

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Cristiane Ferraz Colonese

Violência por parceiro íntimo na gestação: análise do pré-natal ao puerpério

Rio de Janeiro

2022

Cristiane Ferraz Colonese

Violência por parceiro íntimo na gestação: análise do pré-natal ao puerpério

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Sociedade e Violência.

Orientadora: Prof.^a Dra. Liana Wernersbach Pinto.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Intimate partner violence during pregnancy: an analysis from prenatal care to the puerperium.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C719v Colonese., Cristiane Ferraz
 Violência por parceiro íntimo na gestação: análise do pré-natal ao
 puerpério / Cristiane Ferraz Colonese. — 2022.
 215 f. : il. color. ; graf. ; tab.

 Orientadora: Liana Wernersbach Pinto.
 Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de
 Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

 1. Violência contra a Mulher. 2. Gravidez. 3. Violência por
 Parceiro Íntimo. 4. Cuidado Pré-Natal. 5. Enquadramento
 Interseccional. 6. Política Pública. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.8292

Cristiane Ferraz Colonese

Violência por parceiro íntimo na gestação: análise do pré-natal ao puerpério

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Sociedade e Violência.

Aprovada em: 22 de junho de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Tatiana Henriques Leite
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro

Prof.^a Dra. Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Kathie Njaine
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Liana Wernersbach Pinto (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos meus pais que não estão mais aqui em vida, mas em luz no meu coração. Por todas as vezes que sonhei e me deixaram ser livre para escolher meu próprio caminho, pelo não julgamento e pela criação com poucas cobranças, sem comparações e com amor no fazer e agir. Para eles que partiram tão cedo e não puderam estar presente nesse momento que mais sonhei eu dedico esse trabalho. Obrigada por terem me incentivado a estudar e terem me dado a melhor irmã do mundo. Amo vocês e serei eternamente grata por tudo que fizeram por mim em meio a tantos desafios.

Agradeço à minha irmã Tatiane que foi minha estrela guia durante minha infância e adolescência, que segurou na minha mão durante os anos de escola e faculdade. Não teria chegado até aqui sem você. Seu incentivo e apoio foram muito importantes para que eu fosse uma pessoa do bem e que ama estudar. Agora somos só nós duas, uma família pequena, mas que tem amor suficiente para todo um mundo.

Ao meu amor Juan agradeço pelos 17 anos juntos, por ter me segurado quando precisei e por ter dito que tudo ficaria bem em meio ao caos. Ele que me ama com todos os meus defeitos, que me apoiou quando eu quis largar tudo para entrar no doutorado, que me fez estudar inglês, me alimentou, mandava eu sair do computador quando me via esgotada, me trouxe para morar na Inglaterra e me deu todas as condições para que a tese fosse concluída. Te amo, meu parceiro. Sem você o caminho teria sido muito tortuoso.

Agradeço à minha querida orientadora Liana que segurou minha mão, me mostrou o caminho para conclusão da tese e me deu o suporte necessário para que os objetivos fossem alcançados. Liana me ensinou a ser mais organizada com o trabalho, a não desistir quando as coisas não aconteciam como esperado, a escrever melhor, a ser uma pesquisadora ética e comprometida. Não foi fácil fazer uma pesquisa durante a pandemia, mas com ela como orientadora tudo foi mais leve e tranquilo. Obrigada pelo apoio e incentivo durante esses quatro anos.

Agradeço aos avaliadores da minha tese, professores Cosme, Raquel, Kathie e Tatiana por terem aceitado meu convite, disponibilizado seu tempo para estarem presentes nesse momento importante da minha formação como doutora e por darem contribuições valiosas ao meu trabalho.

À minha tão amada ENSP por todos os momentos de aprendizado que tive ali, pelos amigos que fiz, pelos professores que conheci e principalmente por ter aberto meus olhos para

as injustiças sociais. Aos profissionais da SECA meu agradecimento especial. Vocês são os melhores.

Aos professores do Claves agradeço por me ensinarem tanto sobre o meu tema de estudo, por me mostrarem as ferramentas de pesquisa, por lerem meu projeto durante as disciplinas de seminário, pelas críticas necessárias e pelo carinho que só vocês têm com os(as) alunos(as).

Para todos os(as) alunos(as) que tive o prazer de ser professora, orientadora ou preceptora, eu agradeço. Aprendi a ser professora com vocês. Cada conquista de um ex-aluno é como se fosse minha também. Durante o doutorado tive a oportunidade de ser muitas coisas, de me reinventar profissionalmente e nada disso teria sido possível sem meus queridos alunos.

Agradeço aos amigos que fiz durante minha trajetória como enfermeira em todos os locais que já trabalhei. Desde a graduação conheci pessoas que fazem a diferença quando o assunto é SUS. Meu carinho especial é para minha primeira equipe de saúde da família e para os meus pacientes que me fizeram ser quem eu sou hoje. Muito obrigada por tudo.

Agradeço à Capes pela bolsa que recebi durante os quatro anos.

Agradeço aos profissionais que cuidaram e cuidam de mim, em especial para minha querida terapeuta que foi uma ouvinte paciente das minhas infinitas queixas.

Agradeço às participantes desse estudo que confiaram no meu trabalho e por terem compartilhado suas histórias comigo.

Por todas as mulheres que foram ou são vítimas de violência todo o meu carinho e amor. Saibam que vocês não estão sozinhas.

Na certeza de que dias melhores virão para todas nós eu agradeço a oportunidade de lá atrás ter escolhido o meu tema de estudo.

As mulheres não precisam eliminar suas diferenças para construir vínculos de solidariedade. Não precisamos viver sob a mesma opressão para combatermos a opressão em si. Podemos ser irmãs unidas pelo compartilhamento de interesses e crenças, unidas em nosso apreço pela diversidade, unidas em nossa luta para acabar com a opressão sexista, unidas na solidariedade política.
hooks, 1952, p.174.

RESUMO

Introdução: sabe-se que durante a gestação a mulher encontra-se em uma fase de maior vulnerabilidade, agravando as consequências do ciclo da violência. Os serviços de atenção primária à saúde são importantes agentes na detecção dos casos de violência contra a gestante. Será no atendimento de pré-natal que a violência pelo parceiro íntimo (VPI) deverá ser abordada com intuito de realizar a identificação precoce do caso e evitar um desfecho perinatal negativo, o aborto e a mortalidade materna. **Objetivo:** Analisar o fenômeno da violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos e sua relação com os desfechos perinatais negativos e o aborto. Os resultados foram apresentados na forma de quatro artigos. **Métodos:** Dados secundários (artigos 1 e 2): foram analisados dados de gestantes entre 11 e 49 anos de um banco contendo as informações das fichas do Sistema de Informação de Notificação de violência, de 2011 até 2018. Para determinar os fatores associados à violência pelo parceiro íntimo em gestantes negras, ajustou-se um modelo de regressão logística. Dados primários (artigos 3 e 4): pesquisa de campo com 48 gestantes de um serviço de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. Foram aplicados dois questionários no formato de entrevista, o primeiro durante o pré-natal e o segundo no puerpério. **Resultados:** Artigo 1 - sobre o perfil da gestante que sofreu violência, esta aconteceu mais em pessoas na faixa etária entre 20 a 29 anos, pretas/pardas, com ensino fundamental incompleto e solteiras. A violência de maior ocorrência foi a física. O parceiro ou ex-parceiro foi o agressor mais descrito. Artigo 2 - gestantes negras com ensino fundamental completo possuem uma chance de sofrer violência pelo parceiro 2,369 vezes a daquelas com superior completo; aquelas que relataram ter sofrido violência física possuem uma chance 86% maior de sofrer violência pelo parceiro. Artigo 3 - a maioria das participantes tinha entre 25-30 anos, eram da raça/cor da pele parda, viviam com parceiro e possuíam ensino médio completo. Referente a agressão psicológica, as mulheres perpetraram mais (79,2%) do que sofreram (64,6%). Artigo 4: A agressão psicológica pelo parceiro durante a gravidez foi descrita por duas participantes que tiveram parto de recém-nascido com baixo peso e por uma gestante que teve parto prematuro. Durante o pré-natal, 31,8% foram questionadas pelo profissional de saúde sobre sofrerem violência ou não. **Conclusão:** É fundamental que haja uma forma padronizada de rastreio de violência pelo parceiro íntimo durante a gravidez nos serviços de pré-natal. Na ocorrência de um desfecho perinatal negativo é preciso dar atenção especial aos casos em que a VPI possa estar relacionada, como em recém-nascidos com peso menor que 2500 gramas e/ou prematuros, situações de óbito fetal ou neonatal e abortos espontâneos sem causa relacionada. **Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Gravidez. Violência por Parceiro Íntimo. Cuidado Pré-Natal. Interseccionalidade.

ABSTRACT

Introduction: it is known that during pregnancy the woman is in a phase of greater vulnerability, aggravating the consequences of the cycle of violence. Primary health care services are important agents in detecting cases of violence against pregnant women. It will be in prenatal care that intimate partner violence (IPV) should be addressed to carry out the early identification of the case and avoid a negative perinatal outcome, abortion, and maternal mortality. **Objective:** Analyze the phenomenon of violence against pregnant women by intimate partners and its relationship with negative perinatal outcomes and abortion. The results were presented in the form of four papers. **Methods:** Secondary data (papers 1 and 2): data from pregnant women aged between 11 and 49 years were analyzed from a database containing information from the forms of the Violence Notification Information System, from 2011 to 2018. To determine the factors associated with intimate partner violence in black pregnant women, a logistic regression model was fitted. Primary data (papers 3 and 4): field research with 48 pregnant women from a primary health care service in Rio de Janeiro. Two questionnaires were applied in the form of an interview, the first during the prenatal period and the second during the puerperium. **Results:** Paper 1 - about the profile of pregnant women who suffered violence, this happened more in women aged between 20 and 29 years, black/brown, with incomplete elementary education and single. The most frequent violence was physical. The partner or ex-partner was the most described aggressor. Paper 2 - black pregnant women with complete elementary education are 2.369 times more likely to experience partner violence than those with higher education; those who reported having suffered physical violence had an 86% greater chance of experiencing partner violence. Paper 3 - most participants were between 25-30 years old, were of brown race/color, lived with a partner and had completed high school. Regarding psychological aggression, women perpetrated more (79.2%) than suffered (64.6%). Paper 4: Psychological aggression by the partner during pregnancy was described by two participants who gave birth to a newborn with low birth weight and by a pregnant woman who had a premature birth. During prenatal care, 31.8% were questioned by the health professional about suffering violence or not. **Conclusion:** It is essential that there is a standardized way of screening intimate partner violence during pregnancy in prenatal services. In the event of a negative perinatal outcome, special attention must be paid to cases in which IPV may be related, such as newborns weighing less than 2500 grams and/or premature infants, situations of fetal or neonatal death and spontaneous abortions without clear reason.

Keywords: Violence Against Women. Pregnancy. Intimate Partner Violence. Prenatal Care. Intersectionality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Dez passos para o pré-natal de qualidade.....	34
Figura 2 -	Repercussões da violência para a saúde da mulher.....	45
Figura 3 -	Eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contras as Mulheres.....	65
Artigo 1 (Figura 1) -	Evolução temporal das notificações de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018.....	92
Artigo 2 (Figura 1) -	Evolução temporal das notificações de violência contra gestantes negras e não negras segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018.....	113

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 (Tabela 1) -	Número de notificações de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN por UF. Brasil, 2011-2018.....	93
Artigo 1 (Tabela 2) -	Perfil das notificações de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018.....	94
Artigo 1 (Tabela 3) -	Características dos eventos de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018.....	95
Artigo 1 (Tabela 4) -	Características dos prováveis autores da violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018.....	97
Artigo 2 (Tabela 1) -	Perfil das notificações de violência contra gestantes negras segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018.....	114
Artigo 2 (Tabela 2) -	Características dos eventos e dos autores de violência contra gestantes negras segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018.....	116
Artigo 2 (Tabela 3) -	Fatores associados à VPI em gestantes negras segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018.....	119
Artigo 3 (Tabela 1) -	Perfil das gestantes atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.....	134
Artigo 3 (Tabela 2) -	História reprodutiva anterior das gestantes atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.....	136
Artigo 3 (Tabela 3) -	História de violência durante a vida das gestantes atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.....	137
Artigo 3 (Tabela 4) -	História da gravidez atual das gestantes atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.....	139
Artigo 3 (Tabela 5) -	História de violência nos últimos doze meses das gestantes atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.....	140
Artigo 4 (Tabela 1) -	Perfil das gestantes de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro em relação a esta ter sofrido VPI ou não.....	158

Artigo 4 (Tabela 2) -	Características do pré-natal e parto de gestantes de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro em relação a esta ter sofrido VPI ou não.....	160
Artigo 4 (Tabela 3) -	Desfechos da gravidez de gestantes de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro em relação a esta ter sofrido VPI ou não.....	161
Artigo 4 (Tabela 4) -	Características do acompanhamento de pré-natal e parto das gestantes de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.....	163

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CMS	Centro Municipal de Saúde
CTS2	<i>Revised Conflict Tactics Scales</i>
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SNPM	Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres
SIM	Sistema de Informação sobre mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as mulheres
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	Unidade Federativa

UBS Unidade Básica de Saúde
VPI Violência pelo parceiro íntimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS DO ESTUDO	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1 GÊNERO E DESIGUALDADE	24
3.2 TEORIA FEMINISTA SEGUNDO BELL HOOKS	29
3.3 GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO.....	32
3.4 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	39
3.4.1 Violência Contra a Gestante	48
3.4.1.1 Desfechos Perinatais Negativos e Aborto	55
3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER SOBRE O TEMA VIOLÊNCIA	61
3.6 RACISMO ESTRUTURAL E VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	70
4 MÉTODOS	74
4.1 DADOS SECUNDÁRIOS	74
4.1.1 Artigo 1	75
4.1.2 Artigo 2	76
4.2 DADOS PRIMÁRIOS.....	78
4.2.1 Artigos 3 e 4	78
5. RESULTADOS	87
5.1 ARTIGO 1	87
5.2 ARTIGO 2	106
5.3 ARTIGO 3	128
5.4 ARTIGO 4	149
6 CONCLUSÃO	173
REFERÊNCIAS	176
APÊNDICE A – Primeiro questionário de coleta de dados	191
APÊNDICE B – Segundo questionário de coleta de dados	203
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido	206
ANEXO A – Ficha de notificação individual do SINAN	209
ANEXO B – Termo de anuência da unidade de saúde para coleta de dados	211
ANEXO C – Parecer de aprovação do CEP da ENSP	212
ANEXO D – Parecer de aprovação do CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	214

APRESENTAÇÃO

Este estudo buscou analisar o fenômeno da violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos e sua relação com os desfechos perinatais negativos e o aborto.

A escolha do problema de pesquisa se deu a partir da minha vivência prática como enfermeira de uma equipe de saúde da família no município do Rio de Janeiro. Neste cenário me aproximei da linha de cuidado em saúde da mulher, em específico o pré-natal. O atendimento à gestante em vulnerabilidade social era uma constante na minha rotina de trabalho, momento em que me deparei com situações de resolução complexa que colocavam em risco a saúde materna e fetal. Por trabalhar com uma população que vivencia diariamente a violência nos seus diversos aspectos e por este fato influenciar diretamente no processo de saúde-doença materno-fetal tornou-se imprescindível aprofundar o estudo sobre os fenômenos que ocasionam a violência contra a gestante pelo parceiro íntimo.

Neste contexto, houve a necessidade do serviço, da área programática onde eu atuava, de participar das reuniões mensais do Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Infantil e Fetal do Rio de Janeiro. O interesse por estudar as razões que ocasionam o óbito fetal ou neonatal emergiu durante investigação de alguns casos de difícil compreensão e definição da sua real causa. A violência contra a mulher foi vista durante o processo de investigação das notificações quando me deparei com casos de mulheres grávidas que a violência sofrida poderia ser a causa do óbito fetal ou neonatal.

A violência contra a mulher, culturalmente aceita, desafia os profissionais que realizam atendimentos nas unidades de saúde. A compreensão de como fazer uma mulher agredida romper com o ciclo de violência é dificultada quando há fatores complexos interligados que determinam socialmente suas escolhas e decisões.

Portanto, para a investigação do desfecho perinatal negativo e do aborto no território da atenção primária à saúde, como espaço geográfico adscrito, é fundamental a compreensão das circunstâncias que os ocasionam. Neste sentido, é imprescindível pesquisa no cenário de investigação do desfecho, ou seja, na unidade de atenção primária à saúde durante o pré-natal.

Os resultados da tese serão apresentados na forma de quatro artigos: 1- Análise das notificações de violência contra gestantes no Brasil no período de 2011 até 2018; 2- Fatores associados à VPI em gestantes negras: análise das notificações do SINAN de 2011 a 2018; 3- A violência contra a gestante pelo parceiro íntimo: uma análise durante o pré-natal; 4- A violência contra a gestante pelo parceiro íntimo e os desfechos da gravidez em um serviço de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o primeiro relatório mundial sobre violência e saúde em 2002. Esse documento é uma das respostas da OMS para a Resolução WHA49.25 adotada na Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde (1996), a qual declara que “a violência é um problema importante, e crescente, de saúde pública no mundo” e que a perspectiva de gênero deve constar como um parâmetro a ser avaliado na caracterização dos diferentes tipos de violência. A realização de pesquisas sobre violência é descrita como uma prioridade no campo da saúde pública por esta resolução.

Neste relatório a OMS (2002, p.5) define violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

A abordagem da violência pela saúde pública tem provado a importância de “ações cooperativas de vários setores como saúde, educação, serviços sociais, justiça e política” (OMS, 2002, p. 3).

Nesse contexto, segundo a Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006, a violência doméstica e familiar contra a mulher configura-se como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação. São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher: a violência física, a violência psicológica, a violência sexual, a violência patrimonial e a violência moral.

Especificamente sobre o conceito de violência pelo parceiro íntimo (VPI), a OMS define esta como um “comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores” (OMS, 2012, p.12).

Essa definição cobre a violência perpetrada pelos cônjuges e parceiros atuais e passados, sendo que a VPI é na maioria das vezes perpetrada pelos homens contra meninas e mulheres (OMS, 2012).

Complementar aos conceitos descritos acima, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) define VPI como um abuso ou agressão que ocorre em um relacionamento romântico entre cônjuges atuais, ex-cônjuges ou parceiros de namoro. A VPI pode variar tanto

na frequência com que ocorre como também no nível de gravidade. Esta inclui vários tipos de comportamento, como: violência física, violência sexual, perseguição e agressão psicológica (CDC, 2021).

Através de uma pesquisa realizada pela OMS (2018), estimativas globais indicam que 35% das mulheres experimentaram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual por não parceiro em algum momento da sua vida.

Globalmente em 2018, cerca de uma em cada três mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) experimentaram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo pelo menos uma vez na vida desde os 15 anos, enquanto uma em cada 10 experimentou nos últimos doze meses. A prevalência de VPI ao longo da vida variou entre países e regiões, sendo maior em países menos desenvolvidos. O Brasil apresentou prevalência média de VPI entre 20-24% (OMS, 2021).

A VPI inicia-se cedo na vida das mulheres, ocorrendo em quase uma a cada quatro meninas adolescentes (15-19 anos) e com prevalência de 26% em jovens de 20 a 24 anos que tiveram um parceiro ou foram casadas. Além disso, 16% das jovens entre 15 e 24 anos foram submetidas a violência física e/ou sexual por um parceiro homem nos últimos doze meses (OMS, 2021).

No mundo, um total de 87.000 mulheres foram mortas intencionalmente em 2017. Mais da metade delas (58%) foram mortas por parceiros íntimos ou membros da família, sendo que mais de um terço das mortes foram cometidas por seu parceiro ou ex-parceiro íntimo. As regiões com o maior número de mulheres mortas por parceiros íntimos em 2017 foram Ásia e África, seguidas pelas Américas, Europa e Oceania (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019).

Considerando que o feminicídio é o fim de uma trajetória de VPI contra a mulher, o Atlas da Violência (2021) aponta que houve redução de 17,3% nos números absolutos de assassinatos de mulheres no Brasil de 2018 para 2019. Essa notícia aparentemente positiva de redução da violência letal que atinge as mulheres precisa ser matizada pelo crescimento considerável de Mortes Violentas por Causa Indeterminada que tiveram aumento de 35,2% no mesmo período. Soma-se a isso que, nos últimos onze anos de análise, os homicídios de mulheres nas residências cresceram 10,6% entre 2009 e 2019, ao mesmo tempo que houve redução de 20,6% nos assassinatos fora das residências. Esses dados indicam um provável crescimento da violência doméstica.

Além disso, é importante considerar a interseccionalidade entre gênero, raça/etnia e classe nas situações em que a mulher vivencia violência em suas relações de intimidade, já que esta intersecção faz com que as mulheres negras sofram violências múltiplas e tenham seu ápice

na violência letal (GARCIA, 2020). Tal fato é evidenciado no Atlas da Violência (2021), pois em 2019 66% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. Enquanto o número total de mulheres não negras assassinadas caiu 26,9% no período de 2009 a 2019, o homicídio de mulheres negras aumentou 2%. Esses números indicam desigualdade na intersecção entre raça e sexo na mortalidade feminina e denunciam o racismo de forma específica e velada. Eles apontam para a urgência e a necessidade de estudos voltados para a população negra, pois mesmo sendo o grupo mais violentado, é invisível socialmente (CARRIJO e MARTINS, 2020).

A crise sanitária ocasionada pela pandemia de COVID-19 tornou o enfrentamento da violência contra a mulher mais difícil, pois as vítimas passaram a conviver mais tempo com os seus agressores, houve perda de renda familiar, aumento das tensões em casa, maior isolamento da mulher e consequente distanciamento de uma potencial rede de proteção (PASINATO, 2020). Além disso, sabe-se que a pandemia pode ter agravado as desigualdades existentes na saúde, com relato de aumento do consumo de álcool e substâncias, violência doméstica e doença mental (OMS, 2021).

Os incidentes de violência doméstica aumentaram em resposta às ordens de permanência para ficar em casa em diferentes países no mundo. Décadas de progresso na redução da extensão e incidência da violência doméstica foram enfraquecidas pelo impacto econômico global da COVID-19, como níveis recordes de desemprego, fatores estressantes em casa (incluindo o cuidado e a educação escolar das crianças, instabilidade financeira, doença ou morte devido ao vírus), combinado com os problemas de saúde mental advindos pelo distanciamento social. Por sua vez, as vítimas e sobreviventes da violência doméstica podem não estar recebendo os serviços de que precisam (PIQUERO et al, 2021).

Durante a pandemia, uma em cada quatro mulheres acima de 16 anos afirma ter sofrido algum tipo de violência ou agressão nos últimos 12 meses. Pelo olhar da população brasileira, 73,5% acreditam que a violência contra as mulheres aumentou durante a pandemia. Como consequência, a pandemia ocasionou as famílias brasileiras diminuição na renda, aumento do estresse em casa, perda de emprego e aumento de consumo de álcool. No grupo de mulheres que sofreram violência no último ano, 61,8% disseram que a renda familiar diminuiu neste período e 46,7% perderam o emprego (BUENO et al, 2021).

Autores apontam que durante a gestação a mulher encontra-se em uma fase de maior vulnerabilidade, agravando as consequências do ciclo da violência (BOMFIM; LOPES; PERETTO, 2010). Sendo que a vulnerabilidade é um indicador para a iniquidade e desigualdade social, e é utilizada para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos

de saúde. As mulheres grávidas são um grupo da população considerado vulnerável, estando mais sujeitas a doenças (NICHIATA et al, 2008).

A violência durante a gravidez é considerada um fator de risco para complicação importante, pois é mais frequente que patologias como a diabetes e a hipertensão arterial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Um estudo sobre fatores associados à agressão física contra gestantes em São Luís no Maranhão mostrou que a prevalência da violência física contra mulheres grávidas foi igual a 12,4%, destas 66% sofreram o abuso em uma única vez. O parceiro íntimo foi o causador desta violência em 66% dos casos (COSTA et al, 2017). Já no Recife, pesquisa realizada em uma maternidade apresentou as formas de agressão mais frequentes descritas pelas puérperas, sendo estas: empurrão, tapa e ronchas (manchas roxas). Em relação ao padrão da violência, durante a gravidez 10,9% das mulheres disseram que houve aumento durante o período (MENEZES et al, 2003). Em Campinas, pesquisa com gestantes que realizaram pré-natal nas unidades básicas de saúde mostrou prevalência de 16,3% de mulheres com relato de ter sido vítima de violência psicológica, 5,7% de violência física e 1,3% de sexual (AUDI et al, 2008).

No Rio de Janeiro, estudo de corte transversal que entrevistou 1204 parturientes de um hospital universitário encontrou prevalência de VPI contra a mulher, seja psicológica, física ou sexual igual a 42,4%. Destaca-se dessa pesquisa que a violência psicológica teve maior ocorrência durante a gravidez (64,3%) do que antes desta (57,5%). Além disso, entre as vítimas mais frequentes de violência estiveram as mulheres de raça não branca, acima de 19 anos, sem o ensino médio, com renda menor que três salários mínimos e com iniciação sexual abaixo dos 15 anos (TEIXEIRA, 2019).

Sobre os fatores de risco associados à VPI, estudo observacional em Ribeirão Preto com 232 gestantes que realizaram pré-natal em uma maternidade pública identificou que 15,5% das participantes sofreram VPI durante a gestação e que as mulheres que não desejaram a gestação tiveram maior chance de sofrer VPI (RODRIGUES et al, 2014). Em Caxias no Maranhão, estudo transversal que entrevistou 233 gestantes encontrou prevalência de 33,0% de VPI na gestação, com predomínio da violência psicológica (18,9%). No modelo hierarquizado final, a faixa etária da mulher menor que 20 anos e o consumo de drogas ilícitas pelo parceiro mantiveram-se associados ao desfecho de violência (CONCEIÇÃO, COELHO e MADEIRO, 2021).

As características do parceiro também foram descritas em um estudo transversal no Espírito Santo. Essa pesquisa entrevistou 327 puérperas de uma maternidade e identificou que puérperas cujos parceiros consumiam bebida alcoólica, não eram os pais biológicos da criança

e se recusavam a usar preservativo tiveram maior prevalência de violência psicológica na gestação. Além disso, a violência física se associou às mulheres cujos parceiros não trabalhavam e se recusavam a usar preservativo; as puérperas com parceiros que se recusavam a usar preservativo tiveram prevalência nove vezes maior de sofrer violência sexual na gravidez. Desse modo, é importante que os serviços de saúde ampliem o acolhimento dos homens, inclusive durante o pré-natal, com objetivo de intervir nos fatores que favorecem a violência na gestação (SILVA et al, 2022).

A relação entre as exposições à violência e os seus efeitos para a saúde é complexa. Existem múltiplos caminhos através dos quais a violência entre parceiros íntimos pode levar a resultados adversos para a saúde (OMS, 2013). A violência contra as mulheres resulta em graves problemas físicos, mentais, sexuais e reprodutivos a curto e longo prazo, afeta seus filhos, gera danos sociais e custos econômicos para as mulheres, suas famílias e as sociedades (OMS, 2018).

A VPI quando ocorre durante a gravidez pode gerar consequências para a mulher e para o desenvolvimento do feto. Tal violência é responsável por muitos casos de mortalidade materna e tem estado associada aos desfechos: aborto espontâneo, início tardio do pré-natal, natimorto, parto e nascimento prematuro, lesão fetal e baixo peso ao nascer (OMS, 2002). Poderá causar também infecções na mulher, hemorragias, traumas abdominais, ruptura prematura de membranas (MENEZES et al, 2003), prejuízos para a saúde sexual e reprodutiva, resultando em um maior número de gestações não intencionais (OMS, 2013).

Sobre os desfechos da gravidez associados à VPI, o baixo peso ao nascer pode ser resultado de prematuridade ou de restrição de crescimento uterino, sendo que ambos podem estar diretamente associados ao estresse. O estresse crônico vivenciado por mulheres em ambientes abusivos e perigosos é um fator de risco importante para a saúde materna, bem como poderá afetar o peso da criança ao nascer (OMS, 2013).

O óbito fetal e neonatal está dentro do que é considerado desfecho perinatal negativo, sendo considerados para investigação como eventos sentinelas. Neste estudo propõe-se ampliar a investigação destes eventos, indo além do caso de óbito, considerando-se também o nascimento de um prematuro, criança com baixo peso ao nascer, ocorrência de aborto espontâneo e realização de aborto.

Pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro, que tinha como proposta estabelecer os fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido, mostrou que nos casos de agressão física entre parceiros íntimos durante a gestação, observou-se aumento em duas vezes a chance de óbito neonatal e em três vezes de óbito pós-neonatal

quando compara-se aos filhos cujas grávidas não sofreram agressões pelo pai da criança (VIELLAS et al, 2013). Estudo similar conduzido no Recife apontou que a frequência de óbito neonatal foi mais de quatro vezes maior entre as vítimas de violência física (MENEZES et al, 2003).

Outra pesquisa no Rio de Janeiro que entrevistou 331 gestantes no terceiro trimestre de gravidez em uma unidade básica de saúde identificou que ter sofrido maus-tratos ao longo da vida associou-se com o fato de não ser primípara, da gestação não ter sido planejada, com história de filho com baixo peso ao nascer e prematuridade. Esse estudo apontou que 17 mulheres sofreram violência doméstica durante a gestação, sendo que dessas 14 não planejaram a gravidez atual e nove encontravam-se desempregadas. Sobre o agressor, o marido da vítima foi o mais citado (35,2%). As formas de agressão mais presentes durante a gestação foram: soco/chute (47,0%) e tapa/empurrão (35,2%) (SANTOS et al, 2010).

O problema da VPI contra a gestante também é descrito em estudos de outros países como estando associado aos desfechos perinatais negativos, como apontam pesquisas desenvolvidas em países africanos. Na Etiópia, por exemplo, pesquisa com mulheres que deram à luz em quatro hospitais, total de 954 participantes (318 casos e 636 controles), apontou que do total de puérperas, 389 (40,8%) tinham experimentado violência pelo parceiro íntimo durante o seu último período gestacional. Análise de regressão logística multivariada mostrou que mulheres expostas à violência pelo parceiro durante a gravidez tiveram três vezes mais chance de terem recém-nascidos com baixo peso e nascimento prematuro. Gestantes que foram expostas à violência física apresentaram cinco vezes mais chance de ter um filho com baixo peso ao nascer e um nascimento prematuro (BERHANIE et al, 2019). Na Nigéria, a prática do aborto foi apontada em pesquisa desenvolvida a partir de um Inquérito Demográfico e de Saúde. Esse estudo mostrou a prevalência da violência doméstica contra a mulher igual a 22%, destas 8,1% relataram história de gravidez indesejada e 14,8% tiveram experiência de gravidez interrompida (YAYA et al, 2018).

Um importante estudo que utilizou como métodos a revisão sistemática e a metanálise sintetizou os dados de prevalência mundial de VPI física (9,2%), psicológica (18,7%) e sexual (5,5%) na gravidez. Esse estudo se baseou em pesquisas de 52 países, incluindo o Brasil e apontou que a prevalência de VPI na gravidez variou entre os locais. Contudo, os dados mostram que um quarto das mulheres grávidas são expostas a VPI, em média, em todo o mundo. Com isso, reforça-se a necessidade de que seja feito o rastreio da VPI no pré-natal de forma sistemática, dentro da rotina e em todos os países (ROMÁN-GÁLVEZ et al, 2021).

Nesse contexto, devido a uma grande cobertura e contato com as mulheres, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são importantes agentes na detecção dos casos de violência contra a mulher, tanto no reconhecimento do caso, como também no acolhimento à vítima antes da ocorrência de incidentes mais graves (SCHRAIBER et al, 2002). Portanto, durante assistência a mulher no pré-natal, o profissional de saúde que a acompanha deverá estabelecer vínculo de confiança e aproximação com intuito de perceber sinais que indiquem quaisquer problemas ou demandas da gestante.

O profissional da equipe de APS precisa mostrar-se aberto para ouvir as demandas das gestantes e permitir que esta exponha seus sentimentos e vivências. Será no atendimento de pré-natal que a VPI deverá ser abordada com intuito de realizar a identificação precoce do caso e evitar um desfecho perinatal negativo, o aborto e a mortalidade materna.

Assim, é primordial que haja longitudinalidade do cuidado no trabalho da equipe de atenção primária, sendo o profissional de saúde, que é responsável por acolher e escutar a gestante no pré-natal, elo fundamental no processo de notificação e investigação do caso de violência. Neste cenário torna-se fundamental a compreensão de como estão sendo realizados os pré-natais pelas equipes de atenção primária, se o profissional enfermeiro e médico estão qualificados e conscientes de como prevenir um desfecho perinatal negativo, o aborto e identificar mulheres que sofrem violência pelo parceiro íntimo.

Entretanto, estudo realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Vitória da Conquista na Bahia apontou dificuldade por parte dos profissionais (enfermeiros, médicos e dentistas) na identificação de vítimas de violência doméstica ou sexual que procuravam o serviço. Isso acontece, pois, geralmente o usuário que sofreu violência busca atendimento para tratamento de lesões e ferimentos, ou seja, a motivação seria pelos sintomas decorrentes da possível agressão, o que acaba por restringir a assistência oferecida (PORTO et al, 2014).

Geralmente não há por parte da vítima manifestação explícita, através de sinais e sintomas, de que ela tenha vivenciado situação de violência. Portanto, é primordial que o profissional de saúde tenha sensibilidade ao problema do usuário e fique atento aos sinais e sintomas indicativos das agressões (PORTO et al, 2014).

A violência doméstica possui caráter de invisibilidade, silêncio e negação. Pesquisa realizada por Porto et al (2014), apresentou como resultado que a violência doméstica se encontra naturalizada pelas comunidades e profissionais de saúde, o que prejudica o enfrentamento dos casos.

Nesta tese buscou-se aprofundar o tema violência contra a gestante pelo parceiro íntimo através da análise dos dados nacionais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovoada e de uma pesquisa de campo na atenção primária à saúde com gestantes.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o fenômeno da violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos e sua relação com os desfechos perinatais negativos e o aborto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o número de casos de violência contra mulheres gestantes no Brasil, segundo ficha individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2011 e 2018;
- Descrever o perfil das gestantes que sofreram a violência e do provável autor, segundo ficha individual do SINAN entre 2011 e 2018;
- Verificar os fatores associados à violência contra gestantes negras por parceiro íntimo segundo ficha individual do SINAN entre 2011 e 2018;
- Definir o perfil das gestantes de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro;
- Identificar os casos de violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro;
- Descrever a relação da violência por parceiro íntimo contra mulheres gestantes e os desfechos perinatais negativos e o aborto.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 GÊNERO E DESIGUALDADE

Na formação da identidade de gênero de uma pessoa tanto o sexo biológico como os aspectos sociais entram em debate. Essa linha de pensamento surge com a ideia de tentar entender a origem das diferenças entre homens e mulheres. Para tal é relevante definir o significado de gênero e sexo, pois muitas das diferenças entre homens e mulheres não são de origem biológica.

O termo sexo é utilizado quando se quer diferenciar o corpo feminino do corpo masculino, ou seja, as características particulares anatômicas e fisiológicas de cada um. Entretanto, o termo gênero enfoca as diferenças no campo psicológico, social e cultural entre indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino. As noções de masculinidade e feminilidade construídas socialmente definem o gênero e não apenas o sexo biológico da pessoa (GIDDENS, 2008).

A construção do gênero e da sexualidade acontecerá ao longo de toda a vida do indivíduo, continuamente, até o seu fim. Portanto, não é o momento do nascimento e da nomeação de um corpo como macho ou fêmea que faz deste um sujeito masculino ou feminino. A construção dos gêneros e das sexualidades advém de inúmeras aprendizagens e práticas, por um conjunto inesgotável de instâncias sociais e culturais (LOURO, 2008).

Segundo Scott (1995), o termo gênero surge inicialmente entre as feministas americanas, que queriam enfatizar o caráter social das diferenças baseadas no sexo. O uso da palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. As pesquisadoras feministas passaram a utilizar o termo gênero nas pesquisas e a fazer analogias com a classe e com a raça. O interesse por essas três categorias assinalava um movimento do(a) pesquisador(a) para compreensão de que as desigualdades de poder estão ao longo de, no mínimo, três eixos.

O termo gênero no seu uso descritivo está associado ao estudo de coisas relativas às mulheres. Gênero surge como um novo tema na década de 70, ou seja, um novo domínio de pesquisa histórica, contudo não apresentou poder analítico suficiente para questionar e mudar os paradigmas existentes na história (SCOTT, 1995).

Para análise do gênero são utilizadas três principais posições teóricas pelos(as) historiadores(as) feministas. A primeira, empenha-se em explicar as origens do patriarcado, sendo uma tentativa exclusiva feminista. A segunda encontra-se no interior de uma tradição marxista e busca um compromisso com as críticas feministas. A terceira, se inspira nas escolas

de psicanálise, dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas de relação do objeto, para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero do sujeito (SCOTT, 1995).

Baseada nos estudos marxistas, Saffioti afasta-se por completo das ideias defendidas pelo feminismo de sua época. Para essa autora, a questão da mulher era vista como uma manifestação da estrutura de classes e que apenas o socialismo seria capaz de libertá-la da opressão. Por isso, aponta que a luta deveria ser uma de luta de classes e não de gênero e que a natureza pequeno-burguesa do feminismo reforça a sociedade de classe (SAFFIOTI, 1996 apud PINTO, 2014).

Para entender as desigualdades de gênero, sociólogos utilizam diferentes posições argumentativas no que tange o papel do sexo e do gênero. A base biológica é uma das explicações para diferenciar o comportamento entre homens e mulheres. Outros teóricos pensam ao contrário destes, pois acreditam que a socialização tem influência na aprendizagem dos papéis de gênero.

As teorias da diferença natural partem do comportamento animal em sua análise e não em pesquisas antropológicas e históricas sobre o comportamento humano. Eles acreditam que as diferenças entre homens e mulheres existem devido às características genéticas específicas de cada ser. Essa corrente de pensamento é criticada por Giddens (2008), pois considera que apenas os fatores biológicos promovem a desigualdade entre os gêneros e deixa de lado o papel importante das interações sociais na formação do comportamento humano.

O estudo da socialização do gênero, ao contrário da teoria da diferença natural, tenta mostrar que a aprendizagem dos papéis de gênero acontece a partir do apoio dos agentes sociais, tais como a família e os meios de comunicação e tenta explicar a partir desta relação às desigualdades de gênero. Nesse pensamento, uma criança nasceria com o seu sexo biológico, porém desenvolveria o gênero a partir das interações sociais. As desigualdades de gênero surgem dos papéis diferentes de socialização em que as mulheres e os homens vivenciam e que são gerados culturalmente. A crítica sobre essa teoria refere que são ignoradas as capacidades dos indivíduos “para rejeitar, ou modificar, as expectativas sociais que envolvem os papéis sexuais” (GIDDENS, 2008, p. 110).

As diferenças biológicas entre homens e mulheres não são suficientes para definir uma hierarquia dos sexos e não condenam a mulher a assumir para sempre a condição de subordinada. Segundo Beauvoir (1980), a mulher é biologicamente caracterizada por dois traços: “seu domínio sobre o mundo é menos extenso que o do homem; ela é mais estreitamente

submetida à espécie”. Entretanto, tais fatos assumem valores diferentes no contexto econômico e social.

Sexo e gênero, independente da teoria que tenta explicar seus papéis como responsáveis pela desigualdade entre homens e mulheres, precisam ser considerados como produtos construídos socialmente. Os estudiosos da construção social do sexo e do gênero rejeitam qualquer base biológica nas diferenças de gênero. Para estes, as identidades de gênero surgem relacionadas com “as diferenças de sexo percebidas na sociedade e, por sua vez, ajudam a moldar essas mesmas diferenças” (GIDDENS, 2008, p. 111).

Na sociedade, os papéis sociais e as identidades são diferentes entre homens e mulheres. Isso se expressa a partir da construção social do gênero, o que permite iniciar a discussão da desigualdade de gênero. O que se observa em diferentes culturas, é que a sociedade se divide por estratos sociais de acordo com o gênero (GIDDENS, 2008).

No território, onde a desigualdade de gênero existe, encontram-se mulheres que sofrem violência de diversas tipologias e naturezas. Geralmente essa violência acontece em todo ciclo de vida dela, aumentando de gravidade de acordo com seu nível de vulnerabilidade. O agente da violência contra a mulher geralmente é do sexo masculino, o que sugere que a mulher ocupa neste cenário posição social inferior ao homem no que compete ao poder e a força que lhe é atribuída.

Alguns exemplos atuais do controle que os homens exercem sobre o corpo das mulheres são: a criminalização do aborto imposta pelo Estado, a violência sexual em populações vulneráveis, os ambientes que podem frequentar e a forma como devem se vestir de acordo com uma religião.

Para Firestone (1971 apud GIDDENS, 2008), os homens controlam os papéis das mulheres na reprodução e na educação dos filhos. A mulher, pela sua capacidade de gerar uma criança, torna-se “materialmente dependente do homem para fins de proteção e subsistência” (GIDDENS, 2008, p. 117). Firestone refere que essa “desigualdade biológica” acontece na família nuclear.

Pensando em uma mulher grávida em um ambiente domiciliar violento, espera-se encontrar, na maioria das situações, dificuldade de esta romper com o ciclo da violência sofrida. Na prática assistencial nos serviços de saúde, em específico na rotina de pré-natal, profissionais que realizam o atendimento de gestantes precisam estar atentos aos sinais indicativos de que esta mulher possa estar sofrendo violência.

Entender o fenômeno que leva uma gestante a sofrer violência pelo parceiro íntimo é complexo e envolve vários aspectos, inclusive a questão da desigualdade de gênero. Trazer esse

assunto para análise permite uma compreensão melhor de como abordar e conduzir um caso de violência dentro de um consultório de pré-natal. O profissional de saúde encontra-se nessa mesma sociedade patriarcal, em que a violência contra a mulher por vezes é vista como algo culturalmente aceito.

A violência masculina segundo as feministas radicais é “um fato central na supremacia masculina” e a violência doméstica é parte de uma opressão sistemática dos homens sobre as mulheres (GIDDENS, 2008, p. 117). Por isso, os movimentos sociais e os meios de comunicação são tão importantes para reivindicar proteção à vítima de violência doméstica, principalmente para acolher e possibilitar para estas mulheres novas perspectivas de futuro.

Walby (1990 apud GIDDENS, 2008, p. 118), aponta que o conceito de patriarcado é essencial para qualquer análise sobre a desigualdade de gênero. O patriarcado é “um sistema de estruturas e práticas sociais onde os homens dominam, oprimem e exploram as mulheres”. A autora descreve que a opressão antes sofrida pelas mulheres principalmente no ambiente domiciliar, encontra-se agora em toda a sociedade.

Bourdieu (2002) afirma que o princípio de perpetuação da relação de dominação de forças material e simbólica entre os sexos não reside apenas no ambiente doméstico. O autor destaca a escola e o Estado como outros campos de ação para as lutas femininas, como o campo da política, na luta contra todas as formas de dominação.

O movimento feminista negro traz uma abordagem diferente dos outros movimentos, porque considera que a mulheres negras são discriminadas com base na raça, na classe social e no gênero, sendo relevante considerar outros fatores além do gênero na análise da desigualdade entre homens e mulheres. A escolaridade, a renda familiar, a raça, a situação conjugal são alguns exemplos de características que devem ser analisadas para entender o fenômeno da violência contra a mulher em qualquer população, de qualquer raça e etnia.

O termo interseccionalidade é utilizado para designar a interdependência das relações de poder de raça, sexo e classe e sua origem remonta ao movimento conhecido como *Black Feminism*, que criticava o feminismo branco, de classe média, heteronormativo (HIRATA, 2014).

A divisão entre os sexos para Bourdieu (2002) parece estar “na ordem das coisas”, está presente ao mesmo tempo em estado objetivado nas coisas e em estado incorporado, nos corpos e nos *habitus* dos agentes. A experiência *dóxica*, ou essas ideias tidas como naturais, apreende o mundo social e suas arbitrarias divisões. Um exemplo dessa experiência é a divisão socialmente construída entre os sexos, dada como natural e legitimada por várias culturas.

A visão androcêntrica não precisa ser legitimada, pois é vista como neutra. Assim, a ordem social funciona como uma grande máquina simbólica que valida a dominação masculina em diversos espaços, por exemplo como ocorre na divisão social do trabalho (BOURDIEU, 2002).

O ato sexual é concebido pelos homens como uma forma de dominação, de apropriação, de “posse”. A relação sexual se mostra através de uma relação social de dominação, o homem é o ser ativo e a mulher passiva (BOURDIEU, 2002).

O mundo foi dividido a partir de uma visão em que existem dois gêneros que se relacionam, o masculino e o feminino. Isso permitiu instituir o falo (representação simbólica do pênis), constituído de símbolo de virilidade, como marca da honra caracteristicamente masculino e instituir a diferença entre os corpos biológicos em fundamentos objetivos das diferenças entre os sexos, no sentido de gêneros construídos como duas essências sociais hierarquizadas (BOURDIEU, 2002).

A virilidade masculina precisa ser validada por outros homens. Isso se manifesta através da violência real ou potencial e é atestada pelo reconhecimento de fazer parte de um grupo de “verdadeiros homens”. O estupro coletivo praticado por um grupo de adolescentes à uma vítima mulher é uma forma de expressão da virilidade masculina por meio do ato de violência.

Na violência simbólica os dominados aplicam categorias construídas do ponto de vista dos dominantes a relação de dominação, fazendo-as assim ser vistas como natural (BOURDIEU, 2002).

Para Bourdieu (2002), a magia do poder simbólico desencadeia atos de conhecimento e de desconhecimento práticos da fronteira mágica entre dominantes e dominados. Os dominados contribuem para tais atos acontecerem, seja por revelia ou contra sua vontade, aceitando de maneira implícita os limites impostos e manifestando formas de emoções corporais ou de paixões.

As paixões do *habitus* dominado não conseguem sumir com um simples esforço de vontade. É ilusório crer que a violência simbólica pode ser vencida apenas com as armas da consciência e da vontade. Nas situações em que existam parentesco, pessoas que compartilham sentimentos ou relações de dever é mais difícil romper com a posição de dominada (BOURDIEU, 2002).

