consideraram relevante a abordagem do tema da violência (82%). Este dado corrobora outros estudos^{52, 53}.

O presente estudo apresentou algumas limitações como a avaliação da VPI em apenas um contato com a gestante durante o período gestacional. Apesar disso, na grande maioria das vezes, este foi o único questionamento sobre situações de violência durante o pré-natal. Outro fator limitante foi que um dos critérios de elegibilidade era que a gestante deveria estar inscrita no pré-natal. Contudo, estudos apontam que as gestantes que vivenciam situações de violência podem não realizar o pré-natal ou iniciá-lo tardiamente, além apresentar dificuldades para acessar os serviços de saúde^{11, 54}. Outro aspecto é que mesmo a pesquisa sendo realizada em um espaço reservado, sem a presença de acompanhante, algumas gestantes apresentaram dificuldades e se mostraram constrangidas para conversar a respeito de tema. As questões elencadas acima podem ter favorecido a subestimação da prevalência da violência na gestação.

Em contrapartida, este estudo apresentou potencialidades como a visibilidade à violência, fenômeno que não é considerado, na maioria dos casos, durante o pré-natal, apesar de sua importância, pois a violência contra a gestante, apresenta repercussões significativas que não se limitam à saúde da mulher, mas também atingem o bebê. O questionamento de rotina sobre VPI deve ser incluído durante as consultas, atividades em grupo e demais espaços ocupados pelas mulheres. No entanto, o questionamento não deve

ser a única intervenção. É imprescindível que sejam realizadas ações efetivas como o acolhimento, encaminhamento para rede de apoio, acompanhamento, inclusão do tema nas práticas de educação em saúde de modo que contribuam para a ruptura do ciclo de violência e empoderamento das gestantes frente à vivência de violência. O pré-natal é uma grande oportunidade para acessar essa mulher que tem sido violentada na gestação. As ações desenvolvidas devem ser sensíveis às necessidades das mulheres e ao seu relato. Mas, o enfrentamento à violência não termina nos serviços de saúde, pelo contrário, as ações devem prever a articulação entre os diferentes serviços e políticas públicas de modo a fortalecer a gestante e ampliar o exercício da cidadania.

Fonte de financiamento

A pesquisa foi realizada com recursos próprios.

Conflito de interesse

Não há conflitos de interesse.

Referências

1. Saffioti, HIB. Violência contra a mulher e violência doméstica. In: Bruschini, C. e Unbehaun, SG. (orgs). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*, 2002.
2. Machado, LZ e Magalhães, MTB. Violência Conjugal: os espelhos e as marcas. In: Suárez, M., Bandeira, L *Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal*. Brasília. Ed. Universidade de Brasília, 1999.
3. Azevedo, MA. de. *Mulheres Espancadas: a violência Denunciada*. São Paulo. Cortez, 1985.
4. Butler, J. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão de identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
5. Minayo, MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine, K; Assis, S. G; Constantino, P. (orgs). *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013: 21- 42.
6. Moraes, C L. *et.al*. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saúde Pública*, 2010; 44(4):667-76.
7. Bonfim, EG. A violência contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública. [Dissertação]. Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

8. Devries, K. M. et. al. Violência por parceiro íntimo durante a gravidez: análise dos dados de prevalência de 19 países. *Reproductive Health Matters* 2010; 18 (36): 158–170
9. World Health Organization. *Intimate partner violence during pregnancy information sheet*. World Health Organization; 2011.
10. Shamu, S., et. al. A Systematic Review of African Studies on Intimate Partner Violence against Pregnant Women: Prevalence and Risk Factors. *PLoS ONE*, March 2011, Volume 6.
11. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco*. 32nd ed. Brasília: Ministério da Saúde 2012.
12. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *Boletim Epidemiológico: violência interpessoal e autoprovocada*. N o 1, Ano 2 Maio de 2015. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/images/Programas/InfEpiViol_definitivo_28052015.pdf
13. Merhy E. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE E, org. *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: UFPE; 2004.
14. Sena, C. D. de. Fatores associados à violência doméstica em gestantes Atendidas em uma maternidade pública. [Dissertação]. Bahia. Universidade Federal da Bahia, 2014.
15. Reichenheim, M. E.; Moraes, C. L.; Hasselmann, M. H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev de Saúde Pública*, v. 34, n. 6, p. 610 - 616, 2000.
16. Brasil. Resolução nº. 466 do Ministério da Saúde de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a regulamentação de pesquisa científica envolvendo seres humanos. *Diário Oficial*, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
17. _____. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais de 15 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Brasil, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf
18. Chambliss, L. R. Intimate Partner Violence and its Implication for Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Volume 51, Number 2, 385–397, 2008,

19. Organização Mundial da Saúde. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. OMS, 2012
20. Santos, S. A. *et. al.* Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no rio de Janeiro. *Cad. Saúde Coletiva*. 2010.
21. Moura, L. B. A., *et. al.* Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43(6):944-53.
22. Edin, K E. *et. al.* “Keeping Up a Front”: Narratives About Intimate Partner Violence, Pregnancy, and Antenatal Care. *Univ of Brazil* on October 28, 2015. Downloaded from vaw.sagepub.com
23. Schraiber, L.B, *et. al.* *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora da UNESP; 2005.
24. Modiba, R.N., *et al.* Pilot survey of domestic abuse amongst pregnant women attending an antenatal clinic in a public hospital in Gauteng Province in South Africa. *Midwifery* 27, 2011, p. 872–879.
25. Groves, A. K. *et. al.* Prevalence, Rates and Correlates of Intimate Partner Violence Among South African Women During Pregnancy and the Postpartum Period. *Matern Child Health J* (2015) 19:487–495
26. Rodrigues, D. P. *et. al.* Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. *Rev Esc Enferm, USP* 2014; 48(2):206-13 www.ee.usp.br/reeusp/
27. Daoud, N. *et. al.* Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *American Journal of Public Health*. October 2012, Vol 102, No. 10.
28. Pool MS *et. al.* Physical violence during pregnancy and pregnancy outcomes in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014.
29. Finnbogadóttir, H., Dykes, A. K., Hansson, C. W. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Women's Health*, 2014, Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/63>
30. Bailey, BA. e Daugherty, RA. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Incidence and Associated Health Behaviors in a Rural Population. *Matern Child Health J*, 2007, p. 495–503
31. World Health Organization. *Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Genebra/ Londres: Organização Mundial de Saúde; 2005.

32. Lukasse, M. et. al. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2014, 93. 669–677.
33. Hammoury N. Injuries, Violence, Disasters. Screening for domestic violence during pregnancy in an antenatal clinic in Lebanon. *European Journal of Public Health*, Vol. 17, No. 6, 605–606.
34. Meuleners LB et. al. Maternal and foetal outcomes among pregnant women hospitalised due to interpersonal violence: a population based study in Western Australia 2002-2008. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011.
35. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial sobre a prevenção da violência*. OMS, 2014.
36. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Balanço 1º Semestre de 2015 Disque 180*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2015.
37. Minayo, MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
38. Park, VMT, et. al. Disparities in Intimate Partner Violence Prenatal counseling: Setting a Baseline for the Implementation of the Guidelines for Women’s Preventive Services. *Hawai’I Journal of Medicine & Public Health*, May 2014, Vol 73, No 5.
39. Chan, KL. et. al. Associating Pregnancy With Partner violence Against Chinese Women. *Journal of Interpersonal Violence* 26(7) 1478–1500. on February 12, 2016
40. Schraiber, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface*. Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.41-54, 2003.
41. Viellas, E. F., et. al. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *J Pediatr* (Rio J). 2013;89(1):83–90.
42. Ribeiro, M. R. C., et. al. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014, 14:66 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/66>
43. Audi, CAF, et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, 2008, 42(5), p. 877-85.
44. Berger SMD e Giffin, KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface*. 2011 Junho; v. 15.

45. Agüero, JM. Causal Estimates of the Intangible Costs of Violence against Women in Latin America and the Caribbean. *University of California, Riverside and Grupo de Análisis para el Desarrollo*, 2013.
46. Menezes TC *et. al.* Violência física, doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003; v. 25 nº. 5.
47. Watson, L. F. *et. al.* Intimate Partner Violence and the Association with Very Preterm Birth. *Birth Issues in perinatal care* 40:1 March 2013.
48. Matseke, G. *et. al.* Screening and brief intervention for intimate partner violence among antenatal care attendees at primary healthcare clinics in Mpumalanga Province, South Africa. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2013.
49. Waalen, J. *et. al.* Screening for intimate partner violence by health care providers (barriers and interventions). *Am J Prev Med*. 2000;19:230–237.
50. Nelson, H. D., *et. al.* Screening Women for Intimate Partner Violence: a Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of Internal Medicine*, 2012.
51. Angela, T. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11, 2014.
52. Ramsay, J. Should health professionals screen women for domestic violence? systematic review. *BMJ*. Vol. 325, 2002, pp. 314-318.
53. Usta, J, *et. al.* Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want. *Annals of Family Medicine*. Vol. 10, no. 3. May/june, 2012.
54. Carneiro JK. *Inadequação do pré-natal entre as gestantes vítimas de violência física pelo parceiro íntimo no Recife*. [Dissertação]. Recife. UFPE. 2012.

7.2 Artigo 2: Violência contra gestante praticada por parceiro íntimo: o que elas têm a dizer?

Violência contra gestante praticada por parceiro íntimo: o que elas têm a dizer? *

The intimate partner violence against pregnancy woman: what do the women have to say?

Resumo

A violência contra gestante é mais recorrente que algumas intercorrências obstétricas. O objetivo da pesquisa foi caracterizar a violência praticada pelo parceiro íntimo (VPI) contra gestantes. O método foi qualitativo e os dados foram coletados por meio de seis entrevistas que foram submetidas a análise de conteúdo. Os relatos semelhantes foram agrupados em um eixo temático denominado Violência contra a gestante, composto por 7 categorias e 25 subcategorias. Os resultados encontrados mostraram que a gestação foi o momento em que a violência iniciou e/ou se intensificou, a frequência dos relatos nesta categoria foi de 71%; os tipos de violência mais relatados foram violência física (58%) e psicológica (21%); a permanência das gestantes na situação de violência se deu por medo (30%) e ameaças do parceiro íntimo (22%); a saída do domicílio foi a principal estratégia utilizada para romper com a violência (45% dos relatos); a experiência da violência foi compartilhada com algum familiar (92% dos relatos); a instituição mais acessada foi a polícia (55%), seguida do hospital (27%). A complexidade que envolve a vivência de VPI pela gestante exige um conjunto articulado de políticas públicas que possibilitem a garantia de proteção e condições para o pleno exercício da cidadania.

Palavras chaves: Violência contra gestante, parceiro íntimo, pré-natal.

¹ Mestre em Ciências para a Saúde pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da FEPECS/ SES - DF. Assistente social da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. End.: Super Quadra 16 Quadra 09 Casa 50, Cidade Ocidental/GO, CEP: 72.880-604, e-mail: sscentro02@gmail.com

² Graduação, Mestrado e Doutorado pela Universidade de Brasília (UnB). Pós-Doutoranda no Programa de Psicologia Clínica e Cultura (UnB). Psicóloga Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Docente e orientadora do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da FEPECS/ SES-DF. Pesquisadora da Fundação de Apoio à Pesquisa do DF (FAP-DF). E-mail: alearrais@gmail.com

* Este artigo é um recorte da parte qualitativa da dissertação de mestrado, de delineamento misto, intitulada "A invisibilidade da violência contra gestante praticada pelo parceiro íntimo: estudo em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal".

Abstract

Violence against pregnant woman has been identified as more frequent than some obstetric complications identified during prenatal care. This research focused on characterizing the violence by intimate partners against pregnant women (IPV) and was applied in a public health care unit located at Santa Maria, city which belongs to Brazil's federal district jurisdiction. The employed method relied on qualitative analysis and the collected data derived from the content analysis of six interviews to pregnant women regarding IPV. In this context, the similar contents were grouped and labeled according to IPV type, composed by 7 categories and 25 subcategories. The results show that during pregnancy the violence started and / or intensified with 71% of the cases; the most reported violence type were both physical violence (58%) and psychological (21%); subjects argued that remained in same situation because of fear (30%) and intimate partner threats (22%); pregnant women adopted the strategy to abandon their homes as the main way to deal with the violence (45%); the violence experience was shared to a family member (92%); the most accessed institution was police (55%), followed by hospital (27%). The complexities involved in the experiences of IPV by pregnant women requires an articulated set of public policies to enable the protection of guarantees and conditions for full exercise of the citizenship.

Key words: Violence, pregnancy woman, intimate partner, antenatal health care.

Introdução

Uma em cada três mulheres sofre algum tipo de violência no mundo e geralmente o perpetrador da violência é o seu parceiro íntimo^{1,2}. A violência praticada por parceiro íntimo (VPI) é conceituada como uma conduta adotada no interior de uma relação de intimidade que ocasiona dano físico, sexual ou psicológico aos envolvidos, seja por meio de abuso físico, coação sexual, agressão psicológica e comportamento controlador¹. Para fins desta pesquisa, parceiro íntimo foi definido a partir do relato das mulheres que participaram da pesquisa, independente de coabitação.

A identidade de gênero entre os casais é formada por meio de um contrato implícito, criado na convivência cotidiana, cujo impacto reflete nas relações que criam e recriam diariamente³. E as relações assimétricas na relação íntima acentuam as relações de conflitos e favorecem a ocorrência de VPI. É considerada uma importante questão de saúde e violação de direitos dada sua magnitude e impactos de sua ocorrência.

O assassinato de mulheres tem um percentual de 4,8 homicídios em cada 100 mil mulheres, sendo que o Brasil está na 5ª posição na comparação realizada entre 83 países do mundo⁵. No entanto, apenas em 2015 foi aprovada no Brasil a Lei 13.104/15, conhecida como Lei do feminicídio, que qualifica o crime hediondo contra mulher por questões de gênero e assevera a punição, caso a mulher esteja gestante⁶. A violência é um fenômeno sociohistórico que acompanha a humanidade desde sua origem⁴.

A violência contra a mulher também pode ocorrer durante a gestação, sendo inclusive, um evento rotineiro e mais recorrente do que algumas intercorrências obstétricas identificadas durante o acompanhamento pré-natal⁷. Diante da situação de violência, a gestante se utiliza de diversas estratégias de enfrentamento, também conhecida como *Coping*, para preservar sua integridade física e emocional e a do bebê⁸.

O objetivo deste artigo é caracterizar a violência praticada por parceiro íntimo contra as gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal (DF), sob a perspectiva das próprias grávidas. Apesar do Distrito Federal ser o estado com o maior número de denúncias de violência realizadas por meio do Disque 180 em 2015⁹, observa-se que a vivência dessas mulheres ainda permanece invisibilizada nos serviços de saúde.

Método

A Região Administrativa (RA) em que a pesquisa foi realizada é a de Santa Maria/DF. Os equipamentos de saúde desta regional, no âmbito da Atenção Primária, são: 7 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 4 Postos de Saúde e 2 Centros de Saúde tradicionais. Atualmente, as equipes de ESF cobrem 40% do território, sendo as outras demandas referenciadas aos Centros de Saúde. O percentual da população de Santa Maria que faz uso dos serviços da atenção primária a saúde na referida localidade é de 88,03%¹⁰.

É importante considerar uma peculiaridade do território, pois Santa Maria está situada em área limítrofe com a Região do Entorno do DF, sendo referência para a população residente no Goiás nos serviços de saúde e demais serviços econômicos e sociais. As cidades de Águas Lindas, Cidade Ocidental, Luziânia, Novo Gama e Valparaíso de Goiás apresentam forte dependência dos serviços do DF e de Santa Maria devido à proximidade. O reconhecimento do território auxilia na identificação dos problemas de saúde contido nesse espaço, além de retratar as desigualdades sociais e de gênero¹¹.

Estavam elegíveis a participar da pesquisas todas as gestantes desde que residissem no Distrito Federal. A entrevista foi aplicada pela própria pesquisadora e abarcou temas como a violência praticada pelo parceiro antes e durante a gestação, violência e pré-natal e violência e rede de apoio social. O instrumental foi submetido a pré-teste e em decorrência das alterações realizadas os dados coletados foram desconsiderados. O período de coleta dos dados compreendeu os meses de junho a agosto de 2015.

O delineamento do estudo mais fez uso da triangulação de métodos. No entanto, apenas uma parte da análise qualitativa será apresentada no presente artigo. Inicialmente, as gestantes foram informadas sobre a pesquisa e as que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Seis gestantes que mencionaram vivência de violência na gestação durante a aplicação do questionário, fase quantitativa do estudo, foram convidadas para a entrevista com vistas à obtenção de informações em profundidade sobre a referida vivência. Um pré-teste antecedeu as entrevistas, realizou-se três entrevistas, mas devido às mudanças no instrumental foram desconsideradas. Ao final, foi entregue uma lista contendo as principais instituições que oferecem apoio às

mulheres em situação de violência, bem como orientações sobre como agir em situações de violência extrema no ambiente doméstico.

A pesquisa fez uso de técnicas qualitativas na coleta e análise dos dados. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo de Bardin¹³. A organização dos dados foi realizada por meio da pré-análise, exploração do material, agrupamento de relatos de conteúdo semelhante em eixos-temáticos, elaboração de categorias e subcategorias, construção do quadro de análise, tratamento dos resultados e articulação teórica com a literatura sobre o tema da violência contra gestante¹³.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP –, sob Parecer nº. 979.134, em consonância com os princípios estabelecidos na Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como, no Código de Ética dos Assistentes Sociais^{14, 15}.

Resultados e discussão

A categorização das entrevistas formou dois eixos temáticos: Violência contra gestante e Dinâmica da violência e atenção básica. Mas, devido ao limite de espaço, optou-se por apresentar e discutir apenas o primeiro eixo no presente artigo e o segundo eixo em outro em artigo. Inicialmente, serão apresentadas as informações sobre o perfil das participantes, obtidas durante a aplicação do questionário, fase quantitativa do estudo mais amplo.

Caracterização das participantes: Perfil socioeconômico e obstétrico

Primeiramente, cabe esclarecer que os nomes apresentados neste artigo são fictícios para preservar a identidade das participantes. Optou-se por atribuir o nome de uma flor a cada entrevistada, assim como, ocorre nos Programas de Atenção a Violência

(PAV) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que adota essa estratégia para tornar o serviço mais humanizado.

As informações socioeconômicas sobre as gestantes permitem conhecer suas condições de vida e analisar em que medida contribuem ou não para ocorrência de violência. Observou-se que 67% das gestantes nasceram em outros estados e posteriormente mudaram para o Distrito Federal. As idades variaram de 16 a 30 anos. A maioria se autodeclarou branca (50%) e não tem religião (50%). A escolaridade variou do ensino fundamental incompleto ao superior incompleto. Todas declaram que seu estado civil era solteira, apesar de residirem com parceiros íntimos ou terem residido anteriormente. Apenas 34% dispõem de vínculo empregatício formal. A renda delas variou de R\$ 300,00 a R\$ 1.000,00. No entanto, somente 34% gestantes tinham suas famílias incluídas em benefícios de transferência de renda.