As mulheres não escolhem a dominação sobre os seus corpos e atitudes. Elas não gostam da submissão, isso não faz parte da sua natureza. Determinados grupos de mulheres não têm tendência a serem submissas, a sociedade não pode culpá-las da violência sofrida. Para romper

o ciclo da violência não basta apenas a mulher reconhecer sua situação de dominada e tomar consciência para enfrentá-la.

O movimento feminista convoca uma revolução simbólica que não pode estar atrelada apenas a uma simples conversão da vontade e da consciência das mulheres. A violência simbólica reside nas disposições modeladas pelas estruturas de dominação que as produzem. A mulher não pode ser vista como um bem simbólico e ser tratada como objeto.

3.2 TEORIA FEMINISTA SEGUNDO BELL HOOKS

Para bell hooks (2019), o movimento feminista ocorre quando grupos de pessoas se reúnem em torno de uma estratégia organizada no intuito de combater o patriarcado. A teoria feminista é um campo de estudo acadêmico centrado na mulher e, a princípio, se apresentou como espaço para colocar em discussão os papéis de gênero herdados de uma tradição sexista e com pretensão de uma transformação da cultura patriarcal. No final da década de 70, o movimento foi criticado e a teoria feminista começou a ser revista.

O pensamento e a prática feministas foram profundamente alterados quando mulheres negras e brancas de postura radical começaram, juntas, a desafiar a ideia de que o “gênero era o fator que, acima de todos, determinava o destino de uma mulher” (hooks, 2019, p.17). Segundo hooks (2019), quando uma criança nasce de pai e mãe negros, a cor da pele é o fator de maior importância, seguido pelo gênero. Isso significa que a raça e o gênero irão determinar o destino dessa criança. Nesse sentido, atentar-se para a inter-relação entre gênero, raça e classe social foi a perspectiva que mudou a orientação do pensamento feminista.

Essa tríade gênero, raça e classe social é muito evocada hoje em dia pela militância feminina, contudo, no início, a maior parte das pensadoras feministas, muitas delas brancas e de classes privilegiadas, era contra essa perspectiva (hooks, 2019). Hooks (2019) protesta contra a marginalização dessa nova perspectiva e assume o compromisso para a criação de uma teoria mais abrangente. Nesse contexto, é preciso que os escritos feministas falem para qualquer um, visando uma educação feminista para uma consciência crítica.

Em uma sociedade sob um sistema político fundado num patriarcado capitalista, imperialista e de supremacia branca, o movimento feminista gerou mudanças profundamente positivas na vida de meninos, meninas, mulheres e homens. Assim, todos se beneficiam de uma revolução cultural empreendida pelo movimento feminista contemporâneo. Entretanto, sabe-se que o movimento feminista não produziu uma revolução sustentável, porque não acabou com o patriarcado, não erradicou o sexismo nem a exploração e a opressão sexistas. O que pode se inferir que os ganhos feministas conquistados estão sempre em risco (hooks, 2019).

Observa-se uma escalada de violência contra a mulher e de grandes perdas na arena dos direitos reprodutivos, enquanto a mídia patriarcal difama o feminismo ou o apresenta como desnecessário. Além disso, a violência familiar é vista pelos críticos do feminismo como consequência do movimento e pedem que mulheres e homens retornem aos seus papéis de gênero definidos em termos sexistas.

Para hooks (2019), as mulheres negras, como grupo, estão numa posição peculiar na sociedade. Elas ocupam a base da pirâmide ocupacional e tem o status social inferior ao de qualquer outro grupo, o que significa dizer que estas carregam o fardo da opressão sexista, racista e de classe. Este grupo também não foi instituído socialmente para assumir o papel de explorador/opressor, diferentemente de mulheres brancas e homens negros que dispõem de dois caminhos, ou seja, podem agir como opressores e podem ser oprimidos.

O feminismo é a luta para acabar com a opressão sexista e não se trata de privilegiar a mulher em detrimento do homem. É preciso que as mulheres abandonem a visão apolítica que o sexismo impõe, para assim desenvolverem uma consciência política. Através do feminismo é possível colocar no centro a experiência de mulheres cujas condições sociais estão menos presentes como tema de estudo e como foco das práticas transformadoras dos movimentos políticos (hooks, 2019).

O grupo de mulheres submetidos a exploração e opressão geralmente são desencorajados por aqueles que estão no poder a buscar uma saída para sua situação. Além disso, são desacreditadas de que podem fazer alguma coisa para romper com o padrão de dominação.

Segundo hooks (2019, p. 62), “os modelos éticos ocidentais formulados pelo capitalismo e pelo imperialismo estão voltados mais para a pessoa do que para a sociedade”. Isso implica dizer que o bem individual ensinado é melhor do que o bem comum e como consequência a mudança individual é mais importante que a coletiva.

Sabe-se que a discriminação, a opressão e a exploração sexista ocasionam um constante conflito entre os sexos, principalmente no ambiente doméstico. O movimento feminista oferece um espaço de encontro dos sexos através de uma nova plataforma ideológica, um espaço para crítica, luta e transformação. Este pode transformar essas relações, gerando novos sentimentos, como intimidade, reciprocidade e companheirismo (hooks, 2019).

A opressão sexista é a base de todas as outras opressões. Além disso, é a prática de dominação mais vivenciada pelas pessoas, de quem explora ou é explorado. Portanto, “desafiar a opressão sexista é um passo crucial na luta pela eliminação de todas as formas de opressão” (hooks, 2019, p. 70).

A maior parte das pessoas testemunha ou vivencia a prática da opressão sexista no âmbito familiar. Já o racismo e a opressão de classe tendem a acontecer mais fora de casa (hooks, 2019). Portanto, a família tradicional hierárquica, através das suas regras autoritárias estabelecidas pela figura masculina e pelos adultos, condiciona as crianças a aceitarem a opressão de grupo como algo natural. Nesse espaço, elas aprendem a aceitar a supremacia masculina e a opressão de grupo exercida sobre as mulheres (HODGE, 1975 apud hooks, 2019).

Dentro da estrutura familiar, a opressão sexista é ensinada como natural e os indivíduos são preparados para suportar outras formas de opressão. O grupo mais vitimado pela opressão sexista são as mulheres. Segundo hooks, “o sexismo é perpetuado por estruturas sociais e institucionais; por indivíduos que dominam, exploram ou oprimem; e pelas próprias vítimas, educadas socialmente para agir em cumplicidade com o *status quo*” (2019, p. 79). Isso significa dizer que o sexismo ensina as mulheres a odiarem a mulher e que estas precisam desaprender a educação sexista que receberam.

O movimento feminista precisa se unir com base em um compromisso político que almeje o fim da opressão sexista. O racismo está interconectado com a opressão sexista, o que o faz ser uma questão feminista importante. Por isso, as mulheres brancas precisam participar da luta contra a supremacia branca, pois elas estarão ao mesmo tempo lutando para acabar com a opressão sexista. O que vemos na prática é que o sexismo, o racismo e a ideologia de classe separam as mulheres umas das outras.

Os homens precisam ser incluídos na luta contra o sexismo. São eles que apoiam e perpetuam o sexismo e a opressão sexista. Contudo, é possível que estes levem uma vida afirmativa e significativa sem explorar e oprimir as mulheres. Assim como as mulheres, os homens foram educados para aceitar passivamente a ideologia sexista (hooks, 2019).

Para hooks (2019, p.121), as mulheres negras foram educadas para aceitar a ideologia sexista. Muitas destas acham que “o abuso que homens cometem contra as mulheres é um reflexo de sua masculinidade frustrada – esse tipo de pensamento leva a pensar que o abuso é compreensível, até justificável”.

Os homens são os principais responsáveis pela preservação do sexismo e da opressão sexista. Portanto, para erradicar o sexismo, os homens precisam assumir a tarefa de transformar a consciência masculina e a consciência da sociedade como um todo.

As mulheres precisam ser encorajadas a rejeitar a realidade em que vivem oferecida pelos que detém o poder. Estas podem fazer mesmo sendo pobres, exploradas ou vivendo em circunstâncias opressivas. Esse poder pessoal básico é um ato de resistência e de força. O movimento feminista precisa encorajar as mulheres oprimidas a se enxergarem como vítimas.

Para tal, elas precisam de educação política para perceber que são capazes de exercer algum tipo de poder e que o sexismo nunca retirou o poder das mulheres. Por isso, é preciso reconhecer que essa força e esse poder são fundamentais para que juntas as mulheres lutem para sua libertação (hooks, 2019).

Através da educação é possível ajudar as mulheres a pensarem de forma crítica e analítica. A comunicação verbal é uma das principais formas de disseminação das ideias feministas. É necessário ter a habilidade de se comunicar com os diferentes públicos em termos de idade, sexo, etnia e grau de instrução. A maior parte das mulheres não tem acesso a formas de pensar que promovam o tipo de compreensão crítica e analítica necessário à luta de libertação (hooks, 2019).

A supremacia masculina encoraja o uso da força abusiva a fim de manter a dominação masculina sobre a mulher. A violência física, portanto, é causada pela naturalização disseminada em nossa cultura das regras hierárquicas e da autoridade coercitiva. A violência masculina contra a mulher nas relações pessoais é uma das expressões mais flagrantes do uso abusivo da força para a manutenção do controle e da dominação. Aceitar e perpetuar essa violência na sociedade ajuda a mantê-la, dificulta seu controle e eliminação, sendo o tipo de violência mais difundida e aceita culturalmente. Soma-se a isso o fato de que os homens não temem ser punidos seriamente se as machucarem, especialmente no caso de suas esposas e amantes (hooks, 2019).

A casa geralmente é local que o homem consegue exercer uma situação de controle, sendo a mulher o seu principal alvo. Os homens em uma sociedade sexista são ensinados que admitir e expressar a dor é negar sua masculinidade. O homem provoca dor em vez de expressá-la na tentativa de restaurar o seu senso de masculinidade. Este não sente que é errado cometer violência contra as mulheres, pois de alguma forma a sociedade o recompensa por isso. Portanto, mulheres e homens precisam se opor ao uso de violência como um meio de controle social em todas as suas manifestações (hooks, 2019).

3.3 GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

Sabe-se que, do total das gestações, metade não são inicialmente planejadas, embora possam ser desejadas. O fato de o casal não planejar uma gravidez deve-se principalmente pela falta de orientação ou de oportunidade para se adquirir um método anticoncepcional, acontecimento que ocorre comumente com adolescentes. A atenção em planejamento familiar faz-se necessária neste contexto, com o intuito de incentivo à dupla proteção, através de escolha livre e informada, para assim se obter a prevenção da gravidez e de infecções sexualmente

transmissíveis, como o HIV e a sífilis. Este atendimento deverá acontecer nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura e puerpério por exemplo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A unidade básica de saúde é a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. Este local precisa ser o ponto de atenção estratégico para o acolhimento das suas demandas, através do atendimento longitudinal e contínuo durante toda a gestação. A equipe de saúde da UBS precisa ofertar ações referentes às linhas de cuidados materno-infantil antes mesmo que a gestante acesse este serviço. A equipe precisa conhecer a sua população adscrita de mulheres em idade fértil (idade entre 10 a 49 anos) e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar. O parceiro sexual precisa ser incluído na programação dos cuidados em saúde. O vínculo entre a mulher e a equipe deve existir para que as chances de aconselhamento pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início adequado do pré-natal aconteçam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Ao acolher uma mulher com atraso menstrual na unidade de saúde será necessário dirigi-la ao atendimento por profissional capaz de oferecer escuta ativa e não julgadora sobre suas possíveis expectativas e necessidades. A unidade de saúde deve criar um fluxo de atendimento ágil, buscando não postergar o diagnóstico da gravidez, oferecendo acolhimento precoce para orientação e atenção pré-natal (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2018).

O teste confirmatório para gravidez deve ser imediatamente submetido em mulheres no menacme (período fértil entre a primeira menstruação e a menopausa), em atividade sexual, com atraso menstrual que não ultrapasse 12 semanas. Para o diagnóstico da gravidez é fundamental saber a história da mulher, realizar o exame físico e o teste laboratorial seguindo fluxograma específico de cada unidade de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2018).

No momento da realização do teste de gravidez, a equipe precisa ser sensível, verificando as expectativas da mulher em relação a uma possível gestação. No caso em que a mulher não planejava a gravidez e essa for confirmada, deve-se oferecer apoio para conversar sobre as condições desta gestação no seu contexto de vida e iniciar o acompanhamento pré-natal. Se a mulher não estiver grávida, aproveita-se a oportunidade para oferecer métodos contraceptivos e aconselhamento de risco sexual e reprodutivo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2018).

O acompanhamento do pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna.

Os aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas precisam ser abordadas durante todo o atendimento. O principal indicador do prognóstico ao nascimento é o acesso à assistência pré-natal. Outro indicador com grau de recomendação importante são os cuidados assistenciais com início no primeiro trimestre de gravidez. No pré-natal de baixo risco, as consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais após este período até o nascimento do bebê, portanto, não existe alta do pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2012, p.38), os dez passos para o pré-natal de qualidade são:

Figura 1. Dez passos para o pré-natal de qualidade

- 1º PASSO:** Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
- 2º PASSO:** Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3º PASSO:** Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
- 4º PASSO:** Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
- 5º PASSO:** Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
- 6º PASSO:** É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
- 7º PASSO:** Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
- 8º PASSO:** Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
- 9º PASSO:** Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
- 10º PASSO:** As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Ministério da Saúde (2012, p. 38).

O acolhimento da gestante na APS precisa promover a integralidade do cuidado com escuta qualificada e vínculo, a avaliação de vulnerabilidades precisa ser feita pelo profissional que lhe atende de acordo com o seu contexto social. O profissional deve permitir que a mulher grávida expresse suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os demais serviços de saúde para a continuidade da assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O período de transição entre o acompanhamento pré-natal e a admissão para atenção ao parto pode trazer tensões para a gestante. Em algumas situações, a equipe que assiste a mulher no pré-natal tem opiniões diferentes do profissional que faz sua avaliação ao entrar na

maternidade em relação ao momento adequado para sua admissão, além de existir a possibilidade de ausência de vaga para essa gestante internar (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2018).

O ideal é que a gestante seja admitida na maternidade quando já estiver em trabalho de parto, na sua fase ativa (“com contrações regulares e frequentes, 2-3 a cada 10 minutos, comumente dolorosas, idealmente com dilatação acima de 3-4cm”) ou apresente sinais e/ ou sintomas de intercorrência obstétrica. Porém, muitas gestantes atendidas no sistema público apresentam condições sociais que dificultam seus diversos retornos para avaliação na busca do momento ideal da internação (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2018).

Após o parto, a mulher é acompanhada no período puerperal, dividido em cuidados imediatos e tardios. A avaliação precoce pode ser feita após a alta da maternidade em atendimento domiciliar ou consulta na unidade básica de saúde e previamente combinada ao longo do pré-natal. Esse momento serve para identificar possíveis intercorrências na puérpera relacionados ao parto, dificuldade da mulher no cuidado do recém-nascido, conversar sobre métodos contraceptivos, avaliar cicatriz cirúrgica quando houver. Na avaliação tardia (6-8 semanas), é realizado o planejamento reprodutivo novamente (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a atenção puerperal não está consolidada nos serviços de saúde, mesmo que a maioria das mulheres retornem ao serviço de saúde, onde fazia o pré-natal, no primeiro mês após o parto. Entretanto, na prática a maior preocupação das mulheres e dos profissionais que fazem seu atendimento no puerpério é com a saúde do recém-nascido.

Além disso, mesmo havendo a ampliação da cobertura de pré-natal no Brasil, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção. Alguns exemplos podem ser descritos, como: a sífilis congênita que permanece com uma incidência elevada, sendo esta consequência da sífilis materna não diagnosticada ou não tratada de forma adequada e oportuna durante o pré-natal (DOMINGUES et al, 2021); e o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2018), todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo. Entre 1990 e 2015, a mortalidade materna no mundo caiu cerca de 44% e 99% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento. A taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento em 2015 foi de 239 por 100 mil nascidos vivos. Em contrapartida, os países

desenvolvidos apresentam taxa de mortalidade materna igual a 12 por 100 mil nascidos vivos. Existem grandes disparidades entre os países e dentro dos países, entre mulheres com baixas e altas rendas e entre a população rural e a população urbana.

As mortes maternas são classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes diretas são resultado de complicações que surgem durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), essas são decorrentes de “intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores”. As mortes indiretas decorrem de doenças pré-existentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No Brasil, a razão de mortalidade materna (RMM) apresentou tendência decrescente entre 1990 e 2019. Em 2019, estima-se que ocorreram 58 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. Porém, a RMM tem se mantido elevada distante da meta estabelecida para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de redução da RMM para 30 por 100 mil nascidos vivos em 2030 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

No Brasil em 2019, 65,7% dos óbitos maternos foram decorrentes de causas obstétricas diretas e 30,4% de causas obstétricas indiretas. Entre as causas diretas, predominam a hipertensão (20%), hemorragia (12,4%), infecção puerperal (4,14%) e aborto (2,7%). Entre as causas indiretas predominam as doenças do aparelho circulatório (8,3%), doenças do aparelho respiratório (4,1%), doenças infecciosas e parasitárias maternas (2,9%), do quais destacam-se a AIDS. Sobre as características dos óbitos maternos, mulheres negras representaram 66% dos óbitos maternos. Cerca de 42% eram casadas ou estavam em união estável. Observou-se predomínio da baixa escolaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos identificou que apenas 53,9% das gestantes tiveram início da assistência pré-natal no primeiro trimestre, 73,2% tiveram o número adequado de consultas para a idade gestacional no momento do parto e 21,6% das mulheres tiveram uma assistência pré-natal adequada considerando o critério global adotado para a avaliação do pré-natal. Maior adequação de todos os componentes foi observada em mulheres que residiam nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, tinham idade superior a 20 anos, apresentavam cor da pele branca, com mais anos de estudo, de classe econômica mais elevada, com trabalho remunerado, atendidas em serviços privados, que residiam com companheiro e eram primíparas (DOMINGUES et al, 2015).

Nesse contexto, a Pesquisa Nascer no Brasil trouxe um panorama para entender as desigualdades existentes nas regiões do país no que tange a qualidade da assistência pré-natal

e ao parto. A atenção pré-natal apresentou variações regionais importantes. Mesmo com a cobertura elevada, a região Norte apresentou proporção 60% maior de mulheres sem nenhuma assistência pré-natal em comparação a média nacional. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste tiveram maior prevalência de mulheres com início precoce do pré-natal, e a Sudeste apresentou a maior cobertura de mulheres com pelo menos seis consultas de pré-natal. Contudo, sobre a adequação do pré-natal, considerando critérios mais restritos, a prevalência no país foi de apenas 16%, tendo a região Nordeste o pior resultado, 10% (LEAL et al, 2020).

O mesmo estudo descrito acima aponta que a peregrinação da mulher ao procurar uma maternidade para o parto foi enfrentada por mais de 20% das mulheres no país, atingindo mais de 30% no Nordeste. Além disso, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram os piores resultados neonatais, com destaque para a prematuridade espontânea, baixo peso ao nascer e o crescimento intrauterino restrito (LEAL et al, 2020).

As barreiras de acesso e problemas foram as razões mais encontradas para a não realização do pré-natal na Pesquisa Nascer no Brasil. Em mulheres residentes nas regiões Norte e Nordeste e em puérperas com menor escolaridade houve o predomínio de barreiras de acesso. Nas mulheres sem companheiro e aquelas que tentaram interromper a gestação, os problemas pessoais foram descritos como causa para não terem feito pré-natal (VIELLAS et al, 2014).

Estudo anterior a Pesquisa Nascer no Brasil já apontava problemas importantes sobre a qualidade da assistência à gestante no país. Esse estudo foi do tipo inquérito e tinha como objetivo avaliar a atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) à saúde de mulheres grávidas foi realizada em 627 municípios. Os gestores dos municípios referiram que o vínculo construído entre a mulher e o profissional é um importante quesito para a humanização da atenção, para a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal. Porém, observou-se que em 33,2% dos casos a gestante não é acompanhada pelo mesmo profissional. Sobre o atendimento ao parto, a garantia de vagas na maternidade no momento do parto foi referida por 93,6% dos municípios (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005).

Na Bahia, estudo qualitativo realizado com gestantes em unidades básicas de saúde mostrou que o acolhimento por parte da enfermeira é fundamental para criar vínculo com a gestante e para uma assistência qualificada. Além disso, de acordo com os relatos, são maiores as dificuldades encontradas em lidar com a gestação quando as mulheres não têm um parceiro fixo, pois aumentam as preocupações com a renda e a rede de apoio. Para um pré-natal bem-sucedido é preciso que o profissional tenha um olhar individual, que considere cada gestante como única. Suas queixas são particulares e distintas. A assistência não pode focar apenas os cuidados biológicos (SANTOS; DIAS, 2021).

Trabalhos mais recentes em alguns municípios do Brasil apontam dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. Em Santa Rita no Maranhão, estudo descritivo, de natureza quantitativa, que teve como participantes 32 enfermeiros das unidades básicas de saúde indicou que dentre as principais dificuldades apontadas por estes profissionais durante o acompanhamento de pré-natal de baixo risco destacam-se: dificuldade das gestantes em realizar os exames solicitados (50%), a inexistência de curso de capacitação (25%), falta de protocolo na UBS para acompanhamento do pré-natal (22%) e recursos materiais e insumos insuficientes (19%) (RAMOS et al, 2018).

No município de Gurupi no Tocantins, trabalho epidemiológico descritivo e quantitativo, que teve como cenário de coleta de dados uma unidade saúde da família, avaliou o prontuário de 50 gestantes com o intuito de analisar indicadores para avaliação da assistência pré-natal. Neste estudo, 46% das gestantes iniciaram o pré-natal antes de completar 12 semanas de gravidez, 60% fizeram seis ou mais consultas, 48% tiveram seis ou mais consultas e a consulta de puerpério, 58% fizeram seis ou mais consultas e realizaram todos os exames e 18% das gestantes avaliadas tiveram sua assistência classificada como “adequada superior”, porém 34% tiveram o pré-natal classificado como “inadequado” segundo parâmetros do Ministério da Saúde (MAYOR et al, 2018).

Considerando que este estudo foi realizado durante a pandemia de COVID-19 é importante frisar que esse cenário afetou a vida de muitas pessoas, inclusive das mulheres grávidas. Pesquisa de revisão descreveu vários impactos para a saúde de gestantes durante a pandemia, pois estas tiveram mais chance de terem sintomas mais graves do que pessoas não grávidas, além de ter tido aumento importante de casos de ansiedade e depressão nessa população e aumento da violência doméstica. Soma-se a isso que o número de consultas de pré-natal diminuiu e a infraestrutura de saúde ficou sobrecarregada. As mulheres foram mais propensas a perderem sua renda devido à pandemia do que os homens e as mães que se mantiveram trabalhando tiveram maior demanda em casa cuidando dos filhos (KOTLAR et al, 2021).

Relato de experiência sobre atendimento pré-natal em uma UBS em Goiás apontou que durante a pandemia de COVID-19 as gestantes enfrentaram diversos problemas. Estas foram atendidas em unidades diferentes do que estavam acostumadas, em algumas situações mais distantes de suas casas; houve suspensão do trabalho das agentes comunitárias de saúde (ACS) e do suporte que elas ofereciam; dificuldade de realização de exames complementares e acesso a equipe multiprofissional; impedimento de acesso de acompanhante; medo e desconhecimento frente a uma nova doença (REIS; SAMEA; MOREIRA, 2021).

As UBS, durante o período da pandemia e com objetivo de gerenciar melhor os casos de pessoas sintomáticas, têm adiado as consultas de pré-natal, o que gera um aumento nas barreiras para o cuidado pré-natal adequado. Como consequência dessa abordagem, as grávidas chegam aos hospitais com condições clínicas mais graves, que poderiam ser evitadas com uma assistência oportuna e de qualidade no pré-natal (NAKAMURA-PEREIRA et al, 2020).

É fundamental que a pandemia não afete a assistência obstétrica. As UBS e maternidades precisam manter o atendimento pré-natal, sem dificultar o acesso das gestantes aos serviços de saúde. Os serviços de planejamento familiar e assistência ao aborto previsto em lei também precisam ser assegurados (NAKAMURA PEREIRA et al, 2020).

3.4 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Sobre a temática violência, diferentes conceitos são utilizados para sua categorização e subtipos. A partir do conceito mais amplo de violência apresentado na introdução dessa tese, a OMS (2002) aponta que há três categorias segundo sua tipologia de acordo com quem comete o ato de violência, sendo estas: a violência autoinflingida, a interpessoal e a coletiva. A violência interpessoal é dividida em duas subcategorias: violência da família e de parceiro(a) íntimo(a) e a comunitária, na segunda não há laços de parentesco entre as pessoas. Os atos violentos podem ter quatro naturezas: física, sexual, psicológica, envolvendo privação ou negligência.

Na classificação descrita por Minayo (2006), a violência intrafamiliar é um tipo de violência interpessoal, sendo aquela que ocorre entre os parceiros íntimos e entre membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Esse tipo de violência inclui as formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou homem e contra idosos no âmbito doméstico.

A violência intrafamiliar geralmente é uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando se detecta em uma família algum tipo de abuso, com frequência é possível que exista uma inter-relação que expressa várias formas de violência. Soma-se a isso o fato de que as fronteiras entre os diferentes tipos de violência nem sempre são tão claras (MINAYO, 2006).

Para Minayo (2006, p. 14) uma das dificuldades para conceituar a violência “vem do fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia” (MINAYO, 2006, p.14).

Assim, essa tese buscou aprofundar o estudo da violência interpessoal entre os parceiros íntimos, mais especificamente sobre a violência pelo parceiro íntimo contra a gestante. É importante frisar que o conceito de violência contra a mulher é amplo e engloba diferentes formas, havendo diversas classificações na literatura quanto seus tipos. Ressalta-se que não há um consenso de qual termo utilizar no caso da violência nas relações afetivas (COELHO; SILVA; LINDNER, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2011, p.19), a violência contra a mulher constitui “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. Suas formas são:

A violência doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher, compreendendo, entre outras, as violências física, psicológica, sexual, moral e patrimonial; a violência ocorrida na comunidade e que seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; a violência perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (violência institucional) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 19).

Como descrito acima, a violência contra a mulher tem várias formas. No Brasil, é comum o uso da classificação de violência doméstica quando a violência ocorre entre parceiros íntimos. Tal terminologia pode ser vista na Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, que traz no seu escopo o conceito de violência doméstica e familiar contra a mulher e seus desdobramentos. Essa lei conceitua violência doméstica e familiar contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006).

A violência doméstica e familiar contra a mulher poderá ocorrer em três diferentes contextos, sendo estes: o âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; o âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006):

- a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal (BRASIL, 2006);
- a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno

desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2006);

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

- a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades (BRASIL, 2006);

- a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

Considerando que a VPI é um tipo de violência doméstica e familiar contra a mulher cometida pelos cônjuges e parceiros atuais e passados, a OMS define VPI como “um comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores” (OMS, 2012, p.12).

Tais comportamentos são descritos com mais detalhes pelo CDC (2021), são esses:

- a violência física é quando uma pessoa fere ou tenta ferir um parceiro batendo, chutando ou usando outro tipo de força física;

- a violência sexual é forçar ou tentar forçar um parceiro a participar de um ato sexual, toque sexual ou um evento sexual não físico quando o parceiro não consente ou não pode consentir.

- a perseguição é um padrão de atenção e contato repetidos e indesejados por um parceiro que causa medo ou preocupação com a própria segurança ou a segurança de alguém próximo à vítima.

- a agressão psicológica é o uso de comunicação verbal e não verbal com a intenção de prejudicar outro parceiro mental ou emocionalmente e/ou exercer controle sobre outro parceiro.

Nesse campo de discussão, é importante frisar como geralmente ocorre o fenômeno da violência entre o casal. Assim, no ciclo da violência doméstica contra a mulher segundo Lucena et al (2016), a relação conjugal inicialmente é permeada por insultos, humilhações, intimidação, provocações mútuas, gerando conflitos e tensão. Logo após, há uma necessidade de confirmação da depreciação e inferiorização da mulher, há a ameaça da violência até ocorrer o

episódio agudo. O homem utiliza-se da força física e da dominação, enquanto a mulher é colocada como objeto. Ele culpabiliza a mulher pelo seu ato e propõe que irá mudar e que a relação será transformada a partir de promessas mútuas. Após a fase de “lua de mel”, o ciclo se renova porque não houve cumprimento dos pactos e dos papéis estereotipados, tornando a violência como recorrente.

Referente ao ciclo descrito acima, observa-se que a violência contra a mulher está associada, sobretudo, ao domínio doméstico ou da casa, espaço social ligado à família, segurança, lealdade, companheirismo e solidariedade (DAMATTA, 1987 apud COUTO et al, 2007).

Considerando que o feminicídio é o fim de uma trajetória de VPI contra a mulher, um marco importante no campo da saúde pública na luta contra a violência ocorreu em 2015, quando o feminicídio passou a ser considerado crime hediondo e circunstância qualificadora do crime de homicídio. Sabe-se a partir do conceito de feminicídio que esse ocorre por razões da condição de sexo feminino, através da violência doméstica e familiar, menosprezo ou discriminação à condição de mulher (BRASIL, 2015).

Segundo a OMS (2002), a prevenção contra a violência, de acordo com a abordagem da saúde pública, começa com uma descrição da magnitude e do impacto do problema. No contexto brasileiro, dados recentes do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) (2021), mostram que durante a pandemia de COVID-19, 4,3 milhões de mulheres (6,3%) foram agredidas fisicamente com tapas, socos ou chutes. A ofensa verbal foi o tipo de violência mais relatado pelas mulheres, com o total de 13 milhões de brasileiras (18,6%). As ofensas sexuais ou tentativas forçadas de manter relações sexuais foram descritas por 3,7 milhões de brasileiras (5,4%). Sobre o perfil da vítima, mulheres entre 16 e 24 anos foram as mais afetadas, com uma prevalência de 35,2%. Mulheres pretas e pardas foram a maioria, total de 52,9% de todos os casos. As separadas e divorciadas apresentaram níveis mais elevados de vitimização (35%). Os companheiros, ex-companheiros e familiares são os principais autores da violência. A residência é o espaço de maior risco para as mulheres, pois 48,8% das vítimas relataram que a violência mais grave ocorreu dentro de casa (BUENO et al, 2021).

Referente aos registros de feminicídio, no Brasil em 2020 ocorreram 3.913 homicídios de mulheres, dos quais 1.350 foram registrados como feminicídios, média de 34,5% do total de assassinatos. Os dados de feminicídio indicam que 81,5% das vítimas foram mortas pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo. Referente a faixa etária observa-se distribuição quase igualitária entre as faixas de 18 a 24 anos (16,7%), de 25 a 29 anos (16,5%), 30 a 34 anos (15,2%), 35 a 39 anos (15,0%), com poucas vítimas entre crianças e adolescentes. Sobre a raça/cor da pele,

61,8% das vítimas eram negras, 36,5% brancas, 0,9% amarelas e 0,9% indígenas. Mais da metade dos casos de feminicídio ocorreram dentro de casa e na maioria dos crimes o agressor utilizou armas brancas como instrumento. Tal fato reforça a ideia de que o feminicídio é um crime de ódio e perpetrado por alguém próximo da vítima, muitas vezes do domicílio e após uma série de outras violências, o autor utiliza-se do que encontra a frente para cometer o assassinato (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021).

No cenário da cidade Rio de Janeiro, local de escolha para realização desse estudo, o Dossiê Mulher publicado pelo Instituto de Segurança Pública apresenta gráficos em seu site sobre as mulheres vítimas que fizeram registros de ocorrência de violência em delegacias de polícia. Há registros de informações de 2014 até 2018. No ano de 2018 foram contabilizados 45.494 casos de violência contra a mulher no município do Rio de Janeiro. Desde 2014 observa-se uma queda no número total de violências contra a mulher a cada ano, porém em 2018 percebeu-se crescimento em comparação com 2017 de aproximadamente 6% (INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2018).

A violência física foi a que mais apareceu (34,7%) nos registros do Dossiê Mulher, sendo seguida pela violência psicológica (29,7%) e pela violência moral (26,8%). Observou-se que dos delitos, que 15.429 mulheres sofreram lesão corporal e 13.366 sofreram ameaça. A faixa de idade entre 30-59 anos representou 56,0% dos casos, 36,6% tinham ensino médio completo, 51,3% eram solteiras e 48,9% eram brancas. A residência foi o local da violência contra a mulher em 56,8% dos registros, 20,7% tiveram como agressor o companheiro e 22,6% foram vítimas do ex-companheiro. A Lei Maria da Penha foi aplicada em 52,6% dos casos (INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2018).

Sobre o perfil da mulher que sofre violência, os autores Dias, Prates e Cremonese (2021), reforçam que este agravo prevalece entre as mais jovens, pretas ou pardas, católicas, casadas ou que conviviam com parceiros íntimos, mães ou grávidas e que não tinham atividade remunerada. Além disso, alguns fatores de risco são apontados para a ocorrência da violência contra a mulher, são estes: baixa escolaridade, condição socioeconômica vulnerável, histórico de violência intrafamiliar na infância, iniciação sexual precoce, uso de drogas e/ou álcool pela mulher e/ou agressor, falta de suporte familiar e dependência financeira do agressor (DIAS; PRATES; CREMONESE, 2021).

Sobre os fatores associados ao óbito em mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo, estudo do tipo caso-controle realizado a partir do relacionamento das bases de dados do SIM e do SINAN, encontrou que 2.538 mulheres morreram no período de 6,9 anos após a notificação. Sobre o perfil da vítima de óbito, as mulheres em faixas etárias mais velhas

(30 a 44; e 45 a 59 anos) têm chance menor de óbito em comparação com as jovens (15 a 29 anos); as mulheres grávidas no momento da notificação de violência tiveram menor chance de óbito em comparação às não grávidas; as mulheres pretas e amarelas tiveram chance 1,29 vezes e 3,76 vezes maior de óbito, respectivamente, em comparação às brancas; a presença de ensino médio ou superior, completos ou incompletos, representou uma proteção para as mulheres em situação de VPI; a presença da deficiência foi considerada um fator de risco para as mulheres (PINTO et al, 2021).

Referente ao estudo descrito acima, sobre as características da violência sofrida, nos casos em que o caráter crônico da VPI foi ignorado pelo profissional no momento do preenchimento do SINAN, a chance de óbito das mulheres foi 1,43 vezes maior. Soma-se a esse fato que a presença da violência física “somente” e todas as combinações identificadas foram consideradas fator de risco para o óbito, em comparação com a psicológica “somente” (PINTO et al, 2021).

Sobre essa temática, os estudos qualitativos contribuem com uma outra visão sobre o entendimento do fenômeno da violência entre o casal, como a pesquisa desenvolvida por Couto et al (2007) na cidade de São Paulo. Esse trabalho apontou, através de grupos focais, que as mulheres consideram a violência como sendo injustificável e intolerável, enquanto os homens acreditam que a violência até certo ponto é tolerável, já que é instintiva e, portanto, incontrolável. Em algumas situações, para os homens, a violência é tolerável ou compreensível, pois representa o resultado da exacerbação de impulsos que são naturais aos homens.

Entre as mulheres da pesquisa de São Paulo, apareceram duas situações pensadas como aceitáveis que justificam a violência do parceiro, são estas: “a violência como revide, servindo como "lição" ao agressor e, assim, evitando ocorrência de novos episódios” e a violência contra as "mulheres que gostam de apanhar" (COUTO et al, 2007).

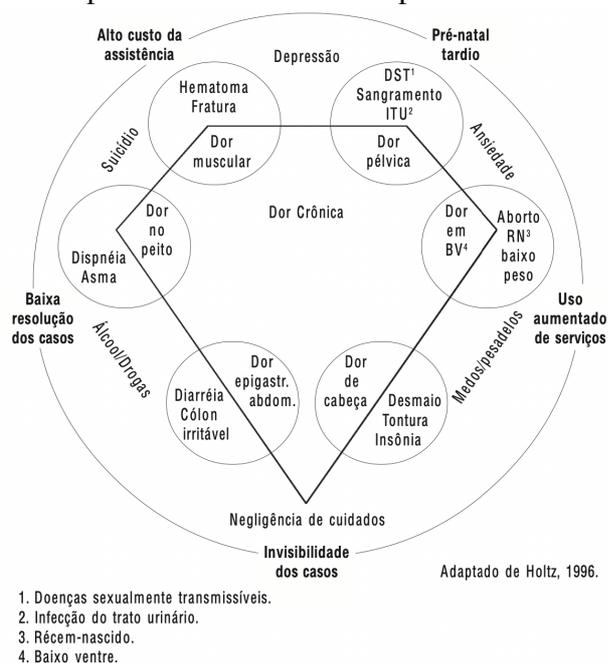
Os principais fatores causadores de situações violentas entre homens e mulheres, do ponto de vista dos homens são: “desemprego ou dificuldade financeira do homem; abuso de bebida alcoólica; ciúme, desconfiança e traição; cobrança e falta de compreensão da mulher” (COUTO et al, 2007, p.1329). Segundo as mulheres, a violência aparece como resultado principalmente do: “abuso de bebida ou uso de droga pelos homens, assim como pela má influência de amigos que afastam os homens da casa e das mulheres, trocando a relação com a mulher pelas farras, os bares e outras mulheres” (COUTO et al, 2007, p.1329).

Considerando que a violência contra a mulher é um importante problema de saúde pública no Brasil, é fundamental apontar as consequências desse agravo para a vítima. Nesse sentido, as repercussões na saúde associadas à violência contra a mulher podem ser vistas na

Figura 2. Esse material foi adaptado de Holtz (1996) por Schraiber et al (2003). Os autores apontam que a situação de violência leva a mulher a um sofrimento crônico que parece debilitá-la de cuidar de si mesma e dos outros. Nesse contexto, estas mulheres são mais propensas a: abuso de álcool, cigarro e outras drogas, risco maior de sexo inseguro, início tardio do pré-natal e pior adesão ao exame de preventivo (SCHRAIBER et al, 2003).

Além das consequências para a saúde da mulher, a violência também repercute de forma negativa para os serviços de saúde (Figura 2), pois a violência contra a mulher ocasiona um alto custo, já que as vítimas de violência procuram mais os serviços de saúde, porém há baixa resolução dos casos. Os sintomas físicos consequentes da violência vão desde queixas mais leves como dor de cabeça, dor muscular, dor epigástrica, dor no peito, dor pélvica até queixas mais intensas como dispnéia, colón irritável, insônia, tontura, fratura, hematoma, aborto, IST ou infecção no trato-urinário, por exemplo. Em relação a saúde mental, as vítimas podem ter depressão, ansiedade, medos/pesadelos e cometer suicídio (SCHRAIBER et al, 2003).

Figura 2. Repercussões da violência para a saúde da mulher



Fonte: Holtz (1996) apud Schraiber et al (2003).

Além de todos os problemas apresentados na Figura 2, a VPI contra a mulher também gera custos sociais e econômicos enormes que repercutem em toda a sociedade. As mulheres podem sofrer isolamento, incapacidade de trabalhar, perda de salário, capacidade limitada de cuidar de si mesmas e seus filhos (OPAS, 2022).

Especificamente sobre a violência psicológica contra a mulher, sabe-se que essa compromete o estilo de vida da mulher que sofre esse agravo, levando-a a distorção de pensamentos que fazem com que acredite que não é importante, merecedora de reconhecimento e de respeito. As mulheres vítimas desse tipo de violência geralmente sofrem caladas, sem coragem de compartilhar as vivências sofridas com outras pessoas, o que a deixa vulnerável, com a mente fragilizada, gerando mais tarde doenças psicossomáticas como depressão e ansiedade (SIQUEIRA; ROCHA, 2019).

Do ponto de vista da vítima, pesquisa qualitativa realizada em São Paulo entrevistou mulheres que sofreram VPI. O estudo apontou que estas foram socializadas em um modelo patriarcal, em um contexto familiar machista e opressor. Elas vivenciaram a divisão sexual do trabalho desde a infância. A figura paterna que tratava com zelo e proteção também utilizava violência e o medo como forma de autoridade. As mulheres sem apoio familiar, liberdade e autonomia consolidaram uniões com homens que reproduziram o comportamento paterno machista. A condição de gravidez não protegeu as mulheres, que continuaram sofrendo agressão de várias formas, inclusive física. Uma das entrevistadas relatou que a gravidez foi a época de maior vulnerabilidade em relação à violência física e temia que o filho tivesse sequelas ao nascer (MACHADO; CASTANHEIRA; ALMEIDA, 2021).

Sobre o acesso aos serviços de saúde, muitas mulheres procuram o SUS buscando cuidado e, por diferentes motivos, nem sempre relatam a causa de seus agravos, mesmo quando foram vítimas de violência. Os profissionais de saúde nem sempre relacionam as lesões observadas à uma possível situação de violência (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Tal fato descrito acima foi observado em uma pesquisa qualitativa realizada em um cenário de APS no Paraná tinha como objetivo compreender as relações entre os profissionais de saúde e mulheres em situação de violência doméstica. Nesse estudo, os agentes comunitários de saúde, por frequentarem os domicílios numa relação mais próxima com as mulheres, se sobressaíram nos resultados, pois conseguiram perceber a violência doméstica e suas repercussões para a saúde da vítima, mesmo que não houvesse verbalização delas. Outros profissionais da unidade, principalmente médicos, por ficarem mais focados em exames que mostram dados inconclusivos, acabam por categorizar os achados clínicos como “queixas difusas” e não detectam o problema (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Além da dificuldade que a vítima tem em relatar a violência sofrida e do profissional no serviço de saúde em identificá-la, durante o atendimento à mulher vítima de violência doméstica, alguns protocolos traçam um itinerário de peregrinação dentro do SUS, o que inclui:

Consultas e exames em UBS, Unidades de Pronto Atendimento, Instituto Médico-Legal, Centros de Referência Especializada, Centros de Atenção Psicossocial e Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM). Esse suporte é fundamental, entretanto, essa estrutura do sistema pode causar transtornos, inibindo ou desmotivando-a de seguir se cuidando. A vítima precisará ter paciência, porque terá que ir em diferentes instituições, aguardar em filas para atendimentos, se expor para diferentes profissionais, o que pode gerar sofrimento na mesma (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Outro problema ligado à assistência a mulher vítima de violência foi descrito em um estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Juiz de Fora. Essa pesquisa mostrou que os profissionais de saúde percebem a violência contra a mulher como um problema atual ainda a ser enfrentado, muitas vezes silenciado e que ainda cresce. Contudo, as pessoas entrevistadas culpabilizaram as vítimas pela subdenúncia, conectada principalmente ao medo das mulheres. Nesse sentido, observa-se que os profissionais contribuem para que a violência, por vezes, seja naturalizada, resultado em posturas passivas, inclusive nos espaços de saúde (TEIXEIRA; PAIVA, 2021).

Sobre o estudo no CAPS, os profissionais alegaram que a escuta atenta e o vínculo com as pessoas que buscam o cuidado é muito importante para a identificação de possíveis mudanças que sugerem violência. A visita domiciliar, os atendimentos individuais, grupos e oficinas são os espaços mais comuns para a identificação de violência. Os profissionais citaram a violência psicológica como a mais prevalente, porém a forma de identificação ainda está focada nos sintomas físicos. Além disso, os entrevistados demonstraram não conhecer as fichas de notificação compulsória de violência e não a usarem, dizendo ainda que a ficha não estava disponível no serviço (TEIXEIRA; PAIVA, 2021).

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, pesquisa realizada em uma maternidade em Minas Gerais visou conhecer a percepção destes sobre o atendimento às mulheres em situação de violência. Os profissionais percebem essa violência como um ato realizado por pessoas do núcleo familiar da mulher e que algumas destas não conseguem reconhecer que estão em situação de violência. A violência está ligada à relação de poder e submissão, em que a mulher sente medo e impotência (MIRANDA et al, 2021).

Sobre o estudo em Minas Gerais, os profissionais de saúde referem que a violência sexual é um tipo de violência contra a mulher identificada por estes e que pode ter uma gravidez como repercussão. Algumas mulheres sentem dificuldade em expressar de forma verbal a violência sofrida e de compreenderem o ocorrido, além de se sentirem inseguras e desconfiadas

para falar com uma pessoa estranha. Para os participantes do estudo, a violência sexual pode vir acompanhada de outras formas de violência (MIRANDA et al, 2021).

Referente aos sinais de violência, os profissionais veem no comportamento de algumas mulheres sinais indicativos de situação de violência, como: manterem-se retraídas, de cabeça baixa, sem fazer contato visual, dificultado a aproximação do profissional de saúde. Além disso, os agressores podem adotar comportamentos sugestivos de uma relação violenta com a mulher. Estes se mantem em postura vigilante, o que dificulta a assistência à mulher (MIRANDA et al, 2021).

Sobre a rede de apoio à mulher em situação de violência, esta é importante para que a vítima possa buscar ajuda e atendimento. As unidades de APS são identificadas como porta de entrada na rede de saúde e como uma estratégia de suporte e acolhimento a essas mulheres (MIRANDA et al, 2021).

3.4.1 Violência Contra a Gestante

A violência à mulher durante o processo gestacional é considerada uma violação aos seus direitos reprodutivos e sexuais. Este tipo de violência “fere os princípios de autonomia ou princípio da pessoalidade, da igualdade, da diversidade e da integridade corporal”. A gestante poderá sofrer abuso ou invasão de diferentes indivíduos da sociedade, como: “governos, médicos, maridos, parceiros, membros da família”. Também pode resultar da omissão, negligência e da discriminação (MEDINA; PENNA, 2008, p. 467).

Considerando a magnitude da violência doméstica e familiar no Brasil e no mundo, a violência pelo parceiro íntimo contra a mulher durante a gestação é um fenômeno que vem sendo discutido e abordado em diferentes estudos no campo da saúde pública. Destaca-se que quando uma mulher grávida sofre VPI duas vidas estarão em risco, o que torna o problema mais preocupante pois poderá haver repercussões negativas para ambos.

Nesse contexto, através de uma pesquisa de revisão sistemática e metanálise com dados de estudos de 52 países, observou-se que um quarto das mulheres grávidas são expostas a VPI, em média, em todo o mundo. Além disso, sobre os tipos de VPI contra a gestante, o estudo encontrou prevalência de violência psicológica igual 18,7%, seguida pela violência física (9,2%) e pela sexual (5,5%). Tal achado reforça a necessidade de que seja feito o rastreio da VPI no pré-natal de forma sistemática, dentro da rotina e em todos os países (ROMÁN-GÁLVEZ et al, 2021).

Outro estudo de revisão sistemática e metanálise estimou a prevalência combinada de VPI contra mulheres grávidas durante a pandemia de COVID-19. Foram utilizados dados de seis artigos, com um total de 2213 gestantes que participaram dos estudos. A prevalência combinada do total de VPI foi estimada em 22%. Além disso, a prevalência combinada de violência psicológica, física e sexual foi relatada em 24%, 14% e 6% respectivamente. Os autores apontam, a partir dos resultados encontrados, que a VPI contra a gestante tem sido relativamente prevalente durante a pandemia de COVID-19. Portanto, identificar as mulheres em risco de VPI é essencial para prevenir as consequências dessa violência para a saúde materno-fetal e para traçar estratégias para facilitar a notificação de violência durante a pandemia (HULDANI et al, 2022).

Estudo bibliométrico, de abordagem quantitativa, foi realizado por pesquisadores brasileiros com busca nas bases de dados BDNF, LILACS, MEDLINE e SciELO. Foram analisados 21 artigos sobre a temática violência contra a mulher na gestação entre 2016 e 2021, sendo que 11 são estudos nacionais. Nessa revisão, as pesquisas mostraram prevalência de violência doméstica na gestação com variável de 0,47% a 49,9%. Os tipos de violência de maior prevalência foi a psicológica, seguida pela física e pela sexual. As principais consequências e efeitos adversos da violência para o recém-nascido foram o risco de baixo peso no nascimento e parto prematuro, e para a mulher dor durante a relação sexual, sangramento vaginal, ruptura prematura de membranas e sintomas depressivos (NASCIMENTO et al, 2021).

No estudo de revisão realizado por Nascimento et al (2021), observou-se que a violência doméstica na gestação ocorre em todas as regiões do Brasil, não sendo uma questão cultural ou regional. Os autores reforçam que o rastreamento da violência doméstica na gestação durante o pré-natal é o principal meio de intervenção desse problema de saúde. Para tal é preciso que sejam elaboradas estratégias para a capacitação do profissional de saúde de forma permanente para o rastreio da violência e para garantir uma assistência adequada as gestantes agredidas.

Sobre a temática da VPI contra a gestante, diferentes estudos foram realizados no Brasil. Em nível nacional, uma pesquisa analisou dados de notificação compulsória de VPI contra mulheres (com 15 anos ou mais) registrados no SINAN entre 2011 e 2017. Maiores proporções de VPI, em relação às outras formas de violência contra as mulheres, estiveram associadas às gestantes (RP = 1,07; IC95% 1,06; 1,08). Além disso, a violência sexual foi mais frequente entre as adolescentes e associada positivamente às gestantes (RP = 2,71; IC95% 2,59; 2,83). Para os autores do estudo, a forte associação entre violência sexual e gravidez chamou atenção, o que fez com que pensassem que tal fenômeno esteja associado à existência de mulheres gestantes forçadas a se envolver em ato sexual contra sua vontade ou que tenha havido

ocorrência de gestação derivada de estupro por parceiros ou ex-parceiros (MASCARENHAS et al, 2020).

Em nível regional, no Nordeste, na cidade de Recife, um estudo analisou a associação entre violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado da atenção pré-natal. A pesquisa foi do tipo transversal realizada com 1026 mulheres participantes de estudo de coorte prospectivo delineado para investigar violência na gravidez entre mulheres cadastradas no PSF. A violência física pelo parceiro íntimo ocorreu para 25,4% das mulheres. Destas, 49,8% referiram que a VPI física ocorreu apenas antes da gravidez, 20,1% exclusivamente na gravidez e 30,1% antes e durante a gravidez. Foram associados a VPI física os comportamentos de risco na gravidez atual, como o tabagismo e o consumo de álcool, especialmente quando durante toda a gestação, além do uso de drogas ilícitas. Observou-se que as mulheres vítimas de VPI física iniciaram o pré-natal mais tardiamente, fizeram menos de seis consultas e tiveram maior chance de realizar o pré-natal inadequado (CARNEIRO et al, 2016).

Em São Luís no Maranhão, estudo transversal com amostra de 1446 gestantes entrevistadas entre 22 e 25 semanas gestacionais identificou que a violência psicológica foi mais frequente na gestação (48,4%) do que nos doze meses anteriores à gestação (36,4%). Insultos, humilhações e *bullying* foram mais relatados no período gestacional do que antes da gestação. O primeiro episódio de violência física ocorreu durante a gravidez para 46,9% das mulheres e de violência sexual para 48%. O parceiro íntimo foi o perpetrador da violência contra a mulher durante a gestação em 46% dos casos, seguido por outro membro da família (28,1%) (RIBEIRO et al, 2020).

Referente aos fatores relacionados ao parceiro, estudo transversal conduzido no Recife com 420 puérperas identificou risco relativo de esta sofrer violência física maior para os parceiros com baixa escolaridade (mais de oito vezes) e sem trabalho remunerado (mais de duas vezes). Também se verificou aumento do risco para todos os estratos relativos à embriaguez, quando comparados à ausência, e o risco foi quase duas vezes maior entre os homens cujas parceiras relatavam história de violência na família do parceiro (MENEZES et al, 2003).

Na região Sul, no município de Maringá, estudo transversal com 358 puérperas internadas no alojamento conjunto de dois hospitais públicos, identificou que 7,5% das participantes relataram algum episódio de violência física por parceiro íntimo durante a gestação. A violência física na gestação foi associada com algumas características da mulher, como relato de ser multigesta, não ter religião e ter fumado durante a gestação (SGOBERO et al, 2015).

O estudo de Maringá também avaliou as características do parceiro. Nessa pesquisa houve associação da violência física durante a gestação com o fato de o companheiro não ter trabalhado durante a gestação e ter usado ou usar drogas ilícitas (SGOBERO et al, 2015).

No Distrito Federal, localizado na região Centro-oeste do Brasil, foi realizada uma pesquisa quantitativa e transversal em um centro de saúde do SUS. Participaram dessa pesquisa 148 gestantes, sendo que dessas 16% sofreram violência psicológica na gestação, seguida de violência física (4%) e sexual (0,6%). O perpetrador da violência na maioria dos casos foi o ex-parceiro íntimo (48%) e o atual parceiro (27%). Chamou a atenção que a maior parte das gestantes (83%) respondeu que o tema violência não foi abordado durante o pré-natal (SILVA; ARRAIS, 2020).

Na pesquisa do Distrito Federal, uma parte das gestantes (14,6%) identificaram problemas de saúde decorrente da violência sofrida, como: dores de cabeça constante, depressão, alterações na pressão arterial e dores na barriga/contrações. Além disso, o uso de substâncias psicoativas antes (39%) e/ou durante (23%) a gestação apresentou associação significativa com a VPI, assim como ter vivenciado violência anteriormente (81%) (SILVA; ARRAIS, 2020).

A VPI contra a gestante também foi alvo de pesquisas na região Sudeste, como no município de Ribeirão Preto. Esse estudo foi do tipo observacional e ocorreu em uma maternidade pública e em um hospital universitário. As 232 gestantes foram entrevistadas na primeira consulta de pré-natal e no pós-parto imediato. Sobre a prevalência de violência entre as participantes, 55,2% sofreram algum tipo de VPI alguma vez na vida e em 15,5% a VPI ocorreu durante a gestação. A violência psicológica (14,7%) foi mais frequente, seguida pela física (5,2%) e pela sexual (0,4%). Sobre a associação entre a VPI e as características obstétricas das mulheres, as participantes que não desejaram a gestação apresentaram 4,3 vezes a chance de sofrer VPI na gestação quando comparadas com aquelas que desejaram a gravidez (RODRIGUES et al, 2014).

Em Vitória, no Espírito Santo, estudo observacional realizado em uma maternidade de alto risco de um hospital escola vinculado ao SUS entrevistou 302 puérperas. Nessa pesquisa, 4,6% das participantes relataram ter sofrido violência física durante a gestação, tendo como principal perpetrador o próprio marido (35,7%) e o ex-marido (35,7%). Sobre o tipo de agressão na gestação, o tapa e o empurrão (50%) foram os mais cometidos, e a cabeça (71,4%) foi a área mais afetada no corpo das mulheres. Nota-se de diferente nesse estudo que puérperas que referiram não ter um companheiro durante a gestação apresentaram 4,6 vezes mais ocorrência

de violência física se comparadas as mulheres que tiveram um companheiro no período gestacional (FIOROTTI et al, 2018).

Em Cariacica, no Espírito Santo, estudo transversal que entrevistou 330 puérperas de uma maternidade com objetivo de investigar as violências vivenciadas pelas mulheres e perpetradas por parceiro íntimo encontrou prevalência de violência psicológica na gestação igual a 16,1%, seguida pela física (7,6%) e pela sexual (2,7%). Verificou-se que a violência psicológica praticada pelo parceiro íntimo na gravidez foi cerca de duas vezes maior entre as gestantes adolescentes (14 a 19 anos) que entre aquelas com 20 anos ou mais. Referente à renda, as mulheres com renda menor que mil reais tiveram 2,4 vezes mais prevalência de abuso psicológico que aquelas de renda mensal igual ou maior que mil reais. Sobre a aceitação da gravidez, observou-se prevalência de violência psicológica duas vezes maior e de violência sexual 15 vezes maior entre as mulheres que desejaram interromper a gravidez comparadas com as que não desejaram. Referente à escolaridade, a violência física foi cerca de 4,5 vezes maior em gestantes com até quatro anos de estudo do que entre aquelas com cinco anos ou mais (SILVA; LEITE, 2020).

No município do Rio de Janeiro, estudo epidemiológico seccional realizado em uma unidade de APS entrevistou 120 gestantes adolescentes no terceiro trimestre de gestação. Do total de participantes, 45% revelaram terem sofrido maus-tratos alguma vez na vida emocionalmente ou fisicamente pelo parceiro íntimo ou por alguém que lhe era próximo. Durante a gravidez, mais de 7% das adolescentes referiram ter sofrido violência física, sendo que deste grupo, 22% disseram sofrer de depressão na gestação (PEREIRA et al, 2010).

Outra pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro utilizou uma amostra de puérperas hospitalizadas nas maternidades do município por ocasião do parto, no período de 2000-2001. Os dados foram provenientes do “Estudo da Morbimortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro” e a amostra foi de 8.961 puérperas, sendo que dessas 22% possuíam menos de 19 anos de idade. Os resultados mostram que cerca de 5% das adolescentes e 2,5% das adultas jovens referiam ter sofrido de pelo menos um ato de agressão física perpetrada pelo pai do bebê durante a gravidez. Foram associados a agressão física durante a gestação, tanto para adolescentes como para adultas jovens, os seguintes fatores: o maior consumo de bebidas alcóolicas e o uso de cigarros e outras drogas; a falta de apoio percebida pela puérpera durante a gravidez; a vontade de interromper a gestação (VIELLAS et al, 2013).

Sobre o nível de escolaridade no estudo de Viellas et al (2013), a maioria das puérperas, que foram vítimas de agressão física durante a gravidez, tinha menos de oito anos de estudo.

Referente ao acompanhamento pré-natal, as participantes que sofreram agressão física na gestação apresentaram assistência menos adequada.

Além das pesquisas descritas nesse capítulo, o fenômeno da violência doméstica contra as gestantes também pode ser dimensionado a partir do registro da ocorrência em DEAM, como ocorreu em pesquisa realizada em Teresina, Piauí. Ao total foram avaliados 71 boletins de ocorrência de duas delegacias. Os dados deste estudo indicaram que a maior parte das grávidas que sofreram violência exerciam atividades domésticas (42,3%) e tinham entre 22 e 26 anos (31%). O principal responsável pela agressão à gestante foi o companheiro (38,0%), seguido pelos ex-companheiros (18,3%) e pelos ex-namorados (8,4%). O principal tipo de agressão sofrida pela gestante foi a física (32,5%), seguida da psicológica (31,7%) e da violência moral (30,0%) (SANTOS et al, 2010).

Nesse contexto, através dos diversos estudos quantitativos realizados no Brasil, foi possível dar visibilidade ao problema da VPI durante a gestação ao mostrar sua alta prevalência e fatores associados. Contudo, poucos estudos no Brasil trazem as repercussões da VPI para a saúde da gestante e do concepto.

Como descrito por Donovan et al (2016), a violência pelo parceiro íntimo é particularmente preocupante durante a gravidez, pois duas vidas estão em risco. Já foi mostrado que a exposição indireta ou direta à VPI durante a gestação aumenta o risco da mulher em ter um desfecho adverso no parto. Sobre a violência física e/ou sexual, a agressão no abdômen ou trauma sexual vivenciado durante a gestação pode aumentar o risco de aborto espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer ou óbito neonatal.

Existem também desfechos adversos ao parto que podem estar ligados indiretamente ao comportamento negativo da gestante que sofre VPI, como: nutrição ou assistência pré-natal inadequados e aumento dos níveis de estresse (DONOVAN et al, 2016). Sabe-se que a violência contra a mulher durante a gestação tem um efeito direto sobre o baixo peso ao nascer através do trauma abdominal e, de forma indireta por uso de drogas e álcool, situação de estresse e nutrição inadequada (COKER et al, 2000 apud AUDI et al, 2008).

Além disso, sabe-se que as agressões contra as gestantes podem desencadear agravos psicológicos, em muitas situações irreparáveis a essas grávidas que estão em um relacionamento conturbado, principalmente porque não tem apoio do companheiro no que diz respeito a gravidez e a sua própria vida. Essas mulheres também são alvos de constantes tensões psicológicas que geram sofrimento, causam frustração, medo e angústia por terem que conviver com seu próprio agressor (SANTOS et al, 2010).

Pesquisas qualitativas realizadas no Brasil com profissionais de saúde sobre a temática violência na gestação apontam o quanto a assistência a essa população não é adequada. Na cidade de Pernambuco, por exemplo, estudo que entrevistou enfermeiros que trabalham na ESF de Pernambuco mostrou que estes não se sentem capazes em realizar notificação de violência contra a gestante por medo de sofrerem represálias, terem escasso conhecimento sobre trabalho em rede e que não sabem reconhecer todas as tipologias da violência. É preciso, portanto, sensibilizar e qualificar os profissionais a identificar e abordar qualquer tipo de violência; promover educação em saúde para instruir as gestantes, empoderando estas para evitar a recorrência e o reflexo da violência em suas vidas (SANTOS et al, 2019).

Outro estudo semelhante com enfermeiros da ESF realizado no município de Porto Alegre apontou que a identificação de violência contra a gestante é um fenômeno complexo, pois a gestação é um momento em que as emoções estão exacerbadas, e o choro e a tristeza podem mascarar a ocorrência da violência. Quando há sinais físicos (hematomas e lesões), a identificação da violência acontece mais facilmente durante a consulta de pré-natal. Contudo, a maior parte dos casos de violência não é registrado, constituindo a invisibilidade da situação (MARQUES et al, 2017).

Os enfermeiros do estudo de Porto Alegre relataram a ocorrência de manifestações que indicavam que a violência sofrida era de repetição na gestação, tais como: ausência nas consultas de pré-natal por alternância de endereço, relato de morar em alguns momentos com o companheiro e em outros com familiares, aliado a verbalização direta da ocorrência de VPI na gestação anterior. Esse afastamento da gestante do pré-natal implica em maior dificuldade para ajudá-la no enfrentamento da violência (MARQUES et al, 2017).

A alta rotatividade de profissionais dos serviços de APS é descrito como um fator que gera vínculo frágil entre a mulher e os profissionais de saúde, o que dificulta a identificação da violência. Além disso, a falta de autonomia financeira da gestante gera dificuldade para esta romper com o contexto da violência (MARQUES et al, 2017).

Estudo conduzido na cidade do Rio de Janeiro, na percepção de enfermeiras obstétricas entrevistadas em uma pesquisa qualitativa, realizada no serviço de pré-natal nas unidades de saúde, a violência intrafamiliar vivenciada pela mulher grávida tem relação direta com todo o processo gestacional, sendo descrita a importância de distinguir as repercussões da violência na vida da mulher e do seu bebê (MEDINA; PENNA, 2008).

A violência presente no ambiente familiar favorece a perpetuação da mesma, de geração a geração. A enfermeira do estudo descrito acima identifica a gestante como um ser único com duas vidas, pois não dissocia a mulher do bebê que está sendo desenvolvido. Algumas

enfermeiras apontam a gestação como possível consequência direta da violência intrafamiliar, sendo que esta violência pode favorecer o surgimento de agravos na gestação (MEDINA; PENNA, 2008).

Entre estes agravos estão os riscos obstétricos que incluem os sangramentos, abortamentos, partos prematuros e os fatores emocionais que dificultam a possibilidade da mulher em cuidar de si própria, expressados, principalmente, nas alterações de humor como os estados depressivos, a ansiedade e a baixa autoestima (MEDINA; PENNA, 2008, p. 471).

Alguns fatores são desencadeantes das situações de violência no período da gravidez. As pacientes das enfermeiras do estudo de Medina e Penna (2008), relatam aumento da irritabilidade, da impaciência e das alterações de humor durante a gravidez, o que poderia deixar as gestantes mais propensas a brigas, desencadeando situações de conflito com o parceiro.

3.4.1.1 Desfechos Perinatais Negativos e Aborto

Os desfechos perinatais da VPI contra a gestante comumente encontrados na literatura são estes: a prematuridade (parto de recém-nascido com menos de 37 semanas), baixo peso ao nascer (peso inferior a 2500 gramas), aborto espontâneo (antes de 22 semanas de gravidez), aborto provocado, óbito fetal (natimorto) e óbito neonatal (0 até 27 dias de vida do recém-nascido).

Esses desfechos descritos e o aborto provocado também ocorrem por outras causas não relacionadas a VPI contra a gestante, além de que há poucos estudos no país que exploram essa temática. Nesse sentido, é importante contextualizar como esses desfechos e o aborto aparecem na literatura nacional no que tange sua prevalência, causas relacionadas e fatores de risco.

Estudo de revisão sistemática realizado nas bases MEDLINE, CINAHL, Embase, Nursing@ovid and LILACS no período de 2008 e 2018, por pesquisadores da Espanha, buscou evidências sobre as ligações entre a VPI durante a gravidez e a saúde perinatal de mães e fetos/recém-nascidos. Foram incluídos 50 estudos, desses 29 analisaram a VPI sem especificação, 34 incluíram VPI física, 22 analisaram VPI psicológica e 18 examinaram VPI sexual. Quinze estudos eram da Ásia, 12 da América do Norte e Oceania e 12 da América Central e do Sul. Os estudos examinaram a associação entre VPI e 39 resultados de saúde perinatal diferentes. Os desfechos mais frequentes relatados foram parto prematuro (50%), baixo peso ao nascer (46%), aborto espontâneo (30%), óbito perinatal (20%) e ruptura prematura de membranas (20%). Uma associação significativa com os resultados de saúde perinatal foi relatada por 12 dos estudos que analisaram VPI indiferenciada, 18 VPI física, seis VPI psicológica e dois VPI sexual (PASTOR-MORENO et al, 2020).

Uma revisão sistemática conduzida no Brasil analisou 27 artigos publicados entre 2000 e 2015 nas bases MEDLINE e LILACS que falavam sobre os efeitos para feto e recém-nascido da violência contra a mulher durante a gestação. Dos trabalhos analisados, oito foram feitos no Brasil. A partir dos dados encontrados, os autores relataram que a maioria dos estudos analisados apontam para uma associação entre a violência durante a gestação e desfechos prematuridade e baixo peso ao nascer. Há também o consenso entre os estudos do maior risco de óbito fetal e neonatal entre as mulheres que vivenciaram o fenômeno da violência na gravidez (LEITE et al, 2019).

Sobre o desfecho prematuridade, no Brasil, uma pesquisa que analisou dados secundários de nascidos vivos no período de 2012 a 2019 mostrou um comportamento de redução da proporção de prematuridade, variando de 10,9% para 9,9%. Este estudo apontou proporção de prematuridade total maior entre mães nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 45 anos ou mais, analfabetas ou com um a sete anos de estudo, indígenas e pretas, com uma a seis consultas de pré-natal. A maior proporção de prematuros ocorreu entre os partos vaginais até 2016 e, posteriormente passou a ser superior entre os partos cesáreos. O estudo concluiu que a prematuridade no Brasil ocorre principalmente em mulheres mais vulneráveis, com baixa escolaridade e não brancas (MARTINELLI et al, 2021), características que já foram descritas em situações em que a gestante sofre VPI, como apontado na pesquisa de Defilipo, Chagas e Ribeiro (2020).

Os desfechos negativos baixo peso ao nascer e a prematuridade estão interligados e relacionados a algumas intercorrências maternas como oligodrâmio, descolamento prematuro de placenta e pré-eclâmpsia. O parto cesáreo também está associado ao nascimento prematuro e/ou baixo peso (GONZAGA et al, 2015).

Sobre a relação da prematuridade com a violência na gestação, estudo transversal realizado em todas as regiões do Brasil em 2009, conduzido com parturientes com idade entre 15 e 24 anos, atendidas nas maternidades públicas do país, tinha como objetivo determinar a prevalência e os fatores de risco para trabalho de parto prematuro. Participaram da pesquisa 2071 mulheres, sendo que dessas 21,7% tiveram parto prematuro. A maior proporção de parto prematuro (36,1%) foi encontrada na região Norte e a menor (6,9%) na região Sul. Observou-se no modelo final de regressão logística multivariada, residir na região Norte; ter renda mensal inferior a dois salários mínimos brasileiros; ter sofrido violência doméstica (OR: 2,27, IC 95%: 1,23–4,18); e ter realizado pré-natal inadequado permaneceram como correlatos significativos de trabalho de parto prematuro nessa população (MIRANDA et al, 2012).

Estudo similar ao realizado no Brasil, foi feito em um dos estados da Etiópia entre 2018 e 2019. É importante frisar que existem diferenças culturais entre os países da África e o Brasil no que tange a percepção do que é VPI, porém o instrumento utilizado para mensurá-la na pesquisa na Etiópia foi o questionário padronizado da OMS, muito difundido e utilizado por vários estudiosos do assunto, enquanto no estudo no Brasil não foi informado como a violência doméstica foi mensurada.

Nesse contexto, o estudo na Etiópia foi do tipo transversal no qual 648 puérperas foram entrevistadas nos hospitais públicos da região após terem o parto. Sobre os achados desse estudo, a prevalência de VPI na última gravidez foi igual a 39,8%. Outro achado importante que já foi descrito na pesquisa de Rodrigues et al (2014), é que as mulheres que relataram ter uma gravidez recente não planejada foram 1,6 vezes mais propensas a sofrer VPI em comparação com aquelas que planejaram sua gravidez.

Sobre os desfechos perinatais analisados na pesquisa na Etiópia, mulheres que sofreram VPI durante a gravidez foram 1,62 vezes mais propensas a ter um parto prematuro e 1,37 vezes mais probabilidade de ter um bebê com baixo peso ao nascer em relação as mulheres que não sofreram VPI durante a gravidez (MUSA; CHOJENTA; LOXTON, 2020).

A restrição do crescimento intrauterino foi investigada no estudo de Lobato et al (2017) na cidade do Rio de Janeiro. Essa pesquisa foi do tipo transversal e com dados coletados em 2007, tendo como participantes 810 mães de crianças menores de cinco meses atendidas em serviços básicos de saúde. O estudo avaliou se a violência psicológica por parceiro íntimo durante a gravidez é um fator de risco para restrição de crescimento intrauterino (uma das principais causas de resultados adversos perinatais). Como resultado, os dados apontaram que a VPI psicológica foi relatada por 665 mulheres (82,1%) e 126 (15,6%) recém-nascidos apresentaram restrição de crescimento. O estudo concluiu que a VPI psicológica contra a gestante foi considerada um fator de risco significativo para restrição de crescimento intrauterino (LOBATO et al, 2018).

O estudo conduzido por Viellas et al (2013) no município do Rio de Janeiro também avaliou os desfechos para o recém-nascido. Os dados foram provenientes do “Estudo da Morbimortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro” e a amostra foi de 8.961 puérperas, como já descrito anteriormente. A agressão física entre parceiros íntimos durante a gestação aumentou em duas vezes as chances de óbito neonatal, e em três vezes de óbito pós-neonatal, se comparado aos filhos de gestantes não vítimas de agressões pelo pai do bebê. Esse estudo apontou que a assistência pré-natal adequada diminuiu a chance de a criança nascer com baixo peso, assim como a protegeu da ocorrência de óbito neonatal e pós-neonatal.

Em Maringá, estudo transversal com 358 puérperas internadas no alojamento conjunto de dois hospitais públicos, identificou que a violência física por parceiro íntimo durante a gestação foi mais frequente para alguns desfechos indicativos de risco obstétrico, como o óbito fetal, aborto e filhos anteriores com baixo peso, início da atividade sexual antes dos 16 anos de idade e a recusa do uso do preservativo pelo parceiro (SGOBERO et al, 2015).

Como descrito por Schraiber et al (2003), o aborto é uma das consequências da violência para a saúde da mulher. Este pode ser espontâneo ou provocado. Contudo, é difícil encontrar nas publicações no Brasil pesquisas que investigam a relação da VPI com o aborto. Por isso, alguns estudos internacionais serão utilizados para mostrar tal associação.

Nesse contexto, sabe-se que o abortamento representa um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no país e no mundo. Sobre o abortamento espontâneo, esse ocorre em aproximadamente 10 a 15% das gestações e envolve sensações de perda, culpa e impossibilidade de levar a gestação a termo, podendo gerar complicações para o sistema reprodutivo da mulher. Outros 10% dos abortamentos atendidos nos hospitais são provocados pelas mais diferentes formas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Sobre o conceito de abortamento, esse é a interrupção da gravidez até a vigésima ou vigésima segunda semana e com produto da concepção pesando menos que 500 gramas. O aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento. São várias as causas de abortamento, porém, na maior parte das vezes, a causa é indeterminada quando este ocorre de forma espontânea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O abortamento provocado, denominado também de inseguro afeta principalmente mulheres pobres e marginalizadas, sendo que este “resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular e inadequado, e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 7). Destaca-se que, para muitas mulheres, a gestação que motiva o abortamento resulta de violência sexual.

Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (2016), das 2.002 mulheres alfabetizadas entre 18 e 39 anos entrevistadas 13% já fez ao menos um aborto. O aborto foi realizado com medicamentos em 48% dos casos e metade das mulheres precisou ser internada para finalizar o aborto. Sobre as variáveis analisadas, o aborto foi maior entre as mulheres nas regiões Norte/Centro-Oeste e Nordeste (15% e 18%), com escolaridade até quarta série/quinto ano (22%), renda familiar total mais baixa (16%), amarelas, pretas, pardas e indígenas (de 13% a 25%), no momento do estudo separadas ou viúvas (23%) e entre as que hoje têm filhos (15%) (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Neste contexto, a prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas consequências deve ser uma prioridade dos profissionais de saúde. Todas as mulheres precisam ter acesso garantido a informação e orientação, ao abortamento previsto em lei, a atenção de qualidade em complicações advindas de abortos e ao planejamento reprodutivo após o aborto com intuito de evitar abortos repetidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Assim, sempre que houver a ocorrência de um aborto, seja espontâneo ou provocado é preciso investigar a possibilidade de este estar associado à VPI contra a gestante, pois estudos em vários países apontam essa relação. Tal achado foi apontado em pesquisa desenvolvida na Nigéria a partir de Inquérito Demográfico e de Saúde. Participaram desse estudo 79825 mulheres casadas com idade entre 15 e 49 anos. As mulheres que tiveram gravidez indesejada foram 1,47 vezes mais propensas a interromper a gravidez em comparação com aquelas que não tiveram gravidez indesejada. Mulheres que sofreram VPI tiveram 1,49 vezes mais chances de ter gestações interrompidas e indesejadas em comparação com mulheres que não foram vítimas de VPI (YAYA et al, 2018).

Outros estudos também apontam essa relação descrita na pesquisa na Nigéria, como pesquisa no Paquistão que entrevistou 21 mulheres vítimas de VPI que referiram ter vários problemas com sua saúde reprodutiva devido os episódios de violência. Destas, 20 reportaram complicações na gravidez, 19 referiram distúrbios sexuais e problemas para engravidar, 14 referiram sangramento durante a gravidez e 11 descreveram situações de aborto (SATTAR, 2020). Já um estudo conduzido nos EUA mostrou que mais de 150 (7,4%) mulheres atendidas em um serviço de apoio financeiro ao aborto na Flórida relataram ter sido estupradas e 5,5% destas relataram ter sofrido violência por parte do parceiro (ELY; HALES; AGBEMENU, 2020). Em Bangladesh, uma pesquisa concluiu que uma em cada quatro mulheres que relataram ter sofrido VPI também disseram ter um ou mais abortos espontâneos, natimortos e abortos induzidos (AFIAZ et al, 2020).

Um estudo transversal com 2042 mulheres de idades entre 15 e 49 anos, que estavam em cuidados pós-natais em seis clínicas de saúde pública no Zimbábue, apresentou como resultado que há maior número de óbitos neonatais e abortos em mulheres que relataram sofrer abusos constantes dos seus parceiros em comparação ao grupo de mulheres que não relataram sofrer abuso (SHAMU et al, 2018).

Pesquisa qualitativa realizada em Ghana mostrou alguns relatos de mulheres que a VPI estava associada a uma infinidade de problemas na saúde reprodutiva, incluindo o término prematuro da gestação, dores no quadril e no abdômen, dores e lesões na genitália. Um dos

relatos descritos por uma entrevistada mostra que ela sofreu perda de um bebê com sete meses de gravidez após o cônjuge agredi-la (SEDZIAFA; TENKORANG; OWUSU, 2016).

Sobre o óbito fetal como desfecho perinatal negativo, esse é em grande parte considerado potencialmente evitável, contudo, tem sido historicamente negligenciado pelos serviços de saúde no que tange a análise da sua ocorrência e investimentos específicos para sua redução. A mortalidade perinatal (óbitos fetais e neonatais precoces) tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No Brasil em 2018, foram registrados 35.857 óbitos infantis, destes 52,6% eram neonatais precoces; e os óbitos fetais somaram 27.009, o que representou 58,9% dos óbitos perinatais. Além disso, as mães com idade maior que 34 e menor que 20 anos, com baixa escolaridade, gravidez múltipla e parto vaginal apresentaram as maiores taxas de mortalidade perinatal (NOBREGA et al, 2022).

O óbito fetal e neonatal são eventos sentinelas para os serviços de saúde e após a sua investigação a equipe de vigilância precisa promover discussões com os todos os profissionais envolvidos na assistência a mulher e a criança para análise ampla e detalhada de cada caso e conclusões sobre a evitabilidade do óbito. Nesse sentido, durante a avaliação do óbito, os profissionais envolvidos na sua investigação precisam analisar a condição social da família e suas dificuldades para reconhecimento de riscos para a saúde ou problemas relacionados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Na cidade do Rio de Janeiro foi realizado um estudo em uma maternidade pública do tipo caso-controle aninhado, no qual a coorte de nascimento foi acompanhada por dois anos (2002 a 2004). Durante a realização da pesquisa ocorreram 7134 nascimentos nessa maternidade, 188 óbitos perinatais (140 fetais e 48 neonatais precoces) e foram investigados 134 casos de óbito fetal e 360 controles. Sobre os resultados, ter relação conjugal estável e estar acompanhada no momento da internação mostraram-se protetores para o óbito fetal. Destaca-se que a ocorrência de violência doméstica durante a gravidez mostrou-se bem mais frequente entre as mulheres com óbito fetal, porém sem alcançar significância. Nesse contexto, as autoras apontam que é necessário novos estudos para investigar a temática (FONSECA; COUTINHO, 2010).

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER SOBRE O TEMA VIOLÊNCIA

O feminismo no Brasil recebeu influências das experiências da Europa e dos Estados Unidos, porém seu início nos anos 70 foi significativamente marcado pela “contestação à ordem política instituída no país”, desde o golpe militar de 1964. Houve uma expansão no mercado de trabalho e do sistema educacional devido ao processo de modernização do país, o que ocasionou novas oportunidades para uma parte das mulheres. O movimento de “efervescência cultural” de 1968 associado ao processo de modernização permitiu as mulheres o acesso aos métodos anticoncepcionais e uma prática nova de comportamentos afetivos e sexuais, o que influenciou o mundo privado. Estas novas experiências cotidianas entraram em conflito com os valores tradicionais no âmbito da família, sobretudo por seu caráter autoritário e patriarcal (SARTI, 2004).

Os grupos feministas no Brasil têm na sua origem social militantes das camadas médias e intelectualizadas e tinham uma perspectiva de transformar a sociedade como um todo. Com o processo de abertura política no país no fim de 1970 foi possível a reivindicação no plano das políticas públicas do lugar social da mulher, momento em que a noção de gênero ganhou referência para análise (SARTI, 2004).

Na década de 80, “o movimento de mulheres no Brasil era uma força política e social consolidada”. Os grupos feministas atingiram várias regiões do país, com participação do movimento em “associações profissionais, partidos, sindicatos, legitimando a mulher como sujeito social particular”. Muitos grupos buscavam influenciar as políticas públicas em áreas específicas, como no campo do direito reprodutivo, para isso tiveram que se institucionalizar e buscar agências financiadoras. Conselhos da condição feminina foram criados nos três níveis de governo. A questão da violência contra a mulher foi direcionada para delegacias próprias e emergiu como problema de saúde pública. Todo esse processo social, político e cultural resultou na mudança da condição da mulher da Constituição Federal, extinguindo a tutela masculina na sociedade conjugal (SARTI, 2004, p.42).

No cenário mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou 1975 como o “Ano Internacional da Mulher” durante a realização da I Conferência Mundial da Mulher cujo lema foi: “Igualdade, Desenvolvimento e Paz”. Esta conferência teve como tema central “a eliminação da discriminação da mulher e o seu avanço social” e aprovou o plano de ação para nortear as diretrizes de governos e da comunidade internacional, com destaque para “a igualdade plena de gênero e a eliminação da discriminação por razões de gênero, a plena

participação das mulheres no desenvolvimento e maior contribuição das mulheres para a paz mundial”.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde em 1984 publicou um documento denominado “Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática”. O texto critica a visão da saúde focada apenas no ciclo-gravídico puerperal e sinaliza uma necessidade de ampliar o cuidado à mulher além da assistência clínico-ginecológica, com uma abordagem aos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade. As causas externas (acidentes e violências) são apontadas como a segunda causa de óbito na população de mulheres com idade entre 15 e 49 anos. Não consta nesta publicação informações sobre a situação da violência contra a mulher, entretanto a prevenção da gravidez indesejada é descrita como uma forma de evitar o aborto provocado.

A Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, mais conhecida como “Convenção de Belém do Pará” foi adotada em 9 de junho de 1994 e é um dos marcos mais importantes sobre a temática. Essa convenção aponta no seu Artigo 3 que “toda mulher tem direito a ser livre de violência, tanto na esfera pública como na esfera privada” e no Artigo 6 que o direito de toda mulher a ser livre de violência abrange: “o direito da mulher a ser livre de todas as formas de discriminação; e o direito da mulher a ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação”.

Na década de 90, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi influenciada de forma positiva com a criação do SUS. Pesquisas realizadas para avaliar os estágios de implementação da PAISM demonstraram que houve dificuldades para implementação de suas ações. Por isso, a saúde da mulher em 1998 passa a ser considerada uma prioridade de governo. Apenas em 2004 foi publicada uma nova política nacional na área da mulher. Este novo documento incorpora o enfoque de gênero, a integralidade, a promoção da saúde como princípios norteadores e busca, entre outros aspectos, o combate à violência doméstica e sexual contra a mulher.

Importante destacar que a nova política de 2004 refere que as razões de mortalidade materna elevadas são indicativas de “precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade”. O aborto realizado em condições inseguras está entre as principais causas de morte materna e pode ser motivo de violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.26).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) aponta que a violência doméstica e/ou sexual é um grave problema de saúde pública, porém no Brasil existem dificuldades para as mulheres vítimas acessarem os serviços de saúde e pouca divulgação destas unidades. Entretanto, a atenção às mulheres em situação de violência apresenta uma tendência progressiva de expansão. Isso pode ser confirmado com o aumento do número de serviços hospitalares preparados para atender às mulheres vítimas de estupro, em 1999 havia 17 unidades e em 2002 o número subiu para 82.

A I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2004) foi um marco na afirmação dos direitos da mulher e mobilizou, pelo Brasil, aproximadamente 120 mil mulheres que participaram dos debates e apresentaram as propostas para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Este documento foi colocado em prática pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) da Presidência da República, que foi criada em 1º de janeiro de 2003. A nova secretaria tinha *status* de Ministério e inaugurou um novo momento na história do Brasil, pois afirma a necessidade de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens.

Em 2005 foi lançado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) (2005, p.10), este tem como um dos seus objetivos “o reconhecimento da violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica, que expressa a opressão das mulheres que precisa ser tratada como questão de segurança, justiça e saúde pública”. Quatro linhas de atuação para o Plano foram traçadas e denominadas como: “autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; enfrentamento à violência contra as mulheres”.

Sobre o enfrentamento à violência contra as mulheres, o PNPM (2005, p.19) descreve como objetivos: “implantar uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher; garantir o atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência; reduzir os índices de violência contra as mulheres; garantir o cumprimento dos instrumentos e acordos internacionais e revisar a legislação brasileira de enfrentamento à violência contra as mulheres”.

No mesmo ano que foi lançada o PNPM, foi criada a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) para atender mulheres em situação de violência, sendo considerada uma política pública essencial para o enfrentamento à violência contra a mulher em âmbito nacional e internacional. Esse canal tem como principal objetivo “possibilitar às mulheres o conhecimento sobre os seus direitos, os serviços disponíveis e a orientação do local onde poderia ser feito o registro da denúncia da violência sofrida”. O total de atendimentos em 2009 foi igual a 406.494

e em 2017 o Ligue 180 recebeu 1.185.690 ligações, apresentando um aumento de aproximadamente 34% no número de atendimentos durante esse período.

Já em 2006 foi criada a Lei Maria da Penha. Esta lei altera o código penal brasileiro em um momento crucial na história das políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher e “cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar”. A violência doméstica e familiar contra a mulher, segundo esta lei, é considerada “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Neste documento são previstas medidas protetivas de urgência para a vítima em relação ao agressor e a violência contra a mulher é tipificada como crime.

No ano seguinte foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (2007). Este passou por uma releitura em 2011 e apresenta como um dos seus eixos estruturantes a “Garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha”. Nos primeiros cinco anos, essa Lei concedeu mais de 70 mil medidas protetivas de urgência, o que é considerado um número importante, pois cada medida protetiva pode significar uma mulher protegida de risco de morte.

No Pacto citado acima, a violência contra as mulheres é descrita como um fenômeno de caráter multidimensional, por isso requer a implantação de políticas públicas amplas e articuladas que abrangem diferentes esferas da vida social, tais como: “na educação, no trabalho, na saúde, na segurança pública, na assistência social, na justiça, entre outras”. Pensando assim, o Pacto e as ações nele propostas têm como premissas a transversalidade de gênero, a intersetorialidade e a capilaridade (BRASIL, 2011, p. 4).

Também em 2011 foi lançada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011, p. 9) que tem por finalidade “estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional”. Esta foi estruturada a partir do PNPM e elaborada com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.

Esta Política aponta que homens e mulheres são atingidos pela violência de forma diferente. Os homens tendem a ser vítimas de uma violência praticada no espaço público, enquanto as mulheres sofrem no seu cotidiano com um fenômeno que se manifesta no seu

próprio ambiente doméstico, violência esta que geralmente é praticada por seus companheiros e ex-companheiros (BRASIL, 2011).

A Política prevê quatro eixos estruturantes como pode ser visto a seguir.

Figura 3. Eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres



Fonte: Brasil (2011, p. 26).

No seu eixo “Assistência”, as unidades de saúde e a APS estão dentro da rede de proteção às mulheres em situação de violência. Esses serviços possuem papel fundamental na “luta contra todo e qualquer tipo de violência”. Os profissionais de saúde precisam realizar o atendimento integral e humanizado às mulheres que têm seus direitos sexuais e humanos violados, portanto, é imprescindível saber identificar tais casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 214).

Neste contexto, o atendimento em Rede é visto como ponto chave para o enfrentamento à violência contra a mulher. O conceito de Rede de atendimento “refere-se à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade”. Tem como premissa a “melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção” (BRASIL, 2011, p. 8).

Dentro da Rede encontram-se os centros de referência de atendimento à mulher em situação de violência. Em 2006 foi publicada a Norma Técnica de Uniformização desses centros. Estes locais são estruturas essenciais do programa de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher. Nestes ambientes é possível promover a ruptura da situação da violência e a construção da cidadania (BRASIL, 2006).

A Norma Técnica de Uniformização aponta que os efeitos da violência contra a mulher são de longo alcance e podem emergir em diferentes sintomas. Nos casos de violência doméstica é comum encontrar a dinâmica do segredo, ou seja, a vítima tem dificuldade de revelar o que aconteceu e conseqüentemente de buscar e/ou aceitar ajuda. Os indicadores que alertam sobre uma possível violência contra a mulher são: “violência física visível, doenças sexuais e gastrintestinais, distúrbios emocionais, problemas pessoais e problemas no trabalho”. O aborto, o nascimento prematuro e machucados durante a gravidez são algumas das características descritas no indicador “violência física visível” (BRASIL, 2006).

No campo legislativo, a Lei número 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”. Essa lei fortalece a rede de atenção a mulher vítima de violência ao dar visibilidade ao problema (BRASIL, 2003)

Em relação a notificação de violência contra a mulher, a portaria número 104 de 25 de janeiro de 2011 definiu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências como sendo de notificação compulsória. Tais agravos precisam ser notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em até uma semana (BRASIL, 2011).

O uso do SINAN foi regulamentado no Brasil em 1998, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) desde 2003 é a gestora nacional deste Sistema. Este Sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O SINAN tem como objetivo “coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A utilização deste sistema permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população. Fornece subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória e contribui para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Sobre os cuidados específicos em relação a assistência a vítima de violência sexual, a Norma Técnica sobre Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual lançada em 2015 estabelece aspectos mais práticos e objetivos que devem ser garantidos nos serviços de saúde que realizem esse atendimento, como por exemplo: “instalações e área física adequada para atendimento; equipamentos e instrumentais suficientes; recursos humanos

qualificados para a atenção”. No Brasil diferentes fluxos de atendimento a pessoas em situação de violência sexual coexistem, entretanto todos precisam considerar a preservação de informações e vestígios da agressão, evitando a revitimização (BRASIL, 2015).

Ainda sobre a notificação de violência, na portaria número 204, lançada em 17 de fevereiro de 2016, a violência sexual e a tentativa de suicídio são separadas das demais violências e tornam-se de notificação imediata em até 24 horas para a Secretaria Municipal de Saúde. Os demais tipos de violência permanecem como de notificação semanal (BRASIL, 2016).

Um novo Plano Nacional de Políticas para as Mulheres foi publicado no triênio 2013-2015. O capítulo quatro deste material aborda o “Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres”. O Plano descreve importantes avanços da área, pois observou-se crescimento da Rede Especializada de Atendimento à Mulher, com aumento de 65,3% em comparação com o ano de 2007 (lançamento do Pacto) e em 194,3% em comparação com o ano de 2003 (criação da SPM).

No ano de 2015, foi publicada a Lei número 13.104, de 9 de março. Essa lei prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos. A pena do feminicídio é aumentada de um terço até a metade se o crime for praticado: “durante a gestação ou nos 3 (três) meses posteriores ao parto; contra pessoa menor de 14 (catorze) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou com deficiência; na presença de descendente ou de ascendente da vítima.”

Em 2018, houve a publicação do decreto número 9417 em 20 de junho. Este decreto descreve que a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres e o Conselho Nacional do Direitos da Mulher foram transferidos para o Ministério dos Direitos Humanos. Desta forma, o Ministério dos Direitos Humanos passou a ter a reponsabilidade que era da Secretaria de Governo da Presidência da República, que era de “coordenar, definir as diretrizes e articular políticas públicas para as mulheres, incluídas as atividades antidiscriminatórias e voltadas à promoção da igualdade entre homens e mulheres” (BRASIL, 2018).

Contudo, a medida provisória número 870 de primeiro de janeiro de 2019 altera a organização anterior dos Ministérios. Nesta medida há a criação do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). Integra a estrutura básica deste Ministério a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SNPM) e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (BRASIL, 2019). No âmbito do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, cabe, sobretudo, à SNPM a formulação, coordenação e articulação de políticas

públicas para as mulheres, incluídas atividades antidiscriminatórias em suas relações sociais e o enfrentamento a todas as formas de violência contra a mulher (BRASIL, 2021).

Sobre as estratégias do atual governo para o enfrentamento a violência no Brasil, os dados de violência agora podem ser vistos no Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, lançada em 2022 pelo governo federal. Através da análise desta ferramenta é possível encontrar o número total de denúncias e violações relacionadas a violência doméstica e familiar contra a mulher. Segundo informa o site do governo federal, o painel visa disponibilizar de forma mais ampla e transparente os dados das denúncias de violação de direitos humanos ocorridos no Brasil que são levados ao conhecimento da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (BRASIL, 2022).

O Plano Nacional de Enfrentamento ao Femicídio lançado em 20 de dezembro de 2021 também é uma iniciativa desse atual Ministério. Este Plano contém um conjunto de ações e metas que pretende implementar políticas públicas integradas e articuladas em todo o território nacional. O Plano é composto pelos seguintes eixos: Articulação, Prevenção, Combate, Garantia de Direitos e Assistência e Dados e Informações (BRASIL, 2021).

Além no Plano, o atual ministério lançou a cartilha “Salve uma Mulher” que foi publicada em 2020. Esse material traz informações sobre violência doméstica e familiar contra a mulher. A ideia era disponibilizar um material que fosse acessível em linguagem simples para todas as mulheres, em especial as que se encontravam em isolamento social devido a pandemia de COVID-19 (BRASIL, 2020).