Em relação às informações obstétricas, a idade gestacional variou entre 14 e 30 semanas. Metade delas relatou que a gravidez não foi planejada. Apenas 17% estava em sua primeira gestação, a maioria (50%) estava na terceira. Somente uma gestante referiu aborto anterior. A maioria (67%) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre. O uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, foi relatado por 50% das gestantes antes da gestação e 33% continuaram o uso quando gestantes, tendo como referência a gestação atual. A maioria das mulheres (67%) também referiram ter filhos de relacionamentos anteriores.

O perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes é parecido com os resultados encontrado em outros estudos^{7, 16 - 21}. O desemprego, a baixa escolaridade, o uso de substâncias psicoativas, o relacionamento instável, o empobrecimento, acrescido ao desmonte das políticas sociais, repercutem no cotidiano das famílias, afetando as relações íntimas, bem como o acesso aos serviços de saúde, além de aumentar a probabilidade de

ocorrência de violência²¹⁻²⁴. Desse modo, é necessário reconhecer as mulheres em suas relações sociais, o contexto no qual a mesmas estão inseridas e o impacto destas questões em suas condições de vida e saúde^{16,20}. No contexto brasileiro, as desigualdades no âmbito social, econômico, cultural, político, educacional, no acesso aos serviços públicos e recursos acentuam a situação de vulnerabilidade das mulheres¹⁹.

Após a caracterização das participantes, passa-se a apresentar e discutir o eixo temático.

Eixo 1: Violência contra a gestante

Neste eixo, o objetivo foi agrupar os relatos que caracterizam a VPI contra a gestante de modo a apresentar a ocorrência do primeiro episódio de violência, situá-lo antes e/ou durante a gestação, o cenário em que ocorre, os tipos de violência, os motivos para a permanência na relação violenta, as tentativas de ruptura e a rede de apoio social acessada pelas mulheres. Cada categoria com suas respectivas subcategorias, frequências e ilustradas com trechos dos relatos das participantes serão apresentadas e discutidas.

Categoria 1: Primeira agressão

Esta categoria concentra os relatos que mencionam o primeiro momento em que emergiram episódios de VPI. O momento gravídico foi o período em que as situações de violência iniciaram, frequência de 71%, como pode ser observado a seguir: “*Quando começou eu tava de 4 meses de gestação*” (Tulipa). Este dado também foi encontrado em outros estudos que apontam que as mulheres estão mais propensas a sofrerem agressões durante a gestação^{25 - 27}. Neste período, a VPI pode ser intensificada como mostra este relato: “*As agressões eram cada vez mais fortes. Um dia ele dava um tapa, dava um murro, no outro puxava meu cabelo, dava um tapa na minha cara, me xingava, dava*

bicudo. E cada vez mais ficando grave” (Yasmin). Este dado corrobora outras pesquisas que também evidenciam que aproximadamente 13% das mulheres afirmam que na gravidez as situações de violência ficam mais recorrentes ou severas²⁸. Em outros países esse percentual pode ser mais elevado^{7,26,29,30}.

Por outro lado, uma das gestantes entrevistadas mencionou a gestação como um fator de proteção contra a ocorrência e intensificação de VPI.

“Sim corre risco de acontecer. De uma agressão pior. Corre risco. Eu acho que hoje, no momento, não aconteceu pelo fato de eu tá grávida, né?! Que ai a mulher fica mais sensível, a mulher fica mais desprotegida essas coisas, né!? [...] Ele falou pra mim que a minha sorte era que eu estava grávida por que seu não tivesse a situação tinha sido pior” (Margarida).

Todavia, é possível perceber no relato da gestante que o receio da ocorrência de novos episódios de violência está presente, apesar da gestação ser reconhecida como uma possibilidade de suavização dos tensionamentos e do uso da violência física, em especial.

Categoria 2: Local de ocorrência da violência

Esta categoria reuniu os relatos que mencionavam o local em que a VPI ocorria. A residência apareceu em 100% dos relatos, conforme pode ser observado neste: “*É dentro de casa e as vezes no quintal também*” (Margarida). As mulheres estão mais vulneráveis à situação de violência, visto que a mesma ocorre em um ambiente no qual estão imersos relações de cumplicidade, amor, afeto, paixão, mas também de raiva, desrespeito, violência³⁰. A família pode se tornar um espaço privilegiado para manifestação das relações assimétricas entre os gêneros, pois generaliza discursos, reinterpreta valores e normas culturais. Assim, a interação entre os membros da família pode gerar conflitos, antagonismos ou se conformar aos modelos conservadores de gênero³.

Categoria 3: Tipos de violência

Os relatos sobre a violência sofrida, formaram 4 subcategorias, e incluem os seguintes tipos: física, psicológica, cárcere privado e negligência. Apesar dos relatos estarem separados não significa que as gestantes vivenciaram apenas um tipo de violência. Em geral, a violência ocorre de maneira associada. As situações de violência mais relatadas foram violência física e psicológica, sendo a frequência de 58% e 21% respectivamente. A violência menos relatada foi a negligência (9%). Na subcategoria de violência física foram reunidas as verbalizações que continham palavras como empurrão, chutes, tapas, murros, arremesso de objetos, uso de armas de fogo e branca, bem como as áreas atingidas como o rosto, braços, barriga, pescoço. Nestas situações, as marcas ficam expostas no corpo. Uma das gestantes relatou: *“ele me chutou. Eee na semana seguinte ele apertou o meu pescoço de novo isso já no final da gestação”* (Violeta). Neste relato, é possível perceber não só o emprego da força, mas a intensidade e progressão da violência, além de situar a ocorrência até o final da gestação.

Três das gestantes entrevistadas mencionaram que, em alguns momentos, a violência foi direcionada para a barriga como pode ser observado nestes relatos: *“Ai ele me bateu muito, deu soco na barriga (Yasmin). “Durante a gestação, ele fazia essas armas deee (silêncio), essas armas que atira, essas bate bucha. É umas armas ai que eles fazem, o povo do nordeste. É caseira. Ele botava na minha barriga. Ele me derrubava, me chutava”* (Rosa). Este dado corrobora uma pesquisa realizada pela OMS¹⁸ em que um quarto das mulheres que vivenciaram violência nesse período da vida mencionou tal situação, além de confirmar a elevada prevalência do uso de armas de fogo pelos parceiros durante os atos de violência¹.

A situação de violência com percentual menor se refere a negligência que demonstra a precariedade na garantia da alimentação, aquisição de roupas para o bebê,

considerando que o companheiro é o único provedor da família. O relato a seguir exemplifica esta subcategoria: *“Falo pra ele que a renda já é pouca ai ele tem que ficar tirando do salário dele pra ficar pagando, comprando droga. E dinheiro pra essas coisas o dinheiro de casa nunca rende”* (Margarida). Nestes casos, a gestante está numa situação de vulnerabilidade acentuada pelo uso de substâncias psicoativas ilícitas por parte do parceiro e pela limitação quanto à possibilidade de inclusão no mercado de trabalho, considerando que o parceiro íntimo, muitas vezes, cerceia esse direito.

Os dados deste estudo corroboram pesquisas anteriores em que os tipos de violência mais frequentes são violência física (51,16%), seguida de violência psicológica (30,92%) e moral (7,13%)⁹. Em outros estudos a violência psicológica se mostra mais recorrente^{19,26,31,32}. Os tipos de violência elencados não diferem dos dados apresentados em outras pesquisas realizadas no Brasil e no mundo³³⁻³⁵. A vivência da violência física e/ou sexual, isoladamente ou de maneira conjugada, por parceiro íntimo está diretamente relacionada à qualidade da saúde da mulher¹⁶.

Outro tipo de violência que consta em 12% das falas é o cárcere privado. Esta subcategoria concentra os relatos sobre restrição da liberdade de locomoção, limitação da convivência, impossibilidade de frequentar escola e trabalho. O relato a seguir exemplifica esta violência: *“Ele trancou a porta pra mim não sair. Ele trancava a porta. Ele saia pra trabalhar e ele trancava. Eu ficava o dia todinho trancada com meu filho”* (Rosa). Em outro relato: *“Parei de estudar, ficava trancada o dia todo, não podia sair pra lugar nenhum. Então, eu tava cansada daquela vida.”* (Yasmin). Ambos os relatos elucidam um comportamento adotado pelo parceiro íntimo na tentativa de manter a companheira sob sua dominação, contribuindo para diminuição da autoestima, fragilização das redes de apoio, aumento do sofrimento e isolamento. No Brasil, o cárcere

privado apresentou um aumento de 145, 5%, média de 8 registros por dia, deste tipo de violência se comparado ao ano de 2014⁹.

Os relatos também demonstram que a violência ocorre em diferentes intensidades e momentos como pode ser visualizada no relato a seguir: *“E cada vez mais ficando grave. E as marcas sempre ficavam maiores e expostas no meu corpo”* (Yasmin). Outros relatos apontam para um padrão, geralmente reconhecido, nas situações de violência como pode ser visualizado a seguir:

“Parece que ele se transformava do nada ele sentia um ódio, sentia amor. [...] Que homem é assim oh, ele faz o que faz aqui. Quando é mais tarde ele diz que tá arrependido. Num é assim que eles fazem? Eu não sei se ele se arrependia ou se era pra mim não ir embora. Ai, ele dizia que não ia fazer isso. Ai eu dizia tu vai fazer isso, você sempre volta a fazer” (Rosa)

Neste relato é possível perceber o caráter cíclico da violência na relação conjugal. O ciclo da violência é composto de três fases. A primeira é chamada “fase da acumulação de tensão”, na qual ocorre a sucessão de pequenos e permanentes episódios de violência entre o casal, tendo o acréscimo constante de ansiedade e hostilidade. A segunda é denominada “episódio agudo”, dando lugar a uma “explosão de violência”, que varia quanto à intensidade. A terceira fase é a “lua de mel” marcada pelo arrependimento, às vezes instantâneo, por parte do homem juntamente com a promessa de que não acontecerá nunca mais, até que volte a acontecer os episódios nos quais ocorre a acumulação de tensões e recomeça o ciclo^{30, 36}. Contudo, esta é uma forma didática de abordar o assunto, não significa que os episódios de violência sigam necessariamente esta ordem. Mas, em geral, apresentam esse padrão. Outro estudo também demonstra que os homens após a explosão das situações de violência apresentam remorso e medo de que a companheira rompa com a relação³⁷.

Categoria 4: Permanência na relação violenta

Esta categoria inclui os relatos que elucidam as dificuldades e sentimentos nas situações que envolvem violência na relação com o parceiro íntimo. Os sentimentos e entraves elencados pelas gestantes, formaram 7 subcategorias, a saber: medo, afeição, dependência econômica e emocional, sentimento de impotência, expectativa de mudança e negação da violência. Estes aspectos favorecem a permanência das mulheres em situações de exposição a violência por longos períodos. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos^{38, 39}. As falas carregadas pelo medo (30%) e ameaças realizadas pelo parceiro (22%) representam mais de 50% do percentual de frequência. O medo de perder a própria vida e a de familiares, acrescido às intensas e frequentes ameaças reduzem e postergam as possibilidades de ruptura com as situações de violência.

Esta subcategoria é exemplificada a seguir: *“às vezes você aceita não é nem porque você gosta é por medo. Porque às vezes a gente larga e tudo e eu vejo tanta maldade ai. Um monte de gente morrendo. Um monte de mulher”* (Rosa). As ameaças também são detalhadas nesse relato: *“ameaça minha mãe, meu pai a gente fica sem saída. Né?! Fica com a mão na cabeça. Muitas vezes vinha com arma, mostrava a arma dizia que ia matar todo mundo. Que eu fazia isso, fazia aquilo ia matar todo mundo”* (Yasmin). O medo e as ameaças fazem parte do cotidiano dessas mulheres e minimizam as possibilidades de ruptura. Todas as gestantes apresentavam memórias vivas dos episódios de violência e seus relatos são encharcados de emoções e sentimentos, inclusive nos casos em que ela havia rompido com o relacionamento conjugal há alguns anos.

Por outro lado, outra subcategoria que aparece nos relatos é a afeição (7%) que reúne falas que expressam afetividade e amor ao parceiro. Apenas uma das gestantes mencionou relatos desta natureza. Ela também era a única que ainda não havia rompido com as situações de violência e justificou sua permanência na relação devido à afetividade como pode ser observado no relato a seguir: *“porque eu gosto dele. Assim eu gosto muito*

dele” (Margarida). No entanto, a expectativa de mudança (12%), outra subcategoria, também acompanha a relação por longo período como é possível observar nesse relato: *“mas, eu pensei ele me bateu uma vez vou perdoar e ele vai parar. Não, ele não parou”* (Violeta). Contudo, frequentemente as gestantes se deparam com a frustração de que o comportamento violento não se altera. Neste relato, a gestante externaliza a pouca credibilidade atribuída à fala do parceiro, considerando que, apesar das promessas realizadas, as situações de violência não param de ocorrer.

A dificuldade em lidar com a violência pode também se expressar no não reconhecimento das situações de violência e/ou na tentativa de minimizar a ocorrência da mesma. Os relatos nesta subcategoria apresentam frequência de 15%. O relato a seguir evidencia tal situação: *“igual eu falo pra você assim no caso a minha lá com o meu esposo é assim não é constante. É mais é briguinha boba”* (Margarida). Os relatos também demonstram o caráter contraditório da relação, pois ao mesmo tempo que a gestante considera irrelevante a briga ela também verbaliza medos, angústias, ameaças que dificultam uma tomada de decisão.

A subcategoria com o menor percentual foi a de dependência emocional (2%) e abarcou um relato sobre a limitação de convivência e apoio familiar que restringia ao parceiro o único aporte emocional e relacional como pode ser visualizado a seguir: *“não tinha parente aqui. Não tinha pai, não tinha mãe. Ai eu achava que eu não daria conta de criar meu filho só”* (Tulipa). Neste relato, a ausência de apoio familiar e social dificultou a reunião de condições para superação da situação de violência de forma mais célere.

Categoria 5: Tentativas de ruptura

Nesta categoria estão reunidos os relatos referentes às tentativas empreendidas pelas mulheres para romper com a VPI. Essas tentativas, deram nomes as 4 subcategorias, que incluem: deixar o domicílio, não reagir com violência, reagir com violência e afastamento do companheiro. Observa-se que as estratégias adotadas pelas mulheres objetivam romper de maneira imediata com a situação, impedir a ocorrência de um novo episódio, minimizar seus efeitos, cessar a violência em um determinado momento ou romper de maneira definitiva.

A partir dos relatos foi possível identificar que 45% das falas apresentava que a saída do domicílio foi uma tentativa empreendida para romper com a situação de violência. No entanto, ela ocorre várias vezes até que seja de maneira definitiva como pode ser exemplificado nos relatos a seguir: *“porque eu separava dele hoje. Eu separei dele várias vezes. Eu separava de sair de casa e ele ia atrás de mim na casa da minha mãe ou onde eu estivesse. E ficava dia e noite no portão da minha casa”* (Violeta). *“Eu só peguei meu filho e fui embora. Ai depois disso eu nunca mais voltei. Ai ele ainda veio atrás de mim aqui no meu pai. Mas, eu não tava aqui. Eu tava lá em Taguatinga. Eu pedi pra uma mulher pra eu ficar na casa dela”* (Rosa). Estes relatos apresentam dois momentos distintos do processo de ruptura com a situação de violência.

Outra estratégia adotada pelas gestantes, segundo maior percentual de frequência, na ruptura com a VPI foi reagir com violência (30%). Uma das gestantes verbalizou: *“ai começa a discutir. Brigava por tudo. Aquela discussão de onde não tinha. Tirava coisa da onde não tinha. Não vou mentir. Eu não ficava calada. Eu revidava”* (Yasmin). Este é um comportamento adotado na tentativa de romper de uma maneira imediata com a violência. Contudo, pode intensificar e aumentar o desfecho negativo. Este dado foi corroborado em outro estudo³⁹. As gestantes, em alguns momentos, adotaram uma postura mais passiva, 15% dos relatos, como nos comportamentos a seguir: *“Eu não tinha reação*

nenhuma” (Tulipa). *“Eu só entrava no quarto e fechava a porta, fingia que não tava escutando. Só, acho que eu fazia só isso mesmo”* (Orquídea). As mulheres, muitas vezes, acabam por aceitar as intimidações dos parceiros de maneira passiva por acreditar que seria uma fase temporária³¹.

O menor percentual de frequência (10%) é referente à solicitação de afastamento do companheiro do domicílio. Esta não deveria ser a medida mais frequente? Ocorre que a fragilidade da rede de apoio social às mulheres em situação de violência torna uma medida que deveria ser a regra, apenas uma exceção. Uma minoria teve acesso à serviços que contribuíram no processo de enfrentamento e ruptura a situações de violência. Por outro lado, a ambiguidade de sentimentos e emoções presente na relação contribui para que as gestantes resistam quanto à efetivação da denúncia por receio de que o companheiro seja preso. *“Ai eu peguei e fui para delegacia. Pedi a medida protetora. Eu só não queria que ele fosse preso. Queria que ele saísse da casa que eu morava com ele. Ele me deixasse em paz, não me procurasse. Não chegasse perto de mim para nada”* (Yasmin).

Nos relatos é possível observar que a ruptura com situações de violência ocorre de maneira processual. Cada mulher tem seu tempo para reunir as condições necessárias à ruptura do ciclo de violência⁴⁰. A dinâmica que envolve a violência no relacionamento entre o casal é perpassada por situações de ameaças, inseguranças, fragilidades na rede de apoio. A exposição a situações de violência pelos parceiros íntimos no período gestacional é marcada por dificuldades existenciais na tomada de decisão, bem como, ambiguidades³⁷. Todavia, a gestação pode modificar a exposição de uma mulher a situações de violência, bem como interferir em seu enfrentamento^{7, 25}.

É importante salientar que a ruptura com situações de violência não pressupõe necessariamente a separação do casal. No entanto, é imprescindível a obtenção de apoio

para o empoderamento desta mulher por meio da construção de estratégias e compreensão dos dispositivos envolvidos na situação de violência de modo que esta seja enfrentada cotidianamente e que ela tenha condições de assumir o controle por sua própria vida⁴¹.

Categorias 6 e 7: Rede de apoio primária e secundária

Nestas categorias serão mencionadas as principais redes de apoio acessadas pelas gestantes diante da VPI, bem como a fragilidade destas redes. Entende-se que a rede de apoio é composta por mecanismos de interações e trocas, seja entre indivíduos e/ou grupos, pessoas e/ou instituições⁴¹. Estas redes podem ser primárias (categoria 6) aquela composta por familiares, independente de consanguinidade, e amigos. E secundária (categoria 7) composta pelas instituições públicas ou privadas, confessionais ou não.

A categoria rede de apoio primária reúne os relatos das gestantes que obtiveram algum tipo de apoio de familiares e amigos no processo de enfrentamento as situações de violência. As mulheres compartilharam a experiência da violência com algum familiar em especial mãe, pai e irmãos aponta 92% dos relatos. O relato a seguir exemplifica esta subcategoria: *“ai teve um dia que eu contei para minha mãe porque eu não aguentava mais. Estava me acabando aos poucos. Eu não tava aguentando mais. Foi onde minha mãe pegou e foi tomar providências. Ai ela foi lá na delegacia da mulher”* (Yasmin). Neste relato, o apoio disponibilizado foi efetivo para a superação da situação de violência. Uma amiga também estava em um dos relatos. Este dado difere de outro estudo em que a revelação da violência é realizada inicialmente para os amigos e depois aos familiares³⁹.

A participação da família, amigos e comunidade está mudando o perfil de denunciante no Disque 180, tendo em vista que foi observado uma redução nas denúncias realizadas pela própria mulher em detrimento de outras pessoas conhecidas⁹. Este pode ser um reflexo da alteração da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06) em 2012,

em que a denúncia pode ser realizada independente da vontade de mulher e por outras pessoas, bem como uma maior sensibilização e conscientização da população em relação ao enfrentamento a situações de violência⁴².

A outra categoria, rede de apoio secundária, concentra as instituições que foram acessadas diante da situação de violência. Porém, é comum que durante os atendimentos a violência não tenha sido mencionada. Os relatos mostram que apesar das mulheres acessarem alguns serviços elas, muitas vezes, não verbalizam que a demanda é decorrente de VPI que ocorrem com certa regularidade. A instituição que apresentou maior frequência de relatos foi a polícia (55%), seguida do hospital (27%). Destaca-se um dos relatos que exemplifica o acesso à delegacia no enfrentamento a violência: *“na verdade não foi nem eu que fiz. Foi minha mãe. Minha mãe que foi lá na delegacia, falou com os policiais. Foi ai que eles vieram falar comigo que eu falei que queria a medida protetora porque eu estava cansada de apanhar”* (Yasmin). Em relação ao atendimento em hospitais outra gestante mencionou:

“ai passou um mês e não sentia mais os bebes mexerem, mas como eu tinha consulta próxima eu falei não vou esperar pra médica ver né?! Ai não sei o que aconteceu, mas teve um ônibus com aqueles governos itinerantes que põe ecografia esses negócios de graça [...] Ai ele falou mãe você tá grávida são gêmeos são duas meninas, mas tão mortas. Já tava com 6 meses” (Violeta).

Posteriormente, Violeta retornou ao hospital, mas dessa vez para realização dos procedimentos necessários a retirada das crianças que haviam falecido em seu ventre. Este relato reforça a ocorrência de perdas fetais associados à vivencia de violência e apesar do desfecho permaneceu invisibilizada no contexto da saúde pública.

Os relatos das gestantes também sinalizam a fragilidade do apoio social recebido, apesar de familiares e instituições figurarem nos relatos de acesso à rede, percebe-se que esse apoio nem sempre é efetivo.

“Não conversei com ninguém, porque assim, a minha família eu tenho pai e tenho mãe. Eee a minha família não é bem estruturada. Então as vezes eles te ouvem, mas não te entendem. Ou as vezes até te entendem, mas ignoram o fato, a situação. Então assim, hoje pra minha mãe por exemplo ele foi o melhor genro do mundo” (Violeta).

Observa-se que as gestantes contam com o apoio de uma ou duas pessoas no processo de enfrentamento a situação de violência tanto no que se refere à familiares como instituições. Todavia, o apoio é considerado efetivo se aparecerem pelo menos 8 componentes nessa rede para contribuir e favorecer as estratégias de ruptura⁴¹.

Considerações finais

A VPI é um fenômeno frequente durante a gestação, sendo o domicílio o espaço de sua ocorrência e intensificação. A complexidade desta vivência, envolve diferentes tipos de violência e estratégias de ruptura, além do acesso às redes de apoio social. Outros fatores podem estar associados a ocorrência de violência. Por outro lado, apesar do impacto da VPI na vida e condições de saúde das gestantes, ainda é um tema que permanece invisibilizado nos serviços de saúde.

Este estudo possibilitou a compreensão das características que envolvem a vivência da violência durante a gestação e pode ser uma ferramenta para os profissionais que lidam com a temática de modo a contribuir na elaboração de intervenções de caráter preventivo, de promoção e enfrentamento à situações desta natureza. A complexidade que envolve a vivência de violência pela gestante exige um conjunto articulado de políticas públicas que possibilitem a garantia de proteção e condições para o pleno exercício da cidadania e melhoria das condições de saúde tanto para a mulher quanto para o bebê que está em desenvolvimento. Dada sua importância este deve ser um tema incluído na rotina do pré-natal.

Conflitos de interesse

Não há conflito de interesse.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial sobre prevenção da violência*, 2014.
2. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. *Balanço 2014 Dique 180*, Brasília 2014
3. Di Marco G. Relaciones de género y de autoridad. In: DI MARCO, G. (Coord.) et. al. *Democratización de las familias*. UNICEF. 2005: p. 47 - 62.
4. Minayo MC. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: *Impactos da violência na saúde* Saúde Md editor Brasília 2005.
5. Waiselfisz, JJ. *Mapa da Violência 2015*. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo, Instituto Sangari, 2015.
6. Lei 13.104/15 de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.
7. Devries KM et. al. Violência por parceiro íntimo durante a gravidez: análise dos dados de prevalência de 19 países. *Questões de saúde reprodutiva* 2011;5;1;110-124.
http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm5/revista5/rhm5_artigo_110.pdf
8. Costa1, LMG e Aglio, DDD. Mulheres em Situação de Violência Doméstica: vitimização e Coping. ▲ *Geraias: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2010, 2 (2), 151 – 159.
9. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Balanço 1º Semestre de 2015 Disque 180* Brasília 2015.
10. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). *Plano Distrital por amostra de domicílio Santa Maria – PDPAD*. Brasília, 2013.
11. Merhy E, Malta DC, Santos FP. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE E, organizador. *Municípios: a gestão da mudança em saúde Recife: UFPE; 2004.*
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>
12. Reichenheim M, Moraes CL and Hasselmann, MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev. Saúde Públ.* [online]. 2000, vol.34, n.6, pp. 610-616. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000600008>
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 70th ed. São Paulo 2011.
14. Brasil. Resolução nº. 466 do Ministério da Saúde de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a regulamentação de pesquisa científica envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

15. _____. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais de 15 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Brasil, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf
16. Moraes CL, Arana FDN and Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev. Saúde Públ.* [online]. 2010, vol.44, n.4, pp. 667-676. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400010>.
17. World Health Organization. *Intimate partner violence during pregnancy information sheet*. World Health Organization 2011.
18. Organização Mundial da Saúde. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*, 2012.
19. Moura, L. B. A., et. al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Públ.* 2009; 43(6):944-53. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/0509.pdf>
20. Mendes EV. Os modelos de atenção à saúde. In: *Redes de atenção à saúde*. OPAS 2011.
21. Berger, SMD e Giffin, KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)* [online]. 2011, vol.15, n.37, pp. 391-405. Epub Mar 18, 2011. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000003>.
22. Moraes CL e [Reichenheim, ME](#). Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2002; v. 79 n°. 3.
23. Agüero, JM. Causal Estimates of the Intangible Costs of Violence against Women in Latin America and the Caribbean. *University of California, Riverside and Grupo de Análisis para el Desarrollo*, 2013.
24. Audi, CAF, et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Públ.* 2008, 42(5), p. 877-85.
25. Bonfim EG, Lopes MJM e Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Esc. Anna Nery* [online]. 2010, vol.14, n.1, pp. 97-104. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100015>.
26. Sena CD. *Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública*. [Dissertação]. Bahia. Universidade Federal da Bahia, 2014.
27. Ta Park Vm, [Hayes, Dk](#), [Humphreys, J](#). Disparities in intimate partner violence prenatal counseling: setting a baseline for the implementation of the guidelines for women's preventive services. *Hawaii I Journal of Medicine & Public Health*. 2014 May.
28. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco*. 32nd ed. Brasília: Ministério da Saúde 2012.
29. World Health Organization. *Women's health and domestic violence against women*. WHO. 2005 Novembro.
30. Queiroz FM. Violência contra a mulher o pessoal e o político. *Expressão Mossoró*. Universidade do Rio Grande do Norte. 2002 Jan - Dez.

31. Edin K, [Dahlgren, L](#), [Lalos, A](#), [Högberg, U](#). Keeping up a front: narratives about intimate partner violence, pregnancy and antenatal care. *Univ. of Brazil*. 2015 October.
32. Schraiber LB *et. al*. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Públ.* 2007: p. 02 - 18.
33. Bailey B. e Daugherty RA. Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural populations. *Matern Child Health*. 2007: p. 495 - 503.
34. Modiba RN. Pilot survey of domestic abuse amongst pregnant women attending an antenatal clinic in a public hospital in Gauteng Province in South Africa. *Midwifery*. 2011: p. 872-879.
35. Scavone L. Motherhood: transformation in the family and in gender relations. *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2001: p. 47 - 60.
36. Corsi J. *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1999.
37. Engnes K, Lidén [E](#) and Lundgren [I](#). Experiences of being exposed to intimate partner violence during pregnancy. 2012. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2012; 7: 10.3402/qhw.v7i0.11199. Published online 2012 Mar 15. doi: [10.3402/qhw.v7i0.11199](https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.11199)
38. Mizuno C, Fraid JÁ, Cassab LA. Violência contra a mulher: Por que elas simplesmente não vão embora? *Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas*, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010 GT 5. Gênero e Violência – Coord. Sandra Lourenço.
39. Salazar M, *et. al*. The Supportive Process for Ending Intimate Partner Violence After Pregnancy: The Experience of Nicaraguan Women Violence Against Women 18(11) 1257– 1278 2012 Reprints and permission: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/1077801212470549 vaw.sagepub.com
40. Soares B. *Enfrentando a violência contra a mulher. Orientações básicas para profissionais e voluntários (as)*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as mulheres; 2005.
41. Dutra ML, *et. al*. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.5, pp. 1293-1304. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500014>.
42. Lei 11.340 de 7 agosto de 2016. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

7.3 – Artigo 3: Dinâmica da violência contra gestante: relato de mulheres inscritas no pré-natal

Dinâmica da violência contra gestante: relatos de mulheres inscritas no pré-natal*.

The dynamics of violence against pregnant women: reports of women registered in prenatal care

Resumo

O objetivo deste artigo foi descrever a violência praticada por parceiro íntimo (VPI) contra gestante a partir dos relatos das mulheres inscritas no pré-natal, evidenciando os principais fatores associados, repercussões e abordagens do tema nos serviços de saúde. O estudo fez uso de técnicas qualitativas na coleta e análise dos dados. Seis gestantes foram entrevistadas e suas respostas foram submetidas à análise de conteúdo. Esta possibilitou a formação de um eixo temático, chamado Dinâmica da violência e atenção básica. Ele é composto por 5 categorias que foram divididas em 16 subcategorias. Os principais resultados encontrados foram: o uso prejudicial de substâncias psicoativas por parte do parceiro apresentou maior quantitativo (41%) de relatos como fator associado à ocorrência de violência; a principal repercussão na saúde materna foi desgaste emocional da gestante (34%); a violência contra a gestante não foi abordada durante o pré-natal na maioria dos relatos (83%). Defende-se que abordagem da VPI deve ser incluída nos atendimentos as gestantes durante o pré-natal, acompanhada de intervenções efetivas no enfrentamento, prevenção, proteção e promoção da saúde.

Palavras chaves: Violência, parceiro íntimo, pré-natal.

¹ Mestre em Ciências para a Saúde pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da FEPECS. Assistente social da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. End.: Super Quadra 16 Quadra 09 Casa 50, Cidade Ocidental/GO, CEP: 72.880-604, e-mail: sscentro02@gmail.com

² Graduação, Mestrado e Doutorado pela Universidade de Brasília (UnB). Pós-Doutoranda no Programa de Psicologia Clínica e Cultura (UnB). Psicóloga Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Docente e orientadora do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da FEPECS/ SES-DF. Pesquisadora da Fundação de Apoio à Pesquisa do DF (FAP-DF). E-mail: alearraais@gmail.com

* O presente artigo compõe a dissertação de mestrado denominada “Invisibilidade da violência contra gestante praticada pelo parceiro íntimo: estudo em uma unidade básica do Distrito Federal” que teve como objetivo identificar a ocorrência pelo parceiro íntimo entre as gestantes cadastradas na assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/DF e apreender a vivência de violência dessas mulheres.

Abstract

This article focused on reporting the intimate partner violence (IPV) against pregnant women which were registered in prenatal care. Using interview as a data gathering tool, it found the main associated factors, effects and health services approaches to VPI. In this context, this study made use of qualitative techniques to analyze of interview data. Six women were interviewed and their answers recorded which later were subjected to content analysis. This enabled the creation of thematic axis, labeled the Dynamics of violence and primary care which consists of 5 categories and 16 subcategories. The main findings were: the harmful use of psychoactive substances by the partner was the most expressive (41%) among the factors associated with the occurrence of violence; the main impact on maternal health was emotional stress of the pregnant women (34%); violence against pregnant women was not addressed during prenatal care (83%). It is argued that approach to IPV should be included in the pregnancy care during prenatal, accompanied by effective interventions to handle prevention, protection and health promotion.

Key words: Violence, intimate partner, prenatal care.

Introdução

A violência abarca todos os atos de ameaça, força ou discriminação que incidem sobre as mulheres, seja na esfera pública ou privada, além dos sofrimentos físicos, psicológicos, sexuais, cuja intenção é intimidar, punir e humilhar, ferindo a integridade física e subjetiva das mulheres que vivenciam situações de violência ¹. A violência contra a mulher é resultado de uma articulação entre variáveis como exclusão estrutural e pobreza que se fazem sentir nas esferas econômicas, políticas, sociais, sendo a violência um meio massivo e estrutural de submissão das mulheres aos homens ². A violência praticada por parceiros íntimos (VPI) está incluída no conceito acima e envolve comportamentos abusivos, controlador, danos e agressões entre os envolvidos na relação íntima ³.

A assimetria nas relações íntimas ocasiona a violência de gênero em que prevalece a desigualdade e a opressão ^{4, 5}. Este é o pano de fundo das relações que envolvem violência, inclusive durante o ciclo gravídico-puerperal. A exposição das gestantes à violência física e/ou sexual, isoladamente ou de maneira conjugada, por parceiro íntimo está diretamente relacionada à qualidade de sua saúde. Ela está mais propensa a avaliar

sua saúde como ruim ou muito ruim se comparada as que nunca vivenciaram VPI e tem duas vezes mais chances da qualidade do pré-natal ser inferior à prevista ⁶.

A violência, mundialmente, está diretamente associada à morbimortalidade ⁷. No entanto, as repercussões não fatais dos episódios de violência vivenciados pelas mulheres são graves e representam custos significativos que não se limitam aos traumas e lesões, mas abarcam as múltiplas formas como essa vivência se expressa ^{1, 8}. As manifestações da violência causam prejuízos de ordem econômicos, emocionais e sociais. No âmbito da saúde, impactam no aumento dos gastos com atendimentos de emergência, assistência e reabilitação, o que demanda um investimento maior do que procedimentos convencionais ^{1, 9}.

É indispensável que as características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, hábitos de vida, condições de trabalho e renda, pobreza, abuso de substâncias psicoativas, estado civil, escolaridade, qualidade da relação íntima, vivência de violência anterior sejam analisados, sobretudo durante o acompanhamento pré-natal, especialmente se associados à vivência de violência ^{6, 10 - 15}.

A violência pode causar depressão, sequelas na saúde física e reprodutiva, abuso de substâncias psicoativas, comportamento de riscos, doenças crônicas, dentre outros ¹. Os episódios de violência podem não apresentar sinais prévios ou serem decorrentes da intensificação das tensões. Este contexto garante às mulheres uma sensação de imprevisibilidade na relação ¹⁶. Durante a gestação, a VPI apresenta repercussões específicas como retardo no início do pré-natal, abortamento, natimortalidade, perdas fetais, ruptura prematura da membrana, morte materna ^{6, 17}. Além de não se limitar a saúde da mulher, pois atinge também o bebê, pode inclusive contribuir para o aumento de óbitos perinatais ^{13, 18 - 21}.

Apreender a experiência da violência, por meio do relato de quem a vivencia, permite potencializar a intervenção, além de colaborar no delineamento das ações, tendo em vista que a gestante se perceber em relações que envolvem violência nem sempre ocorre de maneira automática²². Desse modo, o objetivo deste artigo é retratar a violência praticada por parceiro íntimo (VPI) contra gestante a partir dos relatos das mulheres inscritas no pré-natal, evidenciando os principais fatores associados, repercussões e abordagens do tema nos serviços de saúde.

Método

A escolha metodológica da dissertação que originou este artigo foi uma triangulação realizada por meio de diferentes técnicas, qualitativas e quantitativas, no levantamento e análise dos dados. No entanto, no presente artigo, apenas um parcela dos resultados alcançados na análise qualitativa serão apresentados. A pesquisa qualitativa acontece no contexto social cotidiano em que as mulheres estão envolvidas, faz uso de múltiplos métodos que permitem a interação e a análise numa perspectiva humanística e visa à compreensão dos fenômenos sociais de maneira holística²³. Além disso, permite captar um maior nível de detalhes tanto sobre as pessoas como o local, bem como, se envolver nas experiências reais das participantes²³.

Os dados deste artigo foram coletados por meio de entrevistas com vistas à obtenção de informações sobre a vivência de violência em profundidade. Foram entrevistadas seis gestantes, selecionadas de maneira intencional, pois na fase quantitativa do estudo mais amplo, realizado com 178 gestantes, elas mencionaram vivência de violência praticada pelo parceiro íntimo durante a gestação. As entrevistas foram realizadas imediatamente após a aplicação do questionário (fase quanti). Ambos os instrumentais foram aplicados em local reservado no espaço da unidade básica que

garantia o sigilo das informações disponibilizadas pelas mulheres e sem a presença de acompanhante.