Nessa cartilha são descritos os fatores que aumentam o risco de a mulher sofrer violência, são eles: “isolamento social, ausência de rede de serviços de saúde e proteção social bem estruturada e integrada, pouca consciência de direitos, histórico de violência familiar, transtornos mentais, uso abusivo de bebidas e drogas, dependência afetiva e econômica, presença de padrões de comportamento muito rígidos, exclusão do mercado de trabalho, deficiências, vulnerabilidades relacionadas a faixas etárias, raça/etnia e escolaridade” (BRASIL, 2020).

Com o objetivo de fortalecer a resposta para o enfrentamento à violência de gênero contra meninas e mulheres durante a pandemia de COVID-19, a ONU Mulheres (2020) elaborou o documento “Diretrizes para atendimento em casos de violência de gênero contra meninas e mulheres em tempos da pandemia da covid-19”. Nesse material são apresentadas recomendações para a revisão do atendimento para mulheres em situação de violência doméstica e familiar. O objetivo é proporcionar informações para que os serviços possam se

adaptar para o funcionamento durante a vigência de medidas para contenção da contaminação da COVID-19.

Diversos setores da sociedade, organizações sociais e governos tem pensado em como proteger as mulheres da violência doméstica durante a pandemia e o isolamento social. Contudo, pouco ou quase nada tem sido feito para proteger a vida das mulheres (NASCIMENTO et al, 2021).

Durante a pandemia de COVID-19, a Rede de Observatórios da Segurança registrou em média cinco casos de feminicídios e violências contra mulheres por dia em 2020. Os estados monitorados foram: Bahia, Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo. O monitoramento feito pela Rede revelou a subnotificação de dados dos governos dos estados. O número de casos de feminicídio noticiados nos jornais foram maiores que os registros feitos pelas Secretarias de Segurança. Esse fato revela a força da sociedade, dos meios de comunicação e das redes no processo de implantação de uma nova política de segurança e justiça (RAMOS et al, 2021).

Através dos dados levantados pela Rede é possível observar os pontos falhos dos dispositivos já existentes para o enfrentamento da violência contra mulheres e buscar o desenvolvimento de outros. Além disso, a imprensa não informa a raça da vítima na maior parte das vezes e a riqueza de detalhes noticiados está diretamente ligada à classe social da mulher vitimada. Para evitar a morte de mulheres é preciso que ações combinadas sejam realizadas através de medidas judiciais, Patrulhas Maria da Penha e apoio preventivo às vítimas (como abrigos, bolsas e apoio para os filhos) (RAMOS et al, 2021).

As políticas públicas de enfrentamento da violência contra a mulher vêm sofrendo sucateamento na esfera federal e estadual. As mulheres seguem sendo vítimas de violências praticadas dentro de seus lares, morrendo simplesmente por serem mulheres (RAMOS et al, 2021).

3.6 RACISMO ESTRUTURAL E VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de racismo estrutural é fundamental para entender como a população negra vivencia diversos tipos de violência na sociedade e mais especificamente como a desigualdade gerada impacta nas condições de vida, de saúde e sociais desse grupo. Além disso, é notório que as instituições de saúde tanto privadas como públicas são geridas por homens brancos da classe médica que detém o poder econômico e político, que irão ditar as normas e padrões de acordo com seus interesses.

É importante trazer para o debate que não podemos pensar a saúde como um campo isolado e que os profissionais que trabalham nesses serviços refletem em suas práticas de assistência padrões racistas, preconceituosos e discriminatórios da sociedade em que vivem e da sua instituição formadora.

Almeida (2018), aponta que o racismo é decorrente da própria estrutura social e que não pode ser visto como uma patologia social. O racismo é estrutural e transcende o âmbito da ação individual. O racismo que a instituição venha a expressar é parte dessa mesma estrutura. As instituições, aqui pensando os serviços de saúde em específico, são racistas porque a sociedade é racista. Os serviços de saúde têm regras que privilegiam determinados grupos sociais. Isso não foi criado pelas instituições, mas por ela é reproduzido.

Na sociedade em que vivemos o racismo está presente na vida cotidiana, por isso é fundamental que os serviços de saúde tratem a desigualdade racial como um problema e que não reproduzam as práticas racistas já tidas como “normais” em toda a sociedade.

O que vemos nos serviços de saúde são profissionais que em muitas situações têm práticas de cuidado racistas e que promovem violência contra seus pacientes de forma explícita ou através de microagressões (silenciamento, piadas e isolamento). Um exemplo de violência dentro da instituição de saúde é a que atinge mulheres durante seu processo de gestar.

Políticas públicas nessa área não dão conta de resguardar as gestantes de sofrerem violência obstétrica e de terem sua autonomia usurpada por profissionais que detém o poder de decidir sobre seus corpos. Além disso, sofrem humilhações, são silenciadas, julgadas e excluídas do acesso aos serviços de saúde. Quem mais sofre com esse tipo de violência é a mulher negra, a mesma que na sociedade é mais vítima de violência doméstica e de feminicídio. Mulher negra que é mãe solteira, tem baixa escolaridade e não tem apoio social para acessar os serviços que lhe garantiriam alguma ajuda do Estado.

O racismo como processo histórico e político, cria as condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática (ALMEIDA, 2018). Nesse sentido, o racismo estrutural e a violência decorrente dele vão

restringir o acesso da população negra aos benefícios gerados pelo Estado e pelas instituições/organizações que os representam (BRASIL, 2011).

Segundo a OMS (2003), o problema da violência precisa ser visto de forma coletiva por diversos setores da sociedade, como saúde, educação, serviços sociais, justiça e política. Cada setor tem um papel importante a desempenhar e, coletivamente, a abordagem adotada por cada um deles tem potencial para produzir importantes reduções na violência. Não podemos pensar a violência como um problema a ser combatido pelo Estado através da justiça, é fundamental que haja uma mudança em toda a estrutura social com enfoque na redução das iniquidades e das desigualdades de gênero, classe e raça.

Para a OMS (2003) não há um fator único que explique por que algumas pessoas se comportam de maneira violenta em relação a outras, ou por que a violência ocorre mais em algumas comunidades do que em outras. A violência resulta da complexa interação entre vários fatores, como individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. A violência tem uma natureza multifacetada e necessita de um modelo ecológico para ajudar na sua compreensão.

Esse modelo foi inicialmente aplicado ao abuso infantil e, posteriormente, à violência juvenil. Mais recentemente, esse modelo tem sido usado para entender a violência praticada pelo parceiro íntimo e o abuso contra os idosos. O modelo explora a relação entre fatores individuais e contextuais e considera a violência como o resultado de vários níveis de influência sobre o comportamento (OMS, 2003).

O nível um do modelo ecológico busca identificar os fatores históricos (biológicos e pessoais) que uma pessoa traz em seu comportamento, ou seja, características da pessoa que aumentam a possibilidade de ela ser uma vítima ou um perpetrador da violência. O segundo nível explora as relações sociais próximas que aumentam o risco de vitimização violenta e perpetração da violência (OMS, 2003). O que pode ser exemplificado através do que vimos acontecer com o aumento dos casos de violência contra a mulher pelo parceiro íntimo durante o período de confinamento devido a pandemia de COVID-19, pois a interação quase diária em uma casa com alguém que pratique abuso pode aumentar a oportunidade de confrontos violentos.

O terceiro nível do modelo ecológico analisa os contextos comunitários em que as relações estão embutidas, sendo maior a ocorrência de violência em área de pobreza ou deterioração física, ou onde há pouco apoio institucional. O quarto nível analisa os fatores sociais mais amplos que influenciam os índices de violência incluindo as políticas de saúde,

educacionais, econômicas e sociais que mantêm altos níveis de desigualdade econômica e social entre os grupos na sociedade (OMS, 2003).

A violência é um problema multifacetado, com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, sendo necessário confrontá-la de forma simultânea nos seus diversos níveis. Uma das formas de prevenção da violência segundo a OMS (2003) é lidar com os fatores culturais, sociais e econômicos mais abrangentes que contribuem para sua ocorrência e adotar medidas para acabar com a diferença entre os ricos e pobres e garantir acesso igual a bens, serviços e oportunidades.

As iniquidades em saúde estão associadas às questões sociais, raciais e de gênero. A população negra é quem mais sofre com as desigualdades em saúde o que pode ser visto através das altas taxas de morbimortalidade em todas as faixas etárias quando comparado com a população geral que apresenta aumento na expectativa de vida (BRASIL, 2011).

O racismo como determinante social da saúde é apontado como estando relacionado as piores condições de saúde em que a maioria da população negra vive. O grupo que detém o poder e se considera racialmente superior terá o controle dos bens públicos materiais e simbólicos, tornando extremamente difícil a ruptura das iniquidades e da repactuação ética necessária (BRASIL, 2011). O racismo impede o desenvolvimento de suas vítimas, por isso que as políticas afirmativas são tão importantes para diminuir as iniquidades de acesso aos setores da educação e da saúde.

Nas instituições, o racismo se manifesta por meio das normas, práticas e comportamentos discriminatórios naturalizados no cotidiano de trabalho. Tais práticas são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas (BRASIL, 2011). Faz-se necessário a elaboração e aplicação de instrumentos legais e sociais de repressão e reparação às ações de racismo nos serviços de saúde com o objetivo de dar acesso à população negra à saúde integral e de qualidade.

A equidade na atenção em saúde precisa ser um princípio valorizado na formulação e execução das políticas de saúde. Não há como dar acesso aos serviços de saúde à população negra sem pensar em ações que promovam a equidade em todos os níveis de assistência.

Por muitas décadas a desigualdade racial não foi considerada como um problema de saúde pública. Para enfrentamento do racismo estrutural dentro nos serviços de saúde é primordial que toda a sociedade entenda a história de injustiças contra a população negra e que temos uma dívida a ser paga por tantos anos de direitos negados.

Os profissionais de saúde precisam considerar o racismo como um determinante social da saúde que influencia o acesso da população negra a uma assistência de qualidade. Cabe aqui

a reflexão da nossa prática como profissionais atuantes na rede de saúde com intuito de rever nossas condutas e promover o atendimento acolhedor, sem julgamento, com um cuidado centrado no outro e que respeite suas diferenças culturais e que reduza as iniquidades. Além disso, as instituições de saúde precisam promover espaços de escuta e debate sobre as questões raciais e de gênero.

O racismo não pode ser visto como um determinante social de saúde isolado, pois é preciso combater a pobreza, o desemprego, qualquer tipo de violência, dar acesso à educação e lazer a todos sem qualquer discriminação. Segundo Almeida (2018), a saúde pública, o saneamento básico, as redes de transporte e abastecimento, a segurança pública, são exemplos do exercício do poder estatal sobre a manutenção da vida, sendo que sua ausência seria o deixar morrer.

Visando à melhoria das políticas públicas de modo geral, é relevante a produção e utilização de dados desagregados para a tomada de decisão, a garantia da participação ativa da população negra em todas as etapas do processo de gestão, promovendo equidade e integralidade na atenção à saúde. A formação e a educação permanente dos profissionais dos serviços de saúde deverá ser uma constante para enfrentar o racismo estrutural (BRASIL, 2011).

Para Almeida (2018), a única forma de uma instituição combater o racismo é através da implementação de práticas antirracistas efetivas. A supremacia branca no controle institucional é um problema e, portanto, é fundamental que pessoas negras estejam representadas nos espaços de poder. As instituições de saúde além de coibirem as práticas de racismo individual e institucional, devem ter como imperativo que é necessário refletir sobre a necessidade de mudanças profundas nas relações sociais, políticas e econômicas.

Entender que o racismo é estrutural e não um ato isolado de um indivíduo ou de grupo, nos torna mais responsáveis pelo combate ao racismo e aos racistas. Devemos ter a consciência de que o racismo é parte da estrutura social e que calar-se diante do racismo o torna ética e politicamente responsável pela sua manutenção (ALMEIDA, 2018). O profissional de saúde deve ter posturas e práticas antirracistas, sendo responsável por denunciar e repudiar moralmente o racismo na instituição que atua. É preciso combater a meritocracia no Brasil, pois esta endossa a desigualdade, a miséria e a violência e dificulta a tomada de posições políticas efetivas contra a discriminação racial. O discurso da meritocracia é racista e promove a conformação ideológica dos indivíduos à desigualdade racial.

4 MÉTODOS

O método escolhido é a pesquisa quantitativa do tipo transversal e analítica, a qual envolve uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo, na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo (MARCONI e LAKATOS, 2001). Esta tese teve duas fontes de obtenção de dados, dados primários e secundários. Como apontado na introdução deste trabalho, os resultados foram apresentados na forma de quatro artigos e cada método está exposto a seguir.

4.1 DADOS SECUNDÁRIOS

Esse estudo foi do tipo transversal. Para identificar o número de casos de violência contra a gestante no Brasil foram obtidos dados de fonte secundária provenientes do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O período analisado compreendeu os anos de 2011 até 2018. O banco usado correspondeu às fichas do SINAN de violência interpessoal/autoprovocada (Anexo A). Para fins de recorte da população, foram identificadas no banco selecionado todas as variáveis preenchidas dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra gestante. Os dados do SINAN foram alvo de dois artigos.

Aspectos éticos

Os dados utilizados nos artigos I e II são provenientes de um banco composto por informações sem possibilidade de identificação individual da população e disponíveis em livre acesso. Portanto, segundo a Resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde não são alvo de avaliação do sistema CEP/CONEP.

4.1.1 Artigo 1

O estudo foi do tipo transversal. Esse primeiro artigo visou responder os objetivos específicos: identificar o número de casos de violência contra mulheres gestantes no Brasil, segundo ficha individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2011 e 2018; e descrever o perfil das gestantes que sofreram a violência e do provável autor, segundo ficha individual do SINAN entre 2011 e 2018.

Participantes do estudo

As participantes escolhidas para compor a população são mulheres com idade entre 11 e 49 anos (idade reprodutiva segundo o Ministério da Saúde, 2004) que sofreram violência durante a gravidez e que tiveram o registro deste agravo realizado através da ficha SINAN (Anexo A) em todo o território nacional no período entre 2011 e 2018.

Variáveis do estudo

No banco de fichas do SINAN foram avaliadas as seguintes variáveis:

- bloco perfil: UF de notificação; idade gestacional (1º, 2º, 3º trimestres e ignorada); faixa etária (11-14 anos; 15-19 anos; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos); raça/cor da pele (branca; preta/parda; amarela/indígena; ignorado); escolaridade (analfabeto; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; educação superior incompleta; educação superior completa; ignorado); situação conjugal (solteira; casada/união consensual; viúva; separada; não se aplica; ignorado); deficiência/transtorno (sim; não; ignorado); tipo de deficiência (intelectual; transtorno mental; transtorno de comportamento; outros).

- bloco característica do evento: local de ocorrência (residência; via pública; outro; ignorado); ocorreu outras vezes (sim; não; ignorado); lesão autoprovocada (sim; não; ignorado); motivo da violência (sexismo; conflito geracional; situação de rua; outros; não se aplica; ignorado); tipo de violência (física; psicológica/moral; sexual; negligência/abandono; outras); meio de agressão (força corporal/espancamento; ameaça; objeto perfurocortante/objeto contundente; envenenamento/intoxicação; arma de fogo); tipo de violência sexual (assédio sexual, estupro; pornografia infantil/exploração sexual; outros); procedimento realizado (profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e/ou para HIV e/ou hepatite B; coleta de sangue e/ou sêmen e/ou secreção vaginal; contracepção de emergência; aborto previsto em lei); encaminhamento (rede de saúde; rede de assistência social; conselho tutelar; rede de atendimento à mulher; outras delegacias; delegacia de atendimento à mulher; outro).

- bloco característica do provável autor da violência: número de envolvidos (um; dois ou mais; ignorado); sexo (masculino; feminino; ambos os sexos; ignorado); provável autor (parceiro ou ex-parceiro; familiares; amigo/conhecido; desconhecido; própria pessoa; outro); suspeita de uso de álcool (sim; não; ignorado); ciclo de vida do provável autor (criança; adolescente; jovem; pessoa adulta; pessoa idosa; ignorado).

Análise dos dados

Os dados relativos aos anos de 2011 até 2018 foram agrupados para análise, a qual envolveu a descrição do perfil da gestante, as características dos eventos e do perfil do provável autor, por meio da construção da distribuição de frequências das variáveis. Na construção do banco utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 24).

4.1.2 Artigo 2

O estudo foi do tipo transversal. O segundo artigo visou responder o objetivo específico: verificar os fatores associados à violência contra gestantes negras por parceiro íntimo segundo ficha individual do SINAN entre 2011 e 2018. Tal recorte se deu por conta do resultado obtido no primeiro artigo que mostrou maior número de casos de violência contra a gestante da raça/cor da pele negra. Nesse contexto foi importante ampliar a discussão da tese para além da questão do gênero e aumentar a visibilidade sobre as características dessa população.

Participantes do estudo

As participantes escolhidas para compor a população são mulheres que se autodeclararam negras (pretas e pardas) com idade entre 11 e 49 anos (idade reprodutiva segundo o Ministério da Saúde, 2004) que sofreram violência durante a gravidez e que tiveram o registro deste agravo realizada através da ficha SINAN em todo o território nacional no período entre 2011 e 2018.

Foram consideradas como em situação de VPI (desfecho) aquelas mulheres para as quais foi assinalado na ficha que o agressor ou um dos agressores era o cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado. Buscou-se ainda complementar esse dado a partir da especificação para a variável “outros”. Isto ocorreu uma vez que se observou que para um conjunto de fichas não foi assinalado o cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado, mas esse dado constava da especificação da variável “outros” de diferentes formas, tais como: marido, ex-marido, companheiro, ex-companheiro, “ficante”, noivo, parceiro, entre outros.

Variáveis do estudo

No banco de fichas do SINAN foram avaliadas as seguintes variáveis:

- bloco perfil: idade gestacional (1º, 2º, 3º trimestres e ignorada); faixa etária (11-14 anos; 15-19 anos; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos); escolaridade (analfabeto; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; educação superior incompleta; educação superior completa; ignorado); situação conjugal (solteira; casada/união consensual; viúva; separada; não se aplica; ignorado); deficiência/transtorno (sim; não; ignorado); tipo de deficiência/transtorno (física; mental; visual; auditiva; transtorno mental; transtorno de comportamento; outra).

- bloco característica do evento e do provável autor da violência: local de ocorrência (residência; via pública; outro; ignorado); ocorreu outras vezes (sim; não; ignorado); tipo de violência (física; psicológica/moral; sexual; negligência/abandono; outras); meio de agressão (força corporal/espantamento; ameaça; objeto perfurocortante/objeto contundente; envenenamento/intoxicação; arma de fogo); sexo do agressor (masculino; feminino; ambos os sexos; ignorado); suspeita de uso de álcool pelo agressor (sim; não; ignorado).

Análise dos dados

A primeira etapa do estudo consistiu em apresentar a evolução temporal em números absolutos por ano das notificações de violência contra a gestante no Brasil separando em dois grupos, gestantes não negras e gestantes negras. Foram consideradas mulheres negras aquelas que se autodeclararam como pretas ou pardas e mulheres não negras aquelas que se autodeclararam como brancas, indígenas ou amarelas.

Na segunda etapa foram descritas as variáveis da ficha SINAN das gestantes negras a partir de um recorte de quem foi autor(a) da violência. A amostra foi separada em dois grupos: gestantes negras que sofreram violência pelo parceiro íntimo (denominado como o grupo que “sofreu VPI”) e gestantes negras que sofreram outras formas de violência que não por parceiro íntimo (denominado como o grupo que “não sofreu VPI”).

Na terceira etapa do estudo foi realizada análise bivariada entre o desfecho “sofreu VPI” ou “não sofreu VPI” e as demais variáveis.

Com vistas a determinar os fatores associados à VPI em gestantes negras, ajustou-se um modelo de regressão logística, sendo empregado o método *backward* manual de seleção de variáveis e adotado o ponto de corte de 0,2 para inclusão das variáveis no modelo inicial. Permaneceram no modelo final as variáveis com p-valor menor ou igual a 0,05. Na construção do banco e modelagem utilizou-se o *software* SPSS 24.

4.2 DADOS PRIMÁRIOS

4.2.1 Artigos 3 e 4

Nessa etapa foi realizado um estudo de painel com gestantes atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. Foram necessários dois encontros com a participante; o primeiro no período da gestação e o segundo no puerpério. Para cada encontro foi aplicado um questionário diferente. Com os dados dos questionários aplicados foram organizados dois artigos.

O terceiro artigo da tese utiliza os dados coletados no primeiro questionário, abrangendo os objetivos específicos: definir o perfil das gestantes de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro; identificar os casos de violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.

O quarto artigo da tese utilizou dados dos dois questionários e visou como objetivo específico: descrever a relação da violência por parceiro íntimo contra mulheres gestantes e os desfechos perinatais negativos e o aborto.

Participantes do Estudo

Os critérios de inclusão foram: gestantes com idade igual ou maior que 18 anos, residentes ou não da área adscrita da ESF, cadastradas nas equipes de saúde da família, que procuraram a unidade para realizar algum atendimento em consultório (pré-natal ou demanda livre) ou procedimento (curativo, vacinação, medicamento, teste rápido, coleta de sangue e ultrassonografia).

Os critérios de exclusão das participantes foram: estrangeiras que não falassem português; aquelas que não realizaram o pré-natal na unidade e que tinham data prevista para o parto posterior a abril de 2022 (mês limite para realização da coleta de dados).

A pesquisadora abordou a participante após o término da consulta de pré-natal ou após a realização de qualquer procedimento no cenário. Nesse primeiro contato a pesquisadora se apresentou e perguntou se a gestante tinha interesse em participar de um estudo sobre assistência ao pré-natal, garantindo sua confidencialidade, peculiaridades e disponibilidade em responder os questionários. Os detalhes da pesquisa foram fornecidos em sala privada e sem a presença de acompanhante. No caso de a gestante estar com acompanhante, foi solicitado que este aguardasse do lado de fora do consultório até que a entrevista terminasse.

Após essa primeira apresentação, a participante foi encaminhada para uma sala privada onde ficou apenas com a entrevistadora, garantindo-lhe o sigilo e promovendo um ambiente seguro e confortável. A entrevista iniciou quando a participante, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), concordou em participar do estudo.

O período de captação das participantes para a entrevista foi de junho a setembro de 2021. Durante esse período foram registradas 128 gestantes fazendo pré-natal na unidade. Desse total, duas foram excluídas por serem menores de idade, três por não falarem português, cinco por recusa, nove faltaram a consulta no dia da entrevista e nove estavam com data do parto para depois de abril. Além disso, não foi possível acessar todas as gestantes uma vez que as consultas aconteciam de forma concomitante ou em dias em que a pesquisadora não se encontrava no posto. Assim, foram entrevistadas 50 gestantes, porém duas não aceitaram responder a *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) e saíram do estudo. O grupo estudado é composto por 48 participantes.

A segunda entrevista aconteceu após o parto e foi realizada com 44 participantes. As outras quatro participantes foram contatadas por telefone, mas informaram não querer responder ao questionário dois.

Cenário de Coleta dos Dados

O cenário de coleta dos dados primários foi uma unidade de Atenção Primária à Saúde, do Sistema Único de Saúde, no município do Rio de Janeiro, na Área Programática 2.1. Dentro da rede de assistência à saúde às gestantes, o pré-natal de baixo risco é realizado por profissionais de saúde, médicos e enfermeiros das unidades de atenção primária nas equipes da ESF. A unidade atende diferentes perfis de usuários, como gestantes, crianças, adolescentes e idosos.

O local de coleta de dados fica em Copacabana em um prédio próximo à Estação de metrô Siqueira Campos. Copacabana é o segundo bairro mais povoado do Brasil, tendo 150.010 habitantes (GEOFUSION, 2015). O bairro tem uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e um Centro Municipal de Saúde (CMS), cenário de coleta de dados desse estudo. Copacabana tem dois territórios de comunidade que são atendidos na unidade, a Ladeira dos Tabajaras e o Morro dos Cabritos.

O CMS é um serviço do SUS de atenção primária à saúde, sendo composto na época da coleta de dados por sete equipes de saúde da família (atualmente o serviço conta com nove equipes). A unidade é dividida em térreo, primeiro, segundo e terceiro andar, contando também

com um terraço e áreas externas (jardim e academia carioca). As equipes são compostas, na maioria, por residentes de medicina e de enfermagem.

Os serviços oferecidos nas Unidades de Atenção Primária abrangem todos os ciclos de vida do usuário: saúde da criança, do adolescente, do adulto (homem e mulher) e idoso. São ofertadas consultas individuais e coletivas, visita domiciliar, saúde bucal, vacinação, pré-natal, eletrocardiograma, exames laboratoriais, curativos, planejamento familiar, vigilância em saúde, teste do pezinho e tratamento e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos.

O CMS possui no seu térreo a sala de imunização específica para vacina contra a Covid-19), uma sala de observação clínica para atendimento de urgência, um local reservado para atendimentos de pacientes sintomáticos respiratórios, uma central de material de esterilização, uma farmácia, uma sala de espera com cadeiras e os guichês das equipes.

No primeiro andar encontram-se o laboratório de coleta de sangue e entrega de amostras, a sala de procedimentos, a sala de curativo, os consultórios das equipes, sala da preceptoria da medicina e sala dos agentes comunitários de saúde. O segundo andar também tem mais consultórios das equipes, uma segunda sala de imunização (vacinas de rotina), a sala de atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), da odontologia e de ultrassonografia. Na sala de procedimento os atendimentos são feitos pelos técnicos de enfermagem das equipes. Nesse local são realizados testes rápidos para infecção sexualmente transmissível, teste de gravidez, administração de medicamentos, verificação dos sinais vitais, prova tuberculínica, teste do pezinho e eletrocardiograma. No terceiro andar ficam a sala de vigilância em saúde, os setores de administração e direção, um auditório e mais alguns consultórios. Cada equipe tem em média dois consultórios para atendimento médico ou de enfermagem. A unidade tem dois elevadores que vão do térreo ao terceiro andar e rampas de acesso para cadeirantes.

A escolha do cenário de coleta de dados justifica-se pela experiência adquirida pela pesquisadora como acadêmica de enfermagem neste local e posteriormente como preceptora de estágio. A vivência na unidade despertou o interesse no aprofundamento da temática e contribuiu para a escolha do público-alvo do estudo. Além disso, a pesquisadora conhece as rotinas da unidade e sua infraestrutura o que facilitou a captação das participantes para responderem os questionários.

Segundo o Ministério da Saúde (2014) as unidades de Atenção Primária à Saúde estão dentro da rede de proteção às mulheres em situação de violência. Esse argumento justifica a escolha do cenário do estudo, pois esses serviços possuem papel fundamental na “luta contra todo e qualquer tipo de violência”.

Neste nível de atenção, as gestantes de baixo risco são acompanhadas até o término da gestação, momento em que a grávida procura a maternidade de referência para ter o seu parto. A maternidade de referência para o parto é o Instituto Fernandes Figueira, porém algumas gestantes com diabetes gestacional foram encaminhadas para ter o parto na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro ou para o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

Após a alta na maternidade a puérpera retorna para a Unidade de Atenção Primária para continuar seu acompanhamento e do recém-nascido. Cada gestante, dependendo da localização da sua residência, precisa estar vinculada a uma unidade onde será possível realizar seu pré-natal e os exames necessários. O ideal é que todas as consultas sejam feitas pela mesma equipe técnica, ou seja, médico e enfermeiro da Atenção Primária.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017) a Estratégia Saúde da Família é considerada uma estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS. Contudo, diferente do que era descrito na PNAB (2011), a nova política reconhece outras estratégias de organização da APS nos territórios com a justificativa de incluir as especificidades locais, ressaltando o fato de que o território é dinâmico e há populações com características específicas.

No município do Rio de Janeiro há dois modelos de Atenção Primária vigentes. Nos territórios em que há ESF, os usuários são assistidos por suas equipes de acordo com o local de residência. Em contrapartida, nos territórios descobertos pela ESF os pacientes serão atendidos no ambulatório do Centro Municipal de Saúde de acordo com a especialidade médica ou de enfermagem que procuram. Portanto, observa-se que nos dois modelos que o município possui o cuidado ao usuário se dará de forma diferente, pois os atributos de longitudinalidade e integralidade não ocorrem da mesma forma.

Coleta dos dados

Os questionários foram aplicados através de entrevista realizada pela pesquisadora principal deste estudo, no próprio cenário de coleta, sem atrapalhar a rotina de funcionamento da unidade. Foi escolhido um local que garantia a privacidade da participante durante a entrevista. Utilizou-se a plataforma REDCap para realizar as entrevistas e gerenciar o banco de dados da pesquisa.

O primeiro questionário foi respondido no primeiro contato que a pesquisadora teve com a gestante, o que ocorreu em qualquer período da gestação desde que a gestante tivesse data provável do parto até abril de 2022. O segundo questionário foi aplicado a partir de 30 dias do pós-parto para avaliação do desfecho, encerrando assim o preenchimento dos questionários.

Para o preenchimento do segundo questionário foi necessário realizar contato por telefone com a participante do estudo para que fosse agendado um momento posterior com a entrevistadora na unidade de saúde. A depender da data provável do parto das participantes, essa segunda entrevista foi realizada até o término do mês de abril de 2022.

Fontes de dados e instrumentos

Os dois questionários utilizados continham perguntas fechadas e abertas. O questionário um (Apêndice A) tinha quatro blocos, contendo as seguintes variáveis:

- parte I - perfil da gestante: idade (19-24 anos, 25-30 anos, 31-36 anos, 37-42 anos); raça/cor da pele (branca, parda, preta); situação conjugal (casada, separada, solteira, vive com companheiro/namorado); prática religiosa (não, sim); escolaridade (analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo); trabalho/emprego/negócio (sim, não); Escala da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (finalidade de obter o estrato de classe econômica); desemprego tem relação com a pandemia (não, sim); pandemia afetou a renda da família (não, sim, diminuição da renda); recebe auxílio do governo (não, sim); com quais pessoas mora (companheiro/marido, pai e/ou mãe, filhos, outros parentes); reside em território de favela/comunidade (não, sim); tipo de moradia que reside (alugada, cedida, própria); problemas de saúde que teve no último ano; sintomas de Covid-19 (não, sim); teste de Covid-19 (positivo, negativo); tomou a vacina contra Covid-19 (não, sim); pretende se vacinar contra a Covid-19 (não, sim, não sabe); convênio ou plano de saúde (não, sim); deficiência (visual, física); faz uso de medicamento/remédio (não, sim); qual medicamento; consumo de bebida alcoólica (não, sim); consumo de tabaco (não, sim).
- parte II - história reprodutiva anterior e de violência durante a vida: primeira gravidez (não, sim); número de vezes que engravidou (duas, três, quatro, cinco); número de filhos (um, dois, três, quatro); história de ter feito aborto (não, sim); motivo do aborto; como fez o aborto (sozinha ou com ajuda de amigas, foi em clínica com uma pessoa que faz abortos); precisou ir a um serviço de saúde depois do aborto (não, sim); história de aborto espontâneo (não, sim); motivo de ter feito aborto espontâneo; teve alguma gravidez de alto risco (não, sim); motivo da gravidez de alto risco; fez pré-natal (não, menos de seis consultas, mais de seis consultas); motivo por não ter feito pré-natal; onde fez o pré-natal (clínica da família ou posto de saúde, consultório particular, hospital

público); tipo de parto (cesárea, normal), parto prematuro (não, sim); motivo do parto prematuro; sofria violência antes de descobrir a atual gravidez (não, sim); sofreu violência durante alguma gravidez passada (não, sim); quando sofreu a violência (primeiro trimestre, segundo trimestre, terceiro trimestre, toda a gestação); tipo de violência sofrida (física, psicológica, negligência, sexual); agressor da violência na gestação (namorado, companheiro/marido, pai, mãe); já foi humilhada, insultada, intimidada ou ameaçada? (não, sim); você já se sentiu controlada por alguém? (não, sim); você já foi empurrada, chutada, arrastada, espancada ou estrangulada, queimada de propósito, levou um soco ou um golpe físico? (não, sim); você já foi ameaçada ou usaram contra você uma arma (de fogo ou faca)? (não, sim); você já foi fisicamente forçada para ter relações sexuais quando não queria? (não, sim); você já teve uma relação sexual porque estava com medo? (não, sim); você já foi forçada a uma prática sexual que achava humilhante ou degradante? (não, sim); você sofreu maus-tratos quando era criança ou adolescente? (não, sim); quem foi o agressor ou agressora da(s) violência(s) sofrida(s)? (namorado, companheiro/marido, mãe, pai, padrasto/madrasta, avô/avó, outro).

- parte III - informações sobre a gravidez atual: trimestre de gravidez (primeiro, segundo, terceiro); gravidez é do parceiro atual (não, sim); quando ficou grávida você (não queria engravidar, queria engravidar naquele momento, queria esperar mais tempo); fazia uso de método contraceptivo (não, sim); qual método?; precisou interromper o uso do método por causa da pandemia (não, sim); como você se sentiu quando soube que estava grávida (insatisfeita, mais ou menos satisfeita, satisfeita); gravidez de alto risco (não, sim); motivo do alto risco; início do pré-natal (antes de 12 semanas, mais de 12 semanas), local que faz o pré-natal (estratégia saúde da família, ambulatório de hospital público, consultório particular); profissional que faz o pré-natal (enfermeiro, médico, enfermeiro intercalado com médico), profissional perguntou sobre violência no pré-natal (não, sim); gosta do pré-natal (não, sim).
- parte IV - investigação de violência sofrida: instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2).

A CTS2 faz parte de um conjunto de instrumentos elaborados pelo *Family Research Laboratory* nos Estados Unidos da América e foi concebida por Straus et al. (1996). Para coleta de dados foi utilizada a versão em português da CTS2 publicada por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002), que passou por tradução e avaliação da equivalência transcultural. A

CTS2 é utilizada para identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação de namoro, casamento ou afins. Esta contém 78 itens que descrevem possíveis ações do respondente e, reciprocamente, de seu companheiro. Ela é composta por cinco dimensões, sendo que três contém itens abarcando táticas de resolução de conflitos através de negociação, agressão psicológica e violência física, e duas contém informações sobre as possíveis consequências da violência na saúde individual do respondente e de seu companheiro, e a existência de coerção sexual no relacionamento do casal (MORAES, HASSELMANN e REICHENHEIM, 2002). Para cada pergunta da CTS2 as variáveis de resposta eram: alguma vez reagiu assim no último ano e nunca reagiu dessa forma. Bastando apenas uma pergunta afirmativa dentro de cada dimensão para considerar como presente.

A escala da ABEP permite classificar uma determinada população nas classes econômicas A, B, C, D e E segundo a pontuação obtida pela posse de determinados bens e o grau de instrução do chefe do domicílio. Os itens avaliados foram: escolaridade do chefe da família (não sabe ler e escrever, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo; não sei); quantidade de cada item que tem em casa (automóvel, banheiro, empregada doméstica mensalista, geladeira simples, geladeira duplex, máquina de lavar roupas, lava-louça, micro-ondas, DVD, computadores, secadora de roupas, motocicleta); origem da água utilizada em casa (rede geral de distribuição, poço ou nascente, outro meio); como é o trecho da rua em que está a casa (asfaltada/pavimentada, terra/cascalho).

O questionário dois (Apêndice B) continha um bloco de perguntas contendo as seguintes variáveis:

- história da gravidez atual – fez aborto (não, sim); teve um aborto espontâneo (não, sim); tipo de parto (normal, cesárea, não teve parto); fez pré-natal (não, sim); gestante de alto risco (não, sim); durante a gravidez foi internada (não, sim); motivo da internação; durante o parto houve algum problema (não, sim); qual problema?; fez exame de ultrassonografia (não, sim); quantos?; parto prematuro (não, sim); motivo do parto prematuro; recém-nascido com baixo peso (não, sim); motivo do baixo peso; óbito fetal (não, sim); motivo do óbito fetal; óbito neonatal (não, sim); motivo do óbito neonatal; sofreu violência durante a gravidez (não, sim); quem foi o agressor?; teve Covid-19 durante a gestação (não, sim); quando teve Covid-19?; fez o teste para Covid-19 durante a gravidez (não, sim); quando fez o teste?; qual foi o resultado do teste (positivo, negativo); foi vacinada contra a Covid-19 (não, sim); qual vacina e quando

tomou.

Análise dos dados

Os dados foram organizados em um banco do *software SPSS 24*, sendo realizada a descrição de todas as variáveis por meio de suas frequências simples e relativas.

Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, conforme preconizam as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos (Anexos B, C e D).

Foram aplicados os critérios recomendados nestas Resoluções referentes aos participantes de pesquisa, obedecendo aos princípios de beneficência e não maleficência, justiça e autonomia. Para isso, foram consideradas algumas medidas fundamentais, ou seja, que a participante da pesquisa fosse voluntária, além de obter a sua anuência através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, livre de vícios, dependência, subordinação ou intimidação. O TCLE foi assinado em duas vias, uma ficando com o pesquisador e outra com a participante. Foi dada explicação completa pormenorizada às participantes da pesquisa sobre seus objetivos, métodos, benefícios previstos e riscos. Foram também respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos sujeitos envolvidos.

Às participantes da pesquisa foram asseguradas confidencialidade e privacidade, proteção de imagem e não estigmatização, garantindo que as informações não seriam utilizadas em seu prejuízo, inclusive em termos de autoestima, de prestígio ou econômico. Também foi assegurado às participantes a sua retirada do estudo a qualquer momento em que julgassem conveniente.

Foi necessário contato posterior com a participante do estudo para análise do desfecho do seu parto. Por isso, no momento da entrevista e preenchimento do primeiro questionário houve a solicitação de seu número de telefone e nome. Na organização do banco de dados a participante não teve sua identidade revelada, pois foi utilizado um código numérico.

Considerando que “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados” (Resolução CNS 510/16, art.17.II e art. 20), foram avaliados os riscos potenciais para a participante dessa pesquisa relacionados as possíveis consequências para sua saúde física e/ou psicológica ao abordar o tema da violência contra a mulher.

Com intuito de mitigar os riscos que envolveram esse estudo, foram tomadas providências e cautelas pela pesquisadora para evitar situações que pudessem causar algum dano as participantes, como: as participantes que desejaram interromper a entrevista e desistir da sua participação no estudo tiveram liberdade para tomar tal decisão; não houve qualquer julgamento em relação aos relatos das participantes; as participantes foram acolhidas e receberam suporte emocional quando sentiram a necessidade de trazer relatos que lhes causaram desconforto, tristeza e angústia e estas não foram estimuladas a continuarem a falar sobre tais relatos; as participantes tiveram a liberdade de não responderem os assuntos que não desejavam.

As entrevistas foram realizadas em um ambiente tranquilo e privado, sem a presença de acompanhante. Não foram fornecidas informações sobre o conteúdo das perguntas e das respostas para nenhuma pessoa além da participante.

O TCLE foi apresentado e entregue para a participante com algumas informações do estudo modificadas, como título e objetivo. Algumas partes foram reescritas e o uso do termo “violência contra a gestante pelo parceiro íntimo” foi retirado. Essa estratégia visou evitar que o parceiro da participante soubesse qual era a temática dos questionários. Dessa forma foi possível proteger a participante de sofrer algum tipo de violência pelo parceiro.

A gestante teve como opção dar o seu aceite em participar do estudo de duas formas: por áudio gravado ou por assinatura no TCLE, porém todas concordaram em assinar o TCLE.

Todas as participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos da pesquisa e da utilização e aplicação do instrumento elaborado para colher suas opiniões e informações a respeito da temática em estudo.

5. RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

Status: publicado na revista *Texto & Contexto Enfermagem* 2022, v.31:e20210180

ISSN 1980-265X DOI <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0180>

Artigo Original

ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES NO BRASIL NO PERÍODO DE 2011 ATÉ 2018

Cristiane Ferraz Colonese¹

<https://orcid.org/0000-0002-7637-8419>

Liana Wernersbach Pinto¹

<https://orcid.org/0000-0003-1928-9265>

¹Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar as notificações de violência contra gestantes no Brasil entre 2011 e 2018.

Método: pesquisa quantitativa do tipo analítica e retrospectiva. Foram analisados dados de gestantes com idade entre 11 e 49 anos de um banco contendo as informações das fichas do Sistema de Informação de Notificação de violência interpessoal/autoprovocada, de 2011 até 2018. A análise envolveu a descrição do perfil da gestante e do provável autor e as características dos eventos.

Resultados: no ano de 2017 foram notificados cinco vezes mais casos de violência contra a gestante em comparação com 2011. A violência aconteceu mais em pessoas na faixa etária entre 20 a 29 anos (37,0%), pretas/pardas (54,4%), com ensino fundamental incompleto (34,2%) e solteiras (48,1%). A violência de maior ocorrência foi a física (61,9%), seguida pela psicológica (31,2%) e pela sexual (27,0%). A força corporal e o espancamento foram o meio de agressão mais utilizado pelo autor da violência (54,0%). O parceiro ou ex-parceiro (50,5%) foi o agressor mais descrito pelas gestantes.

Conclusão: ao descrever as características das gestantes no Brasil que sofrem violência e do seu possível agressor propõe-se um avanço na construção de uma rede de atenção às mulheres vítimas de violência mais estruturada, pautada em políticas públicas que visem à garantia de um atendimento qualificado pelos profissionais que realizam o pré-natal nas unidades de atenção primária à saúde.

DESCRITORES: Violência contra a mulher. Gravidez. Violência por parceiro íntimo. Notificação. Cuidado pré-natal. Enfermagem.

COMO CITAR: Colonese CF, Pinto LW. Análise das notificações de violência contra gestantes no Brasil no período de 2011 até 2018. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso MÊS ANO DIA]; 31:e20210180. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0180>

ANALYSIS OF REPORTS OF VIOLENCE AGAINST PREGNANT WOMEN IN BRAZIL IN THE PERIOD FROM 2011 TO 2018

ABSTRACT

Objective: to analyze reports of violence made by pregnant women in Brazil between 2011 and 2018.

Method: quantitative research of the analytical and retrospective type. Data from pregnant women aged between 11 and 49 years from a database containing information from the Information System for Reporting interpersonal/self-harm from 2011 to 2018 were analyzed. The analysis involved the description of the profile of the pregnant woman and the probable author and the characteristics of the events.

Results: in 2017, five times more cases of violence against pregnant women were reported compared to 2011. Violence occurred more in people aged between 20 and 29 years (37.0%), black/brown (54.4%), with incomplete primary education (34.2%) and single (48.1%). The most frequent violence was physical (61.9%), followed by psychological (31.2%) and sexual (27.0%). Body strength and beatings were the means of aggression most used by the perpetrator of violence (54.0%). The partner or ex-partner (50.5%) was the aggressor most described by the pregnant women.

Conclusion: to describe the characteristics of pregnant women in Brazil who suffer violence and their possible aggressor proposes an advance in the construction of a network of care for women victims of more structured violence, based on public policies aimed at ensuring qualified care by professionals who perform prenatal care in primary health care units.

DESCRIPTORS: Violence against women. Pregnancy. Intimate partner violence. Notification. Prenatal care. Nursing.

ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES DE VIOLENCIA CONTRA MUJERES EMBARAZADAS EN BRASIL EN EL PERÍODO DE 2011 A 2018

RESUMEN

Objetivo: analizar denuncias de violencia realizadas por mujeres embarazadas en Brasil entre 2011 y 2018.

Método: investigación analítica cuantitativa y retrospectiva. Se analizaron datos de mujeres embarazadas entre 11 y 49 años de una base de datos que contiene información del Sistema de Información del Sistema de Información para Notificación de Violencia Interpersonal/Autoinfligida, de 2011 a 2018. El análisis involucró la descripción del perfil de la mujer embarazada y el probable autor y las características de los hechos.

Resultados: en 2017 se reportaron cinco veces más casos de violencia contra mujeres embarazadas en comparación con 2011. La violencia se presentó más en personas entre 20 y 29 años (37,0%), negras/morenas (54,4%), con educación primaria incompleta (34,2%) y solteras (48,1%). La violencia más frecuente fue física (61,9%), seguida de psicológica (31,2%) y sexual (27,0%). La fuerza corporal y los golpes fueron los medios de agresión más utilizados por el autor de la violencia (54,0%). La pareja o ex pareja (50,5%) fue el agresor más descrito por las gestantes.

Conclusión: al describir las características de las mujeres embarazadas en Brasil que sufren violencia y su posible agresor, se propone un avance en la construcción de una red de atención más estructurada para las mujeres víctimas de violencia, basada en políticas públicas orientadas a garantizar una atención calificada por parte de profesionales que realizan atención prenatal en unidades de atención primaria de salud.

DESCRIPTORES: Violencia contra la mujer. Embarazo. Violencia de pareja. Notificación. Cuidado prenatal. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher constitui “(...) qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”.^{1:19} Ela pode resultar em graves problemas físicos, mentais, sexuais e reprodutivos a curto, médio e longo prazos, afeta seus filhos, gera danos sociais e custos econômicos para elas, suas famílias e as sociedades.²

A violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos, encontra-se enraizada na desigualdade de gênero, sendo considerada problema de saúde pública e um obstáculo ao desenvolvimento sustentável. No mundo, 30% das mulheres sofreram violência física e/ou sexual por parceiros íntimos durante sua vida e entre 38% e 50% dos homicídios são cometidos por estes.³

O risco de sofrer violência pelo parceiro íntimo e violência sexual é maior em mulheres com baixa escolaridade, expostas a violência na infância, em posição desigual nos relacionamentos íntimos, com atitudes e normas de aceitação da violência e da desigualdade de gênero. Outro agravante refere-se ao fato de que a maioria das mulheres, entre 55% e 95%, que sobrevivem a violência não falam sobre o ocorrido e não procuram nenhum tipo de atendimento.³

No Brasil, a Portaria número 104 de 25 de janeiro de 2011 definiu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências como sendo de notificação compulsória. Tais agravos precisam ser notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no qual é possível saber se a mulher que sofreu violência encontrava-se grávida no momento da notificação.⁴ Sabe-se que durante a gestação a mulher encontra-se em uma fase de maior vulnerabilidade, agravando as consequências do ciclo da violência.⁵

Na prática assistencial nos serviços de saúde, em específico na rotina de pré-natal, profissionais que realizam o atendimento de gestantes precisam estar atentos aos sinais indicativos de que esta mulher possa estar sofrendo violência, momento em que a notificação da suspeita do caso precisará ser realizada em ficha individual específica do SINAN.