O local em que a pesquisa foi realizada foi uma unidade básica de saúde na Região Administrativa de Santa Maria, Distrito Federal (DF). O reconhecimento do território auxilia na identificação dos problemas de saúde contido nesse espaço, além de retratar as desigualdades sociais e de gênero ²⁴. O território é uma arena de disputas política de sujeitos sociais e se encontra em constante construção, o que viabiliza a articulação de ações e projetos de saúde com vistas a apresentar resolutividade às demandas apresentadas ²⁴.

O critério para inclusão das participantes foi: 1. Estar inscrita no pré-natal; Elaborou-se um roteiro de entrevista com os seguintes temas: VPI antes e durante a gestação, violência e pré-natal, e violência e rede de apoio social. As gestantes foram informadas sobre a pesquisa e as que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas mediante gravação de voz. Um pré-teste foi realizado para adequação do instrumental no mês de maio. Durante três meses foi realizada a coleta dos dados (junho a agosto de 2015).

As técnicas qualitativas nortearam a coleta e análise dos dados. As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo de Bardin ²⁵ que reúne instrumentos metodológicos que se aplicam aos diferentes contextos da comunicação. Faz uso de procedimentos de forma sistemática e objetiva para apresentação das mensagens, possibilitando um olhar ampliado sobre os discursos, na medida em que reconhece que o que é dito esconde sentidos que devem ser decodificados ²⁵. A organização dos dados foi realizada por meio da pré-análise, leitura flutuante, exploração do material e agrupamento de conteúdos e significados semelhantes em categorias e subcategorias, tratamento dos resultados e apresentação da frequência dos relatos ²⁵. Após a realização das entrevistas

foram dadas instruções sobre como agir diante de uma situação extrema de violência e entregue uma lista de locais que atendem mulheres em situação de violência. As mulheres que demandaram atendimento psicológico foram orientadas em relação aos atendimentos disponibilizados na rede de atendimento.

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da FEPECS –, parecer nº. 979.134, em consonância com os princípios estabelecidos na Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como, no Código de Ética dos Assistentes Sociais ^{26, 27}.

Resultados e discussão

Os resultados qualitativos da dissertação foram reunidos em dois eixos temáticos, mas selecionou-se apenas um deles para apresentação em profundidade neste artigo. O eixo escolhido foi intitulado de “Dinâmica da violência e atenção básica”. Inicialmente, serão apresentadas as informações referentes à caracterização das participantes (Tabela 5). Optou-se por atribuir um nome fictício a cada uma das participantes de modo a resguardar a identidade das mesmas. Os nomes escolhidos foram nomes de flores. Os serviços de referência para o atendimento às mulheres e autores da violência, Programa de Atenção à Violência (PAV), da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, adotam esta estratégia no intuito de humanizar o atendimento.

Tabela 5 – Caracterização das participantes

<i>Vivência de violência e saúde</i>	<i>Yasmin</i>	<i>Tulipa</i>	<i>Orquídea</i>	<i>Margarida</i>	<i>Rosa</i>	<i>Violeta</i>
--	---------------	---------------	-----------------	------------------	-------------	----------------

Autor da violência	Ex-companheiro	Ex-companheiro	Ex-companheiro	Companheiro	Ex-companheiro	Ex-companheiro
Número de agressões	Mais de 5	Mais de 5	Mais de 5	3	Mais de 5	Mais de 5
Tem medo do parceiro ou ex-parceiro	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Problemas de saúde por conta da violência	Dores de cabeça constante, Falta de apetite, Depressão, Aumento da pressão arterial, Diminuição da libido, insônia	-	Falta de apetite, Depressão, Aumento da pressão arterial, Sangramento/hemorragia	Aumento da pressão arterial, Dores na barriga/contrações	Problemas gástricos	Dores de cabeça constante, Falta de apetite, Depressão, Dores na barriga/contrações, Sangramento/hemorragia, irritação
Dificuldade para realizar o pré-natal	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
Idade gestacional (semanas)	22	29	30	28	21	14
Número de consultas	Até 4	Mais de 7	Mais de 7	Entre 4 e 6	Até 4	Até 4
Gravidez planejada	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não
Abordagem do tema da violência durante o pré-natal	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Gostaria que abordassem o tema	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim

*Fonte: Questionário aplicado às gestantes inscritas no pré-natal em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal, fase quantitativa do estudo mais amplo, 2015.

O principal autor das agressões contra as gestantes foi o ex-companheiro e elas mencionam mais de 5 episódios de violência. Quatro delas verbalizaram medo do agressor. Os principais problemas de saúde identificados foram: dores de cabeça constante, falta de apetite, depressão, aumento da pressão arterial, problemas gástricos,

dores na barriga/contração e sangramentos/hemorragia. A idade gestacional variou de 14 a 30 semanas. Metade das gestantes apontou dificuldades para realizar o pré-natal em decorrência da violência e o número de consulta oscilou de até 4 a mais de 7. A gestação foi planejada por metade das participantes. O tema da violência não foi abordado em nenhum dos atendimentos realizados durante o pré-natal. Contudo, a maioria, cinco gestantes, concorda que este tema deveria ser incluído na rotina de atendimento.

Os dados desta pesquisa corroboram estudos anteriores que demonstram que o principal autor da violência contra a gestantes são pessoas com quem ela mantém relacionamento íntimo ^{3, 28, 29}. Outro estudo confirma que o medo faz parte do cotidiano das gestantes que vivenciam situações de violência, principalmente no caso das adolescentes ³⁰.

A identificação dos casos envolvendo violência física e psicológica pelos profissionais de saúde está relacionada, sobretudo, aos sinais explícitos no corpo das mulheres. Tal fato reduz a ocorrência da violência às suas manifestações físicas de modo a negligenciar os outros tipos ¹¹, além de reduzir as possibilidades de intervenção frente à situação. Por outro lado, as ações restritas aos aspectos biológicos reforçam uma intervenção centrada na lógica da doença, sem considerar os determinantes sociais que impactam diretamente a saúde das mulheres em situação de violência ³¹.

Apesar das repercussões da violência no pré-natal, este tema ainda permanece invisibilizado neste espaço. Esta invisibilidade pode estar associada a não abordagem do tema durante os contatos nos serviços. No entanto, as unidades de saúde, principalmente as de atenção básica, apresentam uma potencialidade no enfrentamento a violência que é o contato privilegiado com as mulheres da comunidade, em especial durante o pré-natal, uma vez que é preconizado que as gestantes realizem no mínimo 6 consultas, o que pode

favorecer a identificação precoce de situações que se configuram como risco potencial para ocorrência de violência ²⁰.

A violência física praticada por parceiro íntimo durante a gestação prejudica a qualidade do pré-natal, pois este normalmente inicia-se tardiamente, além de ser avaliado negativamente se comparado ao pré-natal das gestantes que não sofrem violência. A qualidade do pré-natal também está diretamente associada a questões socioeconômicas, a qualidade da vinculação conjugal, hábitos de vida e história reprodutiva ⁶, sendo fundamental que os profissionais observem tais questões durante o atendimento de modo a ofertar um acompanhamento integral.

A seguir será apresentado o eixo temático que concentrou os relatos das gestantes inscritas no pré-natal.

Eixo – Dinâmica da violência e atenção básica

Este eixo tem por objetivo retratar a VPI contra gestante, evidenciando os principais fatores associados, repercussões e intervenções realizadas na atenção básica. As categorias, subcategorias e os relatos das mulheres serão apresentados, a seguir, de modo a retratar a dinâmica da VPI contra as gestantes.

Categoria 1: Fatores associados

Nesta categoria, os fatores que contribuíram para ocorrência e/ou intensificação da VPI contra as gestantes foram agrupados em quatro subcategorias: uso prejudicial de substâncias psicoativas pelo parceiro, desequilíbrio emocional do parceiro, gravidez indesejada e ciúmes. Estas subcategorias colaboram na compreensão da dinâmica que a violência assume no contexto da relação íntima. O uso prejudicial de substâncias psicoativas por parte do parceiro foi a subcategoria que concentrou o maior número de

relatos (41%) como pode ser observado a seguir: *“ele já era agressivo ao natural, mas não chegava a me agredir sem tá bebendo. Mas, quando ele bebia ele piorava. Ficava bemmm agressivo”* (Violeta). As situações de violência são agravadas diante do uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas.

As subcategorias desequilíbrio emocional do parceiro e ciúmes apresentaram o mesmo quantitativo de relatos (24% cada). A primeira reúne os relatos que apontam para um possível desequilíbrio emocional do parceiro que atenta contra a própria vida na tentativa de permanecer no posto de dominação na relação íntima. O relato a seguir ilustra esta subcategoria: *“ele amarrava a corda no corpo dele, sabe?! e se jogava lá de cima. Dizendo que ia se matar se eu não ficasse com ele. Isso e aquilo. Falava um monte de coisa. Ai eu ia e continuava, ficava e tudo”* (Rosa). É possível perceber a pressão psicológica realizada pelo parceiro, ao tentar responsabilizar a companheira por sua morte. Na segunda, os relatos apontam para outra faceta da dominação. Desta vez, esta cerceia os direitos das mulheres na medida em que restringe sua convivência familiar e comunitária como mostra o relato:

sempre as brigas eram geradas em torno de ciúmes. Ele via coisas que não existia. Dizia que eu estava em lugares que eu nunca estive. É... inventava coisas. Assim, ele criava situações onde ele pudesse me agredir e justificar aquilo, entendeu?!. Criar uma justificativa (Violeta).

Ambas as situações subjugam a companheira e reforçam a desigualdade de gênero.

A subcategoria com menor número de relatos foi a gravidez indesejada (11%). Uma das gestantes relata: *“quando ele soube que eu estava grávida. Ah, não sei porque ele falava que não queria ser pai, que não gostava de criança”* (Yasmin). Ela se refere à primeira ocorrência de VPI. Em casos como este, o uso de métodos contraceptivos não é negociado entre o casal e os parceiros apresentam resistência, na maioria das vezes, para o uso de preservativo. Eles se isentam da responsabilidade e culpam a mulher quando

ocorre um desfecho não planejado como a gravidez. O corpo da mulher é tratado como propriedade do parceiro. Esta é uma estratégia utilizada para limitar a autonomia das mulheres, fragilizar sua rede de apoio, além de reforçar a assimetria nas relações de gênero e a dominação masculina. As gestantes que não desejam a gravidez apresentam percentuais significativos em outros estudos ^{4,32}. Ademais, elas apresentaram 4,3 chances a mais de vivenciar situações de violência ²¹.

Categoria 2: Repercussões da violência

A presente categoria concentra os relatos referentes às consequências da exposição à VPI e os contornos desta violência durante o período gestacional. Os relatos agrupados formaram sete subcategorias, a saber: início tardio do pré-natal, intercorrências obstétricas, isolamento, desgaste emocional, violência contra o filho, sentimento de culpa e até óbito fetal. A literatura confirma estes achados ao mostrar que os prejuízos causados pela VPI têm características específicas na gestação como retardo no início do pré-natal, abortamento, natimortalidade, perdas fetais, ruptura prematura da membrana, morte materna ^{6, 13, 17 - 20, 28}. A violência contra a gestante além de provocar agravos à saúde da mulher também contribui para o aumento de óbitos perinatais, prematuridade, baixo peso ao nascer e sofrimento fetal ^{28, 30, 33}.

A subcategoria que mais apareceu nos relatos foi desgaste emocional (34%). Esta subcategoria reúne os relatos que demonstram sofrimento, traumas e adoecimento emocional em decorrência da vivência de VPI. A exposição a situações desta natureza pode trazer consequências diversas, inclusive problemas comportamentais e emocionais (29). Tais situações podem ser observadas no relato a seguir: *“eu ficava chorando. Meio que assim. Eu fiquei com o psicológico meio abalado”* (Yasmin). E as marcas podem perdurar por longos períodos como ilustra o relato de Rosa: *“Quando eu lembro disso me*

dói, eu não gosto de ficar falando disso não". Ou de Violeta: *"Mas o que eu vivi eu não esqueço. Os fantasmas que ele deixou ainda permanecem comigo"*. Todos os relatos são carregados de emoções como tristeza, solidão, angústia, apesar de, em alguns casos, a situação de violência ter sido rompida há alguns anos, é possível identificar que as memórias ainda estão vivas. O trauma pode evoluir inclusive para sintomas de stress pós-traumático, depressão e adoecimento psíquico. É fundamental a disponibilização de apoio com vistas a minimizar a ocorrência e evitar o agravamento destas situações.

Outros estudos confirmam que os efeitos da VPI podem emergir de maneira imediata e impactam a saúde da mulher em decorrência de queixas de inflamação pélvica, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, anemia, dentre outros ^{12, 19, 34}. O relato a seguir também evidencia estes achados: *"Mesmo que eu perdi e tudo. Ai eu continuei do lado dele. Eu fiquei internada três meses no hospital porque eu tava com anemia profunda. Ai mesmo quando eu sai do hospital ele continuava me batendo"* (Yasmin). Neste relato, após perda fetal, histórico de violências extremas e anemia profunda, a VPI continuou recorrente. A violência também pode desencadear dores crônicas, distúrbios neurológicos, gastrointestinais, estresse, depressão, transtorno de ansiedade e em casos mais extremos motivar o suicídio ^{19, 20}.

O isolamento apresentou o segundo quantitativo de relatos (20%). Este é entendido como distanciamento nos vínculos familiares e de amizade, demonstrando que a rede de apoio da mulher se restringe e desarticula durante o convívio com o parceiro como pode ser observado nesse relato a seguir:

"Então, eu evitava vida social em geral. Não interagia com ninguém. As únicas pessoas que iam na minha casa era minha mãe, o meu pai. Era assim o mínimo porque se eu me mantivesse naquele ciclo ali, pra ele tava bem, não brigava e não tinha agressão. Mas, se expandisse o ciclo que fosse com duas pessoas a mais já provocava uma confusão" (Violeta).

Em outro relato os contatos realizados com os familiares eram supervisionados.

“Eu ligava para minha mãe falava que tava tudo bem. Eu tinha que falar com minha mãe só na frente dele para eu não contar para minha mãe. Ai depois desligava meu celular. Ele tirava o chip me deixava sem nada e ia trabalhar. Ai ela não sabia o endereço onde eu morava porque eu não dava, justo para ela não me ver né?!” (Yasmin).

Nos relatos acima, observa-se uma estratégia usada de maneira recorrente pelo parceiro íntimo: fragilizar a rede de apoio social e familiar de modo a reforçar a opressão vivenciada pelas mulheres e dificultar a ruptura com a VPI. As relações de apoio podem ser cruciais no enfrentamento a violência e inserção das mulheres nos serviços ofertados na rede de proteção³⁴, por isso o autor da violência limita as redes de apoio.

Outra subcategoria digna de nota é a de intercorrência gestacional que reúne os relatos (14%) acerca do aumento do estresse, de peso e da pressão arterial. Uma das gestantes relatou: “*creio que minha pressão está alta por conta disso*” (Margarida). Ela se referiu as situações recorrentes de VPI, sem que isso seja mencionado nas diferentes esferas de atendimento. Diante de algumas intercorrências, a gestante é encaminhada para o pré-natal de alto risco. Mas, o acompanhamento em unidade secundária de saúde não garante a mudança do quadro se a gestante não for considerada em sua integralidade, tampouco se os determinantes sociais que repercutem diretamente em seu quadro de saúde não forem avaliados. A violência não é diretamente abordada, na maioria dos casos, e perde-se a oportunidade rara, durante o pré-natal de alto risco, de proteger essa mulher, seu filho e evitar intercorrências mais graves. Consequentemente, os tratamentos ficam comprometidos devido à complexidade da dinâmica VPI vivenciada pela gestante.

A subcategoria com o menor quantitativo (3%) de relatos foi o início tardio do pré-natal. Uma das gestantes iniciou o pré-natal apenas no segundo trimestre da gestação, momento em que já havia rompido com a situação de violência como ela menciona no relato a seguir: “*foi depois que eu já tinha terminado a relação é que eu vim meio que cuidar direito*” (Orquídea). E esta é uma situação frequente^{20, 32}. A ocorrência de VPI está diretamente relacionada à má qualidade do pré-natal, tanto por impactar sua saúde

como por dificultar seu acesso aos serviços ⁶. Por outro lado, a vinculação com os serviços de saúde também facilita a identificação das gestantes que não estão realizando pré-natal ou que este foi iniciado tardiamente.

Outra subcategoria que merece ser discutida refere-se aos óbitos fetais (11%) em decorrência da situação de violência. Em um dos relatos a gestante verbalizou: *“teve um ônibus com aqueles governos itinerantes que põe ecografia esses negócios de graça. [...] Ai ele falou mãe você tá grávida são gêmeos são duas meninas, mas tão mortas. Já tava com 6 meses”* (Violeta). Pesquisas apontam que a violência contra a gestante além de provocar agravos à saúde da mulher contribui para o aumento de óbitos perinatais ^{13, 18-20, 36}. Contudo, os óbitos fetais podem não ser compreendidos associados à vivência de violência, pois as mulheres, diante do contexto complexo que vivenciam, podem não mencionar a ocorrência de situações desta natureza durante os atendimentos, o que pode comprometer a avaliação adequada do caso.

Categorias 3, 4 e 5: abordagem do tema durante o pré-natal, dificuldades apresentadas pelas mulheres e posição quanto à abordagem do tema

Nestas categorias serão abordadas as intervenções durante o pré-natal como a abordagem do tema da violência durante os atendimentos, as principais dificuldades apresentadas pelas gestantes para falar sobre esse assunto e a posição delas quanto a necessidade de incluir esta temática nos atendimentos.

A identificação de situações de violência durante o pré-natal ainda não é considerada uma tarefa prioritária, apesar das orientações que constam nos manuais técnicos para o atendimento de gestantes de baixo risco e das repercussões desta situação na vida da gestante ²⁰. Observou-se que a maioria dos relatos aponta para o fato de que esse tema, de modo geral, não é abordado durante todo o pré-natal. A maioria dos relatos

(83%) mostra que as gestantes nunca foram questionadas sobre a vivência de violência por profissional de saúde. Uma das gestantes verbalizou: *“não nunca falei. Até porque eles nunca me perguntaram. Nunca fizeram perguntas, essas coisas assim”* (Orquídea). O referido dado corrobora estudos anteriores que apresentam que este tema não está incluído na rotina do pré-natal ^{16,38}.

A ausência de questionamento sobre VPI reduz as possibilidades de identificação e enfrentamento. A rotina de questionamento da violência nas unidades de saúde possibilita a adoção de intervenções que reduziriam a incidência da mesma e propiciariam melhores condições de vida e saúde para as mulheres ¹⁹. Estudos mostram que a abordagem do tema nos serviços de saúde aumenta em 103% a identificação dos casos se comparado ao atendimento habitual ³⁷. Em contrapartida, é imprescindível que o questionamento venha acompanhado de intervenções efetivas que contribuam para o empoderamento das mulheres e ruptura com o ciclo de violência. Para tanto, é importante que os profissionais abordem o assunto em local seguro e acolhedor, sem julgamento, sem pressa, ofertem o apoio necessário, disponibilizem as informações adequadas, minimizem o estigma e articule o atendimento com a rede de proteção ⁷.

Um quantitativo significativo de falas das gestantes (87%) aponta para a concordância com o rastreio de rotina sobre violência no pré-natal, como pode ser observado no relato de Tulipa: *“acho que sim. Tem que conversar sim. Falar pro médico o que está acontecendo né!? As vezes pode até tá acontecendo alguma coisa com o neném e a gente não sabe”*. Em outro relato, *“acho importante conversar nos serviços de saúde [...] Então assim, ter o apoio do médico, de um psiquiatra, psicólogo é um amparo maior”* (Violeta). Resultado semelhante também foi obtido em outras pesquisas ^{7,39}. Um aspecto relacionado à fala acima é o reconhecimento de outros profissionais na assistência pré-natal. Apesar dos profissionais mencionados atenderem, em sua maioria, nas unidades

secundárias, também desempenham um papel fundamental no fortalecimento da rede de enfrentamento a violência.

Esse é um momento ímpar de identificação e rastreio da violência, pois a literatura aponta que é no período gestacional, que a mulher recorre aos serviços prestados na atenção básica de maneira mais frequente, tanto para participação de consultas, realização de exames, como no acompanhamento após o nascimento da criança ¹⁷. O contato continuado e recorrente pode criar espaço para a discussão acerca de assuntos considerados constrangedores, como é o caso da violência ⁶. O olhar ampliado sobre a saúde da gestante permite que os profissionais identifiquem durante os atendimentos situações que podem sinalizar a ocorrência de violência como somatizações, queixas infundadas, desconfortos, depressão, dores durante a relação sexual, dentre outras ⁴⁰. Contudo, os profissionais, geralmente, não utilizam instrumentos específicos para identificação da violência, tampouco para o levantamento acerca das necessidades das mulheres, o que pode dificultar a identificação dessas situações ³¹.

Em contrapartida, a gestante que vivencia situações de violência também pode apresentar dificuldades para conversar a respeito do tema. Em uma única abordagem ela pode não se sentir segura e confortável para conversar a respeito da vivência de violência. Durante a realização da presente pesquisa, observou-se esse desconforto na expressão facial apresentada pelas mulheres tanto no momento da recusa em participar do estudo, após ter conhecimento do objetivo da pesquisa, como durante a entrevista. As gestantes evidenciam nos relatos desta subcategoria as principais dificuldades para discutir sobre a violência. Estas estão relacionadas à conversar sobre este tema (38%), vergonha (31%), medo (23%), lembrar as experiências (8%).

Em um dos relatos a gestante mencionou: *“uma pessoa ficar te agredindo e te batendo. Isso é vergonhoso! [...] Às vezes você aceita não é nem porque você gosta é por*

medo. Porque as vezes a gente larga e tudo e eu vejo tanta maldade ai. Um monte de mulher morrendo” (Rosa). Neste relato, é possível perceber que a vergonha e o medo minimizam as possibilidades de conversar a respeito da violência, além do receio pelo julgamento por parte de quem acolhe tal informação. As falas de todas as gestantes contemplaram esta subcategoria. Este dado corrobora outros estudos ^{41, 42}.

Em outro relato,

“não conseguia falar com ninguém sobre nada, quando falava ah negócio de violência eu mudava de assunto, falava que não sofria, não queria falar. Preferia minha opinião de que não queria falar. As pessoas sempre respeitaram. Nunca me obrigaram a nada. Agora que você assim perguntou que eu falei” (Yasmin).

No relato acima, a gestante foi respeitada quanto ao momento oportuno para conversar a respeito. Todavia, é importante nessas abordagens, mesmo sem o relato explícito da violência, que a mulher seja informada sobre a rede de apoio social disponível para o enfrentamento de situações desta natureza. Apesar das dificuldades, a abordagem do tema nos atendimentos abre espaço para reafirmar o pré-natal com um ambiente propício para lidar com os determinantes sociais que afetam diretamente a saúde das mulheres, além de trabalhar com o enfoque preventivo e de promoção da saúde. O ambiente do pré-natal é propício à socialização de informações sobre direitos e serviços disponíveis.

Por outro lado, os profissionais de saúde também encontram entraves para identificação de situações de VPI, tais como: o silêncio apresentado pelas mulheres, falta de capacitação, desconhecimento dos recursos comunitários e dos procedimentos adequados para o andamento do caso, falta de interesse dos profissionais, o tema é de difícil abordagem, medo de se envolverem, de sofrerem violência, sentimento de impotência, identificação pessoal com a violência, barreiras institucionais, dentre outros ^{11, 38, 40, 43, 44}. No cotidiano profissional, estas barreiras são perceptíveis e dificultam a

adoção de ações efetivas no enfrentamento a violência. Muitos profissionais preferem lidar apenas com doenças, pois as intervenções já estão estabelecidas pela biomedicina⁴⁵. Alguns, não reconhecem a violência enquanto demanda de saúde pública⁴³. Outros acham que “em briga de marido e mulher não se mete a colher”, reforçado pelo ideário popular. Ainda há os que resistem em manter uma ideia romanceada da gravidez cor-de-rosa e feliz, onde não há espaço sequer para supor que a violência possa estar presente⁴⁶. Enquanto outros profissionais reconhecem suas responsabilidades no enfrentamento a situações de violência⁴³.

A percepção dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de violência impacta diretamente as ações desenvolvidas. As intervenções compartimentalizadas e dissociadas de discussões e intervenções multiprofissionais restringem as possibilidades de enfrentamento. O acolhimento e a escuta qualificada são formas de cuidado, além de expressamente mencionado nas orientações do Ministério da Saúde²⁰. Desse modo, a intervenção profissional deve extrapolar a identificação da violência, construindo um processo que abarque tanto um acolhimento adequado como a articulação da rede de serviços a fim de oferecer o suporte necessário à superação desta violação de direitos.

O pré-natal também pode favorecer a elaboração de intervenções de caráter preventivo^{18, 20}. Neste sentido, os trabalhos em grupo tem um caráter educativo e favorecem as trocas de experiências entre os pares, além de possibilitar a construção de novas maneiras de se relacionar e resolver os conflitos. O pré-natal psicológico também cumpre esse papel profilático e minimiza as chances de ocorrência de depressão pós-parto⁴⁶.

Outro aspecto relevante é o número pequeno de registros de violência. Em alguns casos, apesar de haver a revelação da experiência de violência o registro não é feito no prontuário e as intervenções devidas não são adotadas⁴⁷. Quando as informações são

registradas, ainda carecem de aprimoramento a fim de que sejam capazes de auxiliar no dimensionamento e enfrentamento da violência contra as gestantes. Os registros são fundamentais, pois podem ser usados como um canal de visibilidade da ocorrência de violência, embora não seja o único ⁴⁸. Outro canal importante é a notificação compulsória, Lei nº. 10.778/03, que colabora para a visibilidade da violência, formulação de políticas públicas para as mulheres, além de ser um mecanismo de proteção.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) mostra-se como uma importante estratégia de enfrentamento a situações de violência. Todavia, a realização de um trabalho articulado exige trocas constantes entre os profissionais, fluxos definidos, investimentos em educação em saúde, nos processos de trabalho, em disseminação de informação, fortalecimento dos mecanismos de controle social, dentre outros ⁴⁹. Nesse contexto, a atenção primária tem um espaço estratégico na articulação dessa Rede. Percebe-se que o fortalecimento da atenção primária repercute na redução dos gastos, haja vista que possibilita a realização de ações de caráter preventivo ⁴⁹. Desse modo, a atenção primária possui um papel fundamental como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede, tendo em vista que atua em território delimitado, com práticas interdisciplinares e democráticas, tanto a nível gerencial como sanitárias, realizadas a partir do local no qual o sujeito está inserido ⁴⁹.

Em contrapartida, os relatos das gestantes sinalizam que a intervenção frente a situações de violência não se restringe as unidades de saúde. Ao contrário, deve abarcar as demais instituições da rede de serviços e a comunidade como mostra o relato a seguir: *“eu acho que a gente tem que procurar nossos direitos né?!, principalmente grávida. Eu acho que alguém tem que dar um apoio, principalmente em questão de governo, delegacia, essas coisas e muitas das vezes a gente não encontra”* (Tulipa). Este relato menciona alguns dos atores que compõem a rede de proteção à mulher, ao mesmo tempo,

em que demonstra a fragilidade desta rede. Em outro relato, a gestante aponta que os episódios de violência ainda são compreendidos como uma questão restrita ao ambiente doméstico como relatado a seguir:

“Na minha opinião tinha que meter a colher sim (risos) porque quantas vezes eu apanhava em casa tipo eu gritava e por essa frase ninguém se intrometia. Porque em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher ninguém se intrometia. Deixava eu gritar lá sozinha e ninguém nunca foi no portão para falar nada. Eu não tenho a experiência dessa frase. Não sei bem nem o que dizer a respeito dessa frase para você porque quantas vezes eu apanhava em casa, gritava e ninguém ia. Ai quando eu sai na rua a pessoa perguntava e eu falava né?! ai a pessoa bem assim pra mim “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”. Então eu não tenho resposta para te falar, ah é isso! (risos)” (Yasmin).

Este relato aponta o caráter público que as situações de violência devem assumir. Pesquisas já apontam aumento na participação da comunidade nas denúncias de violência contra a mulher, evidenciando um novo perfil dos denunciantes de situações de violência contra a mulher²⁹. As alterações realizadas na Lei Maria da Penha, Lei nº. 11.340/06, em que as denúncias sobre violência não precisam ser realizadas necessariamente pela mulher, também contribuem para alteração deste cenário.

Considerações finais

Ainda há muito o que avançar em termos de políticas públicas para que as mulheres, em especial as gestantes, consigam exercer de forma plena sua cidadania. As ações, em todos os níveis, devem ser sensíveis às necessidades das mulheres e ao seu relato, bem como contribuir no processo de empoderamento a fim que elas se fortaleçam a ponto de romper com a vivência e reprodução de relações violentas, a partir do questionamento de tais práticas e construção de novas formas de sociabilidade.

O presente estudo apresentou potencialidades ao retratar a experiência das mulheres que vivenciaram situações de violência, conferindo visibilidade a este fenômeno que não é abordado de maneira recorrente nos atendimentos realizados, apesar

das repercussões que provoca na saúde da mulher. Esta pesquisa pode ser utilizada para subsidiar a formulação de ações de caráter preventivo e de promoção de saúde no âmbito da atenção básica. Além de possibilitar o aprimoramento da assistência pré-natal, incluindo este tema na rotina de atendimento, e fortalecimento das intervenções intersetoriais e multiprofissionais.

Por outro lado, algumas limitações do estudo podem ser apontadas como a inclusão apenas de gestantes que estavam inscritas no pré-natal e limitadas a uma unidade de atenção básica. Outros momentos e outros instrumentais que favorecessem a expressão dos sentimentos e opiniões das gestantes poderiam ser utilizados em pesquisas futuras e estudos mais abrangentes devem ser realizados, em especial, focados no impacto do rastreio de rotina na identificação de situações de violência e, principalmente, no fortalecimento e empoderamento das mulheres frente ao processo de ruptura com situações desta natureza.

Referências

1. Queiroz FM. Violência contra a mulher o pessoal e o político. *Expressão Mossoró*. Universidade do Rio Grande do Norte. 2002 Jan - Dez.
2. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In NJAINE K *et. al* (Org.). *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013. p. 21-42.
3. Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial sobre prevenção da violência*. OMS, 2014.
4. Azevedo AC *et al*. Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013; 29.
5. Butler, J. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão de identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
6. Moraes CL, Arana, FDN e Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev. Saúde Públ.* [online]. 2010, vol.44, n.4, pp. 667-676. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400010>.
7. Usta J *et. al*. Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want. *Annals of Family Medicine*. 2012 May/June; 10(nº. 3).
8. OPAS. *Violencia y salud: resolución en XIX*. OPAS, Washington, 1994.

9. Minayo, MCS e Lima, CA. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: Njaine, K et. al. (Org.) *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.
10. Moura, LBA., et. al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Públ.* 2009; 43(6):944-53. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/0509.pdf>
11. Berger SMD e Giffin, KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface.* 2011 Junho; v. 15(Interface).
12. Agüero, JM. Causal Estimates of the Intangible Costs of Violence against Women in Latin America and the Caribbean. *University of California, Riverside and Grupo de Análisis para el Desarrollo*, 2013.
13. Audi CA et. al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2008; v. 42.
14. Menezes TC et. al. Violência física, doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2003; v. 25 n°. 5.
15. Moraes, CL, Reichenheim, ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 79, n. 3, p. 269 - 277, 2002.
16. Park VM et. al. Disparities in intimate partner violence prenatal counseling: setting a baseline for the implementation of the guidelines for women's preventive services. *Hawaii I Journal of Medicine & Public Health.* 2014 May.
17. Bonfim EG. *A violência contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública*. [Dissertação]. Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008.
18. Devries, K. et al. Violência por parceiro íntimo durante a gravidez: análise dos dados de prevalência de 19 países. *Reproductive Health Matters* 2010; 18 (36): 158–170.
19. Nelson, H. et al. Screening women for Intimate Partner Violence: a Systematic Review to Update the 2004 U. S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of Internal Medicine.* 2012.
20. *Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco*. 32nd ed. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2012.
21. Rodrigues DP. Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2014.
22. Biglia, B., Martín, S. (coords.). *Estado de wonderbra*. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género. Barcelona, Virus Editorial, 2007.
23. Creswell, J. *Projeto de Pesquisa. Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed – Bookman. 2007.
24. Merhy, E et. al. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E, (Org). *Municípios: a gestão da mudança em saúde Recife*: UFPE, 2004.
25. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. 70th ed. São Paulo; 2011.
26. Brasil. Resolução nº. 466 do Ministério da Saúde de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a regulamentação de pesquisa científica envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

27. _____. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais de 15 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Brasil, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf
28. Meuleners LB et. al. Maternal and foetal outcomes among pregnant women hospitalised due to interpersonal violence: a population based study in Western Australia 2002-2008. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011.
29. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Balanço 1º Semestre de 2015 Disque 180* Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2015.
30. Santos, SA et. al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no rio de Janeiro. *Cad. Saúde Coletiva*. 2010.
31. Guedes, RN, Fonseca, RMGS, Egry, EY. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 2, Apr. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200005&lng=en&nrm=iso>.
32. Carneiro JK. Inadequação do pré-natal entre as gestantes vítimas de violência física pelo parceiro íntimo no Recife. [Dissertação]. Recife. UFPE, 2012.
33. Koen N. Intimate partner violence: associations with low infant birthweight in a South African cohort. *Metab. Brain Dis*. 2014 June.
34. Organização Mundial de Saúde. *Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Genebra/ Londres: Organização Mundial de Saúde; 2005.
35. Dutra ML,ea. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013.
36. Pool, MS et. al. Physical violence during pregnancy and pregnancy outcomes in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014.
37. Angela, T. Screenig women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014.
38. Osis, MJD et. al. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública*. 2012 Abril; 46.
39. Ramsay J. Should health professionals screen women for domestic violence? systematic review. *BMJ*. 2002; 325.
40. Ferrante, FG et. al. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto. *Interface (Botucatu)*. 2009 Dezembro; 13(31).
41. Varela, ST. Representações sociais acerca da violência doméstica das mulheres moradoras da comunidade do Paranoá/Itapuã. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2012.
42. Sagot, M. Ruta critica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez paises. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
43. Vieira, EM et. al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev. bras. epidemiol*. 2009 Dezembro; 12(4).
44. Waalen, JG et. al. Screening for intimate partner violence by health care providers (barries and interventions). *Am J Prev Med*. 2000.

45. Signorelli, MC et. al. Violência doméstica contra mulheres e a atuação na atenção primária a saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013 Junho; 29(6).
46. Arrais, A R. *et al.* O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.1, p.251-264, 2014.
47. Schraiber, L. Violence experienced: the nameless pain. *Interface. Comunic, Saúde, Educ.* 2003; 7(12).
48. Kind, L. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013 Setembro.
49. BRASIL. Portaria 4. 279 de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os três produtos desta dissertação permitiram identificar a ocorrência da VPI contra as gestantes e conhecer a vivência destas mulheres, garantindo voz as próprias gestantes que estavam inscritas no pré-natal de uma unidade de saúde. Observou-se que o percentual de violência contra a gestante em algum momento da vida foi de 33% e durante a gestação de 20,6%, sendo a violência psicológica a mais recorrente (16%). O parceiro íntimo atual ou anterior foram os principais autores da violência (75%).

O período gestacional foi o momento em que a violência iniciou e/ou intensificou e a frequência dos relatos foi de 71%. A permanência das gestantes na situação de violência se deu por medo (30%) e ameaças do parceiro íntimo (22%). A saída do domicílio foi a principal estratégia utilizada pela gestante para romper com a violência (45% dos relatos). O uso prejudicial de substâncias psicoativas por parte do parceiro apresentou maior quantitativo de relatos (41%) como fator associado a ocorrência de violência. A principal repercussão na saúde materna foi desgaste emocional da gestante (34%).

A violência contra a gestante não foi abordada durante o pré-natal na maioria dos relatos (85%). O contato com a pesquisadora, em muitos casos, foi a primeira oportunidade de verbalizar sobre a vivência de violência na relação íntima. Defende-se que abordagem da VPI deve ser incluída nos atendimentos a gestantes no pré-natal, acompanhada de intervenções efetivas no enfrentamento, prevenção, proteção e promoção da saúde. O uso da notificação compulsória também deve ser fortalecido de modo a reforçar a necessidade de políticas públicas de enfrentamento e proteção às mulheres diante de situações de violência, em especial no próprio território, considerando que a rede de apoio social local é precária.

As dificuldades encontradas na realização da pesquisa modificaram seu delineamento inicial que abarcaria toda a Regional de Santa Maria/DF. Mas, a fragmentação e ausência de informatização para a obtenção de muitos dados dificultaram o cumprimento do desenho inicial. Outras limitações do estudo se referem a avaliação da VPI em apenas um contato no período gestacional. Na maioria das vezes, este foi o único questionamento sobre situações de violência durante o pré-natal.

Outro fator importante é que um dos critérios de elegibilidade era que a gestante deveria estar inscrita no pré-natal. Contudo, estudos apontam que as gestantes que

vivenciam situações de violência podem não realizar o pré-natal ou iniciá-lo tardiamente, além apresentar dificuldades para acessar os serviços de saúde^{33,53}. Outro aspecto é que mesmo a pesquisa sendo realizada em um espaço reservado, sem a presença de acompanhante, algumas gestantes apresentaram dificuldades para conversar a respeito do tema. As questões elencadas acima podem ter favorecido a subestimação da prevalência da violência na gestação.