Mudanças físicas e psicológicas acontecem na mulher durante a gestação. Tais mudanças deixam as mulheres mais sensíveis ou fragilizadas e a violência é uma realidade na vida de muitas destas gestantes, desencadeando prejuízos, muitas vezes, irreparáveis ao binômio mãe-filho.⁶

A violência durante a gravidez é considerada uma complicação importante, pois é mais frequente que patologias como a diabetes e a hipertensão arterial.⁷ Um estudo sobre fatores associados à agressão física contra gestantes em São Luís, no Maranhão, mostrou que a

prevalência da violência física contra mulheres grávidas foi igual a 12,4%, destas 66% sofreram o abuso em uma única vez. O parceiro íntimo foi o causador desta violência em 66% dos casos.⁸

A vivência de violência doméstica foi relato de uma pesquisa qualitativa realizada com mulheres internadas em razão de aborto provocado em Salvador, Bahia. O cotidiano das mulheres que fizeram o aborto é marcado pela violência doméstica durante sua infância e adolescência. Além disso, a violência pelo parceiro íntimo fazia parte da vida dessas mulheres, com interações conjugais conflituosas, em que ambos se agredem.⁹

Pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro mostrou que nos casos de agressão física entre parceiros íntimos durante a gestação, houve aumento em duas vezes a chance de óbito neonatal e em três vezes de óbito pós-neonatal quando compara-se aos filhos cujas grávidas não sofreram agressões pelo pai da criança.¹⁰ Na Nigéria, inquérito demográfico e de saúde apontou que a prevalência da violência doméstica contra a mulher era igual a 22%, destas 8,1% relataram história de gravidez indesejada e 14,8% tiveram experiência de gravidez interrompida.¹¹

A interseccionalidade entre gênero, raça/etnia e classe precisa ser considerada nas situações em que a mulher vivencia violência em suas relações de intimidade. Além disso, esse é um campo onde há o atravessamento de relações de dominação, nas quais as mulheres se encontram em um momento de tensionamento, porém marcado por desigualdade e opressão.¹² Avaliando os marcadores de gênero e raça, o Atlas da Violência apontou que em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras e que no período entre 2008 e 2018 a taxa de homicídio de mulheres não negras caiu 11,7%, contudo a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4%.¹³

Entender o fenômeno que leva uma gestante a sofrer qualquer tipo de violência envolve vários aspectos, inclusive a questão da desigualdade de gênero. O profissional de saúde encontra-se nessa mesma sociedade patriarcal, em que a violência contra a mulher por vezes é vista como algo culturalmente aceito.

Portanto, é importante dar visibilidade ao problema da violência contra a gestante no Brasil, com o intuito de sensibilizar os profissionais de saúde que realizam o pré-natal da mulher em situação de violência na identificação do risco e na prevenção de desfechos negativos. O objetivo desta pesquisa é analisar as notificações de violência contra gestantes no Brasil entre 2011 e 2018.

MÉTODO

O método escolhido para este estudo é a pesquisa quantitativa do tipo transversal e analítica. A natureza do levantamento de dados foi retrospectiva. Para identificar a frequência dos casos de violência contra a gestante no Brasil foram obtidos dados de fonte secundária provenientes do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O banco de dados utilizado contém informações das fichas SINAN de violência interpessoal/autoprovocada de gestantes com idade entre 11 e 49 anos, no período de 2011 até 2018.

No banco de fichas do SINAN foram avaliadas as seguintes variáveis:

- bloco perfil: UF de notificação; idade gestacional; faixa etária (11-14 anos; 15-19 anos; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos); raça/cor da pele (branca; preta/parda; amarela/indígena; ignorado); escolaridade (analfabeto; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; educação superior incompleta; educação superior completa; ignorado); situação conjugal (solteira; casada/união consensual; viúva; separada; não se aplica; ignorado); deficiência/transtorno (sim; não; ignorado); tipo de deficiência (intelectual; transtorno mental; transtorno de comportamento; outros).

- bloco característica do evento: local de ocorrência (residência; via pública; outro; ignorado); ocorreu outras vezes (sim; não; ignorado); lesão autoprovocada (sim; não; ignorado); motivo da violência (sexismo; conflito geracional; situação de rua; outros; não se aplica; ignorado); tipo de violência (física; psicológica/moral; sexual; negligência/abandono; outras); meio de agressão (força corporal/espantamento; ameaça; objeto perfurocortante/objeto contundente; envenenamento/intoxicação; arma de fogo); tipo de violência sexual (assédio sexual, estupro; pornografia infantil/exploração sexual; outros); procedimento realizado (profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e/ou para HIV e/ou hepatite B; coleta de sangue e/ou sêmen e/ou secreção vaginal; contracepção de emergência; aborto previsto em lei); encaminhamento (rede de saúde; rede de assistência social; conselho tutelar; rede de atendimento à mulher; outras delegacias; delegacia de atendimento à mulher; outro).

- bloco característica do provável autor da violência: número de envolvidos (um; dois ou mais; ignorado); sexo (masculino; feminino; ambos os sexos; ignorado); provável autor (parceiro ou ex-parceiro; familiares; amigo/conhecido; desconhecido; própria pessoa; outro); suspeita de uso de álcool (sim; não; ignorado); ciclo de vida (criança; adolescente; jovem; pessoa adulta; pessoa idosa; ignorado).

A análise envolveu a descrição do perfil da gestante, as características dos eventos e do perfil do provável autor. Na construção do banco utilizou-se o *software* SPSS 24.

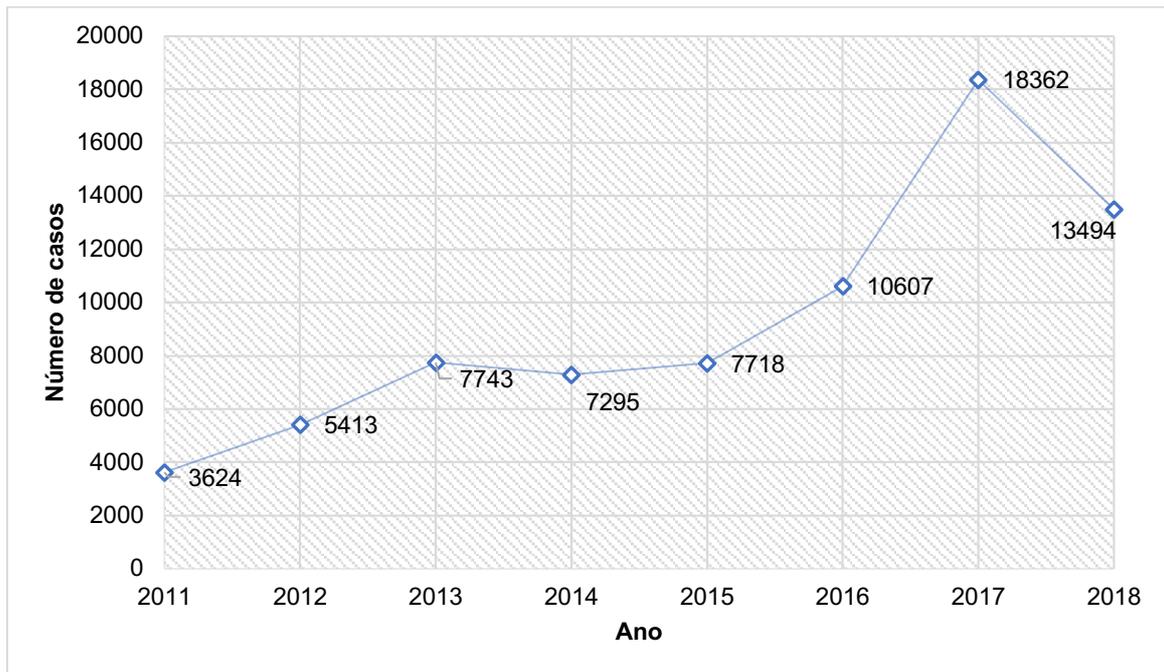
Os dados utilizados são provenientes de um banco composto por informações sem

possibilidade de identificação individual da população e disponíveis em livre acesso. Portanto, segundo a Resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde não são alvo de avaliação do sistema CEP/CONEP.

RESULTADOS

No período de 2011 a 2018 foram notificados 2.033.026 casos de violência interpessoal/autoprovocada. Deste total, 71,7% (1.456.936) eram do sexo feminino. Sobre estarem gestantes no momento da notificação, considerando mulheres em idade fértil (11 até 49 anos), 7,4% (74.256) disseram que sim.

Nas notificações de violência contra a gestante, a análise temporal indicou que houve aumento de cinco vezes mais casos em 2017 em comparação a 2011, sendo que de 2017 para 2018 há uma queda importante (Figura 1). Todas as Unidades Federativas (UF) apresentaram aumento do número de notificações de 2011 para 2018 (Tabela 1).



Fonte: Dados extraídos do SINAN.

Figura 1 - Evolução temporal das notificações de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018. (n=74.256)

Tabela 1 - Número de notificações de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN por UF. Brasil, 2011-2018. (n=74.256)

	Número de notificações de violência								Total	Variação (%)
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2011-2018	2011-2018
Brasil	3624	5413	7743	7295	7718	10607	18362	13494	74256	272,4
Acre	178	250	367	404	428	520	605	506	3258	184,3
Alagoas	49	59	65	248	0	0	0	133	554	171,4
Amapá	8	18	35	28	18	39	39	96	281	1100,0
Amazonas	88	123	165	267	249	250	378	409	1929	364,8
Bahia	92	119	212	230	185	1872	0	403	3113	338,0
Ceará	30	73	91	116	141	239	391	433	1514	1343,3
Distrito Federal	58	113	171	145	112	166	269	278	1312	379,3
Espírito Santo	25	50	93	146	180	194	257	327	1272	1208,0
Goiás	51	92	145	134	193	228	229	285	1357	458,8
Maranhão	52	77	115	101	99	103	122	203	872	290,4
Mato Grosso	29	45	51	64	91	112	93	140	625	382,8
Mato Grosso do Sul	274	265	342	361	298	301	353	381	2575	39,1
Minas Gerais	416	624	848	1000	1156	1002	9067	1280	15393	207,7
Pará	115	137	200	245	195	265	266	370	1793	221,7
Paraíba	69	182	12	0	0	0	1	150	414	117,4
Paraná	179	528	591	765	973	1087	1260	1262	6645	605,0
Pernambuco	264	334	1590	32	24	188	7	1099	3538	316,3
Piauí	29	46	67	51	59	89	78	111	530	282,8
Rio de Janeiro	243	328	467	577	638	892	1062	1146	5353	371,6
Rio Grande do Norte	20	0	0	0	0	0	0	114	134	470,0
Rio Grande do Sul	252	383	436	486	508	580	720	700	4065	177,8
Rondônia	15	20	11	54	79	53	86	75	393	400,0
Roraima	16	43	52	54	66	56	61	75	423	368,8
Santa Catarina	165	288	347	418	385	386	432	460	2881	178,8
São Paulo	833	1129	1112	1132	1336	1781	2351	2760	12434	231,3
Sergipe	10	18	22	20	101	0	0	45	216	350,0
Tocantins	64	69	136	217	204	204	235	253	1382	295,3

Fonte: Dados extraídos do SINAN.

Como visto na Tabela 2, as mulheres encontravam-se em diferentes fases da gestação, contudo observa-se que quanto maior a idade gestacional menor é a frequência deste agravo. Sobre o perfil das grávidas os dados mostram que a violência aconteceu mais em pessoas na faixa etária entre 20 a 29 anos (37,0%), pretas/pardas (54,4%), com ensino fundamental incompleto (34,2%), solteiras (48,1%) e sem relato de deficiência (82,1%).

Tabela 2 - Perfil das notificações de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018. (n=74.256)

Variáveis	n	%
Idade gestacional		
1º Trimestre	25320	34,1
2º Trimestre	23828	32,1
3º Trimestre	19312	26,0
Idade ignorada	5796	7,8
Faixa etária		
11-14 anos	13146	17,7
15-19 anos	18871	25,4
20-29 anos	27501	37,0
30-39 anos	12318	16,6
40-49 anos	2420	3,3
Raça-Cor da pele		
Branca	26184	35,3
Preta/Parda	40411	54,4
Amarela/Indígena	1791	2,4
Ignorado	5870	7,9
Escolaridade		
Analfabeta	530	0,7
Ensino fundamental incompleto	25372	34,2
Ensino fundamental completo	6282	8,5
Ensino médio incompleto	9109	12,3
Ensino médio completo	9324	12,5
Educação superior incompleta	1771	2,4
Educação superior completa	1285	1,7
Ignorado	20583	27,7
Situação conjugal		
Solteira	35751	48,1
Casada/União consensual	27094	36,5
Viúva	211	0,3
Separada	2615	3,5
Não se aplica	1027	1,4
Ignorado	7558	10,2
Deficiência/Transtorno		
Sim	3848	5,2
Não	60970	82,1
Ignorado	9438	12,7
Tipo de deficiência*		
Intelectual	946	1,3
Transtorno mental	1472	2,0
Transtorno de comportamento	1095	1,5
Outros	1154	1,6

*Permite que marque mais de uma resposta.

O local de ocorrência dos eventos de violência foi maior no ambiente da residência (66,5%) das gestantes em comparação com a via pública (12,8%). O relato da violência ser de repetição (43,0%) apareceu nas notificações com importante expressão. O sexismo (13,7%) e

o conflito geracional (7,2%) foram os motivos da violência mais descritos. O preenchimento desta variável é baixo em comparação às outras descritas nas Tabelas 1 e 2, como pode ser visto pelo número alto de ignorados (36,4%) (Tabela 3).

O tipo de violência de maior ocorrência foi a física (61,9%), seguida pela psicológica (31,2%) e pela sexual (27,0%). A lesão autoprovocada aconteceu em 10,3% dos casos. O uso da força corporal e o espancamento foram o meio de agressão mais utilizado pelo autor da violência (54,0%), seguido pela ameaça (18,9%). O estupro apresentou-se como o tipo de violência sexual mais descrito (78,6%). Em relação aos casos de estupro, os procedimentos mais realizados foram: coleta de sangue (28,2%), profilaxia para IST (10,6%) e profilaxia para HIV (10,1%).

No atendimento, as vítimas de violência foram encaminhadas principalmente para a rede de saúde (32,7%), delegacias (21,9%) e conselho tutelar (12,3%) (Tabela 3). É importante destacar que os dados de encaminhamento de 2018 não foram encontrados no banco do SINAN.

Tabela 3 - Características dos eventos de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018. (n=74.256)

Variáveis	n	%
Local de ocorrência		
Residência	49352	66,5
Via pública	9489	12,8
Outro	7132	9,6
Ignorado	8283	11,1
Ocorreu outras vezes		
Sim	31575	43,0
Não	27503	37,0
Ignorado	15178	20,0
Lesão autoprovocada		
Sim	7619	10,3
Não	58994	79,4
Ignorado	7643	10,3
Motivo da violência†		
Sexismo	7871	13,7
Conflito geracional	4134	7,2
Situação de rua	791	1,3
Outros	14879	25,9
Não se aplica	8888	15,5
Ignorado	20913	36,4
Tipo de violência*		
Física	45931	61,9
Psicológica/Moral	23135	31,2
Sexual	19979	27,0
Negligência/Abandono	7367	9,9
Outras	8503	11,5

Continua

Tabela 3 – Continuação

Variáveis	n	%
Meio de agressão*		
Força corporal/Espancamento	40108	54,0
Ameaça	14014	18,9
Objeto perfurocortante/Contundente	6782	9,1
Envenenamento/Intoxicação	3835	5,2
Arma de fogo	1734	2,3
Tipo de violência sexual*		
Assédio sexual	3012	15,1
Estupro	15705	78,6
Pornografia infantil/Exploração sexual	587	3,0
Outros	1557	7,8
Procedimento realizado*		
Profilaxia IST	1658	10,6
Profilaxia HIV	1591	10,1
Profilaxia Hepatite B	1256	8,0
Aborto previsto em lei	1521	9,7
Coleta de sangue	4432	28,2
Coleta de sêmen	228	1,5
Coleta de secreção vaginal	692	4,4
Contracepção de emergência	638	4,1
Encaminhamento*		
Rede de saúde	19874	32,7
Rede de assistência social	6036	9,9
Conselho Tutelar	7463	12,3
Rede de Atendimento à Mulher	2760	4,5
Outras delegacias	7609	12,5
Delegacia de Atendimento à Mulher	5694	9,4
Outro	2171	3,6

*Permite que marque mais de uma resposta; †Variável com n = 57476; incluída a partir de 2014 na ficha SINAN.

Sobre as características dos prováveis autores da violência, o número de envolvidos foi apenas um na maioria dos casos (76,5%), assim como o autor ser do sexo masculino foi mais predominante (70,3%). O parceiro ou ex-parceiro (50,5%) foi o agressor mais descrito pelas gestantes e a maior parte tinha idade entre 20 a 59 anos (46,7%). A suspeita do uso de álcool apareceu em um quarto dos casos (Tabela 4).

Tabela 4 - Características dos prováveis autores da violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018. (n = 74.256)

Variáveis	n	%
Número de envolvidos		
Um	56798	76,5
Dois ou mais	12469	16,8
Ignorado	4989	6,7
Sexo		
Masculino	52216	70,3
Feminino	13771	18,6
Ambos os sexos	3783	5,1
Ignorado	4486	6,0
Provável autor*		
Parceiro ou ex-parceiro	37526	50,5
Familiares	12397	16,7
Amigo/conhecido	7157	9,6
Desconhecido	7669	10,3
Própria pessoa	7503	10,1
Outro	5013	6,8
Suspeita de uso de álcool		
Sim	19227	25,9
Não	33235	44,8
Ignorado	21794	29,3
Ciclo de vida		
Criança (0 a 9 anos)	235	0,3
Adolescente (10 a 19 anos)	6039	8,1
Jovem (20 a 24 anos)	10421	14,1
Pessoa adulta (25 a 59 anos)	24192	32,6
Pessoa idosa (60 ou mais)	297	0,4
Ignorado	33072	44,5

*Permite que marque mais de uma resposta.

DISCUSSÃO

Os números das notificações de violência contra a gestante apresentados neste estudo mostram a importância da temática no campo da saúde pública. Espera-se que uma gestante tenha acesso ao serviço de atenção primária à saúde para realização de acompanhamento pré-natal e que os profissionais envolvidos no acolhimento e assistência dessas mulheres tratem esse agravo como um problema, que precisa ser enfrentado para evitar desfechos negativos para a mulher e a criança. O pré-natal inadequado é apontado como um fator associado a qualquer tipo de violência sofrida pela gestante.¹⁴

O uso do banco de dados do SINAN auxilia na caracterização do perfil de vítimas que são acolhidas e atendidas nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde, rede de apoio e proteção, o que permite o acompanhamento das vítimas.¹⁵ Porém, estudo nacional apontou que o risco de morte por agressão nas mulheres notificadas por violência no SINAN foi maior do

que na população feminina geral, revelando a fragilidade das redes de atenção e proteção no atendimento às vítimas.¹⁶ Além disso, são descritas limitações com o uso do SINAN, como: a incompletude das informações notificadas que resultam em significativas situações “indefinidas” e dados desatualizados.¹⁵

Assim como o aumento das notificações de violência contra a gestante observada neste estudo ao longo dos anos, dados oficiais do Fórum de Segurança Pública mostram que houve um crescimento expressivo de 30,7% no número de homicídios de mulheres no país durante a década 2007-2017.¹³ Os dados do “disque 180” apontaram que nos primeiros quatro meses de 2020 houve um aumento de 14,1% de relatos de violência contra a mulher em comparação ao mesmo período do ano anterior.¹⁷

Em comparação com estudos de diferentes continentes, em Bangladesh uma em cada quatro mulheres que relataram ter sofrido VPI também referiram ter um ou mais abortos espontâneos, natimortos e abortos induzidos.¹⁸ Na Colômbia, 8,9% (1.271) das mulheres sofreram violência durante a gravidez, sendo que metade foi agredida por um ex-companheiro (50,7%) e pelo atual companheiro (29,7%). Mulheres que sofreram violência, que não fizeram pré-natal ou fizeram menos de quatro consultas tiveram maior probabilidade de terem um filho prematuro.¹⁹

Na Suécia, 38,7% (656) de mães reportaram história de violência e destas 2% (34) experimentaram violência doméstica durante a gravidez. Mulheres que relataram violência tiveram risco significativo de terem recém-nascidos prematuros (menos de 37 semanas). Identificar de forma precoce a presença de história de violência ou de violência contínua durante a gravidez é fundamental para fornecer apoio extra às mulheres, o que pode ter um impacto positivo no nascimento do bebê.²⁰ Em São Paulo, em uma pesquisa realizada com puérperas, 34,6% (49) das entrevistadas referiram ter sofrido violência doméstica durante a gravidez, sendo a violência psicológica mais prevalente (71,4%) e 25,3% referiram que a violência aumentou durante a gravidez.²¹

Jovens, pretas/pardas, com baixa escolaridade, solteiras, sem deficiência e no primeiro trimestre da gravidez são descritas como as características mais prevalentes das gestantes que sofreram violência neste estudo. Semelhante a esses dados, pesquisa na Etiópia identificou que as mães sem educação formal tiveram maior probabilidade de sofrerem violência física que aquelas com nível educacional avançado¹¹ e na Malásia o status de solteira foi um fator associado à violência emocional e sexual.²² Já no Irã não foi encontrada relação significativa entre a educação das mulheres e a violência física. Entretanto, houve correlação entre a educação masculina e a violência doméstica, ou seja, quanto maior o nível educacional do

homem, menos violência doméstica existe.²³

A ficha SINAN não contém perguntas sobre a religião da vítima, renda e sobre a gravidez ter sido planejada. Tais variáveis foram apontadas como importantes em pesquisa realizada em São Paulo, pois houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência da violência doméstica na gravidez e as variáveis: ser da religião evangélica, ter renda familiar abaixo de mil reais e não ter planejado a gravidez.²¹

Assim como o encontrado nesta pesquisa, outros estudos apontam que as mulheres negras e pardas são as maiores vítimas de violência.¹³⁻¹⁷ Esses resultados denunciam o racismo de forma específica e velada. Eles apontam para a urgência e a necessidade de estudos voltados para a população negra, pois mesmo sendo o grupo mais violentado, é invisível socialmente.²⁴ A intersecção entre os marcadores sociais de gênero, raça e classe faz com que as mulheres negras sofram violências múltiplas e tenham seu ápice na violência letal.²⁵

A gravidez é um momento em que a mulher deve receber proteção e cuidado para poder ter uma gestação e parto sem complicações. Contudo, uma pesquisa de revisão apontou que a violência contra gestante não tem momento para acontecer. Sobre os desfechos para a saúde materna e fetal, a violência contra a gestante contribui para o aumento da mortalidade materna, dos óbitos perinatais, baixo peso ao nascer, abortos e nascimentos prematuros²⁶. Por isso, o profissional que realiza o pré-natal deve ter um olhar ampliado para qualquer pequeno sinal implícito nas palavras das vítimas de violência, pois ele é o primeiro contato com a gestante vulnerável.

O atendimento na Estratégia Saúde da Família deve considerar a magnitude do aborto provocado para a saúde das mulheres e por isso os profissionais de saúde precisam ter um olhar sensível para o reconhecimento de fatores associados à decisão de abortar. A vivência de violência doméstica na infância e adolescência e na relação conjugal são questões que podem estar associadas a tal decisão. Na atenção primária à saúde, a enfermeira tem uma posição importante e será nesse cenário que ações de promoção à saúde e prevenção poderão ser realizadas na perspectiva de evitar o aborto.⁹

Referente às características dos eventos de violência contra as gestantes, o ambiente da residência foi o local com maior ocorrência, assim como ser de repetição, a principal violência ser do tipo física através do uso da força corporal e do espancamento e o parceiro ou ex-parceiro ser o agressor mais descrito. Dados semelhantes podem ser vistos em pesquisa realizada na Etiópia que identificou 100 (25,8%) puérperas que sofreram alguma violência dos seus parceiros íntimos durante o período de gravidez. A violência física foi a mais prevalente, seguida pelas psicológica e sexual.²⁷ Porém, diferente dos dados do SINAN, um estudo no Irã

encontrou prevalência maior de violência sexual (14,8%) sofrida durante a gravidez, seguido pela psicológica (9,9%) e física (6,5%),²³ e uma pesquisa com puérperas na Malásia apontou prevalência maior de violência psicológica na gravidez (29,8%) em comparação com a física (12,9%) e sexual (9,8%).²²

Essas diferenças dos tipos de violência encontradas ocorrem porque os estudos utilizam diferentes tipos de abordagens metodológicas para obtenção dos dados. Por se tratar de casos de notificação em que geralmente a gestante procurou atendimento em um serviço de saúde, a violência física ganha destaque, pois a violência que faz uma mulher procurar atendimento em uma unidade de saúde geralmente foi porque teve repercussão física, ou seja, algum tipo de agressão ou espancamento.

Muitas mulheres procuram o Sistema Único de Saúde (SUS) buscando cuidado e, por diferentes motivos, nem sempre relatam a causa de seus agravos, mesmo quando foram vítimas de violência.²⁸ Por trás de um caso de violência física, existe a violência psicológica na sua relação familiar e/ou íntima com um parceiro, na qual a própria mulher não considera como sendo uma violência real.

Referente aos dados de violência sexual contra a gestante, observa-se que o estupro aparece como o mais relatado pelas gestantes. Esse tipo de violência é subnotificado no Brasil e geralmente está associada ao meio intrafamiliar. O suspeito é descrito como sendo desconhecido ou não é informado na maioria das vezes, sendo difícil obter dados sobre seu perfil.¹⁷

Os prováveis autores da violência contra as gestantes eram adultos, do sexo masculino, parceiro ou ex-parceiro. Sobre esse perfil, estudo realizado em uma delegacia no Nordeste do Brasil mostrou que nos registros policiais de violência contra a mulher, a agressão física foi a mais comum, seguido de ameaça e agressão verbal, sendo a violência doméstica mais prevalente que a comunitária. O companheiro ou o ex-companheiro foi apontado como principal agressor.²⁹

A suspeita de uso de álcool pelo autor da violência apareceu em um quarto dos casos, contudo essa variável tem um percentual alto de ignorado. Outros estudos apontam essa variável como destaque. Na Bahia, em quatro unidades de saúde da família, a violência física durante a gestação foi associada ao consumo frequente de bebida alcoólica pelo companheiro.³⁰ Na Malásia o consumo de bebida alcoólica pelo parceiro foi associado a maiores chances de as mulheres serem vítimas de violência emocional ou física.²²

Pelo registro do SINAN não foi possível identificar os desfechos da violência sofrida para a saúde da gestante e de seu bebê.

A violência contra a mulher é um problema grave de saúde pública e vem ganhando centralidade no debate público da sociedade brasileira. Existem muitos desafios na implementação de políticas públicas consistentes para reduzir os casos, principalmente ligados à flexibilização em curso da posse e do porte de armas de fogo. A possibilidade de que cada vez mais cidadãos tenham uma arma de fogo dentro de casa tende a vulnerabilizar ainda mais a vida de mulheres em situação de violência, pois há no Brasil altos índices de violência doméstica.¹³

Apontam-se como limitações desse estudo: o banco de dados utilizado não permitir a identificação de cada indivíduo, sendo possível que haja mais de uma notificação para uma mesma pessoa e algumas variáveis (ciclo de vida do agressor, suspeita do uso de álcool e motivo da violência) foram marcadas como ignoradas ou deixadas em branco em muitas fichas, o que comprometeu a análise destes itens.

CONCLUSÃO

No campo da saúde pública este trabalho contribui para dar visibilidade ao problema vivenciado por mulheres que sofrem violência dos seus parceiros mesmo estando grávidas. Os profissionais que realizam o pré-natal precisam estar atentos aos possíveis sinais de que a gestante esteja sofrendo violência e cuidar desta mulher para que o ciclo de violência seja rompido e seus efeitos mitigados.

Ao analisar as características das gestantes no Brasil que sofrem violência e do seu possível agressor propõe-se um avanço nos estudos sobre o tema em nível loco-regional e na construção de uma rede de atenção às mulheres vítimas de violência mais estruturada, pautada em políticas públicas que visem à garantia de um atendimento qualificado pelos profissionais que realizam o pré-natal nas unidades de atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. [Internet]. Brasília, DF (BR). 2011 [acesso 2021 Jan 21]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>
2. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2018 [acesso 2021 jan 21]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272596>
3. World Health Organization. Respect women: Preventing violence against women. [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2019 [acesso 2021 jan 21]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312261>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. [Internet]. Brasília, DF (BR). 2011 [acesso 2020 dec 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
5. Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [acesso 2020 dec 15]; 14(1):97-104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100015>
6. Santos AG, Nery IS, Rodrigues DC, Melo AS. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI. Rev Rene [Internet]. 2010 [acesso 2021 jan 17]; 11(Espec):109-16. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4687/3489>
7. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Manual técnico [Internet]. Brasília, DF (BR). 2006 [acesso 2020 dec 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
8. Costa DCS, Ribeiro MRC, Batista RFL, Valente CM, Ribeiro JVF, Almeida LA, et al. Fatores associados à agressão física contra gestantes em São Luís, Maranhão, Brasil: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso 2021 feb 24]; 33(1):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00078515>
9. Couto TM, Nitschke RG, Lopes RLM, Gomes NP, Diniz NMF. Cotidiano de mulheres com história de violência doméstica e aborto provocado. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 [acesso 2021 nov 16]; 24(1):263-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003620012>
10. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso 2021 feb 17]; 30(Suppl):85-100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
11. Yaya S, Amouzou A, Uthman OA, Ekholuenetale M, Bishwajit G, Udenigwe O, et al. Prevalence and determinants of terminated and unintended pregnancies among married women:

analysis of pooled cross-sectional surveys in Nigeria. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2018 [acesso 2021 feb 17]; 3:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000707>

12. Silveira RS, Nardi HC. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. *Psicol Soc* [Internet]. 2014 [acesso 2021 feb 17]; 26(n.spe):14-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000500003>

13. Brasil. Instituto de pesquisa econômica aplicada e Fórum brasileiro de segurança pública. Atlas da violência [Internet]. 2020 [acesso 2021 feb 24]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/200826_ri_atlas_da_violencia.pdf

14. Khaironisak H, Zaridah S, Hasanain F. G. Prevalence, risk factors, and complications of violence against pregnant women in a hospital in Peninsular Malaysia. *Women & Health* [Internet]. 2016 [acesso 2021 feb 24]; 1-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2016.1222329>

15. Oliveira ML, Miranda CES. Caracterização das notificações de violência doméstica contra adolescentes. *Rev Interd* [Internet]. 2020 [acesso 2021 feb 24]; 13:1-8. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1683>

16. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [acesso 2021 feb 24]; 22(9):2929-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>

17. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ligue 180: central de atendimento à mulher. Dados referentes ao primeiro semestre de 2020 [Internet]. Brasília, DF (BR). 2020 [acesso 2021 feb 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/denuncias-registradas-pelo-ligue-180-aumentam-nos-quatro-primeiros-meses-de-2020>

18. Afiaz A, Biswas RK, Shamma R, Ananna N. Intimate partner violence (IPV) with miscarriages, stillbirths and abortions: Identifying vulnerable households for women in Bangladesh. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 [acesso 2021 feb 24]; 15(7):e0236670. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236670>

19. Jaraba SMR, Garcés-Palacio IC. Association between violence during pregnancy and preterm birth and low birth weight in Colombia: Analysis of the demographic and health survey. *Health Care Women Int* [Internet]. 2019 [acesso 2021 feb 24]; 40(11):1149-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1566331>

20. Finnbogadóttir H, Baird K, Thies-Lagergren L. Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [acesso 2021 feb 24]; 20(183):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02864-5>

21. Okada MM, Hoga LAK, Borges ALV, Albuquerque RS, Belli MA. (2015). Domestic violence against pregnant women. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2021 feb 24]; 28(3):270-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500045>

22. Khaironisak H, Zaridah S, Hasanain F. G. Prevalence, risk factors, and complications of violence against pregnant women in a hospital in Peninsular Malaysia. *Women & Health* [Internet]. 2016 [acesso 2021 feb 18]; 1-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2016.1222329>
23. Nejatizade AA, Roozbeh N, Yabandeh AP, Dabiri F, Kamjoo A, Shahi A. Prevalence of domestic violence on pregnant women and maternal and neonatal outcomes in Bandar Abbas. *Electron Physician* [Internet]. 2017 [acesso 2021 feb 18]; 9(8):5166-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19082/5166>
24. Carrijo C, Martins PA. A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. *Estud Fem* [Internet]. 2020 [acesso 2021 feb 18]; 28(2),e60721. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260721>
25. Garcia D. Violência contra a mulher negra no Brasil: ponderações desde uma criminologia interseccional. *RBSD* [Internet]. 2020 [acesso 2021 feb 18]; 7(2):97-120. Disponível em: <https://doi.org/10.21910/rbsd.v7n2.2020.381>
26. Araújo DL, Barbosa TA, Coimbra NX, Costa CSC. Violência doméstica na gestação: aspectos e complicações para mulher e o feto. *RESAP* [Internet]. 2020 [acesso 2021 feb 18]; 6(1):64-76. Disponível em: <https://www.revista.esap.gov.br/index.php/resap/article/view/193/193>
27. Demelash H, Nigatu D, Gashaw K. A case-control study on intimate partner violence during pregnancy and low birth weight, southeast Ethiopia. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 [acesso 2021 feb 18]; 1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2015/394875>
28. Signorelli MC, Auad A, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 [acesso 2021 feb 25]; 29(6):1230-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600019>
29. Bernardino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF, d'Avila S. (2016). Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [acesso 2021 feb 25]; 19(4):740-52. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040005>
30. Santos SMAB, Oliveira ZMO, Coqueiro RS, Santos VC, Anjos KF, Casotti CA. Prevalência e fatores associados à violência física contra mulheres grávidas. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 2021 feb 25]; 40(1):190-205. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n1.a1881>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído do projeto de doutorado - Violência por parceiro íntimo na gestação: análise do pré-natal ao puerpério, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em 2021.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Colonese CF, Pinto LW.

Coleta de dados: Colonese CF, Pinto LW.

Análise e interpretação dos dados: Colonese CF, Pinto LW.

Discussão dos resultados: Colonese CF, Pinto LW.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Colonese CF, Pinto LW.

Revisão e aprovação final da versão final: Colonese CF, Pinto LW.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (PPGSP/ENSP) pelo apoio financeiro a esta publicação.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Os dados utilizados são provenientes de um banco composto por informações sem possibilidade de identificação individual da população e disponíveis em livre acesso no site do Datasus.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Glilciane Morceli, Monica Motta Lino.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 01 de junho de 2021.

Aprovado: 25 de novembro de 2021.

AUTOR CORRESPONDENTE

Cristiane Ferraz Colonese

cris_fs@yahoo.com.br

5.2 ARTIGO 2

Folha de rosto

a) Modalidade do manuscrito: Artigo original

b) Título do manuscrito:

Em português: Fatores associados à VPI em gestantes negras: análise das notificações do SINAN de 2011 a 2018

Em inglês: Factors associated with IPV in black pregnant women: analysis of SINAN notifications from 2011 to 2018

Em espanhol: Factores asociados a la VPI en embarazadas de raza negra: análisis de notificaciones SINAN de 2011 a 2018

c) Título resumido: VPI em gestantes negras segundo SINAN 2011 a 2018

d) Autores

1. Cristiane Ferraz Colonese, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) / Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Rio de Janeiro/RJ/Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-7637-8419> e cris_fs@yahoo.com.br

2. Liana Wernersbach Pinto, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) / Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Rio de Janeiro/RJ/Brasil, <https://orcid.org/0000-0003-1928-9265> e lianawep@gmail.com

e) Nome do autor correspondente, endereço completo, e-mail e telefone:

Cristiane Ferraz Colonese, cris_fs@yahoo.com.br

f) Paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto:

Paginação: 25; Resumo: 149 palavras; Texto: 3500 palavras

g) Nome da agência financiadora:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

Nº do processo, se houver:

Código de Financiamento 001.

h) Derivação:

Extraído do projeto de doutorado. Autora: Cristiane Ferraz Colonese. Título do trabalho: Violência por parceiro íntimo na gestação: análise do pré-natal ao puerpério. Nome da instituição de ensino: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Ano de defesa 2022.

Resumo

Objetivo: verificar os fatores associados à violência contra gestantes negras por parceiro íntimo segundo ficha individual do SINAN entre 2011 e 2018. **Métodos:** Foram analisados dados de gestantes negras que sofreram VPI das fichas SINAN de violência com idade entre 11 e 49 anos, entre 2011 e 2018. Para determinar os fatores associados à VPI, ajustou-se um modelo de regressão logística. **Resultados:** gestantes com ensino fundamental completo possuem uma chance de sofrer VPI 2,369 vezes a daquelas com superior completo; ser casada/união estável representa maior chance de sofrer VPI (OR= 1,433) em comparação com as separadas; aquelas que relataram ter sofrido violência física possuem uma chance 86% maior de sofrer VPI em relação àquelas que não sofreram esse tipo. **Conclusão:** mulheres negras foram afetadas por diversas formas de violência mesmo estando grávidas. Para dar visibilidade à VPI é fundamental que na notificação seja preenchido corretamente o campo do vínculo do provável agressor com a pessoa atendida.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Gravidez; Violência Doméstica; Cuidado Pré-Natal; Sistemas de Informação em Saúde; Interseccionalidade

Abstract

Objective: to verify the factors associated with violence against black pregnant women by an intimate partner according to the individual SINAN form between 2011 and 2018. **Methods:** Data from black pregnant women who suffered IPV from the SINAN forms of violence aged between 11 and 49 years, between 2011 and 2018, were analyzed. To determine the factors associated with IPV, a logistic regression model was fitted. **Results:** pregnant with complete elementary education are 2.369 times more likely to suffer IPV; being married represents a greater chance of experiencing IPV (OR= 1.433) compared to separated; those who reported having suffered physical violence had an 86% greater chance of suffering IPV. **Conclusion:** black women were affected by various forms of violence even when they were pregnant. In

order to give visibility to the VPI, it is essential that the aggressor field is correctly filled in in the notification.

Keywords: Violence Against Women; Pregnancy; Domestic Violence; Prenatal Care; Health Information Systems; Intersectionality

Resumen

Objetivo: verificar los factores asociados a la violencia contra las embarazadas negras por parte de la pareja íntima según el formulario individual SINAN entre 2011 y 2018. **Métodos:** Datos de embarazadas negras que sufrieron VPI del SINAN formas de violencia con edades entre 11 y 49 años, entre 2011 y 2018. Para determinar los factores asociados a la VPI se ajustó un modelo de regresión logística. **Resultados:** mujeres embarazadas con educación primaria completa tienen 2.369 veces más probabilidades de sufrir VPI que aquellas con educación superior; estar casada representa una mayor probabilidad de experimentar VPI (OR= 1.433) en comparación con las separadas; aquellos que informaron haber sufrido violencia física tenían un 86% más de posibilidades de sufrir VPI. **Conclusión:** las mujeres negras fueron afectadas por diversas formas de violencia incluso cuando estaban embarazadas. Para dar visibilidad al VPI es imprescindible que el campo agresor esté correctamente cumplimentado en la notificación.

Palabras clave: Violencia contra la Mujer; Embarazo; Violencia Doméstica; Atención Prenatal; Sistemas de Información en Salud; Interseccionalidad

Introdução

No Brasil a violência de gênero é hiperendêmica. Durante a pandemia de Covid-19, uma a cada quatro mulheres acima de 16 anos sofreu algum tipo de violência ou agressão nos últimos 12 meses. As mulheres pretas foram as mais vitimizadas, assim como as mais jovens.¹

A violência não pode ser vista como um problema a ser enfrentado somente pelo Estado no âmbito dos setores judiciário e de segurança pública, é fundamental que haja uma mudança em toda a estrutura social com enfoque na redução das iniquidades e das desigualdades de raça, classe e gênero.²

Além disso, raça, classe e gênero não podem ser categorias pensadas de forma isolada. Assim, a partir do conceito de interseccionalidade, percebe-se que não pode haver prioridade de uma opressão sobre as outras, o que possibilita uma verdadeira prática que não negue identidades em detrimento de outras.³

Contudo, o que se vê é que a pauta feminista invisibiliza a mulher negra e seus problemas sequer são nomeados.³ Estas, como grupo, estão numa posição peculiar na sociedade, pois ocupam a base da pirâmide ocupacional e tem o status social inferior ao de qualquer outro grupo, o que significa dizer que elas carregam o fardo da opressão sexista, racista e de classe. Os homens são os principais responsáveis pela opressão sexista e pela violência de gênero no ambiente doméstico.⁴ Portanto, a violência pelo parceiro íntimo (VPI) é uma prática silenciosa e silenciada, que costuma ocorrer dentro de casa.¹

A VPI por vezes é naturalizada e aceita socialmente, o que dificulta a percepção da vítima para o reconhecimento da violência sofrida.¹ Pensando na VPI contra a mulher grávida, sabe-se que esta é particularmente preocupante durante a gravidez, pois duas vidas estão em risco. A exposição indireta ou direta à VPI durante a gestação aumenta o risco da mulher em ter um desfecho adverso no parto.⁵

Na rede de atendimento à vítima de VPI, a violência contra a gestante deverá ser notificada em ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Este sistema permite a análise a partir dos recortes de gênero e de raça/cor da pele autodeclarado. A raça deve ser utilizada como forma de mostrar as assimetrias e é utilizada como um conceito sociopolítico que visa à demarcação das relações de dominação e exclusão dos negros. Para analisar dados sobre a raça negra é preciso fazer o somatório de pretos e pardos em uma única categoria.⁶

No período entre 2008 e 2018, a taxa de homicídio de mulheres não negras caiu 11,7%, enquanto a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4%. Esse resultado é reflexo do silêncio em relação à realidade das mulheres negras, que não são colocadas como sujeitos políticos⁷, e

da ausência de um olhar étnico-racial para as políticas de enfrentamento a violência contra a mulher.³ Somam-se a esses dados, o fato das mulheres de raça/cor da pele preta e parda apresentarem os piores indicadores de atenção pré-natal e ao parto em comparação com as brancas.⁸

O racismo como processo histórico e político, cria as condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática.⁹ O racismo estrutural e a violência decorrente dele vão restringir o acesso da população negra aos benefícios gerados pelo Estado e pelas instituições/organizações que os representam.¹⁰ Nesse contexto, esse estudo pretende dar visibilidade ao problema da violência contra a gestante negra no Brasil, pois a mulher negra é a que mais utiliza os serviços de saúde do SUS para assistência pré-natal e do parto⁸, e ao mesmo tempo a que mais sofre violência pelo parceiro íntimo¹.

Este estudo contribuiu para dar visibilidade ao problema enfrentado por gestantes negras no Brasil no que tange as possíveis consequências que a violência durante esse período da sua vida poderá ocasionar para sua saúde e do seu bebê. Como um importante sistema de informação em saúde no Brasil, o SINAN foi utilizado para caracterizar a população desse estudo. Contudo, esse sistema não possibilita que seja realizado o cálculo da prevalência de violência contra a gestante negra, sendo essa a sua principal limitação. Sendo assim, é imprescindível reconhecer que os dados apresentados nesse estudo mostram uma parte daquilo que chega nos serviços de saúde e é notificado como violência pelos profissionais de saúde.

Portanto, essa pesquisa visa contribuir para o campo da saúde pública ao trazer para análise variáveis da ficha SINAN de violência contra a gestante negra, e para tanto, tem como objetivo verificar os fatores associados à violência contra gestantes negras por parceiro íntimo segundo ficha individual do SINAN entre 2011 e 2018.

Métodos

O método é a pesquisa quantitativa do tipo transversal. Para identificar os casos de violência contra gestantes negras notificados pelos profissionais no Brasil foram obtidos dados de fonte secundária provenientes do Departamento de Informática do SUS. Foram analisados dados de gestantes negras que sofreram violência pelo parceiro íntimo e/ou violência por outros(as) autores(as) das fichas SINAN de violência interpessoal/autoprovocada com idade entre 11 e 49 anos, no período de 2011 até 2018.

Foram avaliadas as seguintes variáveis:

- bloco perfil: idade gestacional (1º, 2º, 3º trimestres e ignorada); faixa etária (11-14 anos; 15-19 anos; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos); escolaridade (analfabeto; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; educação superior incompleta; educação superior completa; ignorado); situação conjugal (solteira; casada/união consensual; viúva; separada; não se aplica; ignorado); deficiência/transtorno (sim; não; ignorado); tipo de deficiência/transtorno (física; mental; visual; auditiva; transtorno mental; transtorno de comportamento; outra).

- bloco característica do evento e do provável autor da violência: local de ocorrência (residência; via pública; outro; ignorado); ocorreu outras vezes (sim; não; ignorado); tipo de violência (física; psicológica/moral; sexual; negligência/abandono; outras); meio de agressão (força corporal/espancamento; ameaça; objeto perfurocortante/objeto contundente; envenenamento/intoxicação; arma de fogo); sexo do agressor (masculino; feminino; ambos os sexos; ignorado); suspeita de uso de álcool pelo agressor (sim; não; ignorado).

A primeira etapa do estudo consistiu em apresentar a evolução temporal em números absolutos por ano das notificações de violência contra a gestante no Brasil separando em dois grupos, gestantes não negras e gestantes negras. Foram consideradas mulheres negras aquelas que se autodeclararam como pretas ou pardas e mulheres não negras aquelas que se autodeclararam como brancas, indígenas ou amarelas.

Na segunda etapa foram descritas as variáveis da ficha SINAN das gestantes negras a partir de um recorte de quem foi autor(a) da violência. A amostra foi separada em dois grupos: gestantes negras que sofreram violência pelo parceiro íntimo (denominado como o grupo que “sofreu VPI”) e gestantes negras que sofreram violência por outro(a) autor(a) (denominado como o grupo que “não sofreu VPI”).

Foram consideradas como em situação de VPI aquelas gestantes negras para as quais foi assinalado na ficha que o agressor ou um dos agressores era o cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado. Buscou-se ainda complementar esse dado a partir da especificação

para a variável “outros”. Isto ocorreu uma vez que se observou que para um conjunto de fichas não foi assinalado o cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado, mas esse dado constava da especificação da variável “outros” de diferentes formas, tais como: marido, ex-marido, companheiro, ex-companheiro, “ficante”, noivo, parceiro, entre outros.