Em contrapartida, este estudo apresentou potencialidades como a visibilidade à violência, fenômeno que não é considerado, na maioria dos casos, durante o pré-natal. Todavia, apresenta repercussões significativas que não se limitam à saúde da mulher. Os resultados da pesquisa podem ser utilizados para subsidiar a formulação de ações de caráter preventivo e de promoção de saúde no âmbito da atenção básica. Além de possibilitar o aprimoramento da assistência pré-natal, incluindo este tema na rotina de atendimento, e fortalecimento das intervenções intersetoriais e multiprofissionais.

O estudo também reforçou a orientação de que o questionamento de rotina sobre VPI deve ser incluído durante os atendimentos as gestantes, porém, as intervenções não devem se restringir ao mesmo. É imprescindível que sejam realizadas ações efetivas que contribuam para a ruptura do ciclo de violência e empoderamento das gestantes frente a vivência de violência. Estas ações desenvolvidas devem ser sensíveis às necessidades das mulheres e ao seu relato. Mas, o enfrentamento à violência não termina nos serviços de saúde, pelo contrário, as ações devem prever a articulação entre os diferentes serviços e políticas públicas de modo a fortalecer a gestante e ampliar o exercício da cidadania.

A partir dos dados encontrados na pesquisa e da realidade local iniciaram-se práticas de educação em saúde no intuito garantir às mulheres um atendimento integral e multidisciplinar durante a gestação. Este espaço valoriza as experiências e falas das gestantes e são discutidos temas diversos nos encontros como direitos das gestantes, aspectos emocionais, nutricionais, violência, orientações sobre medicamentos, exercícios durante a gestação, amamentação, dentre outros, nos moldes da educação popular em saúde. Tal ação tem um caráter preventivo, de promoção e também de empoderamento na medida em que favorece a disseminação de conhecimentos e troca de experiências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scavone, L. Motherhood: transformation in the family and in gender relations. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* v.5, n.8, p.47-60, 2001.
2. Devries KM *et. al.* Violência por parceiro íntimo durante a gravidez: análise dos dados de prevalência de 19 países. *Reproductive Health Matters* 2010; 18 (36): 158–170. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm5/revista5/rhm5_artigo_110.pdf
3. Park VM, Hayes, DK, Humphreys, J. Disparities in intimate prenatal counseling: setting a baseline for the implementation of the guidelines for women's preventive services. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, May, 2014.
4. Queiroz FM. Violência contra a mulher o pessoal e o político. *Expressão Mossoró*. Universidade do Rio Grande do Norte. 2002 Jan - Dez.
5. Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial sobre prevenção da violência* 2014.
6. Okabe I, Fonseca, RMGS. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43:453-8.
7. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *Boletim Epidemiológico: violência interpessoal e autoprovocada*. N o 1, Ano 2 Maio de 2015. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/images/Programas/InfEpiViol_definitivo_28052015.pdf
8. Schraiber LB, *et. al.* *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora da UNESP; 2005.
9. Minayo, MCS. *Violência: um problema para a saúde dos brasileiro*. In: *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
10. Bertoline, VL. *E na violência contra a mulher, o Estado mete a colher? – o dito e o feito na política de segurança em Cuiabá – Mato Grosso*. Dissertação de Mestrado apresentada no Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Brasília. Fev. de 2001.
11. Machado, LZ e Magalhães, MTB. *Violência Conjugal: os espelhos e as marcas*. In: *Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal*. Brasília. Ed. Universidade de Brasília, 1999.
12. Biglia, B. e Martín, S (coords.). *Estado de wonderbra*. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género. Barcelona, Virus Editorial, 2007.
13. Di Marco, G. *Relaciones de género y de autoridad*. In DI MARCO, Graciela (Coord.) et al. *Democratización de las familias*. Buenos Aires: UNICEF, 2005, p. 47-62. Suarez, M. Desconstrução das categorias "mulher" e "negro", *Série Antropologia*, 133. DAN/UnB: Brasília 1992. Disponível em: <http://www.unb.br/ics/dan/Series133empdf.pdf>.
14. Minayo, MCS e Lima, CA. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: Njaine, K *et. al.* (Org.) *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

15. Almeida, SS. *Femicídio: algemas (in) visíveis do público-privado*. RJ. Editora Revinter, 1998.
16. Costa, A. M. *Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil*. In: Giffin, K., and Costa, SH., orgs. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p.
17. Butler, J. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão de identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
18. Suárez, M e Bandeira, L. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania. In: Bruschini, Cristina & Unbehaum, Sandra G. (orgs). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*, 2002.
19. Lei 11.340 de 7 agosto de 2016. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.
20. Centro Feminista de Estudos e Assessoria. *Lei Maria da Penha: do papel para a vida*. Comentários à Lei 11.340/06 e sua inclusão no ciclo orçamentário. Brasília. CFEMEA, 2007.
21. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Balanço 1º Semestre de 2015*. Disque 180 Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2015.
22. Daoud, N. et. al. Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *American Journal of Public Health* October 2012, Vol 102, No. 10.
23. Meuleners LB et. al.. Maternal and foetal outcomes among pregnant women hospitalised due to interpersonal violence: a population based study in Western Australia 2002-2008. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011.
24. Waiselfisz, JJ. *Mapa da Violência 2015*. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo, Instituto Sangari, 2015.
25. Lei 13.104/15 de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.
26. World Health Organization. *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. WHO, Geneva; 2005.
27. World Health Organization. *Intimate partner violence during pregnancy Information sheet*. WHO, 2011.
28. Cadernos de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. 32nd ed. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2012.
29. Moraes CL, Arana, FDN e Reichenheim, ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev. Saúde Públ.* [online]. 2010, vol.44, n.4, pp. 667-676. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400010>.
30. SANTOS SA et. al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no rio de Janeiro. *Cad. Saúde Coletiva*. 2010.

31. SENA, C. D. de. *Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública*. [Dissertação]. Bahia. Universidade Federal da Bahia, 2014.
32. Modiba RN. Pilot survey of domestic abuse amongst pregnant women attending an antenatal clinic in a public hospital in Gauteng Province in South Africa. *Midwifery*. 2011; p. 872-879.
33. Moura, L. B. A., et. al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Públ*. 2009; 43(6):944-53. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/0509.pdf>
34. Schraiber, LB et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007, vol.41, n.5 [cited 2015-02-18], pp. 797-807. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>.
35. Bailey, BA. e Daugherty, RA. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Incidence and Associated Health Behaviors in a Rural Population. *Matern Child Health J*, 2007, p. 495–503
36. Bonfim EG, Lopes MJM and Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Esc. Anna Nery* [online]. 2010, vol.14, n.1, pp. 97-104. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100015>.
37. Organização Panamericana da Saúde. *Violência y salud: resolución no XIX*. OPAS, Washington, 1994.
38. Usta, J. et. al. *Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want*. *Annals of Family Medicine*. Vol. 10, no. 3. May/june, 2012.
39. MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K; ASSIS, S. G; CONSTANTINO, P. (orgs). *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013: 21- 42.
40. Nelson, H. D., et. al. Screening Women for Intimate Partner Violence: a Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of Internal Medicine*, 2012.
41. Agüero, JM. Causal Estimates of the Intangible Costs of Violence against Women in Latin America and the Caribbean. *University of California, Riverside and Grupo de Análisis para el Desarrollo*, 2013.
42. World Health Organization. *Women's Health and Domestic Violence Against Women*. WHO 24 de novembro Genebra/Londres, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/es/>
43. Audi, CAF, et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, 2008, 42(5), p. 877-85.
44. Mendes, EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
45. Berger, SMD e Giffin, KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)* [online]. 2011, vol.15, n.37, pp. 391-405. Epub Mar 18, 2011. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000003>.

46. Menezes TC *et. al.* Violência física, doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003; v. 25 n°. 5.
47. MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 79, n. 3, p. 269 - 277, 2002.
48. POLLAK, R. 2004. An Intergenerational Model of Domestic Violence. *Journal of Population Economics* 17(2): 311-29.
49. Ferrante, FG, Santos, MA, Vieira, EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 31, Dec. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400005&lng=en&nrm=iso>.
50. Guedes, RN, Fonseca, RMGS, EGRY, EY. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 47, n. 2, Apr. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200005&lng=en&nrm=iso>.
51. Schraiber, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface. Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.41-54, 2003.
52. Osis, MJ, Duarte, GA, Faundes, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018&lng=en&nrm=iso>.
53. Waalen, J. et. al. Screening for intimate partner violence by health care providers (barriers and interventions). *Am J Prev Med*. 2000;19: 230–237.
54. Vieira, EM et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 12, n. 4, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400007&lng=en&nrm=iso>.
55. Signorelli, MC, Auad, D, Pereira, PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 29, n. 6, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600019&lng=en&nrm=iso>.
56. Pereira, PA. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 112, p. 729-753, out/dez. 2012.
57. Kind, L. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1805-1815, set, 2013.
58. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.
59. Angela, T Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11, 2014.

60. Ramsay, J., Should health professionals screen women for domestic violence? systematic review. *BMJ*. Vol. 325, 2002, pp. 314-318.
61. Soares, BM. *Enfrentando a violência contra a mulher*. Orientações práticas para profissionais e voluntários (as). Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as mulheres, 2005.
62. Assis, G. e Avanci, JQ. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. Njaine, K *et. al.* (Org.) *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.
63. Krug, EG. et al. (org). Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra: *Organização Mundial de Saúde*, 2002.
64. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
65. Malta, DC, Merhy, EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010, vol. 14, n 34, pp. 593-606.
66. Sagot, M. *Ruta critica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
67. Polit, DF, Beck, CT, Hungler, BP. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Metodos, avaliação e utilização*, 5ª edição, artmed, Porto Alegre, 2004, 487 p.
68. MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. pp. 19-51.
69. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). *Plano Distrital por amostra de domicílio Santa Maria - PDPAD Brasília 2013*.
70. Merhy EE, Malta, DC, Santos FP. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E, (Org). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: UFPE; 2004. p. 45-76.
71. Reichenheim, ME.; Moraes, CL.; Hasselmann, MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 6, p. 610 - 616, 2000.
72. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, 2010
73. Resolução nº. 466 do Ministério da Saúde de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a regulamentação de pesquisa científica envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
74. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais de 15 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Brasil, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf
75. Diniz, D et. al. Nomear feminicídio: conhecer, simbolizar e punir. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. v 23, n 114, mai/jun, 2015.

ANEXOS

Anexo 1 – Abuse Assessment Screen (AAS)

Você foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante?

- Sim
 Não

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

- Sim
 Não

Desde que engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

- Sim
 Não

Desde que engravidou, alguém lhe humilhou, constrangeu, reteve seus documentos?

- Sim
 Não

Em caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque uma ou mais opções).

- Namorado
 Ex-namorado
 Marido
 Ex-marido
 Pai
 Irmão
 Amigo
 Estranho
 Não se aplica
 Outros:

Número de vezes

- 1
 2
 3
 4
 5
 Mais de cinco
 Não se aplica
 Outros:

Marque cada episódio de acordo com a escala a seguir (escolha a descrição com o maior número de ocorrências):

- Ameaças de maus - tratos/agressões, inclusive com uma arma
- Tapa, empurrão: sem machucar ou ferimento ou dor duradoura
- Soco, chute, machucado/"mancha roxa", cortes e/ou dor continua
- Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados
- Danos na cabeça, internos e/ou permanentes
- Uso de armas, ferimento por arma
- Ameaça, privação de liberdade, humilhação, constrangeu, perseguiu
- Reteve, subtraiu, destruiu parcial ou totalmente seus objetos, reteve instrumentos de trabalho, reteve os documentos pessoais
- Não se aplica
- Outros:

Qual foi a área traumatizada?

- Face
- Tronco
- Abdome
- Membros superiores
- Barriga durante a gravidez
- Membros inferiores
- Pescoço
- Região dorsal
- Não se aplica
- Outros:

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

- Sim
- Não

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

- Namorado
- Ex-namorado
- Companheiro
- Ex-companheiro
- Marido
- Ex-marido
- Pai

- Irmão
- Amigo
- Estranho
- Outros:

Anexo 2 – Plano de proteção

Como montar um plano de proteção?

Se você estiver em situação de risco ou conhecer alguma mulher que esteja, é possível traçar uma estratégia de segurança que seja adequada à situação vivenciada.

NA HORA DO ATAQUE...

- Evite locais como cozinha e banheiro, onde há facas, objetos perigosos, superfícies cortantes e espaço reduzido.
- Evite locais onde haja armas. Nunca tente usar armas para ameaçar o agressor. Elas podem facilmente se voltar contra você.
- Se a violência for inevitável, defina uma meta de ação: corra para um canto e agache-se com o rosto protegido e os braços em volta de cada lado da cabeça, com os dedos entrelaçados.
- Não corra para o local onde as crianças estejam. Elas podem acabar sendo também agredidas.
- Evite fugir sem as crianças. Elas poderão ser usadas como objeto de chantagem.
- Ensine às crianças a pedir ajuda e a se afastar do local, quando houver violência. Planeje com elas um código qualquer para avisar que está na hora de buscar socorro ou abandonar a casa.

DEPOIS DO ATAQUE...

- Guarde sempre com você os números de telefone de socorro.
- Se você tem telefone, procure mantê-lo ao alcance da mão.
- Se não tem, localize o telefone público mais próximo.
- Procure uma delegacia da mulher, um centro de atendimento ou alguma pessoa ou instituição em que você confie.
- Verifique se há locais seguros perto de sua casa, onde você pode ficar até conseguir ajuda: igreja, comércio, escola etc.
- Se você estiver ferida, procure um hospital ou um posto de atendimento e revele o que aconteceu. Se você esconder que foi vítima de violência, ninguém vai poder ajudá-la.

Texto retirado de SOARES, Bárbara M. *Enfrentando a violência contra a mulher - Orientações práticas para profissionais e voluntários (as)*. Brasília: Secretaria Especial de Política para as Mulheres, 2005.

Anexo 3 – Parecer consubstanciado do CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTE:
PREVALÊNCIA E

VIVÊNCIA DAS MULHERES CADASTRADAS NO PRÉ-
NATAL EM SANTA MARIA/ **Pesquisador:** Regiane Rodrigues da Silva **Área**

Temática:

Versão: 1

CAAE: 40678314.7.0000.5553

Instituição Proponente: Diretoria Regional de Atenção Primária a Saúde de Santa Maria

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do

Parecer: 979.134

Data da Relatoria:

23/02/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa: A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTE:
PREVALÊNCIA E VIVÊNCIA DAS MULHERES CADASTRADAS NO PRÉ-
NATAL EM SANTA MARIA/ DF Uma a cada seis mulheres sofre algum tipo de
violência no mundo, geralmente o perpetrador da violência é o marido ou o namorado,
revela o um estudo realizado, em dez países, entre eles o Brasil, pela Organização

Mundial da Saúde (OMS, 2005). A violência contra a mulher é uma grave violação dos direitos humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a prevalência da violência por parceiro íntimo entre as gestantes inseridas na assistência pré-natal nas unidades básicas de Santa Maria/DF e apreender o significado que as mulheres atribuem a vivência da violência.

Objetivo Secundário:

Identificar as características demográficas, socioeconômicas, reprodutivas, hábitos de vida e redes de apoio das mulheres. Verificar os tipos de população de referência, concorrendo nos estudos epidemiológicos mais detalhados. O estudo e as informações serão obtidos pela análise da violência prevalentes. Analisar a relação entre as variáveis independentes e dependente do estudo. Compreender o significado que as mulheres atribuem à experiência da violência. Identificar se as mulheres reconhecem a violência como uma questão de saúde pública.

Critério de Inclusão:

Serão sujeitos deste estudo homens e mulheres em idade entre 25 anos e 49 anos de idade, provenientes da demanda espontânea. adolescentes ter o consentimento da mãe; 5. Estar no último trimestre da gestação.

Critério de Exclusão:

1. As que não atenderem aos critérios mencionados anteriormente; 2. Não apresentarem interesse em participar da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa por tratar de um assunto complexo e pela peculiaridade vivenciada no período da gestação pode mobilizar emocionalmente as mulheres, além de produzir constrangimento em decorrência do repasse de informações pessoais. Diante disso, será disponibilizado o suporte necessário para garantia do bem-estar, bem como interrupção da coleta de dados, se for preciso. Ademais, caso seja necessário, será disponibilizado encaminhamento para atendimento e acompanhamento psicológico para que a mulher seja fortalecida para manejar as situações que envolvem violência e articulação com demais serviços disponíveis na rede para a proteção e acesso aos direitos. Os riscos

previstos nessa pesquisa são aqueles inerentes à pesquisa com seres humanos diante do contato com seus sujeitos de pesquisa. Considerando que as informações que permitam a identificação dos sujeitos envolvidos serão preservadas, os riscos serão amplamente minimizados. Além disso, a coleta de dados será realizada pela pesquisadora em local reservado, o que permitirá um espaço acolhedor. Benefícios: Em contrapartida, participar da pesquisa contribuirá para a avaliação da assistência prestada a mulher em situação de violência, qualificação do serviço, bem como reflexão acerca do modelo de assistência que esteja em consonância com as demandas da população e espaço para uma escuta qualificada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**Metodologia Proposta:**

Este é um estudo misto de corte transversal, de caráter observacional e analítico, que fará uso de técnicas quanti-qualitativas para coleta e análise dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos conforme a resolução 466/2012.

TCLE, Folha de rosto, Termo de consentimento, cronograma, eo curriculum vitae.

Recomendações:

Pela a resolução 466/2012. Que seja resguardado o sigilo e a documentação como questionário da pesquisa por 5 anos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 10 de Março de 2015

Assinado por:

Helio Bergo

(Coordenador)

Anexo 4 – Comprovante de submissão

Serviço Social centro 02 <sscentro02@gmail.com>

Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2016-0562

2 mensagens

3
de
ma
rço
de
20
16
01:
40

onbehalfof+danuziacienciaesaudecoletiva+gmail.com@manuscriptcentral.com<onbehalfof+danuziacienciaesaudecoletiva+gmail.com@manuscriptcentral.com>

Responder a: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com

Para: sscentro02@gmail.com

Cc: sscentro02@gmail.com, alearrais@gmail.com

03-Mar-2016

Dear Ms. Silva:

Your manuscript entitled "Violência contra gestante praticada por parceiro íntimo: o que elas têm a dizer?" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2016-0562.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

APÊNDICES

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “*Invisibilidade da violência contra gestante praticada pelo parceiro íntimo: estudo em uma unidade básica do distrito federal*”. O objetivo da pesquisa é identificar a ocorrência da violência praticada por parceiro íntimo (VPI) entre as gestantes cadastradas na assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/DF e apreender a vivência de violência dessas mulheres.

A senhora pode participar ou não da pesquisa. Também pode desistir ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Caso tenha interesse em participar receberá todas as informações necessárias antes e no decorrer da pesquisa e seu nome não aparecerá, pois será guardado de forma rigorosa o sigilo por meio da ausência de qualquer informação que possa identificá-la. Ao final da pesquisa, a senhora poderá consultar o material produzido.

Sua participação na pesquisa é voluntária e não prevê nenhum custo, nem o recebimento de qualquer quantia em dinheiro. Estamos à disposição para oferecer esclarecimentos sobre qualquer aspecto do estudo desenvolvido e a senhora estará livre para participar ou desistir de sua participação. Há risco em sua participação devido à possibilidade de mobilizar sentimentos e emoções durante o contato, mas o apoio necessário será disponibilizado. Por outro lado, participar da pesquisa pode trazer benefícios como contribuir para a avaliação da assistência prestada à gestante em situação de violência, qualificação do serviço, bem como reflexão sobre modelo de assistência que atenda as demandas da população.

Caso a senhora aceite participar, deverá responder a um formulário na presente data. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder este instrumental. Será respeitado o seu tempo para respondê-lo. Informamos que a senhora pode não responder qualquer questão que lhe deixe constrangida.

Os resultados da pesquisa serão publicados em dissertações e artigos científicos e divulgados em eventos científicos. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora por um período de 5 anos e depois serão destruídos.

Se a senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Regiane na instituição Centro de Saúde nº. 02 de Santa Maria no telefone (61) 3394- 1999 no horário: 7h às 11h de Segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com a senhora.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

Diante do exposto, eu _____, portador do Registro Geral nº. _____ afirmo que fui informado (a) sobre os objetivos da pesquisa “*A invisibilidade da violência contra gestante: rastreamento e vivência*”

das mulheres cadastradas no pré-natal em Santa Maria/ DF”, de forma clara e não tenho dúvidas sobre a pesquisa. Além disso, sei que posso solicitar esclarecimentos a qualquer momento, bem como retirar meu consentimento.

Por fim, declaro que concordo em participar da pesquisa. Recebi uma versão impressa deste termo de consentimento livre e esclarecido e tive a oportunidade de ler o documento em sua integralidade.

Santa Maria, _____ de _____ de 2014.

Nome

Assinatura participante

Data

Nome

Assinatura pesquisador

Data

As dúvidas referentes aos aspectos éticos desta pesquisa podem ser esclarecidas no CEP da FEPECS/DF.

Endereço: SMHN, Qd. 03, Conj. A, Bloco 1, Asa Norte.

Telefone: 3325 4956

CEP: 70.710-907 Brasília – DF

Informações da pesquisadora

Nome: Regiane Rodrigues da Silva

Profissão: Assistente social

Local de trabalho: Centro de Saúde nº. 02 de Santa Maria

Endereço institucional: Quadra 217/317, Área Especial, Santa Maria Norte, Santa Maria/DF.

Telefone institucional: 3394 – 1999

Apêndice 2 – Questionário

Rastreamento da violência contra gestante

Nome

Data de Nascimento

Endereço

Telefone

Unidade em que realiza o pré-natal

1. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS 1.1 Onde você nasceu? Cidade/Estado

1.2 Há quanto tempo reside no DF?

1.3 Qual é sua raça?

- Negra
- Parda
- Branca
- Amarela
- Indígena
- Outra
- Não sabe

1.4 Qual é a sua idade?

1.5 Você tem religião? Qual?

- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Outra
- Não tem
- Não sabe

1.6 Qual é a sua escolaridade?

- Analfabeta
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Médio completo
- Superior completo
- Pós-graduação
- Não sabe

1.7 Qual é o seu estado civil?

- Solteira
- Casada
- União estável
- Viúva
- Divorciada ou separada
- Não sabe

1.8 Com quem reside?

- Sozinha
- Com filho (a) (s)
- Com parceiro
- Companheiro e filhos
- Familiares
- Amigos
- Outros:

1.9 Seu domicílio é?

- Próprio
- Alugado
- Cedido
- Ocupado
- Outros:

1.10 Qual é sua ocupação?

- Desempregada
- Dona de casa
- Autônoma
- Faz "bicos"
- Trabalha de carteira assinada
- Estudante

Outros:

1.11 Depende financeiramente de alguém?

- Não
- Sim, parcialmente
- Sim, totalmente

1.12 De quem?

- Pai/Mãe
- Marido/Companheiro
- Irmãos
- Outros familiares
- Amigos
- Outros:

1.13 Qual é a sua renda?

1.14 Qual é a renda da sua família?

1.15 Quantas pessoas vivem desta renda?

1.16 É beneficiária de programas de transferência de renda?

- Sim
- Não

2. INFORMAÇÃO SOBRE O PARCEIRO 2.1 Você tem companheiro atualmente?

- Sim
- Não

2.2 Há quanto tempo estão juntos?

2.3 Qual é a idade dele?

2.4 Qual é a ocupação do seu parceiro?

- Desempregado
- Autônomo
- Faz "bicos"
- Trabalha de carteira assinada
- Estudante
- Não sabe
- Não se aplica

Outros:

2.5 Qual é a escolaridade do seu companheiro?

- Analfabeto
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Médio completo
- Superior completo
- Pós-graduação
- Não sabe
- Não se aplica

2.6 Tem filhos com seu atual companheiro?

- Não
- Sim
- Não se aplica

2.7 Quantos?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- Mais de 6
- Não se aplica

2.8 Tem filhos dos relacionamentos anteriores?

- Sim
- Não

2.9 Quantos?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- mais de 6
- Não se aplica

2.10 Quantos companheiros você teve?

2.11 Seu parceiro atual faz uso de drogas? Sim Não**2.12 Qual?** álcool maconha crack cocaína cigarro Não se aplica Outros: **2.13 Qual frequência?** Diariamente Aos fins de semana Em eventos Não se aplica Outros: **3. INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS 3.1 Com quantos anos iniciou a vida sexual?****3.2 Qual é sua idade gestacional no momento?****3.3 Sua gravidez atual foi planejada?** Sim Não**3.4 Você engravidou quantas vezes?** 1 2 3 4 5 6 mais**3.5 Teve algum aborto?** Sim Não

3.6 Se sim, quantos abortos foram espontâneos?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Mais de 4
- Não se aplica

3.7 Quantos abortos foram provocados?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Mais de 4
- Não se aplica

3.8 Realizou acompanhamento pré-natal na gravidez atual?

- Sim
- Não

3.9 Em qual trimestre iniciou o acompanhamento?

- Primeiro
- Segundo
- Terceiro
- Não sabe

3.10 Quantas consultas foram realizadas?

- 1. Até 4 consultas
- 2. Entre 4 e 6 consultas
- 3. Mais de 7
- 4. Não sabe

3.11 Fez uso de alguma droga antes da gestação?

- Sim
- Não

3.12 E durante a gestação, usa alguma droga?

- Sim
- Não

3.13 Qual?

- álcool
- cigarro
- maconha

- crack
- cocaína
- Não se aplica
- Outros:

3.14 Qual frequência?

- Diariamente
- Aos fins de semana
- Em eventos
- Não se aplica
- Outros:

4. VIVÊNCIA DA VIOLÊNCIA (primeira parte é o anexo 2)**4.11 Você tem medo do seu parceiro ou alguém listado acima?**

- Sim
- Não

4.12 Percebeu algum problema de saúde por causa da violência?

- Sim
- Não
- Não se aplica

4.13 Em caso de resposta anterior afirmativa, qual?

- Dores de cabeça constante
- Problemas gástricos
- Falta de apetite
- Depressão
- Aumento da pressão arterial
- Diminuição da libido
- Dores na barriga/contrações
- Sangramento/hemorragia
- Não se aplica
- Outros:

4.14 Teve alguma dificuldade para realizar o pré-natal por causa da violência?

- Sim
- Não
- Não se aplica

4.15 Durante o pré-natal algum profissional falou sobre o tema da violência?

- Sim
- Não

4.16 Gostaria que perguntassem de forma rotineira sobre os maus-tratos nos serviços de saúde?

- Sim
- Não

5 REDE DE APOIO 5.1 Procurou alguma instituição de saúde por conta do (s) problema (s) em decorrência da violência?

- Sim
- Não
- Não se aplica

5.2 Qual?

- Hospital
- Unidade básica de saúde
- UPA
- Não se aplica
- Outros:

5.3 Informou ao profissional de saúde que te atendeu que o (s) problema (s) de saúde foi por conta da violência??

- Sim
- Não
- Não se aplica

5.4 Procurou algum outro órgão de proteção?

- Sim
- Não
- Não se aplica

5.5 Qual?

- Delegacia de Polícia
- CREAS
- Ministério Público
- Tribunal de Justiça
- Não se aplica
- Outros:

5.6 Você recebeu apoio de algum familiar/amigo diante da situação de violência?

- Sim

- Não
- Não se aplica

5.7 De quem?

- Mãe
- Pai
- Irmãos
- Amigos
- Vizinhos
- Desconhecidos
- Outros:

Observações

Apêndice 3 - Roteiro de entrevista

- 1) O que você acha da frase “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”?
- 2) Você acha que uma mulher que sofre violência deve conversar sobre isso nos serviços de saúde ou só na delegacia e na justiça?
- 3) Quando foi a primeira vez que seu parceiro a agrediu?
- 4) Você conversou com algum profissional sobre a violência vivenciada nas consultas do pré-natal?
- 5) Conte-me sobre as situações de violência vivenciadas durante a gestação. Onde foi que ele te agrediu?
- 6) Você conversou com outra pessoa a respeito?
- 7) Como você costuma fazer para se proteger da situação de violência?
- 8) O que você diria para uma gestante que está sendo agredida pelo companheiro?

Apêndice 4 – Locais para procurar ajuda

Onde procurar ajuda?

- **Disque Denúncia: 180.**
- **Disque Direitos Humanos da Mulher: 156, opção 6.**
- **Rede de apoio social (amigos, vizinhos, igreja, etc).**
- **33ª Delegacia de Polícia.**

End.: CL 114, s/n It A, Santa Maria/DF.

Tel.: (61) 3207-8571

- **Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher – DEAM.**

End.: EQS 204/205, Asa Sul.

Tel.: (61)3207-6195

- **Núcleos de Atendimento à Família e aos Autores de Violência Doméstica (MPDFT).**

End.: QR 211, Conjunto A, Lote 14, Edifício do Ministério Público, Santa Maria/DF.

Tel.: (61)3394-4110

- **Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM).**

End.: Estação do Metrô 102/103 - Eqs 102/103, Asa Sul.

Tel.: (61) 3323-6184

- **Defensoria Pública, funciona no Fórum.**

End.: Fórum da Cidade, Quadra 211 Lote 01, Conjunto 1, Santa Maria/DF.

Tel.: (061) 3394-5377 / (61) 3905-6313

- **Hospital de Santa Maria.**

End.: Quadra “AC” 102 Conjunto A, B, C e D s/nº , Santa Maria/ DF

Tel.: 3392-6272

- **Conselho Tutelar Santa Maria Sul.**

End.: [EQ 209/309 - It-B](#) - Santa Maria/ DF.

Tel.: (61) 3392-1886

- **Conselho Tutelar Santa Maria Norte**

End.: QC 01, Conj. H, Área Especial, Avenida Alagados, Antigo prédio da Administração Regional.

Tel.: (61) 3393-3106 / 3393-9873 / 9242-7797 (plantão)

- **CREAS/ Gama.**

End.: Área Especial 11/13, Setor Central, Gama/DF.

Tel.: (61) 3556-3973

- **CRAS/ Santa Maria.**

End.: Entre Quadra 209/309, Área Especial, Santa Maria/ DF.

Tel.: (61)3394-6951

Apêndice 5 – Caracterização do perfil socioeconômico e obstétrico das entrevistadas

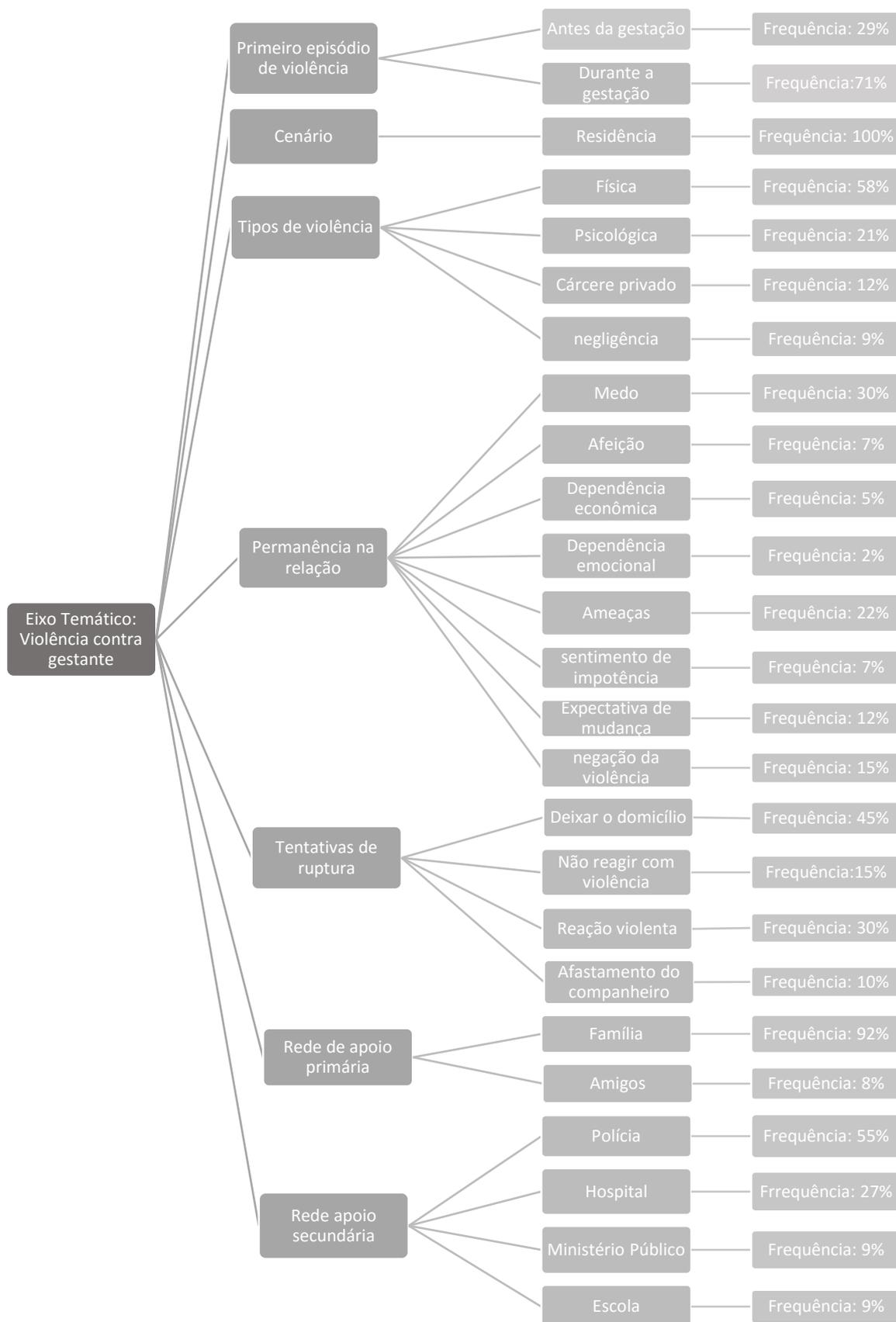
<i>Informações socioeconômicas</i>	<i>Yasmin</i>	<i>Tulipa</i>	<i>Orquídea</i>	<i>Margarida</i>	<i>Rosa</i>	<i>Violeta</i>
<i>Naturalidade</i>	Canguaretama/ RN	Luzilândia/ PI	Taguatinga/D F	Sobral/ CE	Brasília/ DF	Camaçari/B A
<i>Raça</i>	Branca	Negra	Parda	Branca	Branca	Negra
<i>Idade</i>	16	25	22	30	28	27
<i>Religião</i>	Não tem	Evangélica	Não tem	Católica	Evangélica	Não tem
<i>Escolaridade</i>	Fundamental incompleto	Médio incompleto	Fundamental incompleto	Médio completo	Fundamental incompleto	Superior incompleto
<i>Estado civil</i>	Solteira	Solteira	Solteira	Solteira	Solteira	Solteira
<i>Ocupação</i>	Autônoma	Carteira assinada	Do lar	Do lar	Desempregada	Contrato de trabalho
<i>Renda</i>	1.000	860	300	-	600	780
<i>Habitação</i>	Cedida	Alugada	Alugada	Cedida	Alugada	Alugada
<i>Recebe benefícios sociais</i>	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
<i>Tem parceiro íntimo</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não

Informações Obstétricas

<i>Idade gestacional (semanas)</i>	22	29	30	28	21	14
<i>Gestação planejada</i>	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não
<i>Número de gestações</i>	2	2	3	1	3	3
<i>Número de abortos</i>	1	0	0	0	0	0
<i>Início do pré-natal (trimestre)</i>	Segundo	Primeiro	Primeiro	Primeiro	Segundo	Primeiro
<i>Uso de drogas antes da gestação</i>	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não
<i>Uso de drogas durante a gestação</i>	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não
<i>Número de filhos de relacionamentos anteriores</i>	0	1	2	0	2	1

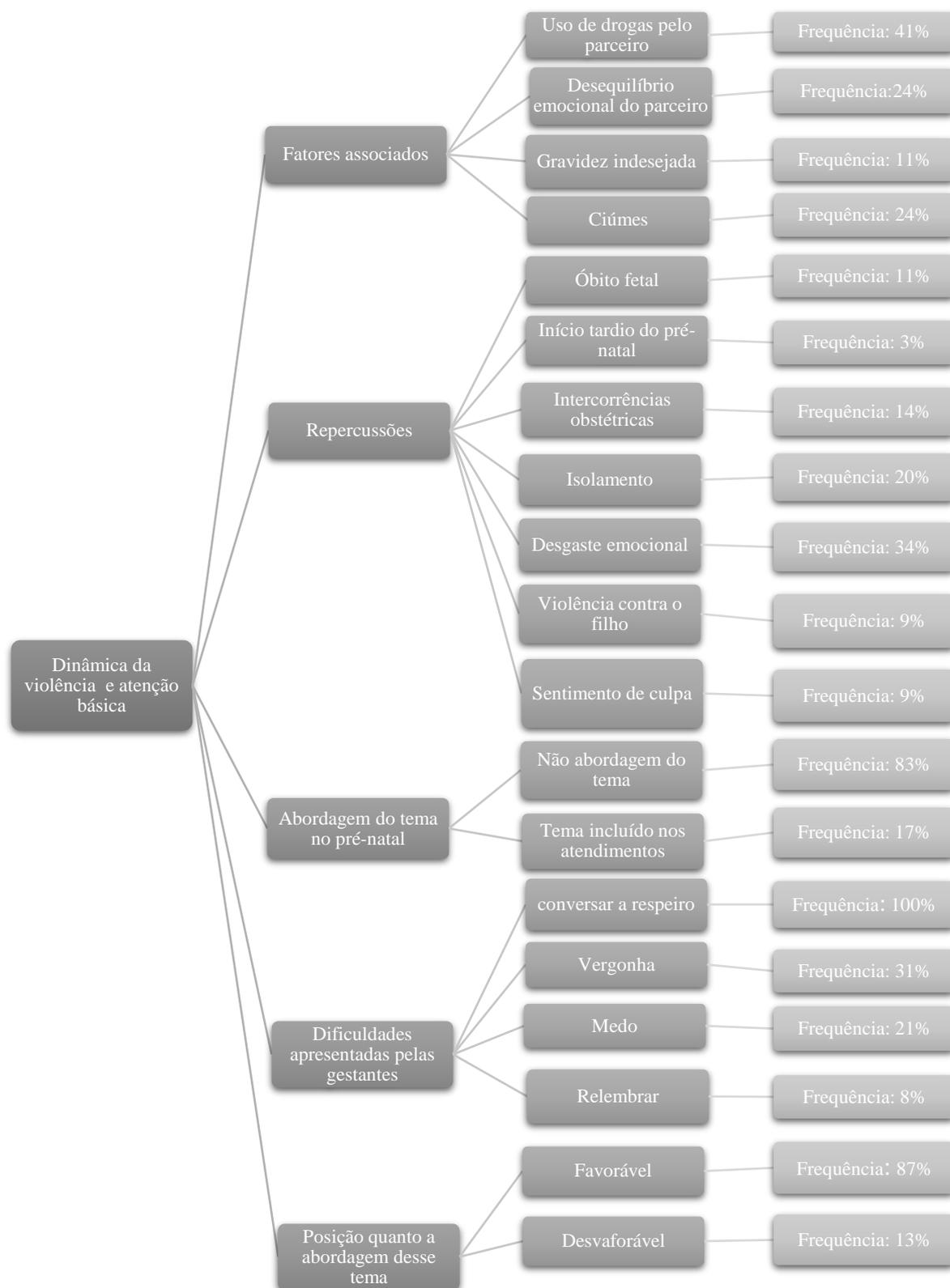
*Fonte: Questionário aplicado às gestantes inscritas no pré-natal em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal, 2015.