Na terceira etapa do estudo foi realizada análise bivariada entre o desfecho “sofreu VPI” ou “não sofreu VPI” e as demais variáveis. Com vistas a determinar os fatores associados à VPI em gestantes negras, ajustou-se um modelo de regressão logística, sendo empregado o método *backward* manual de seleção de variáveis e adotado o ponto de corte de 0,2 para inclusão das variáveis no modelo inicial. Permaneceram no modelo final as variáveis com p-valor menor ou igual a 0,05. Na construção do banco e modelagem utilizou-se o *software* SPSS 24.

Os dados utilizados são provenientes de um banco composto por informações sem possibilidade de identificação individual da população e disponíveis em livre acesso. Portanto, segundo a Resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde não são alvo de avaliação do sistema CEP/CONEP.

Resultados

No período de 2011 a 2018 foram encontradas 74.256 notificações de violências contra gestantes no Brasil, das quais 40.411 (54,4%) foram de mulheres negras (pretas e pardas).

Na Figura 1 é apresentada a evolução temporal das notificações de violências contra gestantes no período de 2011 a 2018. Observa-se que houve aumento de casos de violência contra a gestante no período analisado. Apenas entre 2017 e 2018 houve uma queda das notificações. Também chama atenção o acentuado aumento das notificações entre os anos de 2016 e 2017.

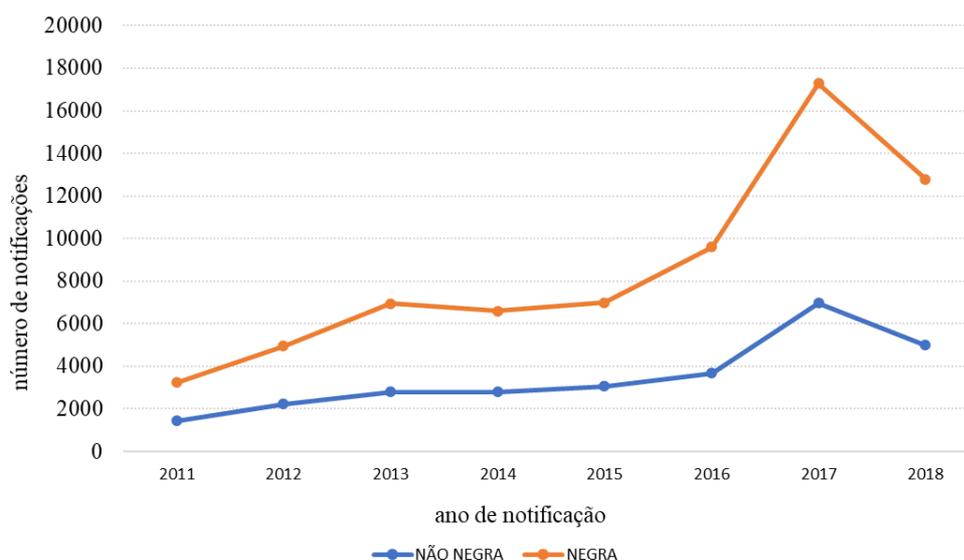


Figura 1: Evolução temporal das notificações de violência contra gestantes negras e não negras segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018 (n = 74.256).

A Tabela 1 mostra o perfil de gestantes negras que sofreram VPI em comparação àquelas que o agressor era outro(a). Das 40.411 notificações de gestantes negras observadas no banco SINAN, 2.451 (6,1%) foram excluídas das análises uma vez que não se dispunha dos dados sobre o agressor. Assim, foram analisados dados de 37.960 notificações de gestantes negras, das quais 57,3% sofreram VPI.

Sobre a idade gestacional, identificou-se que a VPI acontece em todos os trimestres de gravidez com percentuais similares. Contudo, observa-se que entre aquelas gestantes negras que não sofreram VPI o percentual decai quanto maior o trimestre da gravidez. Já entre as gestantes negras que sofreram VPI a situação se inverte.

Gestantes negras com 20-29 anos (35,4%) e com ensino fundamental incompleto (40,2%) foram as que mais sofreram violência, independentemente se ocorreu VPI ou não. A VPI afetou mais as casadas (46,7%) e sem deficiência ou transtorno (96,8%), enquanto a não VPI afetou mais as solteiras (59,9%) e as portadoras de alguma deficiência ou transtorno (9,2%).

Tabela 1 - Perfil das notificações de violência contra gestantes negras que sofreram ou não VPI segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018 (n = 37.960).

Característica	VPI				Total	
	não		sim		n	%
	n	%	n	%		
Gestação						
1º trimestre	5981	36,9	6534	30,0	12515	33,0
2º trimestre	5241	32,3	6749	31,0	11990	31,6
3º trimestre	3412	21,1	7081	32,6	10493	27,6
Idade gestacional ignorada	1573	9,7	1389	6,4	2962	7,8
Faixa etária						
11 a 14 anos	2615	16,1	5318	24,4	7933	20,9
15 a 19 anos	4613	28,5	4967	22,8	9580	25,2
20 a 29 anos	5986	36,9	7434	34,2	13420	35,4
30 a 39 anos	2533	15,6	3399	15,6	5932	15,6
40 a 49 anos	460	2,8	635	2,9	1095	2,9
Escolaridade						
analfabeto	145	0,9	178	0,8	323	0,9
fundamental incompleto	5911	36,5	9347	43,0	15258	40,2
fundamental completo	1218	7,5	2114	9,7	3332	8,8
médio incompleto	2201	13,6	2577	11,8	4778	12,6
médio completo	2034	12,6	2350	10,8	4384	11,5
superior incompleto	460	2,8	280	1,3	740	1,9
superior completo	242	1,5	183	0,8	425	1,1
ignorado	3996	24,7	4724	21,7	8720	23,0
Situação conjugal						
solteira	9706	59,9	9389	43,2	19095	50,3
casada/união consensual	4075	25,1	10159	46,7	14234	37,5
viúva	54	0,3	51	0,2	105	0,3
separada	458	2,8	763	3,5	1221	3,2
não se aplica	322	2,0	229	1,1	551	1,5
ignorado	1592	9,8	1162	5,3	2754	7,3
Deficiência/transtorno	1313	9,2	649	3,2	1962	5,2
Deficiência física	99	7,9	81	13,3	180	0,5
Deficiência mental	384	30,5	135	22,0	519	1,4
Deficiência visual	42	3,4	41	6,7	83	0,2
Deficiência auditiva	64	5,1	33	5,4	97	0,3
Transtorno mental	529	43,0	216	35,1	745	2,0
Transtorno de comportamento	350	29,2	164	27,0	514	1,4
Outra deficiência	170	15,0	81	13,6	251	0,7

Na Tabela 2 são apresentadas as características dos eventos e autores das violências sofridas por gestantes negras notificadas no SINAN. Sobre a VPI contra a gestante negra, esta ocorreu mais na residência (77,6%) da vítima, foi de repetição em 59,4% dos casos e a principal forma de violência foi a física (64,2%), seguida pela psicológica (35,6%) e pela sexual (32,8%).

Nos casos de não VPI, observa-se que estes eventos aconteceram principalmente na residência (57,0%) e na via pública (21,0%), a maior parte ocorreu pela primeira vez (52,5%), a violência física (55,0%) também foi a que mais apareceu, contudo, a violência sexual (31,9%) foi superior a violência psicológica (28,1%) e 11,8% dos casos foram descritos como sendo negligência.

Sobre os meios de agressão nos casos de VPI contra a gestante negra, a força corporal/espancamento (57,8%) foi predominante, seguido pela ameaça (19,9%) e por outros meios (9,7%). No grupo de não VPI os mesmos meios se destacaram. Evidencia-se, contudo, o número superior de casos de envenenamento/intoxicação (10,5%) e com uso de arma de fogo (4,4%) no grupo de gestantes negras que o autor(a) era outro(a).

Todos os casos de violência sexual ocorreram mais no grupo que não sofreu VPI, destacando-se o estupro (29,1%) como principal tipo. Na VPI, em quase todos os casos, o autor era do sexo masculino (95,3%). Na não VPI, a agressora era do sexo feminino em 37,0% das notificações. Sobre o agressor da violência contra a gestante negra, somando ambos os grupos, 27,5% destes tinham feito uso de álcool, porém essa variável tem um alto percentual de ignorado (24,2%), o que comprometeu sua análise.

Tabela 2 - Características dos eventos e dos autores de violência contra gestantes negras que sofreram ou não VPI segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018 (n = 37.960).

Variáveis	VPI				Total	
	não		sim		n	%
	n	%	n	%		
Local de ocorrência						
Residência	9240	57,0	16877	77,6	26117	68,8
Via pública	3404	21,0	1688	7,8	5092	13,4
Outro	1854	11,4	802	3,7	2656	7,0
Ignorado	1709	10,5	2386	11,0	4095	10,8
Ocorreu outras vezes						
Sim	5032	31,0	12914	59,4	17946	47,3
Não	8501	52,5	5312	24,4	13813	36,4
Ignorado	2674	16,5	3527	16,2	6201	16,3
Tipo de violência*						
Física	8917	55,0	13965	64,2	22882	60,3
Psicológica	4551	28,1	7747	35,6	12298	32,4
Sexual	5171	31,9	7130	32,8	12301	32,4
Tortura	506	3,1	907	4,2	1413	3,7
Tráfico de seres humanos	12	0,1	22	0,1	34	0,1
Financeira	181	1,1	406	1,9	587	1,5
Negligência	1909	11,8	870	4,0	2779	7,3
Trabalho infantil	28	0,2	18	0,1	46	0,1
Intervenção legal	33	0,2	42	0,2	75	0,2
Outra violência	1688	10,4	588	2,7	2276	6,0
Meio de agressão*						
Força corporal/espancamento	7497	46,3	12580	57,8	20077	52,9
Enforcamento	474	2,9	1541	7,1	2015	5,3
Objeto contundente	568	3,5	905	4,2	1473	3,9
Objeto perfurocortante	1182	7,3	1140	5,2	2322	6,1
Substância/objeto quente	84	0,5	79	0,4	163	0,4
Envenenamento	1706	10,5	66	0,3	1772	4,7
Arma de fogo	708	4,4	195	0,9	903	2,4
Ameaça	3315	20,5	4322	19,9	7637	20,1
Outros meios	2009	12,4	2118	9,7	4127	10,9
Tipo de violência sexual*						
Assédio sexual	840	5,2	1061	4,9	1901	5,0
Estupro	4712	29,1	4689	21,6	9401	24,8
Pornografia infantil	43	0,3	37	0,2	80	0,2
Exploração sexual	173	1,1	110	0,5	283	0,7
Outros	138	0,9	888	4,1	1026	2,7

Continua

Tabela 2 – Continuação

Característica	VPI				Total	
	não		sim		n	%
	n	%	n	%		
Sexo do autor						
Masculino	8554	52,8	20720	95,3	29274	77,1
Feminino	6001	37,0	348	1,6	6349	16,7
Ambos os sexos ignorado	1011	6,2	498	2,3	1509	4,0
	641	4,0	187	0,9	828	2,2
Uso de álcool pelo autor						
Sim	3691	22,8	6735	31,0	10426	27,5
Não	7788	48,1	10549	48,5	18337	48,3
Ignorado	4728	29,2	4469	20,5	9197	24,2

*Permite que marque mais de uma resposta.

Na Tabela 3 vê-se os resultados do modelo ajustado para avaliar fatores associados à VPI em gestantes negras. Além das variáveis com significância estatística, optou-se pela permanência da variável faixa etária no modelo, não significativa, como variável de controle. Verifica-se da tabela que as gestantes negras no terceiro trimestre possuem uma chance 104% maior de sofrer VPI em relação àquelas no primeiro trimestre, controlando pelas demais variáveis. Quanto à escolaridade, aquelas com ensino fundamental completo possuem uma chance de sofrer VPI 2,369 vezes a daquelas com ensino superior completo, controlando pelas demais variáveis.

Sobre a situação conjugal, ser casada/união estável representa maior chance de sofrer VPI (OR= 1,433) em comparação com as separadas, controlando pelas demais variáveis. Já ser solteira ou viúva representou uma redução na chance de respectivamente, 55,4% e 18,7%.

Observa-se da tabela que aquelas que relataram como local de ocorrência a residência possuem uma chance de sofrer VPI 3,309 vezes a daquelas que relataram outro local, controlando pelas demais variáveis. Com relação à violência ter ocorrido outras vezes, verifica-se uma chance maior de sofrer VPI entre aquelas que afirmaram ser de repetição (OR= 3,412) em relação àquelas que negaram.

Identifica-se da tabela que a variável violência física foi o único tipo que permaneceu no modelo final ajustado. Aquelas que relataram ter sofrido violência física possuem uma chance 86% maior de sofrer VPI em relação às gestantes que não sofreram esse tipo.

Quanto ao enforcamento como meio de agressão, aquelas que responderam sim para essa variável tem uma chance maior (2,206) de sofrer VPI em relação àquelas que negaram.

Referente ao sexo do autor, observa-se uma chance maior de sofrer VPI entre aquelas que o autor da violência era homem (OR= 3,533) em comparação com aquelas que sofreram violência por pessoas de ambos os sexos, controlando pelas demais variáveis.

**Tabela 3 - Fatores associados à VPI em gestantes negras segundo ficha do SINAN.
Brasil, 2011-2018 (n = 37.960).**

Variável	OR bruta	IC95%	OR ajustada	IC95%
Idade Gestacional				
1º Trimestre	--	--	--	--
2º Trimestre	1,179	1,121-1,240	1,162	1,066-1,268
3º Trimestre	1,900	1,800-2,005	2,040	1,853-2,246
Faixa etária				
11 a 14 anos	1,473	1,295-1,676	1,290	0,990-1,680
15 a 19 anos	0,780	0,687-0,885	0,974	0,756-1,256
20 a 29 anos	0,900	0,794-1,019	1,016	0,793-1,301
30 a 39 anos	0,972	0,853-1,108	0,843	0,653-1,089
40 a 49 anos	--	--	--	--
Escolaridade				
Analfabeta	1,623	1,213-2,173	1,385	0,865-2,218
Ensino fundamental incompleto	2,091	1,721-2,541	1,605	1,189-2,167
Ensino fundamental completo	2,295	1,871-2,816	2,369	1,725-3,252
Ensino médio incompleto	1,548	1,267-1,892	1,484	1,091-2,020
Ensino médio completo	1,528	1,250-1,868	1,565	1,152-2,126
Educação superior incompleta	0,805	0,631-1,026	0,979	0,676-1,420
Educação superior completa	--	--	--	--
Situação Conjugal				
Solteira	0,581	0,515-0,654	0,446	0,362-0,548
Casada/União consensual	1,496	1,325-1,690	1,433	1,164-1,764
Viúva	0,567	0,380-0,846	0,813	0,392-1,685
Separada	--	--	--	--
Local de Ocorrência				
Residência	4,222	3,872-4,605	3,309	2,887-3,793
Via pública	1,146	1,036-1,269	0,988	0,843-1,157
Outro	--	--	--	--
Ocorreu outras vezes				
Sim	4,107	3,917-4,306	3,412	3,163-3,682
Não	--	--	--	--
Violência física (próprio desfecho)				
Sim	1,468	1,407-1,531	1,858	1,693-2,039
Não	--	--	--	--
Enforcamento (próprio desfecho)				
Sim	2,509	2,258-2,788	2,206	1,861-2,615
Não	--	--	--	--
Sexo do autor				
Masculino	4,917	4,404-5,490	3,533	2,988-4,177
Feminino	0,118	0,101-0,137	0,075	0,060-0,094
Ambos os sexos (não faz sentido)	--	--	--	--

Discussão

As gestantes negras que sofreram violência nesse estudo tiveram como perfil a baixa escolaridade, faixa etária entre 20-29 anos e a principal forma de violência sofrida foi a física. As gestantes negras deste estudo foram afetadas por diversas formas de violência e os parceiros íntimos foram os principais agressores. Perfil similar pode ser visto em outro estudo realizado com puérperas que apontou que as gestantes negras ou pardas, com baixa escolaridade, sem ocupação remunerada, com companheiro e com renda inferior a dois salários-mínimos foram as que mais sofreram violência na gravidez. Entretanto, observou-se que a violência psicológica foi mais prevalente que a física.¹¹

Referente as características dos eventos e dos autores de violência contra ambos os grupos analisados, destacou-se o número elevado de casos de violência sofrida pelas gestantes negras cometida por outras pessoas que não os parceiros, o que mostra uma outra face da violência contra essa população, com destaque para uma maior frequência de casos de negligência e violência sexual.

Além disso, a partir do modelo de regressão logística, observou-se que a residência foi um fator associado à VPI, assim como o autor da violência ser homem, ou seja, a gestante sofreu violência dentro do seu ambiente privado, local que deveria receber proteção e cuidado do seu parceiro. Outro fator associado à VPI que se relaciona com o ambiente doméstico foi a violência ser de repetição, o que significa dizer que a vítima já sofreu situações de violência antes do episódio relatado. Tal fato traz a reflexão sobre a possibilidade desse episódio de agressão ter sido mais intenso, já que a violência física e o enforcamento foram associados à VPI contra a gestante negra neste estudo. Sobre os fatores associados à VPI em gestantes negras nessa pesquisa, observou-se que gestantes no terceiro trimestre foram as mais afetadas, assim como aquelas de baixa escolaridade e casadas.

Na literatura brasileira não foram encontrados estudos que analisaram a VPI especificamente com gestantes negras. Contudo, a temática da VPI contra a gestante já foi evidenciada como importante problema de saúde pública em um estudo que utilizou dados de VPI contra mulheres (com 15 anos ou mais) registrados no SINAN entre 2011 e 2017 no Brasil, pois maiores proporções de VPI, em relação às outras formas de violência contra as mulheres, foram associadas às gestantes (RP = 1,07; IC95% 1,06; 1,08).¹²

Em relação aos fatores associados à VPI encontrados no presente trabalho, sobre a situação conjugal da gestante, achado diferente foi descrito em pesquisa em Vitória que mostrou que puérperas que referiram não ter um companheiro durante a gestação apresentaram 4,6 vezes mais ocorrência de violência física se comparadas as mulheres que tiveram um companheiro no

período gestacional.¹³ Porém, estudo na Etiópia corrobora com o achado nessa pesquisa, pois mostrou que mulheres com casamentos mais longos (mais de cinco anos) com seu parceiro atual eram 1,7 vezes mais propensas a sofrer VPI.¹⁴

Achado similar ao encontrado no SINAN foi observado em pesquisa em Cariacica referente à escolaridade, pois a violência física foi cerca de 4,5 vezes maior em gestantes com até quatro anos de estudo do que entre aquelas com cinco anos ou mais.¹⁵

Além disso, pesquisas conduzidas com puérperas em diferentes regiões do Brasil analisaram outras variáveis que foram possíveis de se obter através do SINAN. Em Governador Valadares, por exemplo, as gestantes com maior chance de terem sofrido violência foram as dependentes de álcool, as que não realizaram o pré-natal, as que usaram os serviços de saúde de forma emergencial durante a gravidez, que apresentaram diabetes gestacional e infecção sexualmente transmissível.¹¹ Já Em Cariacica, sobre a aceitação da gravidez, observou-se prevalência de violência psicológica duas vezes maior e de violência sexual 15 vezes maior entre as mulheres que desejaram interromper a gravidez comparadas com as que não desejaram.¹⁵ Em Maringá, a violência física na gestação foi associada com algumas características da mulher, como relato de ser multigesta, não ter religião e ter fumado durante a gestação.¹⁶

Nesse contexto, é importante frisar que o pré-natal é um importante serviço para detecção de gestantes em risco e daquelas que sofrem violência. A vítima raramente reporta estar sofrendo violência, por isso é necessário que os profissionais de saúde saibam reconhecer os fatores associados para uma intervenção precoce.¹¹

Sobre os tipos de violência que mais afetam as gestantes, pesquisa de revisão sistemática e metanálise com dados de estudos de 52 países, encontrou prevalência de violência psicológica igual 18,7%, seguida pela violência física (9,2%) e pela sexual (5,5%).¹⁷ Diferente desse achado, os dados do SINAN mostram que a violência mais frequente notificada contra gestantes negras é a do tipo física. Soma-se a isso o fato de que a violência física foi associada à VPI. Esses dados apontam para a invisibilidade da violência psicológica contra a gestante pelos serviços de saúde e profissionais que deveriam notificá-la e reforçam a necessidade de que seja feito o rastreio da VPI no pré-natal de forma sistemática e dentro da rotina.¹⁷

Era de se esperar que a VPI diminuísse durante a gravidez, principalmente no terceiro trimestre quando o aumento da barriga poderia ser um fator de proteção, porém pesquisa no Recife apontou que a condição de gravidez não protege as mulheres e que estas continuam sofrendo agressão de várias formas, inclusive física.¹⁸ Além disso, estudo com gestantes no

Maranhão identificou que a violência psicológica foi mais frequente na gestação (48,4%) do que nos doze meses anteriores a ela (36,4%).¹⁹

Assim, destaca-se a partir da literatura que as agressões físicas são apenas uma das formas de manifestação da violência contra a mulher.²⁰ Por traz da agressão física contra a gestante está a violência psicológica. Esta faz com que as mulheres se sintam extremamente vulneráveis, mesmo não sofrendo abuso físico e sexual. A gravidade desse tipo de violência é ilustrada pelo medo e nervosismo constante.²¹

Sobre os diferentes tipos de violência que afetam as mulheres grávidas, estudos internacionais também apontam esse agravo como um importante problema de saúde pública. Pesquisa no Irã, por exemplo, realizada com 313 mulheres no pós-parto identificou que mais da metade destas sofreram violência durante a gravidez. Todos os tipos de violência foram detectados, porém a violência psicológica foi maior que as demais.²² Já o estudo da Etiópia com 648 puérperas mostrou que 39,8% destas vivenciaram algum dos três tipos de VPI na gravidez, sendo a violência física a mais prevalente. Bater/jogar coisas nelas e fazer com que estas se sentissem mal consigo mesmas foram as violências mais descritas.¹⁴

Sobre a baixa escolaridade das vítimas encontrada nesse estudo, sabe-se que a educação de meninas e mulheres é o principal fator para fortalecer um processo de redução da VPI e que as mulheres precisam ter autoestima alta, estarem alertas e serem economicamente independentes.²¹ Além disso, sabe-se que pessoas negras com menor escolaridade têm maiores dificuldades no acesso e nas despesas com saúde e sofrem maior discriminação no atendimento à saúde.²³

Soma-se a esse problema o fato de que quando o feminismo branco lutava para ir ao mercado de trabalho, as mulheres negras já estavam há muito tempo trabalhando e quase sempre em condições de subemprego. São as mulheres negras que trabalham na rua exercendo várias funções e realizam o trabalho doméstico para que mulheres brancas possam ir para o mercado de trabalho.²⁴

A alta frequência de VPI contra as gestantes negras é mais grave ainda quando se identifica que a atenção à saúde dessa população no país é preocupante.^{8,25} Dados da pesquisa Nacer no Brasil com adolescentes apontou que quanto mais escura era a cor da pele da puérpera maior era a proporção daquelas com escolaridade inadequada para a idade e com menor número de consultas de pré-natal. Destaca-se que 97% das gestantes adolescentes pretas foram atendidas nos serviços públicos de saúde, realizaram em menor proporção exames de ultrassonografia e sorologia para HIV, receberam menos orientações sobre o início do trabalho de parto e apresentaram maior chance de realizar pré-natal inadequado comparadas às brancas.²⁵

Esses resultados do Nascir no Brasil e os encontrados no presente estudo refletem a discriminação historicamente construída e que ainda persiste no país, onde pretas e pobres recebem os piores cuidados e são colocadas a margem da sociedade. É consenso que o pré-natal é fundamental para obtenção de desfechos positivos para a mãe e o feto.²⁵ Contudo, a melhor qualidade da atenção à saúde implica a redução de iniquidades raciais.⁸

Além disso, para dar visibilidade aos problemas enfrentados por mulheres negras é preciso compreender que o gênero afeta as mulheres de grupos racializados de forma diferente das mulheres brancas.²⁶ Tal argumento pode ser visto também no Atlas da Violência, pois o risco relativo de uma mulher negra sofrer homicídio no Brasil em 2019 foi 1,7 vezes maior do que o de uma mulher não negra. Essa e outras diferenças refletem a desigualdade na intersecção de raça e sexo na mortalidade feminina. Portanto, é imprescindível o desenvolvimento de políticas públicas para o enfrentamento das altas taxas de violência que olhem o racismo e a discriminação como fatores que afetam desigualmente as mulheres.²⁷

Outro fator preocupante no campo da saúde pública é o número reduzido de pesquisas encontradas nos periódicos que abordam a saúde da mulher negra. Isso indica o baixo grau de penetração das instituições de pesquisa nos debates sobre o racismo, seus impactos na saúde e suas formas de enfrentamento. É preciso reconhecer que a saúde da população negra merece destaque, pois esta tem presença majoritária entre os usuários do SUS, mas ao mesmo tempo apresenta os piores indicadores sociais e de saúde.²⁸

Ao falar de violência não se pode esquecer do racismo. Este que é revelado em um nível estrutural, pois pessoas negras são excluídas da maioria das estruturas sociais e políticas. Os sujeitos brancos são privilegiados nas estruturas oficiais de forma manifestada, colocando pessoas de outros grupos racializados em uma desvantagem visível e fora das estruturas dominantes.²⁶

Somando-se ao racismo, temos a pobreza que juntos criam barreiras e fazem com que mulheres negras vivenciem múltiplas formas de violência e estresse no seu cotidiano. Isso se reflete na maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e na baixa atenção às questões específicas da saúde das mulheres negras.²⁹

Portanto, mulheres negras estão em situação de maior vulnerabilidade em todos os âmbitos sociais. Além disso, as políticas públicas voltadas para o enfrentamento à violência doméstica atingem de formas diferentes as mulheres brasileiras. Ao analisar os números sobre violência contra as mulheres negras entende-se que estas não contam efetivamente com o apoio do Estado, dependendo de si mesmas para viver uma vida sem violências.²⁹

Destaca-se como limitação desse estudo que a variável que caracterizava quem era o agressor encontra-se em branco em uma parte considerável das fichas. Além disso, um segundo problema encontrado foi o preenchimento da variável “outro” para descrever quem era o agressor. Os profissionais ao escreverem de forma manual quem era o agressor, utilizaram-se de terminologias diversas que comprometeram a análise da VPI. Muitos preencheram o item “outro” com termos sinônimos das opções da própria ficha, gerando um banco de respostas sem padrão.

Para dar visibilidade à VPI e garantir a qualidade dos dados obtidos através do SINAN é fundamental que o profissional que realiza a notificação preencha corretamente o campo do vínculo do provável agressor com a pessoa atendida, mesmo nos casos em que não se tem certeza de quem seria o agressor. Nesse sentido, é imprescindível que o profissional leia as opções de resposta da variável com atenção, para se evitar utilizar o campo “outro” sem critério.

Referente a análise, a principal limitação foi não ter sido possível obter um grupo comparador que não tivesse sofrido violência, ou seja, foram comparados dois grupos de gestantes negras que tiveram algum tipo de violência (VPI ou outro tipo de violência) como desfecho.

Contribuições dos autores

Cristiane Ferraz Colonese: concepção, redação do artigo e interpretação dos resultados.

Liana Wernersbach Pinto: redação do artigo e análise dos dados.

Referências

1. Bueno S, Martins J, Pimentel A, Lagreca A, Barros B, Lima RS. Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil. 3rd ed. Fórum Brasileiro de Segurança Pública/Datafolha; 2021.
2. Organização Mundial da Saúde. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002.
3. Ribeiro D. Feminismo negro para um novo marco civilizatório. Sur [Internet]. 2016 [citado 2022 jan 18]; 13(24):99-104. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/9-sur-24-por-djamila-ribeiro.pdf>
4. Hooks B. Teoria feminista: da margem ao centro. São Paulo: Perspectiva, 2019.
5. Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, Ryckman KK, Saftlas AF. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2016 jul; 123(8):1289-99. doi: 10.1111/1471-0528.13928.
6. Pacheco J, Lara E, Falheiros T. Dossiê crimes raciais. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública; 2020.
7. Ministério da Economia (BR). Atlas da violência 2020. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2020.
8. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2017; 33 (Suppl 1):1-17. doi: 10.1590/0102-311X00078816
9. Almeida S. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento; 2018.
10. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Brasília). Racismo como determinante social da saúde. Brasília: Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas; 2011.
11. Defilipo EC, Chagas PSC, Ribeiro LC. Violência contra a gestante e fatores associados no município de Governador Valadares. Rev Saude Publica. 2020; 54(235):1-12. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002491
12. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011–2017. Rev Bras Epidemiol. 2020; 23(e200007), supl.1: 1-13. doi: 10.1590/1980-549720200007.supl.1
13. Fiorotti KF, Amorim MHC, Lima EFA, Primo CC, Moura MAV, Leite FMC. Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. Texto Contexto Enferm. 2018; 27 (3):1-11. doi: 10.1590/0104-07072018000810017

14. Musa A, Chojenta C, Loxton D. High rate of partner violence during pregnancy in eastern Ethiopia: Findings from a facility-based study. *PLOS ONE*. 2020 jun; 15(6):1-18. doi: 10.1371/journal.pone.0233907.r006
15. Silva RP, Leite FMC. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2020; 54: 97.
16. Sgobero JKGS, Monteschio LVC, Zurita RCM, Oliveira RR, Mathias TAF. Violência física por parceiro íntimo na gestação: prevalência e alguns fatores associados. *Aquichan*. 2015; 15(3): 339-50. doi:10.5294/aqui.2015.15.3.3
17. Román-Gálvez RM, Martín-Peláez S, Fernández-Félix BM, Zamora J, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Public Health*. 2021; 9(738459):1-8. doi: 10.3389/fpubh.2021.738459
18. Machado DF, Castanheira ERL, Almeida MAS. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 23(Supl. 3):5003-12. doi: 10.1590/1413-812320212611.3.02472020
19. Ribeiro MRC, Pessoa BPT, Sauaia GA, Schraiber LB, Queiroz RCS, Batista RFL et al. Violência contra mulheres antes e durante o período gestacional: diferenças em taxas e perpetradores. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2020 abr-jun; 20(2):503-13. doi: 10.1590/1806-93042020000200010
20. Romio JAF. A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. In: *Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013.
21. Deuba K, Mainali A, Alvesson HM, Karki DK. Experience of intimate partner violence among young pregnant women in urban slums of Kathmandu Valley, Nepal: a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2016 mar; 16(11):1-10. (2016). doi: 10.1186/s12905-016-0293-7
22. Farrokh-Eslamlou H, Oshnouei S, Haghghi N. Intimate partner violence during pregnancy in Urmia, Iran in 2012. *J Forensic Leg Med*. 2014 mai; 24:28-32. doi: 10.1016/j.jflm.2014.03.007
23. Chehuen Neto JA, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015 jun; 20(6):1909-16. doi: 10.1590/1413-81232015206.17212014
24. Santos MME, Souza-Seidl R, Godinho L. *Mulheres, negras e gestoras: porque sim!* Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2021.

25. Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCO, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2019 jan-mar; 19(1):53-62. doi: 10.1590/1806-93042019000100003
26. Kilomba G. *Memórias da plantação - Episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
27. Ministério da Economia (BR). *Atlas da violência 2021*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021.
28. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude soc.* 2016 jul-set; 25(3):535-49. doi: 10.1590/S0104-129020162610
29. Carneiro S. *Mulheres Negras e Violência Doméstica: decodificando os números*. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra; 2017.

5.3 ARTIGO 3

Identificação

A violência contra a gestante pelo parceiro íntimo: uma análise durante o pré-natal

Violence against pregnant women by the intimate partner: an analysis during prenatal care

1. Cristiane Ferraz Colonese, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) / Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Rio de Janeiro/RJ/Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-7637-8419> e cris_fs@yahoo.com.br
2. Liana Wernersbach Pinto, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) / Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Rio de Janeiro/RJ/Brasil, <https://orcid.org/0000-0003-1928-9265> e lianawep@gmail.com

Resumo

Objetivos: definir o perfil e identificar os casos de VPI em gestantes de um serviço de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro.

Métodos: Pesquisa quantitativa realizada com 48 gestantes de um serviço de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. O questionário continha perguntas sobre o perfil, história reprodutiva anterior e de violência durante a vida, informações sobre a gravidez atual e investigação de violência nos últimos doze meses através da *Revised Conflict Tactics Scales*. Foi realizada a descrição das variáveis por meio de suas frequências simples e relativas.

Resultados: A maioria das participantes tinha entre 25-30 anos (33,3%), eram da raça/cor da pele parda (54,0%), 64,0% viviam com parceiro, e possuíam ensino médio completo (43,8%). Antes de descobrirem a atual gravidez, 10,4% das mulheres sofriam algum tipo de violência. Um terço das participantes planejaram a gravidez. Referente a agressão psicológica, as mulheres perpetraram mais (79,2%) do que sofreram (64,6%). Sobre a violência física, 16,7% dos homens perpetraram, sendo que quatro casos foram na forma grave.

Conclusões: É fundamental que haja uma forma padronizada de rastreamento da VPI durante a gravidez nos serviços de pré-natal e que o profissional de saúde esteja preparado para cuidar dessa população no que tange a sua prevenção, notificação, investigação e acompanhamento do caso em rede.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Gravidez; Violência por Parceiro Íntimo; Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde; Desfecho.

Abstract

Objectives: define the profile and identify cases of IPV in pregnant women at a primary health care service in the city of Rio de Janeiro.

Methods: Quantitative research carried out with 48 pregnant women from a primary health care service in the city of Rio de Janeiro. The questionnaire contained questions about the profile, previous reproductive history and violence during life, information about the current pregnancy and investigation of violence in the last twelve months through the *Revised Conflict Tactics Scales*. The description of the variables was carried out through their simple and relative frequencies.

Results: Most participants were between 25-30 years old (33.3%), were of mixed race/skin color (54.0%), 64.0% lived with a partner, and had completed high school (43, 8%). Before discovering their current pregnancy, 10.4% of women suffered some type of violence. A third of the participants planned the pregnancy. Regarding psychological aggression, women perpetrated more (79.2%) than suffered (64.6%). Regarding physical violence, 16.7% of men perpetrated it, and four cases were in the severe form.

Conclusions: It is essential that there is a standardized way of screening for IPV during pregnancy in prenatal services and that the health professional is prepared to take care of this population in terms of prevention, notification, investigation and monitoring of the case in the network.

Keywords: Violence Against Women; Pregnancy; Intimate Partner Violence; Prenatal Care; Primary Health Care; Outcome.

Introdução

A violência pelo parceiro íntimo (VPI) é definida como um “comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores”.¹⁻¹² Essa definição cobre a violência perpetrada pelos cônjuges e parceiros atuais e passados, sendo que a VPI é na maioria das vezes perpetrada pelos homens contra meninas e mulheres. A VPI contra a mulher é uma violação dos direitos humanos, estando associada a desfechos imediatos e a longo prazo na saúde das vítimas, incluindo traumatismos físicos, gravidez indesejada, aborto, complicações ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis e transtorno de estresse pós-traumático.¹

No Brasil, pesquisa realizada com os dados do SINAN apontou que no período de 2011 a 2018 foram notificados 74.256 casos de violência contra a gestante com idade entre 11 e 49 anos, representando 7,4% do total de notificações de violência contra a mulher no país. Essa violência aconteceu mais na faixa etária entre 20 a 29 anos (37,0%), pretas/pardas (54,4%), com ensino fundamental incompleto (34,2%) e solteiras (48,1%). A violência de maior ocorrência foi a física (61,9%). O parceiro ou ex-parceiro (50,5%) foi o agressor mais descrito pelas gestantes.²

Outras pesquisas no Brasil também apontaram números elevados de VPI contra a mulher durante a gravidez, como o estudo com gestantes no Maranhão que identificou que a violência psicológica foi maior na gestação (48,4%) do que nos doze meses anteriores à esta (36,4%).³ Já no Rio de Janeiro, estudo realizado em um serviço de atenção primária à saúde (APS), identificou que 7% das adolescentes grávidas referiram ter sofrido violência física.⁴ No Recife, pesquisa que entrevistou puérperas de uma maternidade encontrou prevalência de violência física de 13,1% e 7,4% antes e durante a gravidez, respectivamente.⁵

Referente a assistência à gestante, o serviço de APS é a porta de entrada preferencial desta no sistema de saúde. Este local precisa ser o ponto de atenção estratégico para o acolhimento das suas demandas, através do atendimento longitudinal e contínuo durante toda a gestação. O acompanhamento pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna.⁶

Quando uma mulher procura atendimento em um serviço de APS na suspeita de uma gravidez se dará o início de um ciclo de construção de vínculo. O profissional da equipe de APS precisa mostrar-se aberto para ouvir suas demandas e permitir que a gestante exponha seus sentimentos e vivências. Será no atendimento pré-natal que a VPI deverá ser abordada. A

identificação precoce da VPI contra a mulher durante o pré-natal é fundamental para evitar um desfecho perinatal negativo, o aborto e a mortalidade materna.

A VPI contra a gestante é um problema de saúde pública que precisa ganhar visibilidade dentro da APS, por isso sua identificação no pré-natal se faz necessária para evitar complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido. Entretanto, nem sempre os profissionais da APS estão preparados para realizar o atendimento de gestantes que sofrem VPI.⁷

Assim, com intuito de aprofundar a análise da VPI contra a gestante, esse estudo teve como objetivo definir o perfil e identificar os casos de VPI em gestantes de um serviço de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro.

Métodos

Trata-se de um estudo de painel realizado com gestantes de um serviço de APS no município do Rio de Janeiro, na Área Programática 2.1. Cada gestante que participou do estudo respondeu uma única vez o questionário no formato de entrevista enquanto estava fazendo seu acompanhamento de pré-natal.

Os critérios de inclusão foram: gestantes com idade igual ou maior que 18 anos, residentes ou não da área adscrita da estratégia saúde da família (ESF), cadastradas nas equipes de saúde da família, que procuraram a unidade para realizar algum atendimento em consultório ou procedimento. Os critérios de exclusão foram: estrangeiras que não falassem português; gestantes que não realizaram o pré-natal na unidade ou que tinham data prevista para o parto posterior a abril de 2022 (mês limite para realização da coleta de dados).

O questionário tinha quatro blocos, tendo sido utilizadas neste trabalho as seguintes variáveis:

- parte I - perfil da gestante: idade; raça/cor da pele; situação conjugal; prática religiosa; escolaridade; tem trabalho/emprego/negócio; desemprego tem relação com a pandemia; pandemia afetou a renda da família; recebe auxílio do governo; com quais pessoas mora; reside em território de favela/comunidade; tipo de moradia que reside; sintomas de Covid-19; teste de Covid-19; tomou a vacina contra Covid-19; pretende se vacinar contra Covid-19; convênio ou plano de saúde; deficiência; faz uso de medicamento/remédio; qual medicamento; consumo de bebida alcoólica; consumo de tabaco.
- parte II - história reprodutiva anterior e de violência durante a vida: primeira gravidez; número de vezes que engravidou; número de filhos; história de ter feito aborto; motivo

do aborto; como fez o aborto; precisou ir a um serviço de saúde depois do aborto; história de aborto espontâneo; motivo de ter feito aborto espontâneo; teve alguma gravidez de alto risco; motivo da gravidez de alto risco; fez pré-natal; motivo por não ter feito pré-natal; onde fez o pré-natal; tipo de parto; parto prematuro; motivo do parto prematuro; sofria violência antes de descobrir a atual gravidez; sofreu violência durante alguma gravidez passada; quando sofreu a violência; tipo de violência sofrida; agressor da violência na gestação; já foi humilhada, insultada, intimidada ou ameaçada?; você já se sentiu controlada por alguém?; você já foi empurrada, chutada, arrastada, espancada ou estrangulada, queimada de propósito, levou um soco ou um golpe físico?; você já foi ameaçada ou usaram contra você uma arma (de fogo ou faca)?; você já foi fisicamente forçada para ter relações sexuais quando não queria?; você já teve uma relação sexual porque estava com medo?; você já foi forçada a uma prática sexual que achava humilhante ou degradante?; você sofreu maus-tratos quando era criança ou adolescente?; quem foi o agressor ou agressora da(s) violência(s) sofrida(s)?

- parte III - informações sobre a gravidez atual: trimestre de gravidez; gravidez é do parceiro atual; planejou a gravidez; fazia uso de método contraceptivo; qual método?; precisou interromper o uso do método por causa da pandemia; como você se sentiu quando soube que estava grávida?; gravidez de alto risco; motivo do alto risco; início do pré-natal; local que faz o pré-natal; profissional que faz o pré-natal perguntou sobre violência no pré-natal; gosta do pré-natal.
- parte IV - investigação de violência sofrida: instrumento CTS2.

Para investigação da violência contra a gestante foi aplicado o instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) na versão em português publicada por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002). A CTS2 é utilizada para identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação de namoro, casamento ou afins. Esta contém 78 itens que descrevem possíveis ações do respondente e, reciprocamente, de seu companheiro. Ela é composta por cinco dimensões, sendo que três contém itens abarcando táticas de resolução de conflitos através de negociação, agressão psicológica e violência física, e duas contém informações sobre as possíveis consequências da violência na saúde individual do respondente e de seu companheiro, e a existência de coerção sexual no relacionamento do casal.⁸ Para cada pergunta da CTS2 as variáveis de resposta eram: alguma vez reagiu assim no último ano e nunca reagiu dessa forma. Bastando apenas uma pergunta afirmativa dentro de cada dimensão para considerar como presente.

O período de realização das entrevistas foi de junho a setembro de 2021. Durante esse período foram registradas pela pesquisadora do estudo 128 gestantes fazendo pré-natal na unidade. Desse total, duas foram excluídas por serem menores de idade, três por não falarem português, cinco por recusa, nove faltaram a consulta no dia da entrevista e nove estavam com data do parto para depois de abril. Além disso, não foi possível acessar todas as gestantes uma vez que as consultas aconteciam de forma concomitante ou em dias em que a pesquisadora não se encontrava no posto. Assim, foram entrevistadas 50 gestantes, porém duas não aceitaram responder a CTS2 e saíram do estudo. O grupo estudado é composto por 48 participantes.

Os dados foram organizados em um banco do *software SPSS 24*, sendo realizada a descrição de todas as variáveis por meio de suas frequências simples e relativas.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, conforme preconizam as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e durante a realização das entrevistas foi garantida a privacidade e confidencialidade.

Resultados

Sobre o perfil das gestantes entrevistadas, observa-se na Tabela 1 que a maioria tinha entre 25-30 anos (33,3%), eram da raça/cor da pele parda (54,0%), 64,0% viviam com companheiro ou namorado. Referente a prática religiosa, mais da metade das mulheres referiram ter uma, sendo a maior parte evangélica (14) ou católica (11).

A escolaridade de 43,8% era ensino médio completo. A maior parte delas (75,0%) tinha algum trabalho, sendo a maioria na área de atendimento ao público em comércio ou como autônoma. Apenas seis gestantes referiram que sua condição de desemprego tinha relação com a pandemia de Covid-19. Entretanto, a pandemia impactou negativamente 28 mulheres que disseram ter diminuído a renda da família durante o período. A maioria das gestantes (70,8%) residiam em território de comunidade ou favela e 60,4% moravam em uma casa alugada ou cedida.

Do total, mais de 70% apresentaram sintomas de Covid-19 no último ano. daquelas que fizeram o teste de Covid-19 (21), 38,1% tiveram o resultado positivo. Referente a vacinação contra a covid-19, apenas duas participantes disseram que não iriam se vacinar.

A maior parte das entrevistadas não tinha plano de saúde. Sobre ter deficiência, uma gestante descreveu dificuldade visual e uma outra problemas físicos. Sobre o consumo de

medicamentos, 39,6% faziam uso, sendo o mais comum o grupo das vitaminas. Aproximadamente 20% da amostra consumia álcool e quatro mulheres eram tabagistas.

Tabela 1. Perfil das gestantes atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. (n= 48)

Variável	n	%
Idade		
19-24 anos	12	25,0
25-30 anos	16	33,3
31-36 anos	12	25,0
37-42 anos	8	16,7
Raça/cor da pele		
Branca	11	23,0
Parda	26	54,0
Preta	11	23,0
Situação conjugal		
Casada	12	25,0
Separada	1	2,1
Solteira	6	12,5
Vive com companheiro/namorado	29	60,4
Prática religiosa (sim)	27	56,2
Escolaridade		
Analfabeta	1	2,0
Ensino fundamental incompleto	5	10,4
Ensino fundamental completo	2	4,2
Ensino médio incompleto	4	8,3
Ensino médio completo	21	43,8
Ensino superior incompleto	8	16,7
Ensino superior completo	7	14,6
Trabalho/emprego/negócio (sim)	36	75,0
Desemprego tem relação com a pandemia (sim)	6	50,0
A pandemia afetou a renda da família		
Não	18	37,5
Sim, aumentou a renda	2	4,2
Sim, diminuiu a renda	28	58,3
Recebe auxílio do governo (sim)	18	37,5
Com quais pessoas mora*		
Companheiro/marido	39	81,2
Pai e/ou mãe	6	12,5
Filhos	23	47,9
Outros parentes	7	14,6
Mora sozinha	2	4,2
Reside em território de favela/comunidade (sim)	34	70,8
Tipo de moradia que reside		
Alugada/cedida	29	60,4
Própria	19	39,6
Sintomas de Covid-19 (sim)	35	72,9
Teste de Covid-19 positivo (sim)	8	38,1
Tomou a vacina contra Covid-19		
Sim, uma dose	18	37,5
Sim, duas doses	10	20,8

Continua

Tabela 1 – Continuação

Variável	n	%
Pretende se vacinar contra Covid-19		
Não	2	10,0
Sim	16	80,0
Não sabe	2	10,0
Convênio ou plano de saúde (sim)	8	16,7
Faz uso de medicamento/remédio (sim)	19	39,6
Consumo de bebida alcoólica (sim)	10	20,8
Consumo de tabaco (sim)	4	8,3

*Possível responder mais de um item.

Segundo a Tabela 2, para a maior parte das participantes (60,4%) não era a primeira vez que engravidavam. Sobre o aborto provocado, foram feitos sete relatos, sendo que destes apenas em um o procedimento foi realizado em clínica com um profissional. Após o aborto, em quatro casos as mulheres precisaram procurar um serviço de saúde para assistência.