Apêndice 6 – Organograma 1 (Violência contra a gestante)



*Fonte: Entrevistas realizadas com gestantes em uma unidade básica de saúde do DF, 2015.

Apêndice 7 – Organograma 2 (Dinâmica da violência e atenção básica)



*Fonte: Entrevistas realizadas com gestantes em uma unidade básica do DF, parte qualitativa da pesquisa, 2015.

Apêndice 8 e 9 – Quadro 1 e 2 de análise dos dados (Caracterização da violência contra gestante)

Categoria	Subcategoria	Definição	Exemplo	Frequência	
				Absoluta	%
Ocorrência da primeira agressão	Antes da gestação	Esta subcategoria engloba relatos da vivência de violência no início da relação conjugal. Nos dois casos as mulheres estavam no início da vida adulta.	“Ah, já tem muito tempo. Foi bem no começo da nossa relação. Foi bem no comecinho. Que eu na verdade. Fui morar com ele aos 18 anos. Ai foi quando eu tinha uns 19 anos eu acho” (Orquídea).	2	29%
	Durante a gestação	Inclui os relatos que mencionam que a violência na relação íntima iniciou na gestação atual ou anterior, independente da idade gestacional. Em alguns relatos, a notícia da gestação intensifica a experiência da violência.	“Foram três meses de gestação, que eu passei grávida que foram os piores da minha vida. Não por conta de estar grávida, mas pela violência que eu sofri” (Yasmin).	5	71%
Cenário	Residência	A totalidade dos relatos aponta que as situações de violência aconteciam no ambiente privado.	“Só eu saber que estava (grávida) que começaram as violências dentro de casa” (Yasmin)	8	100%
Tipos de violência	Física	Reúne os relatos sobre as marcas expostas no corpo provocadas por empurrão, chutes, tapas, murros, arremesso de objetos, uso de armas de fogo e branca, bem como as áreas atingidas como o rosto, braços, barriga, pescoço.	“Ele fazia essas armas deee (silêncio), essas armas que atira, essas bate bucha. É umas armas ai que eles fazem, o povo do nordeste. É caseira. Ele botava na minha barriga. Ele me derrubava, me chutava” (Rosa)	19	58%

	Psicológica	Inclui os relatos sobre xingamentos, humilhações, depreciações.	“Era jogando as coisas na cara, altas coisas. Coisas assim que a gente nem gosta de falar pra falar a verdade” (Orquídea)	7	21%
	Cárcere privado	Relatos de restrição de liberdade, limitação de convivência, impossibilidade de frequentar escola, trabalho.	“Ele me trancava dentro de casa. Um dia eu acordei foi acorrentada (choro). Tudo isso aconteceu comigo” (Rosa)	4	12%
	Negligência	Os relatos desta subcategoria demonstram a precariedade na garantia da alimentação, aquisição de roupas para o bebê, considerando que o companheiro é o único provedor da família.	“Ele não me dava comida. Não colocava comida dentro de casa. Às vezes que ele deixava eu sair eu aproveitava e comia o máximo que eu podia. Eu tentava trazer sem ele ver.” (Yasmin).	3	9%
Permanência na relação violenta	Medo	Reúne os relatos que evidenciam a manutenção da relação conjugal devido ao medo que sentem de perder a própria vida e a de familiares. Alguns relatos apontam que esse sentimento permanece mesmo após ter rompido a relação e o contato com o ex-companheiro.	“Então eu ficava com medo, eu sentia medo. Até o dia que ele morreu” (Violeta)	12	30%
	Afeição	Nesta subcategoria estão os relatos sobre a afetividade em relação ao parceiro.	“E eu acabo voltando porque eu gosto dele. Tanto é que eu já separei dele e a gente já chegou a ficar um ano separados, mas tipo um ano separado, mas tendo os flash back durante esse tempo, mas sempre acabo voltando com ele” (Margarida)	3	7%

Dependência econômica	Aponta a dificuldade de inserção e manutenção no mercado de trabalho por conta da vivência da violência	“Eu perdi trabalho por causa disso” (Violeta)	2	5%	
Dependência emocional	Nesta subcategoria reúne o relato de limitação da rede de apoio ao companheiro.	“Não tinha parente aqui. Não tinha pai, não tinha mãe. Ai eu achava que eu não daria conta de criar meu filho só” (Tulipa).	1	2%	
Ameaças	Nesta subcategoria reúne os relatos de ameaças proferidas à integridade da mulher e de sua família.	“Então era mais pelas ameaça mesmo porque a pessoa falava assim ou você volta para casa ou eu vou fazer isso eu vou matar você, seu filho. Quando a gente é mãe a prioridade são os filhos, entendeu?!” (Violeta)	9	22%	
Sentimento de impotência	Esta subcategoria reúne relatos que apontam a sensação de impotência das mulheres e a dificuldade de traçar caminhos para ruptura com a situação de violência.	“Então assim, era complicado e eu me sentia impotente em relação aquilo” (Violeta)	3	7%	
Expectativa de mudança	Abarca relatos que o companheiro pode mudar de comportamento e nas promessas proferidas por ele nesse sentido.	“Eu sempre tive esperança de um dia mudar, né?! Igual a gente vive desse jeito assim eu espero que... eu achei que com a gravidez o relacionamento ficaria melhor, né?! mas eu acho que tá mais assim do que antes. Foi uma gravidez nossa muito desejada pelo tanto de tempo que a gente tá junto. Desejada por ele e por mim também porque eu sempre quis dar um filho para ele.” (Margarida).	5	12%	

	Negação da violência	Reúne os relatos que suavizam e minimizam a experiência da violência.	“Tipo igual eu falei no meu caso a gente briga e tem um empurrãozinho aqui outro ali” (Margarida).	6	15%
Tentativas de ruptura	Deixar o domicílio	Reúne relatos referentes as tentativas de romper com as situações de violência. Na maioria dos relatos este afastamento do cenário da violência ocorre diversas vezes até que a mulher consiga romper de maneira definitiva.	“Passei uns três dias fora de casa, escondida dele, sem ele saber onde eu tava, mas acabou que a gente conversou e tal. Aquela conversa que entra por um ouvido e sai pelo outro” (Margarida).	9	45%
	Não reagir com violência	Reúne os relatos em que as mulheres tentam amenizar as situações de violência e diminuir o risco de ocorrência da mesma a partir de um comportamento de não confronto direto	“Fingia que estava dormindo. Era o único jeito que eu me sentia protegida. Quando fazia barulho no portão eu corria pra cama e fingia que tava dormindo. Ai ele abria a porta e via e saía. Não ficava dentro de casa. Ele saía. As vezes eu não fingia porque tava com muita fome” (Yasmin).	3	15%
	Reação violenta	Concentra os relatos sobre o confronto direto com o companheiro	“Ai ele fala que a minha sorte foi que eu estava grávida, mas eu nunca deixo demonstrando pra ele né?! que eu fico por baixo que eu olho pra ele meio assim com medo. Nunca deixo acontecer isso, mas eu acho que é por conta disso” (Margarida).	6	30%
	Solicitar afastamento do companheiro do domicílio	Reúne os relatos em que o afastamento é solicitado de acordo com a previsão legal	“Ai eu peguei e fui para delegacia. Pedi a medida protetora. Eu só não queria que ele fosse preso. Queria que ele saísse da casa que eu morava com ele. Ele me deixasse em paz, não me procurasse. Não chegasse perto de mim para nada. Ai os policiais vieram ficaram esperando ele se mudar. Acompanharam tudo certinho” (Yasmin).	2	10%
Rede apoio social (Primária)	Família	Reúne os relatos em que a gestante relata apoio recebido por pais, irmão e outros familiares diante da violência	“Quando minha mãe descobriu eu ainda falei para ela não contar para ninguém. Ela falou: “não, não vou apoiar”. Ela falou assim: “ele sendo preso ou não eu não vou deixar minha filha sendo agredida por um cara que não é nada dela” (Yasmin)	11	92%

	Amigos	Reúne os relatos de apoio de amigos	“Conversei com minha amiga” (Margarida)	1	8%
Rede apoio social (Secundária)	Hospital	Reúne os relatos que mencionam atendimento em hospitais	“Ai eu fui pro hospital. Minha mãe me levou e tudo, eu voltei pra casa. Aparentemente estava tudo bem. Mas, não falei que tinha sofrido violência” (Violeta)	3	27%
	Polícia	Composto por relatos de mulheres que realizaram denúncias das situações de violência	“Foi onde minha mãe pegou e foi tomar providências. Ai ela foi lá na delegacia da mulher” (Yasmin)	6	55%
	Ministério Público	Relato de solicitação de medida protetiva	“Pedi a medida protetora” (Yasmin).	1	9%
	Escola	Relato que envolve a abordagem do tema da violência na escola	“Quando na escola muitas vezes que falava disso eu nem participava. Eu saia de perto, procurava não participar. Não dava minha opinião em nada” (Yasmin).	1	9%
Fragilidade da apoio na rede	Primária	Inclui os relatos sobre as dificuldades das mulheres por não se sentirem apoiadas pelos familiares	“Não, porque assim, a minha família eu tenho pai e tenho mãe. Eee a minha família não é bem estruturada. Então as vezes eles te ouvem, mas não te entendem. Ou as vezes até te entendem, mas ignoram o fato, da situação. Então assim, hoje pra minha mãe por exemplo ele foi o melhor genro do mundo” (Violeta).	5	42%
	Secundária	Os relatos desta subcategoria reúnem informações sobre as frustrações pela pouca efetividade dos serviços disponíveis.	“Denunciei, mas não resolveram. Ai eu peguei e tive que ir embora” (Rosa).	7	58%

Quadro 2 - Dinâmica da violência

Categorias	Subcategorias	Definição	Exemplo	Frequência	
				Absoluta	%
Fatores associados	Uso prejudicial de substâncias psicoativas pelo parceiro	Esta subcategoria reúne os relatos sobre o abuso de substâncias psicoativas por parte do parceiro	“Ele bebeu muito e usava muita droga. Ele usava cocaína. Ai acho que misturou com a bebida aí me bateu” (Tulipa)	7	41%
	Desequilíbrio emocional do parceiro	Reúne relatos sobre desequilíbrio emocional do parceiro	“Ele dizia que tirava a vida dele. Ele amarrou uma corda no pescoço subiu no guarda-roupa e se jogou lá de cima. [...] Ele amarrava a corda no corpo dele, sabe?! e se jogava lá de cima. Dizendo que ia se matar se eu não ficasse com ele. Isso e aquilo. Falava um monte de coisa” (Rosa).	4	24%
	Gravidez indesejada	Reúne os relatos de intensificação de situações de violência durante a gravidez	“Ah, não sei porque ele falava que não queria ser pai, que não gostava de criança” (Yasmin).	2	11%
	Ciúmes	Reúne relatos sobre as situações de violência motivadas por ciúmes	“Sempre as brigas eram geradas em torno de ciúmes. Ele via coisas que não existia. Dizia que eu estava em lugares que eu nunca estive. É... inventava coisas. Assim, Ele criava situações onde ele pudesse me agredir e justificar aquilo, entendeu?!. Criar uma justificativa” (Violeta)	4	24%
Repercussões da violência	Óbito fetal	Concentra relatos de óbitos fetais que podem ter sido favorecidos pelas situações de violência, mas que não são reconhecidos, até pelo fato de não ser mencionada a vivência de violência durante o	“Não teve assim a causa certa porque eu perdi o bebe da primeira vez. Mas, eu sei que foi espontâneo” (Yasmin)	4	11%

		atendimento nos serviços de saúde			
	Início tardio do pré-natal	Inclui um relato de início tardio do pré-natal	(Iniciou o pré-natal após 6 meses de gestação) “Foi depois que eu já tinha terminado a relação é que eu vim meio que cuidar direito” (Orquídea)	1	3%
	Saúde materna	Reúne relatos de intercorrências como hipertensão arterial, aumento de peso, anemia profunda, ansiedade ocasionadas pela exposição a situações de violência	“Minha pressão tá muito alta por ser de manhã [...] e eu ganhei peso demais. Creio que minha pressão está alta por conta disso”, se referindo a vivência de violência (Margarida).	5	14%
	Isolamento/ distanciamento nas relações familiares e sociais	Reúne relatos que demonstram o convívio restrito, limitado, na maioria das vezes, à convivência com o companheiro.	“Não ia em festas, não ia pra barzinhos eu não ia para lugar nenhum. Tudo que eu tinha que fazer eu fazia em casa. Se eu fosse no supermercado eu ia sozinha no mais perto de casa pra que ele não fosse comigo. Então eu evitava vida social em geral” (Rosa).	7	20%
	Desgaste emocional e traumas	Reúne relatos sobre os prejuízos emocionais e traumas causados pela exposição a situações de violência	“Eu ficava chorando. Meio que assim. Eu fiquei com o psicológico meio abalado” (Yasmin)	12	34%
	Violência contra o filho	Concentra relatos sobre o direcionamento da violência ao filho que pode ser do relacionamento atual ou anterior.	“Até faca no pescoço do meu filho ele colocou. Do meu filho pequeno. Eu nunca esqueço disso. Meu filho pequeno. Acho que uns 9 meses ou era 8. Eu falava que não aguentava mais que eu queria largar ele. Ele pegou uma faca. Levantou o menino pra cima e eu me ajoelhei e pedi pelo amor de Deus solta meu filho. O que é uma mãe ver um filho com uma faca no pescoço (choro). Isso me dói até hoje (choro).” (Rosa).	3	9%

	Sentimento de culpa	Concentra relatos em que a gestante se culpabiliza por acreditar que coloca em risco a vida dos filhos quanto pela ocorrência dos episódios de violência.	“Então assim você pensa poxa por um erro meu a minha filha pode perder a vida dela ou a minha mãe ou meu pai. Ai entendeu?! É complicado!” (Violeta)	3	9%
Abordagem do tema no pré-natal	Não abordagem do tema	Reúne os relatos em que a violência não foi mencionada pelos profissionais no pré-natal	“Não. Porque () ninguém nunca perguntou. Eu achava que num tinha necessidade de contar pra ninguém. Eu tinha medo também” (Tulipa).	5	83%
	Tema incluído nos atendimentos	Reúne os relatos em que este tema fez parte da rotina de atendimento	“Ai quando eu iniciei o pré-natal o pessoal perguntaram. Negócio de violência doméstica. Ai eu falei que não. Porque realmente eu não sofro, mas já sofri. Né?! Mas, eu peguei e mudei logo de assunto” (Yasmin).	1	17%
Dificuldades	Conversar a respeito da violência	Reúne os relatos em que as mulheres verbalizam que não conseguiam conversar sobre as situações de violência	“Não conseguia falar com ninguém sobre nada, quando falava ah negócio de violência eu mudava de assunto, falava que não sofria, não queria falar. Preferia minha opinião de que não queria falar. As pessoas sempre respeitaram. Nunca me obrigaram a nada. Agora que você assim perguntou que eu falei” (Yasmin).	5	38%
	Vergonha	Concentram as falas que expressam o sentimento de vergonha frente a vivência de violência	Tinha vergonha porque dá vergonha de contar que você convive com um homem trata ele bem, respeita e o que ele faz contigo e o que você ganha, né!?” (Rosa)	4	31%
	Medo	Reúne os relatos que mencionam medo	“Por medo. Por medo, não sei por medo. Acho que eu ainda tenho medo de contar” (Yasmin).	3	23%

	Ter que lembrar	Reúne o relato que afirma a dificuldade para resgatar a memória das situações de violência	“Eu não gosto de lembrar disso não. Isso é passado. Mas, sempre a gente lembra né?!” (Rosa)	1	8%
Posição quanto a abordagem desse tema	Favorável a abordagem do tema	Concentra os relatos que avaliam como positivo a abordagem do tema nos serviços de saúde	“Acho que sim. Tem que conversar sim. Falar pro médico o que está acontecendo né!? As vezes pode até tá acontecendo alguma coisa com o neném e a gente não sabe” (Tulipa).	7	87,5%
	Contrária a abordagem do tema	Discorda que esse seja um tema para este espaço	“Ai eu acho que não” (Margarida)	1	12,5%