Os motivos de terem feito o aborto foram: muito jovem para ter filho; dependente financeiramente; medo; família não aceitou a gravidez; já tinha um ou dois filhos pequenos; sofria VPI. Duas participantes que realizaram aborto referiram que sofreram VPI do companheiro na gestação, destas uma sofreu violência física e a outra violência psicológica e sexual.

O aborto espontâneo ocorreu em oito casos. Em quatro situações as participantes não sabiam o motivo do aborto; uma referiu como causa saco gestacional vazio e outra referiu um acidente com sua irmã que lhe gerou muita ansiedade. A VPI foi descrita em dois relatos como motivo do aborto espontâneo. Uma participante, que se encontrava no início da gravidez, referiu queda durante briga com o namorado, que a agrediu fisicamente, ocasionando a perda do bebê. Outra participante relatou aborto espontâneo com 20 semanas, pois sofria violência psicológica do parceiro, o que causou aumento da sua pressão arterial com consequente aborto. O namorado não aceitava a gravidez e chegou a agredi-la fisicamente uma vez enquanto estava grávida.

Sobre ter alguma gravidez passada de alto risco, quatro mulheres disseram que sim. Uma participante referiu a VPI que sofria do companheiro como o motivo de ter que fazer pré-natal de alto risco, pois havia a chance de ter parto prematuro.

Do total de gestações ocorridas com as participantes, 69,2% disseram que foram realizadas mais de seis consultas de pré-natal. O principal tipo de parto foi o normal (75,7%). Apenas duas mulheres referiram parto prematuro, sendo que uma relatou que a causa foi porque sofria VPI.

Antes de descobrir a atual gravidez, 10,4% das mulheres sofriam algum tipo de violência. A vivência de violência durante alguma gravidez passada foi descrita em onze casos. O momento da gestação em que ocorreu a violência variou, tendo ocorrido ao longo de toda gravidez para quatro mulheres. O tipo de violência mais descrita foi a psicológica (91,0%), seguida pela física (72,7%). O agressor da violência foi o marido ou companheiro em 81,9% dos casos.

Tabela 2. História reprodutiva anterior das gestantes atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. (n= 48)

Variável	n	%
Primeira gravidez (sim)	19	39,6
Número de vezes que engravidou		
Duas	14	48,3
Três	8	27,6
Quatro	5	17,2
Cinco	2	6,9
Número de filhos		
Um	13	56,5
Dois	6	26,1
Três	3	13,1
Quatro	1	4,3
História de ter feito aborto? (sim)	7	14,5
Como fez o aborto		
Sozinha ou com ajuda de amigas	6	85,7
Foi em clínica, com uma pessoa que faz abortos	1	14,3
Precisou ir a um serviço de saúde depois do aborto? (sim)	4	57,1
História de aborto espontâneo? (sim)	8	16,7
Teve alguma gravidez de alto risco? (sim)	4	8,3
Fez pré-natal		
Não	12	23,1
Sim, menos de seis consultas	4	7,7
Sim, mais de seis consultas	36	69,2
Onde fez pré-natal		
Clínica da família ou posto de saúde	22	55,0
Consultório particular	8	20,0
Hospital público	10	25,0
Tipo de parto		
Cesárea	9	24,3
Normal	28	75,7
Parto prematuro (sim)	2	5,4
Sofria violência antes de descobrir a atual gravidez (sim)	5	10,4
Sofreu violência durante alguma gravidez passada (sim)	11	21,2
Quando sofreu a violência?		
Primeiro trimestre	4	36,4
Segundo trimestre	2	18,1
Terceiro trimestre	1	9,1
Toda a gestação	4	36,4

Continua

Tabela 2 – Continuação

Variável	n	%
Tipo de violência sofrida*		
Física	8	72,7
Psicológica	10	91,0
Negligência	4	36,4
Sexual	5	45,4
Agressor da violência na gestação*		
Namorado/companheiro/marido	11	18,2
Pai	1	9,1
Mãe	2	18,2

*Possível responder mais de um item.

Na Tabela 3 são descritas as formas de violência sofridas pelas participantes durante o decorrer da vida. O principal agressor foi o marido ou companheiro em 25% dos casos. Destacam-se que 64,6% das mulheres já sofreram algum tipo de humilhação, insulto, intimidação ou ameaça, 41,7% já se sentiram controladas por alguém, 41,7% sofreram violência física e 22,9% sofreram ameaça. O estupro ocorreu com sete mulheres e 11 sofreram maus-tratos quando eram criança ou adolescente.

Tabela 3. História de violência durante a vida das gestantes atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. (n= 48)

Variável	n	%
Já foi humilhada, insultada, intimidada ou ameaçada?		
Não	17	35,4
Sim	31	64,6
Você já se sentiu controlada por alguém?		
Não	28	58,3
Sim	20	41,7
Você já foi empurrada, chutada, arrastada, espancada ou estrangulada, queimada de propósito, levou um soco ou um golpe físico?		
Não	28	58,3
Sim	20	41,7
Você já foi ameaçada ou usaram contra você uma arma (de fogo ou faca)?		
Não	37	77,1
Sim	11	22,9
Você já foi fisicamente forçada para ter relações sexuais quando não queria?		
Não	41	85,4
Sim	7	14,6
Você já teve uma relação sexual porque estava com medo?		
Não	39	81,2
Sim	9	18,8

Continua

Tabela 3 – Continuação

Variável	n	%
Você já foi forçada a uma prática sexual que achava humilhante ou degradante?		
Não	43	90,0
Sim	5	10,0
Você sofreu maus-tratos quando era criança ou adolescente?		
Não	37	77,1
Sim	11	22,9
Quem foi o agressor ou agressora da(s) violência(s) sofrida(s)?*		
Namorado	11	22,9
Companheiro/marido	12	25,0
Mãe	10	20,8
Pai	5	10,4
Padrasto/madrasta	1	2,1
Avô/Avó	1	2,1
Outro	17	35,4

*Possível responder mais de um item.

Na Tabela 4 é possível observar que a maior parte das gestantes se encontravam no segundo ou no terceiro trimestre de gravidez quando foram entrevistadas. Sobre a gravidez ser do parceiro atual, 89,6% afirmaram que sim. Um terço das participantes planejaram a gravidez e 58,3% utilizavam algum método contraceptivo antes de engravidar. O método mais utilizado foi a pílula, seguido pela camisinha masculina. Metade das gestantes referem ter ficado satisfeitas com a descoberta da gravidez. Duas participantes referiram o desejo de interromper a gestação, mas desistiram.

Alguns problemas com o uso de métodos contraceptivos foram descritos, como: a falta de acesso ao método pelo SUS; gravidez que ocorreu durante a troca de método; não ter feito uso de nenhum método; uso incorreto ou falha do método que usava.

A gravidez era de alto risco para cinco mulheres. Mais de 80% das gestantes iniciaram o pré-natal antes de 12 semanas de gravidez. Os motivos para o atraso no pré-natal variaram, sendo a descoberta tardia da gravidez a principal razão. Uma gestante referiu que atrasou o início do pré-natal porque pensou em abortar, devido o ex-parceiro não aceitar a gravidez e sofrer violência psicológica da sogra.

Todas as entrevistadas faziam pré-natal no local do estudo e aproximadamente 90% estavam fazendo intercalado com enfermeiro e médico. Durante o pré-natal, até o momento da entrevista, apenas 25% das gestantes tinham sido questionadas pelo profissional de saúde que lhes acompanhava sobre sofrer violência ou não.

A maior parte das entrevistadas (87,5%) gostava da forma como o pré-natal estava sendo realizado. Os motivos descritos para não gostarem do pré-natal foram: mudança constante do

profissional que lhe atende; orientações insuficientes; poucas consultas com o médico; consulta incompleta; posto não tem todos os exames; gostaria de fazer o pré-natal com obstetra; demora para conseguir agendar a primeira consulta.

Tabela 4. História da gravidez atual das gestantes atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. (n= 48)

Variável	n	%
Trimestre de gravidez		
Primeiro	3	6,2
Segundo	23	48,0
Terceiro	22	45,8
Gravidez é do parceiro atual (sim)	43	89,6
Quando ficou grávida você		
Não queria engravidar	17	35,4
Queria engravidar naquele momento	16	33,3
Queria esperar mais tempo	15	31,3
Utilizava algum método contraceptivo (sim)	28	58,3
Precisou interromper o uso do método por causa da pandemia (sim)	2	4,2
Como você se sentiu quando soube que estava grávida		
Insatisfeita	13	27,1
Mais ou menos satisfeita	11	22,9
Satisfeita	24	50,0
Gravidez de alto risco (sim)	5	10,4
Diabetes gestacional	3	60,0
Diabetes tipo I	1	20,0
HIV/Aids	1	20,0
Início do pré-natal		
Antes de 12 semanas	40	83,3
Mais de 12 semanas	8	16,7
Local que faz o pré-natal*		
Estratégia Saúde da Família	48	100
Ambulatório de hospital público	3	6,2
Consultório particular	4	8,3
Profissional perguntou sobre violência no pré-natal (sim)	12	25,0
Gosta do pré-natal (sim)	42	87,5

*Possível responder mais de um item.

A Tabela 5 apresenta o resultado da aplicação da CTS2, estando descritos os valores encontrados para os cinco domínios da escala tanto para a mulher perpetrando, como para o homem.

Na tática de resolução de conflito através da negociação todas as participantes tiveram esse domínio presente, enquanto para os seus parceiros apenas três negaram a ocorrência de negociação na relação. As perguntas com mais respostas presentes para essa variável foram “Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele? Seu companheiro mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?”.

Referente a agressão psicológica, as mulheres perpetraram mais (79,2%) do que sofreram (64,6%). Na agressão psicológica menor quando o homem perpetrar, destaca-se que 31,3% gritaram ou berraram com suas companheiras e 47,9% viraram as costas e foram embora no meio de uma discussão.

Sobre a violência física, 16,7% dos homens perpetraram, sendo que quatro casos foram na forma grave. A violência física menor mais sofrida pelas participantes foi ser segurada pelo seu companheiro com força, sendo essa mesma forma a mais perpetrada por elas também. Houve apenas um caso de injúria relatado para ambos os perpetradores. A coerção sexual foi mais perpetrada pelos homens, total de seis casos, sendo de maior ocorrência insistir em fazer sexo quando sua companheira não queria sem usar força física.

Tabela 5. História de violência nos últimos doze meses das gestantes atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. (n= 48)

Variável	Homem perpetrando		Mulher perpetrando	
	n	%	n	%
Negociação	45	93,8	48	100
Agressão psicológica				
Menor	28	58,3	36	75,0
Grave	9	18,8	14	29,2
Total	31	64,6	38	79,2
Violência física				
Menor	8	16,7	12	25,0
Grave	4	8,3	2	4,2
Total	8	16,7	12	25,0
Injúria				
Menor	Ausente		1	2,1
Grave	1	2,1	1	2,1
Total	1	2,1	1	2,1
Coerção sexual				
Menor	6	12,5	2	4,2
Grave	1	2,1	Ausente	
Total	6	12,5	2	4,2

Discussão

Sobre o perfil das participantes do estudo, a maioria tinha idade entre 19 e 36 anos, eram de raça/cor da pele parda, viviam com um companheiro ou namorado, tinham ensino médio completo e trabalhavam. Dados similares a esses também podem ser vistos em uma pesquisa nacional, pois em todas as regiões do país em 2018, dos 2.932.443 nascidos vivos, as variáveis sociodemográficas maternas foram: aproximadamente 80% tinham entre 20 e 39 anos, 53,9% tinham companheiros, 55,3% eram de raça/cor da pele parda e 60,6% possuíam de 8 a 11 anos de estudo.⁹

Como visto no perfil das participantes nesse estudo, uma parte importante das gestantes residia em território de comunidade, precisava pagar aluguel mensal, tinha um filho ou mais, não tinha plano de saúde e por isso precisava realizar o acompanhamento de pré-natal no serviço de APS do bairro onde morava. Referente as gestações anteriores, observou-se que um terço das participantes não fez pré-natal ou fez menos de seis consultas. Contudo, a maioria fez acompanhamento pelo SUS. Chamou atenção o número alto de mulheres que relataram ter sofrido algum tipo de VPI psicológica e física durante as gravidezes anteriores. A violência em algum momento da vida das gestantes foi avaliada em outro estudo similar que apontou percentual de 33% desse agravo¹⁰, valor bem inferior ao encontrado na presente pesquisa.

A VPI afeta a mulher em vários aspectos da sua vida inclusive no planejamento reprodutivo. Sabe-se que a VPI contra a mulher na vida adulta pode levá-la a falta de controle de fertilidade e da sua autonomia pessoal. As mulheres que sofreram abusos têm taxas mais altas de gravidez não desejada e abortos. Assim como descrito nos resultados desse estudo, outros autores apontam a VPI durante a gravidez como estando associada a ocorrência de eventos adversos, como o aborto espontâneo, parto prematuro e óbito fetal.¹ Aquelas mulheres mais jovens, com menor renda e menor escolaridade, que iniciariam a vida sexual antes dos 14 anos e que desejaram interromper a gravidez foram as que mais frequentemente sofreram violência durante a gravidez em outro estudo.¹¹

Sobre o aborto provocado, essa prática foi a solução encontrada por algumas participantes para lidar com uma gravidez indesejada. Tal achado também foi apontado por uma pesquisa no Recife que entrevistou 738 mulheres em idade fértil cadastradas na ESF. Esse estudo mostrou que 13,4% das mulheres realizaram aborto em algum momento de suas vidas, sendo que a chance de ter tido um ou mais abortos provocados foi 1,7 vezes maior para as que relataram alguma forma de VPI. Contudo, essa pesquisa apontou prevalência maior de aborto provocado para as mulheres com mais de 30 anos e para aquelas com até sete anos de estudo.¹²

Diferente desses achados, no Distrito Federal pesquisa com grávidas não identificou nenhum caso de aborto provocado em gestações anteriores, apenas de espontâneo (18%).¹⁰

Sobre a história da gravidez atual, a maior parte das mulheres não planejou a gravidez. Entretanto, a maioria conseguiu iniciar o pré-natal antes de 12 semanas de gestação e todas faziam acompanhamento no local de estudo. A falta de acesso aos métodos contraceptivos na unidade de APS pode estar relacionada as dificuldades do casal em evitar uma possível gravidez indesejada. Semelhante a esse achado, pesquisa realizada com 126 puérperas de um hospital em Uberaba apontou que 64,3% destas não haviam planejado a gravidez, entretanto a maioria (89,7%) disse que a gravidez era desejada.¹³ Além disso, a literatura aponta que a VPI está relacionada a gravidez indesejada, maior paridade e menor idade da mulher na primeira união. Associado a isso, estão os comportamentos de alto risco que são significativamente mais frequentes entre as vítimas de VPI, como o tabagismo, o uso nocivo de álcool, drogas e sexo não seguro.¹

Referente a história de violência na gravidez atual, através da CTS2 foi possível obter os dados sobre VPI, tanto da mulher perpetuando, como do seu parceiro. As formas de negociação das situações de conflito e desentendimento entre o casal ocorreu para todas as gestantes e para quase todos os parceiros. Isso demonstra que o diálogo e o respeito estavam presentes na vida dessas mulheres como forma de resolução dos problemas entre o casal. Entretanto, mesmo existindo formas de negociação não violenta na relação, a maior parte dos casais cometeram agressão psicológica, destacando-se as mulheres como as mais perpetuadoras. Sabe-se que este tipo de violência contribui para o desgaste das relações e, de tanto se repetir, torna-se “natural”, contudo, tem-se que a ocorrência de violência no relacionamento com o parceiro produz sofrimento para ambos, mulheres e homens.¹⁴

Assim, observa-se que os casais usaram a agressão psicológica como tática de conflito e que homens e mulheres se agrediram mutuamente, reforçando a ideia de que a violência é relacional. Sobre esse assunto, pesquisa realizada em Juiz de Fora mostrou que os homens entrevistados tiveram dificuldade de se declararem vítimas de suas parceiras e que em algumas situações estes realmente não se veem como vítimas, mesmo quando relatam ter sofrido agressão, sendo a violência psicológica a principal forma sofrida.¹⁵

A partir dos achados sobre VPI nesse estudo, é preciso destacar que durante o pré-natal, o profissional de saúde que acompanha a gestante precisa realizar um levantamento de todo o histórico desta, tanto social, como econômico e de saúde. É fundamental estabelecer desde o início uma relação de confiança que permita que a gestante consiga falar sobre temas que lhe afetam, incluindo o aborto, a VPI, os motivos de não ter feito pré-natal e as causas de gravidez

de alto risco. Entender como ocorreu cada gestação anterior, da concepção ao parto, poderá evitar que na presente gestação haja um desfecho negativo para a gestante e seu concepto. Muitas respostas podem ser encontradas através de simples perguntas, por isso é tão importante incluir a investigação da VPI na gestação. A garantia de sigilo das informações e a privacidade para a comunicação são fundamentais para que a VPI seja identificada e seus efeitos mitigados.

Por isso, é importante avaliar a ocorrência de VPI antes e durante cada gestação, correlacionando com os desfechos da gravidez. Isso significa dizer que cada gestação acontece em um momento diferente da sua história de vida e que um novo ciclo de inicia. O que pode ser visto nesse estudo através dos relatos das grávidas que já estiveram em relacionamentos abusivos quando mais jovens e conseguiram romper com o ciclo da violência e se encontravam com novos parceiros. Nesse sentido, é importante entender como é a relação da mulher com seu parceiro, pois já foi relatado por outros autores que o fato de este não desejar ou não aceitar a gravidez é um fator que aumenta a intensidade ou desencadeia a VPI.¹⁶

A VPI pode ser identificada através das expressões faciais ou comportamentais das mulheres e na observação do casal, quando o parceiro está presente na consulta e há conflito entre os dois. Contudo, autores apontam que o profissional pode ter dificuldades para abordar o assunto da VPI com a mulher.¹⁶ Tal fato pode ser corroborado com o relato da maioria das participantes desse estudo que disseram que não haviam sido questionadas durante o pré-natal sobre esta sofrer VPI e através da pesquisa do Distrito Federal que apontou que a maioria das gestantes entrevistadas (83%) em um serviço de APS respondeu que o tema violência não foi abordado durante o pré-natal.¹⁰

Sobre o atendimento as gestantes no Brasil, a Pesquisa Nascer no Brasil encontrou maior proporção de assistência pré-natal inadequada em mulheres adolescentes, pretas, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas, multíparas, sem companheiro, sem trabalho remunerado e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país. Essa pesquisa mostrou a necessidade de políticas públicas voltadas para redução das desigualdades étnico-raciais na assistência à saúde, pois a dimensão socioeconômica isolada não contempla o conjunto de desigualdades a que estão expostas as mulheres negras.¹⁷

Além disso, um estudo em Uberaba apontou que apenas 1,7% das puérperas não ficaram satisfeitas com o atendimento recebido durante o pré-natal e 4,8% não fizeram pré-natal. A gravidez não desejada e a insatisfação com o único serviço de pré-natal disponível foram apontadas como os motivos para as mulheres não fazerem pré-natal.¹³

Algumas dessas desigualdades se agravaram devido a pandemia de Covid-19, pois sabe-se que esta refletiu no sistema de saúde, causando déficit, mas também causou o aumento do desemprego e cortes salariais.¹⁸ Como visto nesse estudo, mais da metade das participantes referiram que tiveram redução da renda mensal por conta da pandemia e um terço recebia auxílio do governo. Tais fatos podem ter levado as mulheres desse estudo a perda de autonomia financeira. Esse achado é preocupante, pois sabe-se que a dependência econômica da gestante em relação ao parceiro é apontada como uma dificuldade para o enfrentamento da VPI, pois a falta de autonomia financeira gera dificuldades de esta romper com o ciclo da violência¹⁹, como também a sua dependência financeira está associada a VPI.¹⁰

As participantes desse estudo descreveram alguns problemas com o uso dos métodos contraceptivos, como apontado nos resultados. Tais problemas podem ter ocorrido pelas barreiras impostas pela pandemia de Covid-19 nesse serviço de APS, pois houve redução importante da carga horária dos enfermeiros e médicos para o atendimento de consultas de rotina e suspensão das atividades de promoção à saúde voltadas para esse público.

A falta do serviço ofertado pela APS no campo do planejamento reprodutivo impacta negativamente a vida de muitas mulheres. Nesse sentido, sabe-se que uma gravidez não planejada e/ou a insatisfação da mulher ao descobri-la influenciam na qualidade da assistência pré-natal, podendo resultar em um início tardio do acompanhamento gestacional, com consequente realização de um número de consultas menor.²⁰

Nesse contexto, o acompanhamento de pré-natal é um serviço tão importante na rede de assistência à mulher vítima de violência, pois esta terá mais contato com os profissionais, o que poderá gerar um vínculo maior com a sua equipe de saúde, favorecendo a identificação do caso. Contudo, o que se vê na prática é que a maior parte dos casos de VPI contra a gestante não são notificados, constituindo a invisibilidade da situação.¹⁹

Sobre a violência contra a gestante, outros estudos no Brasil apontam sua prevalência, porém foram utilizadas outras formas para mensurá-la. Estes obtiveram percentuais inferiores em relação a todos os tipos de violência contra a gestante quando comparados com os resultados desse estudo. Por exemplo, no Espírito Santo pesquisa com 330 puérperas utilizou o Instrumento *Violence Against Women (WHO VAW)*, encontrando a violência psicológica como a mais prevalente (16,1%), seguida pela física (7,6%) e pela sexual (2,7%).¹¹ Já no Distrito Federal, para mensurar a violência contra 178 gestantes foi utilizado o instrumento *Abuse Assessment Screen (AAS)*. Foi encontrado prevalência de violência psicológica igual a 16%, física de 4% e sexual de 0,6%.¹⁰

No Japão, em uma pesquisa, utilizou-se apenas duas perguntas para mensurar a VPI durante a gestação, um referente a violência física e a outra sobre violência verbal. Essas perguntas foram desenvolvidas baseadas na *The Revised Conflict Tactics Scale* (CTS) e reduzidas em duas para minimizar a sobrecarga das participantes. Do total de 6590 mulheres, 1,2% sofreram VPI física e 10,8% VPI verbal.²¹

Pesquisa no Malawi, utilizou um questionário próprio para mensurar a VPI na gestação, havendo perguntas sobre a frequência de possíveis atos cometidos contra a gestante pelo parceiro. Do total de 292 mulheres, estas experimentaram abuso psicológico (28,1%), físico (13,6%) e sexual (28,9%) durante a gestação.²²

Esses diferentes resultados de VPI contra a gestante mostram que, independentemente do instrumento de mensuração utilizado, a prevalência desse agravo na gestação é alta, podendo variar a partir das características específicas da população estudada. Contudo, é notória a importância de se usar instrumentos que sejam validados na língua de aplicação e específicos para mensurar violência pelo parceiro íntimo durante a gestação. A aplicação da CTS2 mostrou-se uma tarefa cansativa para quem aplicava e para quem respondia. Mesmo assim as gestantes mostraram-se abertas para responder até o fim.

Dados de uma pesquisa sobre violência conjugal apontaram que o cotidiano do casal é marcado por brigas e discussões constantes, provocadas pela inabilidade em lidar com as diferenças existentes em os dois. A violência relacional afetou a saúde dos participantes em vários aspectos e foi ressaltado os possíveis danos psicológicos causados aos filhos, que geralmente presenciam as agressões entre os pais. Por isso reforça-se a necessidade de estudos que tenham a perspectiva relacional sobre a violência conjugal, permitindo identificar e conhecer melhor esse tipo de violência na sua origem, ou seja, nas relações sociais de gênero. Ao adotar essa perspectiva, seria possível construir uma política de apoio e assistência a homens e mulheres que se agridem no relacionamento.¹⁴

Sobre a conduta do profissional na identificação da VPI contra gestantes, uma pesquisa realizada com enfermeiros do Rio de Janeiro evidenciou que todos esses conhecem a ficha de notificação de VPI, contudo oito profissionais relataram que a sobrecarga de trabalho dificulta a abordagem do caso, o preenchimento da ficha e o acompanhamento das situações de VPI. Referente aos encaminhamentos dos casos detectados, a maioria dos entrevistados relataram que se sentem inseguros e com dúvidas sobre alguns serviços da rede de apoio às mulheres em situação de VPI.¹⁶

A alta rotatividade dos profissionais de saúde da ESF foi apontado em pesquisa realizada em Porto Alegre como uma dificuldade na identificação da VPI contra a gestante, pois gera

vínculo frágil da mulher com o serviço e com os profissionais de saúde. Além de este serviço ter limitações em assistir e acompanhar gestantes em situação de VPI, pois os enfermeiros tendem a encaminhar as vítimas para outros serviços, transferindo a responsabilidade do cuidado para outro profissional, e por vezes não sabendo qual foi o desdobramento do caso e se este foi resolvido.¹⁹

Mesmo havendo aumento da cobertura pré-natal quase universal, a Pesquisa Nascer no Brasil também apontou que ainda persistem desigualdades no acesso a um cuidado adequado que teria potencial de reverter os indicadores perinatais desfavoráveis observados no Brasil. Assim, é essencial que as estratégias estejam voltadas para as populações menos favorecidas socialmente, com o intuito de facilitar o ingresso precoce no pré-natal e o contato com os serviços de saúde. Nesse sentido, será possível uma assistência à saúde efetiva as gestantes.¹⁷

O estudo foi desenvolvido durante a pandemia de Covid-19 em uma unidade de APS que foi reorganizada para suprir as novas demandas. No decorrer da pandemia vários lugares do país suspenderam as consultas de pré-natal e todo o sistema foi reorganizado em torno da Covid-19. Nesse período é provável que os problemas que já existiam em relação a assistência de gestantes tenham se agravado.²³

Conclui-se que este estudo permitiu avançar o conhecimento sobre o fenômeno da violência contra a gestante ao mostrar que a VPI acontece durante a gravidez, mas também em outros momentos da vida da mulher, sendo importante conhecer a história individual de cada gestante e os fatores que aumentam sua ocorrência. É fundamental que haja uma forma padronizada de rastreio da VPI durante a gravidez nos serviços de pré-natal e que o profissional de saúde esteja preparado para cuidar dessa população no que tange a sua prevenção, notificação, investigação e acompanhamento do caso em rede.

Esse estudo apresenta como limitações o tamanho reduzido de participantes entrevistadas durante o período de realização e o fato da pesquisa ter sido conduzida em apenas um local. Nesse sentido, novas pesquisas são necessárias com desenhos maiores, a nível nacional e regional para que o fenômeno da VPI contra a gestante seja mais bem avaliado.

Contribuição dos autores

Colonese CF: concepção do artigo, coleta de dados e análise de dados.

Pinto LW: análise estatística e revisão do artigo.

Referências

1. OMS (Organização Mundial da Saúde). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Londres; 2012.
2. Colonese CF, Pinto LW. Análise das notificações de violência contra gestantes no Brasil no período de 2011 até 2018. *Texto Contexto Enferm.* 2022; 31: e20210180.
3. Ribeiro MRC, Pessoa BPT, Sauaia GA, Schraiber LB, Queiroz RCS, Batista RFL, Cruz JAS, Silva AAM. Violência contra mulheres antes e durante o período gestacional: diferenças em taxas e perpetradores. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2020; 20 (2): 503-513.
4. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Rev Psiquiatr Clín.* 2010; 37 (5): 216-22.
5. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Domestic physical violence and pregnancy: results of a survey in the postpartum period. *RBGO.* 2003; 25 (5): 309-316.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF), 2012; Série A, Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 32, 320p.
7. Santos J, Dias PC. Percepção das gestantes em relação à assistência pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde. *Res Soc Dev.* 2021; 10 (10)e268101018785.
8. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*” utilizado para identificar violência entre casais. *Cad. Saúde Pública.* 2002; 18 (1): 163-176.
9. Ré MML, Nascimento ACAS, Fonseca MRCC. Caracterização da assistência pré-natal no Brasil segundo diferenças regionais e fatores associados às características maternas. *Res Soc Dev.* 2022; 11 (4): e11111427180.
10. Silva RR, Arrais AR. Rastreamento da violência contra gestante durante o pré-natal: estudo em uma unidade básica de saúde. *Com Ciências Saúde.* 2020; 31 (2): 83-96.
11. Silva RP, Leite FMC. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica.* 2020; 54: 97.
12. Cavalcante CM. Violência por parceiro íntimo e aborto provocado entre mulheres cadastradas na ESF em área urbana do Nordeste do Brasil [dissertação]. Recife: Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco; 2013.
13. Maeda TC, Parreira BDM, Silva SR, Oliveira ACD. Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2014; 3 (2): 6-18.

14. Alvim SF, Souza L. Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2005; 7 (2): 171-206.
15. Cezario ACF, Carvalho LL, Elmor PM, Pereira KHC, Lourenço LM. Violencia contra el hombre y comorbilidades: una revisión sistemática de la literatura acerca del abuso de sustancias, ansiedad y depresión. *Perspectivas en Psicología*. 2017; 14 (2): 83-92.
16. Leite BLP, Gonçalves VP, Teixeira SVB, Ananias LS, Oliveira LPM, Monnerat IC, Alves YR, Felix VC, Silva LR. Identificação e conduta de enfermeiros frente à violência por parceiro íntimo a mulher grávida. *Res Soc Dev*. 2022; 11 (3): e53811326811.
17. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, Leal MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37 (3): 140-147.
18. Souza ASR, Souza GFA, Praciano GAF. A saúde mental das mulheres em tempos da COVID-19. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2020; 20 (3): 663-665.
19. Marques SS, Riquinho DL, Santos MC, Vieira LB. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 38 (3): e67593.
20. Santos JMJ, Matos TS, Mendes RB, Freitas CKAC, Leite AM, Rodrigues IDCV. Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019; 19 (3): 537-540.
21. Doi S, Fujiwara T, Isumi A. Development of the Intimate Partner Violence During Pregnancy Instrument (IPVPI). *Front Public Health*. 2019; 7 (43).
22. Chasweka R, Chimwaza A, Maluwa A. Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi. *Malawi Medical Journal*. 2018 (3); 191-196.
23. Souza ASR, Amorim MMR. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2021; 21 (Supl. 1): S257-S261.

Agradecimento ao apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES). Código de Financiamento 001.

5.4 ARTIGO 4

Título em português: A violência contra a gestante pelo parceiro íntimo e os desfechos da gravidez em um serviço de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro

Título em inglês: Intimate partner violence against pregnant women and pregnancy outcomes in a primary care service in the city of Rio de Janeiro

Resumo

Objetivos: identificar os desfechos da gravidez de mulheres atendidas em um serviço de APS no município do Rio de Janeiro e descrever o perfil das gestantes em relação a ter sofrido ou não violência pelo parceiro íntimo. **Método:** pesquisa quantitativa realizada com 44 gestantes de um serviço de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Foram aplicados dois questionários no formato de entrevista, o primeiro durante o pré-natal e o segundo no puerpério. Os questionários continham perguntas sobre o perfil, informações sobre a gravidez atual, investigação de violência sofrida no último ano através da *Revised Conflict Tactics Scales*, características do pré-natal e parto, incluindo o desfecho da gravidez. **Resultados:** A agressão psicológica pelo parceiro durante a gravidez foi descrita por duas participantes que tiveram parto de recém-nascido com baixo peso e por uma gestante que teve parto prematuro. Durante o pré-natal, 31,8% foram questionadas pelo profissional de saúde sobre sofrerem violência ou não. Do total, 20,5% das mulheres disseram que não gostaram da forma que o pré-natal foi realizado. **Conclusões:** Quando a VPI for identificada durante a gravidez, o profissional precisa estar atento aos sinais na mulher e no feto de que possa haver algum agravo ou complicação relacionado a violência.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Violência por Parceiro Íntimo; Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde; Desfecho.

Abstract

Objectives: identify the pregnancy outcomes of women treated at a PHC service in the city of Rio de Janeiro and describe the profile of pregnant women in relation to whether or not they have suffered intimate partner violence. **Method:** quantitative research carried out with 44 pregnant women from a primary health care service in the city of Rio de Janeiro. Two questionnaires were applied in the form of an interview, the first during the prenatal period and the second during the puerperium. The questionnaires contained questions about the profile, information about the current pregnancy, investigation of violence suffered in the last year through the *Revised Conflict Tactics Scales*, characteristics of prenatal care and delivery, including pregnancy outcome. **Results:** Psychological aggression by the partner during pregnancy was described by two participants who gave birth to a low birth weight newborn and by a pregnant woman who had a premature birth. During prenatal care, 31.8% were questioned by the health professional about suffering violence or not. Of the total, 20.5% of women said they did not like the way prenatal care was performed. **Conclusions:** When IPV is identified during pregnancy, the professional needs to be aware of the signs in the woman and fetus that there may be an aggravation or complication related to violence.

Keywords: Violence Against Women; Intimate Partner Violence; Prenatal Care; Primary Health Care; Outcome.

Introdução

A violência contra as mulheres é endêmica em todos os países e culturas, tendo agravado durante a pandemia de Covid-19, sendo que a violência praticada pelo parceiro é a forma de violência mais prevalente contra as mulheres ao redor do mundo. Estima-se que 37% das mulheres que vivem nos países mais pobres sofreram violência física e/ou sexual pelo parceiro em sua vida (OMS, 2021).

A violência pelo parceiro íntimo (VPI) se refere ao comportamento de um parceiro ou ex-parceiro que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle (OPAS, 2022). A OMS (2012) identificou os fatores de risco para a perpetração por parte dos homens e a vivência por parte das mulheres de VPI e violência sexual, havendo mais de 50 fatores de risco descritos. Em relação as características da vítima, alguns fatores são mais identificados como: ser jovem, ter baixo nível de escolaridade, ter sido exposta à violência intraparental na infância, fazer uso nocivo de álcool e ter maior aceitação da violência. Identificar esses fatores é fundamental para construção de programas e para orientar políticas de prevenção à violência.

A VPI prejudica a saúde física e mental das mulheres, deixando-as mais propensas a terem um quadro precário de saúde, de sofrimento emocional e de tentativas de suicídio (OMS, 2012). Além disso, a VPI tem consequências para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, levando-as a gestações indesejadas, abortos induzidos, problemas ginecológicos e infecções sexualmente transmissíveis. Sendo que durante a gravidez a VPI aumenta a probabilidade de aborto espontâneo, morte fetal, parto prematuro e nascimento de bebês com baixo peso (OPAS, 2022).

A VPI contra a mulher não diminui necessariamente durante a gravidez, ao contrário do que se espera, pois esta é mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia. Sendo assim, o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção para a mulher no que tange esse agravo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A literatura mundial aponta que, no geral, pelo menos uma em cada quatro mulheres grávidas foi exposta a algum tipo de VPI (ROMÁN-GÁLVEZ et al, 2021). Associado a isso, sabe-se que cerca de 13% das mulheres relatam aumento da frequência ou da severidade da violência nesse período de sua vida. Como consequência para sua saúde, a gestante que sofre violência desenvolve quadro de estresse emocional constante, que se associa com baixa autoestima, isolamento, depressão, suicídio, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool e/ou drogas, além de sofrer mais com dor crônica e infecção urinária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Sobre os fatores associados a VPI, estudo realizado com puérperas no Espírito Santo apontou que mulheres cujos parceiros consomem bebida alcoólica, que estão desempregados, que se recusam a usar preservativo e que não eram os pais do recém-nascido tinham maior prevalência de violência durante a gravidez (SILVA et al, 2021). Já no Recife, pesquisa mostrou que mulheres vítimas de violência física pelo parceiro íntimo tiveram maior chance de realizar um pré-natal inadequado (início tardio e/ou realização de menor número de consultas) (CARNEIRO et al, 2016).

O profissional de saúde ao acolher uma gestante na unidade de atenção primária à saúde (APS) deverá promover um cuidado integral, com escuta qualificada a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o contexto social da mulher. Será contando suas histórias que as grávidas irão partilhar suas experiências e obter ajuda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Portanto, a assistência pré-natal é um momento em que a mulher poderá falar sobre suas vivências em relação a VPI.

No roteiro da primeira consulta de pré-natal de baixo risco, o Caderno de Atenção Básica aponta que o profissional de saúde deve pesquisar os antecedentes pessoais das gestantes incluindo a história de violência. Esse manual refere que o pré-natal é um momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e interromper seu ciclo. Para tal, é preciso que o profissional tenha uma observação cuidadosa, faça as perguntas corretas para a gestante com intuito de identificar um possível caso de violência e trabalhar formas de enfrentamento e fortalecimento da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Contudo, esse manual não faz menção a um protocolo específico de rastreio de violência durante o pré-natal.

Nesse contexto, é notória a importância da introdução de programas sistemáticos de detecção de VPI nos cuidados pré-natais, pois este é um período da vida das mulheres em situação de risco em que haverá maior contato com os serviços de saúde (ROMÁN-GÁLVEZ et al, 2021).

Considerando as repercussões que a VPI poderá trazer para a vida da gestante e do conceito, essa pesquisa teve como objetivos identificar os desfechos da gravidez de mulheres atendidas em um serviço de APS no município do Rio de Janeiro e descrever o perfil das gestantes em relação a ter sofrido ou não VPI.

Métodos

Trata-se de um estudo de painel realizado com gestantes de um serviço de APS no município do Rio de Janeiro, na Área Programática 2.1. Cada gestante que participou do estudo respondeu dois questionários no formato de entrevista. O primeiro questionário foi respondido no primeiro contato que a pesquisadora teve com a gestante, o que ocorreu em qualquer período da gestação desde que a gestante tivesse data provável do parto até abril de 2022. O segundo questionário foi aplicado a partir de 30 dias do pós-parto para avaliação do desfecho, encerrando assim o preenchimento dos questionários.

Para o preenchimento do segundo questionário foi necessário realizar contato por telefone com a participante do estudo para que fosse agendado um momento posterior com a entrevistadora na unidade de saúde.

Os critérios de inclusão foram: gestantes com idade igual ou maior que 18 anos, residentes ou não da área adscrita da estratégia saúde da família (ESF), cadastradas nas equipes de saúde da família, que procuraram a unidade para realizar algum atendimento em consultório ou procedimento. Os critérios de exclusão foram: estrangeiras que não falassem português; gestantes que não realizaram o pré-natal na unidade; que tinham data prevista para o parto posterior a abril de 2022.

Os dados utilizados nessa pesquisa contêm informações dos dois questionários, havendo sido selecionadas as seguintes variáveis para análise:

- perfil da gestante: idade (19-24 anos, 25-30 anos, 31-36 anos, 37-42 anos); raça/cor (branca, parda, preta); situação conjugal (casada, separada, solteira, vive com companheiro/namorado); prática religiosa (não, sim); escolaridade (analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo); Escala da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (finalidade de obter o estrato de classe econômica); tem trabalho/emprego/negócio (não, sim); consumo de bebida alcoólica (não, sim); consumo de tabaco (não, sim).
- informações sobre a gravidez atual: quando ficou grávida você (não queria engravidar, queria engravidar naquele momento, queria esperar mais tempo); início do pré-natal (antes de 12 semanas, mais de 12 semanas).
- investigação de violência sofrida: instrumento CTS2.
- características do pré-natal e parto: tipo de parto (normal, cesárea); fez pré-natal (não, sim); gestante de alto risco (não, sim); durante a gravidez foi internada (não, sim);

motivo da internação; durante o parto houve algum problema (não, sim); qual problema?; fez exame de ultrassonografia (não, sim); quantos?; parto prematuro (não, sim); motivo do parto prematuro; recém-nascido com baixo peso (não, sim); motivo do baixo peso; óbito fetal (não, sim); motivo do óbito fetal; sofreu violência durante a gravidez (não, sim); quem foi o agressor; teve Covid-19 durante a gestação (não, sim); quando teve Covid-19?; fez o teste para Covid-19 durante a gravidez (não, sim); quando fez o teste?; qual foi o resultado do teste (positivo, negativo); foi vacinada contra a Covid-19 (não, sim); qual vacina tomou.

Para investigação da violência contra a gestante foi aplicado o instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) na versão em português publicada por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002). A CTS2 é utilizada para identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação de namoro, casamento ou afins. Ela é composta por cinco dimensões, sendo que nesta pesquisa foram analisadas quatro dimensões, sendo estas: agressão psicológica, violência física, coerção sexual e injúria. Para cada pergunta da CTS2 as variáveis de resposta eram: alguma vez reagiu assim no último ano e nunca reagiu dessa forma. Bastando apenas uma pergunta afirmativa dentro de cada dimensão para considerar como presente.

O primeiro questionário foi respondido por 48 participantes entre junho e setembro de 2021. O segundo foi aplicado após 30 dias da data provável do parto, havendo data limite de abril de 2022 para sua aplicação, tendo sido respondido por 44 participantes, pois quatro participantes não quiseram respondê-lo. Assim, a amostra final foi composta pelas 44 participantes que responderam os dois questionários.

Os dados foram organizados em um banco do *software SPSS 24*, sendo realizada a descrição de todas as variáveis por meio de suas frequências simples e relativas.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, conforme preconizam as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e durante a realização das entrevistas foi garantida a privacidade e confidencialidade.

Resultados

O estudo foi realizado com 44 participantes. Referente ao perfil das mulheres entrevistadas, observa-se na Tabela 1 que a idade variou de 19 a 42 anos, com maior percentual entre 25 e 30 anos (31,8%). Referente a raça/cor da pele, 75% eram pardas ou pretas. A maior parte era casada ou vivia com companheiro (84,1%), tinha um trabalho (77,3%) e aproximadamente 60% tinham uma prática religiosa. Sobre a escolaridade, apenas uma era analfabeta e 38,6% tinham ensino médio completo. A classe social da maioria era C, D ou E (88,1%), dez consumiam bebida alcoólica e quatro eram tabagistas.

Sobre as 28 gestantes que sofreram agressão psicológica pelo parceiro, observa-se uma maior frequência na faixa etária entre 25 e 30 anos, pardas ou negras, casadas ou que vivem com companheiro, com ensino médio completo, que tinham um trabalho, que referiram ter religião e tinham classe social C, D ou E. Do total de participantes que referiram consumo de álcool, 80% sofreram agressão psicológica e no grupo das que eram tabagistas, todas sofreram esse tipo de violência.

Referente ao grupo de gestantes que sofreram violência física pelo parceiro destaca-se que oito mulheres relataram esse agravo, tendo a maior parte entre 25 e 30 anos, casadas ou que vivem com companheiro, ensino superior completo ou incompleto, um trabalho, pertencentes a classe social C, D ou E, não consumiam bebida alcoólica e não eram tabagistas. O caso em que houve relato de injúria ocorreu quando a gestante tinha cerca de 20 semanas de gravidez e foi decorrente de violência física.

Sobre a coerção sexual, das seis mulheres que sofreram essa violência, metade tinha entre 37 a 42 anos, a maioria era parda ou preta, tinha um emprego, todas eram casadas ou viviam com companheiro, eram da classe social C, D ou E, e tinham uma prática religiosa.

A Tabela 2 aponta as características do pré-natal e parto das mulheres entrevistadas. Sobre o planejamento da gravidez, apenas 29,5% queriam engravidar naquele momento, aproximadamente 80% iniciaram o pré-natal antes de 12 semanas de gravidez e 90,9% fizeram mais de seis consultas de pré-natal. Sobre terem sido consideradas gestantes de alto risco, 18,2% disseram que sim, os motivos foram: cinco relataram diabetes gestacional, uma hipertensão arterial, uma ser portadora do HIV e uma ter diabetes tipo I. O principal tipo de parto foi o normal em aproximadamente 70% dos casos, apenas uma participante teve aborto espontâneo e não houve nenhum caso de aborto provocado.

Durante o pré-natal, 31,8% das mulheres foram questionadas pelo profissional de saúde sobre sofrerem violência ou não. Quando questionadas sobre terem gostado da forma como o

pré-natal foi realizado, 20,5% das mulheres disseram que não. Alguns problemas foram descritos em relação ao serviço ofertado.

O primeiro problema é a insatisfação de algumas participantes que fizeram poucas consultas com o médico da equipe, havendo sido a maioria com o enfermeiro. Houve uma participante que fez apenas a sua primeira consulta com o médico, outra que referiu que a consulta com enfermeiro era muito rápida e que este só fazia o básico e não tirava suas dúvidas, e uma participante que desejava ter feito o pré-natal com obstetra. Uma participante relatou que o seu pré-natal não foi bom devido a pandemia de Covid-19, que a rotina do serviço mudou e que isto fez com que ela tivesse poucas consultas com seu médico.

O segundo problema foi a falta ou a demora de diagnósticos de determinados agravos durante o pré-natal, tais como: anemia, diabetes gestacional, hipertensão arterial, toxoplasmose e incompatibilidade Rh. Duas participantes associaram o não diagnóstico do seu agravo ao fato de que cada consulta sua era feita com um profissional diferente.

O terceiro problema é a dificuldade de agendar as consultas de pré-natal na unidade, principalmente no final da gravidez e no puerpério. As participantes relataram que não saíam da consulta com um agendamento para a próxima e que tinham que esperar um contato da sua equipe por celular para conseguir a nova data, o que demorava e em algumas situações fazia com que as gestantes não tivessem a consulta no tempo adequado, ficando ao final da gravidez sem nenhum acompanhamento e sem vínculo com sua equipe no pós-parto.

No grupo de participantes que sofreram agressão psicológica, aproximadamente 80% não planejou a gravidez, três eram gestantes de alto risco, a maioria gostou do pré-natal, contudo apenas 25% foram questionadas sobre violência pelo profissional de saúde. Das treze participantes que fizeram cesariana, oito sofreram esse tipo de violência. Referente ao número de consultas de pré-natal, das quatro gestantes que fizeram menos de seis consultas, três sofreram agressão psicológica pelo parceiro.

Referente às mulheres que sofreram violência física, uma participante fez menos que seis consultas, duas começaram o pré-natal tardiamente e duas fizeram cesárea. Destaca-se que em apenas um caso o profissional de saúde perguntou durante o pré-natal se esta sofria violência, contudo aproximadamente 90% gostaram da forma que o pré-natal foi realizado e nenhuma foi considerada como gestante de alto risco. Em relação àquelas que sofreram coerção sexual, observa-se que todas iniciaram o pré-natal antes de doze semanas, apenas uma não fez mais de seis consultas de pré-natal e nenhuma foi considerada gestante de alto risco.

Na Tabela 3 estão descritos os desfechos negativos da gravidez das participantes do estudo. Do total de puérperas entrevistadas, 88,6% tiveram desfechos positivos na gravidez.

Sobre os demais desfechos, houve um caso de aborto espontâneo, um parto prematuro, dois recém-nascidos com baixo peso e um óbito fetal. As puérperas não souberam dizer o motivo de tais desfechos, exceto na situação do óbito fetal em que foi relacionado a hipertensão arterial e a pré-eclâmpsia na gestante não diagnosticada durante o pré-natal.

A agressão psicológica pelo parceiro durante a gravidez foi descrita pelas duas participantes que tiveram parto de recém-nascido com baixo peso e por aquela que teve parto prematuro. Todas as participantes que sofreram violência física, coerção sexual e injúria tiveram desfechos positivos na gravidez.

Tabela 1. Perfil das gestantes de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro em relação a esta ter sofrido VPI ou não. (n= 44)

Variáveis	Agressão psicológica				Violência física				Coerção Sexual				Injúria				Total	
	Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Idade																		
19-24 anos	3	30,0	7	70,0	9	90,0	1	10,0	9	90,0	1	10,0	10	100	0	0,0	10	22,7
25-30 anos	4	28,6	10	71,4	10	71,4	4	28,6	13	92,9	1	7,1	14	100	0	0,0	14	31,8
31-36 anos	3	25,0	9	75,0	10	83,3	2	16,7	11	91,7	1	8,3	11	91,7	1	8,3	12	27,3
37-42 anos	6	75,0	2	25,0	7	87,5	1	12,5	5	62,5	3	37,5	8	100	0	0,0	8	18,2
Raça/cor da pele																		
Branca	4	36,4	7	63,6	8	72,7	3	27,3	10	90,9	1	9,1	11	100	0	0,0	11	25,0
Parda	8	36,4	14	63,6	19	86,4	3	13,6	18	81,8	4	18,2	21	95,5	1	4,5	22	50,0
Preta	4	36,4	7	63,6	9	81,8	2	18,2	10	90,9	1	9,1	11	100	0	0,0	11	25,0
Situação conjugal																		
Casada ou vive com companheiro	13	35,1	24	64,9	30	81,1	7	18,9	31	83,8	6	16,2	36	97,3	1	2,7	37	84,1
Separada	0	0,0	1	100	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	2,3
Solteira	3	50,0	3	50,0	5	83,3	1	16,7	6	100	0	0,0	6	100	0	0,0	6	13,6
Prática religiosa																		
Não	7	38,9	11	61,1	15	83,3	3	16,7	18	100	0	0,0	18	100	0	0,0	18	40,9
Sim	9	34,6	17	65,4	21	80,8	5	19,2	20	76,9	6	23,1	25	96,2	1	3,8	26	59,1
Escolaridade																		
Analfabeta	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	1	2,3
Ensino fundamental incompleto	2	40,0	3	60,0	5	100	0	0,0	4	80,0	1	20,0	5	100	0	0,0	5	11,4
Ensino fundamental completo	2	100	0	0,0	2	100	0	0,0	2	100	0	0,0	2	100	0	0,0	2	4,5
Ensino médio incompleto	1	25,0	3	75,0	3	75,0	1	25,0	3	75,0	1	25,0	4	100	0	0,0	4	9,1
Ensino médio completo	6	35,3	11	64,7	15	88,2	2	11,8	15	88,2	2	11,8	17	100	0	0,0	17	38,6
Ensino superior incompleto	3	37,5	5	62,5	5	62,5	3	37,5	7	87,5	1	12,5	8	100	0	0,0	8	18,2
Ensino superior completo	2	28,6	5	71,4	6	85,7	1	14,3	7	100	0	0,0	7	100	0	0,0	7	15,9
Trabalho/emprego/negócio																		
Não	5	31,2	5	17,9	7	19,4	3	37,5	9	23,7	1	16,7	10	23,3	0	0,0	10	22,7
Sim	11	68,8	23	82,1	29	80,6	5	62,5	29	76,3	5	83,3	33	76,7	1	100	34	77,3
Classe social																		
A+B	1	20,0	4	80,0	4	80,0	1	20,0	5	100	0	0,0	5	100	0	0,0	5	11,9
C+D+E	14	37,8	23	62,2	31	83,8	6	16,2	31	83,8	6	16,2	36	97,3	1	2,7	37	88,1

Continua

Tabela 1 – Continuação

Variáveis	Agressão psicológica				Violência física				Coerção Sexual				Injúria				Total	
	Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente		n	%
	n	%	%	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Consumo de bebida alcoólica																		
Não	14	41,2	20	58,8	29	85,3	5	14,7	30	88,2	4	11,8	34	100	0	0,0	34	77,3
Sim	2	20,0	8	80,0	7	70,0	3	30,0	8	80,0	2	20,0	9	90,0	1	10,0	10	22,7
Consumo de tabaco																		
Não	16	40,0	24	60,0	34	85,0	6	15,0	36	90,0	4	10,0	40	100	0	0,0	40	90,9
Sim	0	0,0	4	100	2	50,0	2	50,0	2	50,0	2	50,0	3	75,0	1	25,0	4	9,1

Tabela 2. Características do pré-natal e parto de gestantes de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro em relação a esta ter sofrido VPI ou não. (n= 44)

Variáveis	Agressão psicológica				Violência física				Coerção Sexual				Injúria				Total	
	Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Quando ficou grávida você																		
Não queria engravidar	5	31,2	11	68,8	14	87,5	2	12,5	13	81,2	3	18,8	16	100	0	0,0	16	36,4
Queria engravidar naquele momento	6	46,2	7	53,8	11	84,6	2	15,4	12	92,3	1	7,7	13	100	0	0,0	13	29,5
Queria esperar mais tempo	5	33,3	10	66,7	11	73,3	4	26,7	13	86,7	2	13,3	14	93,3	1	6,7	15	34,1
Início do pré-natal																		
Antes de 12 semanas	12	35,3	22	64,7	28	82,4	6	17,6	28	82,4	6	17,6	33	97,1	1	2,9	34	79,1
Mais de 12 semanas	3	33,3	6	66,7	7	77,8	2	22,2	9	100	0	0,0	9	100	0	0,0	9	20,9
Número de consultas de pré-natal																		
Menos que 6	1	25,0	3	75,0	3	75,0	1	25,0	3	75,0	1	25,0	3	75,0	1	25,0	4	9,1
Mais que 6	15	37,5	25	62,5	33	82,5	7	17,5	35	87,5	5	12,5	40	100	0	0,0	40	90,9
Gestante de alto risco																		
Não	11	30,6	25	69,4	28	77,8	8	22,2	30	83,3	6	16,7	35	97,2	1	2,8	36	81,8
Sim	5	62,5	3	37,5	8	100	0	0,0	8	100	0	0,0	8	100	0	0,0	8	18,2
Parto																		
Não teve nenhum parto	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	2,3
Cesárea	5	38,5	8	61,5	11	84,6	2	15,4	11	84,6	2	15,4	13	100	0	0,0	13	29,5
Normal	10	33,3	20	66,7	24	80,0	6	20,0	26	86,7	4	13,3	29	96,7	1	3,3	30	68,2
O profissional de saúde perguntou sobre violência no pré-natal																		
Não	9	30,0	21	70,0	23	76,7	7	23,3	26	86,7	4	13,3	30	100	0	0,0	30	68,2
Sim	7	50,0	7	50,0	13	92,9	1	7,1	12	85,7	2	14,3	13	92,9	1	7,1	14	31,8
Você gostou do pré-natal?																		
Não	3	33,3	6	66,7	8	88,9	1	11,1	7	77,8	2	22,2	9	100	0	0,0	9	20,5
Sim	13	37,1	22	62,9	28	80,0	7	20,0	31	88,6	4	11,4	34	97,1	1	2,9	35	79,5

Tabela 3. Desfechos da gravidez de gestantes de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro em relação a esta ter sofrido VPI ou não. (n= 44)

Variáveis	Agressão psicológica				Violência física				Coerção Sexual				Injúria				Total	
	Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Parto prematuro																		
Não	15	35,7	27	64,3	34	81,0	8	19,0	36	85,7	6	14,3	41	97,6	1	2,4	42	95,5
Não teve nenhum parto	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	2,3
Sim	0	0,0	1	100	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	2,3
Recém-nascido com baixo peso																		
Não	15	36,6	26	63,4	33	80,5	8	19,5	35	85,4	6	14,6	40	97,6	1	2,4	41	93,2
Não teve nenhum parto	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	2,3
Sim	0	0,0	2	100	2	100	0	0,0	2	100	0	0,0	2	100	0	0,0	2	4,5
Óbito fetal																		
Não	14	33,3	28	66,7	34	81,0	8	19,0	36	85,7	6	14,3	41	97,6	1	2,4	42	95,4
Não teve nenhum parto	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	2,3
Sim	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	2,3
Aborto espontâneo																		
Não	15	34,9	28	65,1	35	81,4	8	18,6	37	86,0	6	14,0	42	97,7	1	2,3	43	97,7
Sim	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100	0	0,0	1	2,3

A Tabela 4 mostra as características do pré-natal e parto das participantes entrevistadas no estudo. Referente ao local onde realizou as consultas, todas as puérperas relataram ter feito o pré-natal na clínica da família, contudo duas disseram que tiveram maior número de consultas na rede particular e três em ambulatório da maternidade de referência de alto risco. Sobre o profissional que acompanhou as mulheres no pré-natal, 34,5% disseram que o enfermeiro foi quem realizou a maior parte das consultas e 45,5% fizeram consultas intercaladas com enfermeiro e médico. Entretanto, apenas 27,3% das participantes tiveram o acompanhamento realizado pelos mesmos profissionais durante todo o pré-natal.

Em relação aos exames de rotina solicitados no pré-natal, 13,6% das participantes relataram que não conseguiram fazer todos os exames solicitados pelos profissionais de saúde. Os exames não realizados foram: teste oral de tolerância a glicose, ecocardiograma, rotina de exames do primeiro trimestre, rotina de exames do segundo trimestre e ultrassonografia para avaliar o coração do feto. Referente ao exame de ultrassonografia, todas disseram que fizeram esse exame, contudo estas relataram dificuldades em fazer esse exame pelo SUS, tendo a maioria que pagar por esse exame.

Referente a terem passado por alguma internação durante a gravidez, 11,4% relataram que sim. Os cinco casos de internação foram devido a necessidade de antecipar o parto, três por causa de diabetes, um devido a hipertensão arterial e um por causa de constatação de óbito fetal.

Durante o parto, 45,5% das participantes descreveram intercorrências que ocorreram nesse período. O mais descrito foi a necessidade de indução do parto com medicamento, tendo sido relatada por sete mulheres, sendo que destas duas precisaram fazer cesariana. Além disso, outras sete participantes foram submetidas a cesárea de urgência devido à sofrimento fetal; uma participante teve seu parto na porta da maternidade após ter sido avaliada e liberada para voltar para casa; outra participante refere que precisou fazer curetagem algumas horas após o parto porque parte da placenta ficou retida no útero.

Sobre terem tido sintomas de Covid-19 na gestação, 27,3% disseram que sim, 43,2% fizeram o teste diagnóstico em algum momento da gravidez, sendo que dessas 31,6% tiveram resultado positivo. Aproximadamente 70% das puérperas já tinham tomado as duas doses da vacina contra Covid-19, tendo sido a vacina da Pfizer a mais aplicada (61,4%).

Tabela 4. Características do acompanhamento de pré-natal e parto das gestantes de um serviço de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. (n= 44)

Variável	n	%
Onde foi realizada a maioria das consultas de pré-natal		
Ambulatório do hospital público	3	6,8
Clínica da família	39	88,6
Consultório particular	2	4,5
Quem realizou a maior parte das consultas		
Enfermeiro	15	34,1
Médico	9	20,4
Enfermeiro e médico intercalado	20	45,5
Foi acompanhada pelo mesmo profissional		
Não	21	47,7
Sim, a maior parte do tempo	11	25,0
Sim, o tempo todo	12	27,3
Conseguiu fazer todos os exames solicitados		
Não	6	13,6
Sim	38	86,4
Número de exames de ultrassonografia		
1 a 2	11	25,0
3 a 4	22	50,0
5 ou mais	11	25,0
Foi internada durante a gravidez		
Não	39	88,6
Sim	5	11,4
Houve algum problema durante o parto		
Não	24	54,5
Sim	20	45,5
Sintomas de Covid-19 durante a gravidez		
Não	32	72,7
Sim	12	27,3
Realizou o teste de Covid-19 durante a gravidez		
Não	25	56,8
Sim	19	43,2
Teste de Covid-19 positivo durante a gravidez		
Não	13	68,4
Sim	6	31,6
Tomou a vacina contra Covid-19		
Ainda não fui vacinada	4	9,1
Tomou a primeira dose	9	20,5
Tomou as duas doses	31	70,5
Tipo de vacina que tomou (Olhar anota		
Coronovac	13	29,5
Pfizer	27	61,4

Discussão

Ao analisar as variáveis do perfil da gestante em relação aos domínios da CTS2 nesse estudo observou-se que a maioria das gestantes que sofreram violência física não foram questionadas sobre esse agravo durante o pré-natal, o que dificulta qualquer intervenção para evitar um desfecho negativo da gravidez, pois sabe-se que dificilmente a mulher abordará esse assunto de forma espontânea, ainda mais quando não há vínculo desta com o profissional de saúde.

Como visto na presente pesquisa, a agressão psicológica foi a mais descrita pelas participantes. Sobre os desfechos da gravidez, a agressão psicológica pelo parceiro durante a gravidez foi descrita pelas duas participantes que tiveram parto de recém-nascido com baixo peso e por aquela que teve parto prematuro. Contudo, esse estudo não permitiu que fossem realizadas medidas de associação entre a VPI contra a gestante durante o pré-natal e os desfechos da gravidez devido o tamanho da amostra.

Referente a assistência pré-natal, observou-se que todas as gestantes receberam um cartão de pré-natal, a maioria iniciou o pré-natal antes de 12 semanas de gravidez, conseguiu fazer mais de seis consultas e realizar os exames solicitados, tendo a maioria feito o relato de que gostou da forma que o pré-natal foi realizado. Contudo, alguns problemas foram identificados na assistência a gestante nesse serviço de APS, são esses: número baixo de mulheres que tiveram rastreio de violência; menos da metade foi atendida por médico e enfermeiro de forma intercalada; e menos de um terço conseguiu realizar todas as consultas com os mesmos profissionais.

Além disso, este estudo apontou que a CTS2 é um instrumento que consegue mensurar a violência contra a gestante durante o pré-natal de forma a abordar os principais tipos desse agravo e suas consequências para a saúde da mulher através dos seus domínios. A aplicação da CTS2 permitiu que as gestantes trouxessem relatos de vivências de violência na gestação atual, mas também em gestações anteriores principalmente quando o(s) parceiro(s) das mulheres eram diferentes do atual. Tal abertura para o diálogo fez com que muitas gestantes refletissem sobre sua história de vida e lembrassem de momentos de resiliência, empoderamento e superação. Por isso, é fundamental que esse tipo de investigação seja feito no formato de entrevista e que traga campos abertos para que a participante possa se expressar. Entretanto, considerando a alta demanda de trabalho na APS e o tempo disponível que o profissional de saúde tem para realizar a consulta de pré-natal, seria inviável que este aplicasse tal instrumento ou outro similar. Nesse sentido, é importante apontar o que tem sido descrito na literatura como formas de rastreio de VPI no que tange a linha de cuidado de assistência a gestante e a puérpera na APS.

Nesse sentido, o Guia de Referência do Pré-natal de Baixo Risco (2016) na APS da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro não aponta uma forma de rastreio de VPI durante a gravidez, referindo apenas que os profissionais precisam estar alertas aos sinais e sintomas de violência doméstica. Soma-se a isso o fato de que a VPI contra a gestante não é listada como um fator de risco durante a classificação do risco gestacional. O fator de risco que mais se aproxima da experiência de VPI é a gestante que vive em “situação familiar/conjugal insegura”. Tal fator de risco deve ser manejado na APS, ou seja, a gestante que tenha situação familiar/conjugal insegura deve ser acompanhada somente no pré-natal de baixo risco.

Sobre a rotina de rastreio de violência na gravidez, a OMS (2016) aponta que o inquérito clínico sobre a possibilidade de VPI deve ser fortemente considerado em consultas de pré-natal quando avaliadas condições na gestante que possam ter sido causadas ou agravadas por VPI a fim de melhorar o diagnóstico clínico e o cuidado subsequente. Porém, para tal o serviço de saúde precisa ter a capacidade de prover resposta. Assim, para que seja implementando uma rotina de rastreio de VPI durante o pré-natal é preciso que os profissionais recebam treinamento e que o serviço forneça suporte adequado para que os casos identificados de VPI contra gestante sejam bem conduzidos.

A OMS (2016) alerta que durante pré-natal os profissionais precisam ficar atentos as condições que poderiam ter causado ou complicado a VPI contra a gestante, como nos casos de: “lesão traumática, principalmente se repetida e com explicações vagas ou implausíveis; parceiro ou marido intrusivo presente nas consultas; resultados reprodutivos adversos, incluindo múltiplas gestações e/ou interrupções indesejadas, atraso na procura do acompanhamento de pré-natal, resultados adversos ao nascimento, infecções sexualmente transmissíveis (IST) repetidas; sintomas geniturinários inexplicáveis ou repetidos; sintomas de depressão e ansiedade; uso de álcool e outras substâncias; automutilação, suicídio, sintomas de depressão e ansiedade” (OMS, 2016, p.45).

A investigação de VPI durante o pré-natal poderá ser conduzida no formato de entrevista (face a face) ou fornecendo as mulheres um documento por escrito ou um questionário eletrônico que esta mesma pudesse responder sozinha. O custo de implementação desses métodos é variável, sendo geralmente baixo. Contudo, a gestão do cuidado subsequente a identificação da VPI e o treinamento dos profissionais para o manejo do caso requerem custos financeiros significativos (OMS, 2016).

Outras formas de rastrear a VPI são apontadas por documentos internacionais, como o *guideline* utilizado no Reino Unido referente ao cuidado com a gestante durante o pré-natal. Esse documento orienta que o profissional de saúde pergunte para todas as mulheres grávidas

de forma gentil e sensível na primeira consulta, ou na primeira oportunidade que esta estiver sozinha se ela sofre abuso doméstico. A justificativa para essa conduta é devida o fato de a gravidez ser um gatilho para a VPI contra a gestante ou o abuso doméstico existente vir a continuar ou piorar durante a gravidez. Por isso, é tão importante que as mulheres sintam que podem falar com segurança sobre isso, que possam ser apoiadas e que intervenções sejam implementadas quando necessárias (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2021).

Nesse contexto, é importante que haja durante o pré-natal a oportunidade de discutir questões particulares com a mulher, ou seja, sem a presença do parceiro ou de qualquer acompanhante. Lembrando que o envolvimento do parceiro nos cuidados pré-natais é bem-vindo, porém é preciso cautela e um olhar atento do profissional em determinados casos (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2021).

A gestante que sofre abuso doméstico do parceiro poderá ter medo de falar que sofre violência para o profissional de saúde que a acompanha pois esta tem receio de sua situação em casa piorar, ou poderá sofrer ansiedade em relação a possível reação que o profissional terá sobre seu relato. As gestantes que sofrem abuso doméstico devem receber apoio nos serviços de cuidado pré-natais o que inclui horários mais flexíveis de agendamento, atendimento com profissionais capacitados para identificar a violência e atendê-las. Os profissionais também precisam disponibilizar informações e apoio adaptados para os casos suspeitos e confirmados de abuso doméstico (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2010).

Já nos Estados Unidos o *guideline* de saúde perinatal orienta que a avaliação de risco durante a gravidez deve incluir a identificação de mulheres vítimas de VPI. Essa triagem deve ocorrer na primeira consulta de pré-natal, pelo menos uma vez por trimestre e na consulta de retorno no pós-parto. Essa recomendação justifica-se pelo fato de a VPI ser um importante problema de saúde pública que afeta milhões de mulheres americanas a cada ano. Esse documento enfatiza que o trauma, incluindo o trauma que é causado pela VPI, é uma das causas mais frequentes de morte materna no país. Além disso, a presença de violência entre parceiros íntimos também afeta as crianças, havendo prevalência de 33-77% de abuso infantil nas famílias em que há abuso de adultos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2017).

Segundo o *guideline* americano a detecção de VPI poderá ser feita pelo profissional de saúde através de uma conversa com a mulher ao dizer que a gravidez, às vezes, aumenta o estresse em um relacionamento e posteriormente perguntando como a mulher e seu parceiro resolvem suas diferenças. Entretanto, em muitos casos as mulheres só revelam que sofrem VPI

quando são perguntadas diretamente. É importante que o profissional de saúde durante o pré-natal observe alguns comportamentos da gestante ou condições de saúde que alertam para o risco de VPI, como: gravidez não desejada, IST, início tardio do pré-natal ou ausência nas consultas agendadas, consumo de substâncias não prescritas ou uso em excesso, baixo ganho de peso e nutrição inadequada, queixas somáticas múltiplas e repetitivas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2017).

As diretrizes clínicas de Uganda também recomendam que seja feito o rastreio de VPI em gestantes durante o cuidado pré-natal. Nesse contexto, pesquisa qualitativa realizada nesse país entrevistou profissionais de saúde que prestam assistência as gestantes de dois serviços de pré-natal sobre as barreiras que afetam a rotina de rastreio de VPI e sobre os facilitadores que melhoram a rotina de rastreio de VPI. Os resultados mostraram que as barreiras para o rastreio de rotina de VPI incluem recursos de pessoal e espaços limitados, falta de treinamento sobre violência de gênero e desconhecimento sobre as repercussões que a VPI causa na gravidez. Sobre os facilitadores, os profissionais de saúde que tinham disponíveis os protocolos de violência de gênero e que estavam cientes das ferramentas de rastreio de VPI tendiam a fazer a triagem. Além disso, os profissionais relataram a necessidade de estabelecer a confiança da paciente e de um ambiente de atendimento pré-natal seguro para que o relato da violência ocorra (ANGUZU et al, 2022).

Sobre a relação da VPI com a assistência recebida pela gestante no pré-natal e parto, estudo no Malawi apontou que mulheres que relataram ter sofrido qualquer forma de VPI tiveram uma probabilidade menor de terem um parto em uma unidade de saúde em comparação com aquelas que não experimentaram VPI. Da mesma forma, aquelas que relataram que sofreram VPI tiveram menor probabilidade de ter assistência qualificada durante o parto em comparação com aquelas que nunca sofreram VPI (MAGOMBO; NTENDA; NKOKA, 2021).

Além dos problemas que a VPI pode acarretar para assistência a mulher no período perinatal, uma pesquisa de revisão mostrou que esta também afeta de forma negativa a prática da amamentação, pois contribui para o seu insucesso logo no início e conseqüentemente para a manutenção do aleitamento materno, ocasionando o desmame precoce. Assim, é notória a importância de dar visibilidade as repercussões que a VPI contra a gestante ocasiona durante a amamentação para que os profissionais a partir desta reflexão promovam uma mudança na sua prática de cuidado (BARALDI et al, 2019).

Sobre as conseqüências da VPI para a gestante, estudo conduzido no Rio de Janeiro, em um ambulatório de pré-natal, entrevistou nove gestantes que sofriam VPI. As grávidas referiram sentimento de tristeza, medo e insegurança, e repercussões da VPI para sua saúde através de

alteração no peso corporal, elevação da pressão arterial, dispareunia, cefaleia, distúrbio no sono e dores físicas. Os autores desse estudo reforçam a importância de capacitar os profissionais de saúde na detecção de casos de VPI na gestação, já que é possível abordar esse assunto no pré-natal de forma respeitosa através do diálogo, indo além do exame físico, anamnese e solicitação de exames laboratoriais (TEIXEIRA et al, 2015).

Sobre os resultados adversos da gravidez, pesquisa realizada no Irã entrevistou 424 puérperas e identificou que desse total 20,8% tiveram parto prematuro, 15,1% hipertensão gestacional, 13,2% diabetes gestacional, 12,7% hemorragia intraparto, 11,3% ruptura prematura de placenta, 7,5% óbito fetal e 5,7% aborto. Sendo que as mulheres que sofreram VPI e aquelas com pré-natal inadequado (fizeram menos de oito consultas) foram mais propensas a terem resultados adversos na gravidez tanto na análise bivariada quando na multivariada (DADRAS et al, 2021).

No Brasil, pesquisa realizada em Maringá em uma maternidade entrevistou 358 puérperas, destas 7,5% relataram algum episódio de violência física por parceiro íntimo durante a gestação. A violência física na gestação foi associada ao relato de ser multigesta, não ter religião e ter fumado durante a gestação. A violência física foi mais frequente para alguns desfechos da gravidez como óbito fetal, aborto e filhos anteriores nascidos com baixo peso (SGOBERO et al, 2015). No Rio de Janeiro, estudo similar apontou que a mulher ter sido vítima de pelo menos um ato de violência física perpetrada pelo parceiro durante a gravidez mais que dobra a chance de um pré-natal de pior qualidade. Assim, é fundamental que o tema da violência seja abordado desde a primeira consulta nos serviços de saúde e que esse rastreamento também faça parte da rotina de internação e atendimento das maternidades, dando devida atenção no rastreamento de VPI para as gestantes que iniciaram o pré-natal tardiamente e/ou fizeram poucas consultas (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

Sobre o parto prematuro como desfecho da gravidez, pesquisa no Zimbábue explorou a associação entre a VPI durante a gravidez e o parto prematuro. Os resultados evidenciaram que 7 de 79 (8,9%) das mulheres expostas à VPI durante a gravidez tiveram parto prematuro, e 11 de 372 (3,0%) daquelas que não foram expostas à VPI durante a gravidez tiveram parto prematuro. Sendo que, nas áreas urbanas, aquelas expostas à VPI durante a gravidez foram quase cinco vezes mais propensas a ter parto prematuro. A VPI foi associada ao baixo status econômico das famílias, desemprego e menor escolaridade das mulheres (YAYA et al, 2021).

Alguns estudos apontam a relação da VPI com os desfechos negativos da gravidez. Na Etiópia por exemplo, estudo de caso-controle que investigou VPI contra a gestante durante a gravidez mostrou que a violência sexual e o comportamento controlador do parceiro/marido

foram associados com a mortalidade neonatal (óbito até 28 dias de vida). Entretanto, a violência física e a psicológica durante a gravidez não foram associadas com a mortalidade neonatal (ASHENAFI et al, 2020). Estudo de coorte prospectiva no Vietnã evidenciou que mulheres grávidas expostas a violência física durante a gestação foram cinco vezes mais propensas a terem um parto prematuro e tiveram quase seis vezes mais chances de dar à luz um recém-nascido com baixo peso comparada com aquelas que não foram expostas a violência física na gravidez (HOANG et al, 2016).

No Rio de Janeiro, estudo transversal avaliou se a violência psicológica por parceiro íntimo durante a gravidez é um fator de risco para restrição de crescimento intrauterino (uma das principais causas de resultados adversos perinatais). Como resultado, a VPI psicológica foi relatada por 665 mulheres (82,1%) e 126 (15,6%) recém-nascidos apresentaram restrição de crescimento. O estudo concluiu que a VPI psicológica contra a gestante foi considerada um fator de risco significativo para restrição de crescimento intrauterino (LOBATO et al, 2018). Similar a esse achado, pesquisa na Etiópia mostrou que recém-nascidos cujas mães sofreram VPI (psicológica, física ou sexual) durante a gravidez foram 14,3 vezes mais propensos a terem baixo peso ao nascer em comparação os recém-nascidos cujas mães não sofreram abuso durante a gravidez. Esta pesquisa relatou que não houve associação entre VPI e óbito fetal, *score* de Apgar menor que sete no quinto minuto e parto prematuro (LAELAGO; BELACHEW; TAMRAT, 2017).

A realização desse estudo permitiu conhecer o perfil das gestantes atendidas em um serviço de APS, representando as características apenas do grupo de gestantes que foram entrevistadas. Portanto, a principal limitação desse estudo é o reduzido tamanho do grupo estudado. O fato dessa pesquisa ter sido proposta para ser realizada durante a pandemia de Covid-19 trouxe intercorrências para seu desenvolvimento, principalmente para o período destinado para aplicação do primeiro questionário que teve que ser reduzido pela metade, acarretando um atraso no início da coleta.

Além disso, a coleta de dados ocorreu em um período crítico para a saúde pública no Rio de Janeiro, em que as unidades de APS precisaram se reorganizadas para responder as novas demandas que a pandemia de Covid-19 havia suscitado. Nesse contexto, foi notório observar que na unidade onde o estudo foi realizado os profissionais de saúde encontravam-se sobrecarregados com muitas demandas e que os fluxos de atendimento à população sofreram mudanças significativas, afetando inclusive a rotina de pré-natal.

Conclusão

Este estudo possibilitou apresentar o perfil das gestantes atendidas em um serviço de APS do Rio de Janeiro durante a pandemia de Covid-19. O número total de mulheres entrevistadas limitou a análise, não havendo a possibilidade de ter sido feito um estudo de associação entre a VPI e os desfechos da gravidez. Entretanto, essa pesquisa possibilitou evidenciar importantes aspectos no campo da saúde pública no que se refere o cuidado que as participantes receberam durante o seu pré-natal e parto. Nesse sentido, é notória a necessidade de serem revistos os protocolos de atendimento à gestante, pois não há uma rotina de atendimento que garanta a longitudinalidade do cuidado e a construção de vínculo entre o profissional e as usuárias na APS. Assim, é preciso rever as rotinas de atendimento no pré-natal para que seja garantido uma escuta qualificada, em que a gestante tenha acesso a um atendimento integral que inclua o rastreio de VPI durante esse processo.

Quando a VPI for identificada durante a gravidez, o profissional precisa estar atento aos sinais na mulher e no feto de que possa haver algum agravo ou complicação relacionado a violência. Na ocorrência de um desfecho perinatal negativo é preciso dar atenção especial aos casos em que a VPI possa estar relacionada, como em recém-nascidos com peso menor que 2500 gramas e/ou prematuros, situações de óbito fetal ou neonatal e abortos espontâneos sem causa relacionada.

Além disso, os profissionais precisam manter-se vigilantes nos casos de gestantes com comportamentos que indiquem algum problema, como a rejeição da gravidez, a vontade de interromper a gestação, o atraso no início do pré-natal, a frequência baixa nas consultas de pré-natal, a não realização de exames de rotina e o não retorno à unidade de saúde para acompanhamento no pós-parto.

Referências

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS AND AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Guidelines for perinatal care. United States: 8ed, 2017. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx> Acesso em: 19 mai. 2022.
- ANGUZU, R. et al. Facilitators and barriers to routine intimate partner violence screening in antenatal care settings in Uganda. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 283, p. 1-15, 2022.
- ASHENAFI, W., et al. Intimate partner violence during pregnancy and neonatal mortality in Eastern Ethiopia: A population based matched case-control study. **Research Square**, preprint, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-58851/v2> Acesso em: 19 mai. 2022.
- BARALDI, N.G. et al. Violência por parceiro íntimo e a prática do aleitamento materno. **Rev enferm UFPE**, v.13, n. e239360, p. 2019.
- CARNEIRO, J.F. et al. Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do nordeste do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 19, n. 2, p. 243-255, 2016.
- DADRAS, O. et al. The prevalence and associated factors of adverse pregnancy outcomes among Afghan women in Iran; Findings from community-based survey. **PLoS ONE**, v. 16, n. 1, e0245007, p. 1-13, 2021.
- HOANG, T.N., et al. Association between Intimate Partner Violence during Pregnancy and Adverse Pregnancy Outcomes in Vietnam: A Prospective Cohort Study. **PLoS ONE**, v. 11, n. 9: e0162844, p. 1-14, 2016.
- LAELAGO, T., BELACHEW, T., TAMRAT, M. Effect of intimate partner violence on birth outcomes. **Afri Health Sci**. v. 17, n. 3, p. 681-689, 2017.
- LOBATO, G. et al. Psychologic intimate partner violence and the risk of intrauterine growth restriction in Rio de Janeiro. **J Gynaecol Obstet**, v. 143, n. 1, p. 77-83, 2018.
- MAGOMBO, P.W., NTENDA, P.A.M., NKOKA, O. Association between intimate partner violence and the use of maternal health care services among married Malawian women. **BMC Women's Health**, v. 21, n. 173, p. 1-9, 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF); 2013. 320p.
- MORAES, C.L., ARANA, F.D.N., REICHENHEIM, M.E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 667-76, 2010.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social

factors, 2010. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg110/chapter/1-guidance#pregnant-women-who-experience-domestic-abuse> Acesso em: 20 de abr. 2022.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Antenatal care. Royal College of Obstetricians e Gynaecologists. United Kingdom: 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941> Acesso em: 19 mai. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Violência contra as mulheres. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 20 de abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia> Acesso em: 20 de abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Londres; 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Atenção ao pré-natal: rotinas para gestantes de baixo risco. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016.

ROMÁN-GÁLVEZ, R.M., et al. Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis. **Front. Public Health**, v. 9, n. 738459, p. 1-8, 2021.

SGOBERO, J.K.G.S., et al. Violência física por parceiro íntimo na gestação: prevalência e alguns fatores associados. **Aquichan**, v. 15, n. 3, p. 339-350, 2015.

SILVA, R.P., LEITE, F.M.C, SANTOS NETTO, E.T., DESLANDES, S. F. Violência por Parceiro Íntimo na gestação: um enfoque sobre características do parceiro. **Cien Saude Colet**, v. 27, n. 5, p. 1873-1888, 2022.

TEIXEIRA, S.V.B., et al. Violência perpetrada por parceiro íntimo à gestante: o ambiente à luz da teoria de Levine. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 882-889, 2015.

YAYA, S., et al. Association between intimate partner violence during pregnancy and risk of preterm birth. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1610, p. 1-9, 2021.

6 CONCLUSÃO

A presente tese tinha como objetivo geral analisar o fenômeno da violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos e sua relação com os desfechos perinatais negativos e o aborto. Assim, os quatro artigos desenvolvidos pretendiam responder aos objetivos específicos do estudo através de duas fontes de dados.

Os dados secundários obtidos no SINAN possibilitam mostrar o perfil das gestantes que sofreram violência, as características do evento e do provável agressor. O uso dos dados do SINAN teve o intuito de identificar e dar visibilidade ao problema da violência contra a gestante no Brasil. Através da construção dos dois artigos foi possível observar que a violência mais notificada no SINAN foi a física, ou seja, aquela que provavelmente causou a essa mulher algum tipo de injúria e fez com que ela procurasse atendimento em algum serviço, sendo a rede de saúde o local onde houve mais notificação. Além disso, vê-se que houve um aumento importante de notificação de casos de violência contra a gestante ao longo dos anos estudados, o que representa um ponto positivo em relação ao uso cada vez mais difundido da ficha. Contudo, alguns campos da ficha são pouco preenchidos e outros são preenchidos incorretamente. Tais fatos mostram a importância de haver uma rotina de formação permanente para os profissionais sobre a ficha de notificação de violência nos serviços.

Foram feitos dois artigos com os dados do SINAN. No artigo 1 identificou-se que as mulheres jovens, pretas ou pardas, com baixa escolaridade e solteiras foram as mais afetadas pela violência. O parceiro ou ex-parceiro mostrou ser o principal agressor, o ambiente doméstico foi o principal cenário de ocorrência do agravo, tendo sido de repetição para uma parcela considerável de mulheres. A força corporal e o espancamento foram a violência física mais descrita, o estupro foi a principal forma de violência sexual e a ameaça a violência psicológica mais relatada. Esses dados apontam para o nível de gravidade da violência que chega aos serviços e são notificados, o que possibilita pensar que existem casos “mais leves” de violência contra a mulher que são invisíveis para os profissionais na rede de assistência, para a sociedade e até mesmo para a própria vítima.

O artigo dois é resultado de um recorte dos dados apresentados no artigo um. No Brasil, as mulheres negras são as que mais sofrem violência pelo parceiro íntimo, violência obstétrica e recebem uma assistência pré-natal e obstétrica pior que as mulheres brancas. Como consequência são as que mais morrem por causas maternas e por feminicídio. Nesse contexto, a construção do artigo dois permitiu dar visibilidade àquelas que mais sofrem com as desigualdades de gênero, raça e classe no Brasil. Observou-se pelos dados descritos nesse artigo um perfil diferente entre as gestantes negras que sofreram VPI e aquelas em que o agressor era

outro. Sobre os fatores associados à VPI em gestantes negras nessa pesquisa, observou-se que gestantes no terceiro trimestre foram as mais afetadas, assim como aquelas de baixa escolaridade e casadas. A partir desse achado, é importante destacar que as pessoas negras com baixa escolaridade são as que tem mais dificuldade de acessar os serviços de saúde e que a VPI acontece durante toda a gravidez independente da idade gestacional, o que não caracteriza a gravidez necessariamente como um fator de proteção para a vítima de violência como era de se esperar. O que nos traz a reflexão de haver por parte dos profissionais de saúde durante o pré-natal um olhar cuidadoso, livre de preconceitos e juízos de valor. Que todas as mulheres possam ser acolhidas, terem seus direitos respeitados com objetivo de promover uma assistência de qualidade, resolutiva e empática independente da sua raça/cor da pele, classe econômica e gênero.

Os artigos três e quatro são resultado da pesquisa de campo realizada em uma unidade de atenção primária à saúde. Muitos foram os desafios apresentados durante sua realização. A pandemia de COVID-19 impactou a rotina do serviço onde a coleta foi realizada e a vida dos profissionais, pesquisadores e participantes do estudo. Houve um atraso importante para iniciar a coleta o que fez com que o número de entrevistas fosse reduzido. Contudo, não se imaginava encontrar tantas pessoas dispostas em responder o questionário e contar suas histórias com tantos detalhes, mesmo que as perguntas fossem na maioria do tipo fechadas. Tal fato mostra a importância de darmos voz a quem vem sendo oprimido pela sociedade através de pesquisas como essa. Muitas mulheres agradeceram o convite para participarem do estudo e comentaram sobre a relevância de se pesquisar sobre o assunto mesmo que elas não tivessem vivenciado experiências de violência durante sua vida.

A aplicação da CTS2 foi fundamental para compreender como a relação acontece entre os casais, tendo a visão da gestante sobre seu parceiro na resolução de conflitos. Ao mesmo tempo, o fato de ser grande e ter perguntas quase que iguais fazia com que as participantes ficassem cansadas, por isso motivá-las a continuar foi um desafio. Mesmo assim, apenas duas participantes se negaram a responder a CTS2. Observou-se que a aplicação da CTS2 fazia as gestantes pensarem também em outras relações que tiveram antes do parceiro atual, relembrando histórias de VPI inclusive em gestações anteriores.

A possibilidade de entrevistar gestantes em diferentes trimestres de gravidez foi um ponto positivo do estudo, pois foi possível captar novas participantes durante todos os meses de coleta de dados. O contato telefônico no puerpério foi fundamental para a continuação do estudo, já que muitas mulheres tiveram dificuldade em realizar agendamento de consulta no pós-parto.

O resultado da aplicação dos questionários mostrou que a violência pelo parceiro íntimo era uma realidade na vida de muitas participantes inclusive enquanto estavam grávidas. Durante os relatos da história reprodutiva anterior foram descritas por algumas participantes desfechos perinatais negativos como consequência da VPI que sofriam na época, como casos de aborto espontâneo, aborto provocado e prematuridade. Esse dado evidencia a necessidade de haver durante o pré-natal uma investigação por parte do profissional da história de cada gravidez anterior, principalmente se nessa houve um desfecho negativo.

Sobre a história reprodutiva atual notou-se que muitas mulheres não planejaram a gravidez, havendo também relatos de dificuldade para ter acesso aos métodos contraceptivos, falhas durante o seu uso e perda de autonomia financeira devido redução de salário. Tais achados podem ter ocorrido como consequência da pandemia de Covid-19 que afetou o acesso aos serviços de saúde e a diminuição da renda das famílias. Sobre a história de VPI no último ano, destaca-se que todas as participantes utilizavam a negociação como forma de resolução dos conflitos com seus parceiros, porém a maior parte dos casais cometeram agressão psicológica e alguns cometeram violência física, destacando-se as mulheres como as mais perpetradoras, o que reforça a ideia de que a violência é relacional. Nos desfechos negativos encontrados na gravidez atual, a agressão psicológica pelo parceiro foi descrita pelas duas participantes que tiveram parto de recém-nascido com baixo peso e por aquela que teve parto prematuro.

Assim, é importante que haja durante o pré-natal formas de rastrear a VPI entre o casal e que o profissional de saúde receba treinamento específico sobre como detectá-la e tenha acesso aos recursos e ferramentas necessárias para reduzir ou interromper a violência contra a gestante.

O que se viu na prática é que os profissionais de saúde nem sempre realizam o rastreio da VPI durante a gravidez e que a gestante não falava sobre o tema se este não tocava no assunto. Ocorreram vários problemas durante a assistência as mulheres desse estudo tanto durante o pré-natal como no pós-parto o que evidencia que é preciso que as práticas dentro da linha de cuidado na área de saúde da mulher sejam revistas com intuito de evitar desfechos perinatais negativos, gravidez indesejada e morte materna. Para tal, é preciso investimento financeiro em políticas públicas na área de saúde da mulher e da criança, melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde que realizam o pré-natal na APS e que prestam assistência nas maternidades. Não há mais tempo para retrocessos na arena nos direitos reprodutivos e sexuais.

REFERÊNCIAS

- AFIAZ, A.; BISWAS, R.K.; SHAMMA, R.; ANANNA, N. Intimate partner violence (IPV) with miscarriages, stillbirths and abortions: Identifying vulnerable households for women in Bangladesh. **PLOS ONE**, v. 15, n. 7, e0236670, 2020.
- AHMED, S.; MBBS; KOENIG, M.A.; STEPHENSON, R. Effects of Domestic Violence on Perinatal and Early-Childhood Mortality: Evidence From North India. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 8, p. 1423-28, 2006.
- ALMEIDA, S. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- ALMEIDA, A.H.V. et al. Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 19, n. 1, p. 53-62, 2019.
- ALVIM, S.F., SOUZA, L. Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 7, n. 2, p. 171-206, 2005.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS AND AMERICAM COLLEGE OF OBTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Guidelines for perinatal care. United States: 8ed, 2017. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx> Acesso em: 19 mai. 2022.
- ANGUZU, R. et al. Facilitators and barriers to routine intimate partner violence screening in antenatal care settings in Uganda. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 283, p. 1-15, 2022.
- ANTONIOU, E. Women's Experiences of Domestic Violence during Pregnancy: A Qualitative Research in Greece. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 19, p: 1-20, 2020.
- ARAÚJO, D.L., BARBOSA, T.A., COIMBRA, N.X., COSTA, C.S.C. Violência doméstica na gestação: aspectos e complicações para mulher e o feto. **RESAP**, v. 6, n. 1, p. 64-76, 2020.
- ASHENAFI, W., et al. Intimate partner violence during pregnancy and neonatal mortality in Eastern Ethiopia: A population based matched case-control study. **Research Square**, preprint, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-58851/v2> Acesso em: 19 mai. 2022.
- AUDI, C. A. F., et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 877-85, 2008.
- BARALDI, N.G. et al. Violência por parceiro íntimo e a prática do aleitamento materno. **Rev enferm UFPE**, v.13, n. e239360, p. 2019.
- BARUFALDI, L.A., et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 9, p. 2929-38, 2017.
- BEAUVOIR, S. O segundo Sexo. 9 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BERHANIE, E., et al. Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. **Reproductive Health**, v. 16, n. 22, p. 1-9, 2019.

BERNARDINO, I.M. et al. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. **Rev Bras Epidemiol**, n. 19, v. 4, p. 740-52, 2016.

BOMFIM, E. G., LOPES, M. J. M., PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 97-104, 2010.

BOTT, S.; GUEDES A.; RUIZ-CELIS, A.P.; MENDOZA, J.A. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. **Rev Panam Salud Publica**, v. 43, n. e26, 2019.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. Portaria nº 10778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, 24 nov. 2003.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR. Racismo como determinante social da saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 19 mai. 2022.

BRASIL. Portaria nº 9417, de 20 de junho de 2018. Transfere a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher da Secretaria de Governo da Presidência da República para o Ministério dos Direitos Humanos. Diário Oficial da União, 21 jun. 2018.

BRASIL. Medida Provisória nº 870, de 1 de janeiro de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial da União, 1 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 11340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre 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. Diário Oficial da União, 8 ago. 2006.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. 2011.

BRASIL. Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília, 1ª edição, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf

BRASIL. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html Acesso em: 19 mai. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.104, 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. Diário Oficial da União, 10 mar, 2015.

BRASIL. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília. 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres> Acesso em: 19 mai. 2022.

BRASIL. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília. 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres> Acesso em: 19 mai. 2022.

BRASIL. Norma Técnica de Uniformização. Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. Brasília. 2006. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/norma-tecnica-de-uniformizacao-centros-de-referencia-de-atendimento-a-mulher-em-situacao-de-violencia> Acesso em: 19 mai. 2022.

BRASIL. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. Brasília. 2013.

BUENO, S. et al. Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil. 3rd ed. Fórum Brasileiro de Segurança Pública/Datafolha; 2021.

CARNEIRO, J.F. et al. Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do nordeste do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 19, n. 2, p. 243-255, 2016.

CARNEIRO, S. Mulheres Negras e Violência Doméstica: decodificando os números. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra; 2017.

CARRIJO, C., MARTINS, P.A. A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. **Estud Fem**, v. 28, n. 2:e60721, 2020.

CAVALCANTE, C.M. Violência por parceiro íntimo e aborto provocado entre mulheres cadastradas na ESF em área urbana do Nordeste do Brasil [dissertação]. Recife: Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco; 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Intimate Partner Violence. National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/index.html>

CEZARIO, A.C.F. et al. Violencia contra el hombre y comorbilidades: una revisión sistemática de la literatura acerca del abuso de sustancias, ansiedad y depresión. **Perspectivas en Psicología**, v. 14, n. 2, p. 83-92, 2017.

CHAMBLISS, L.R. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. **Clin Obstet Gynecol**, v. 51, n. 2, p. 385-97, 2008.

CHASWEKA, R., CHIMWAZA, A., MALUWA, A. Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi. **Malawi Medical Journal**, n. 3, p. 191-196, 2018.

CHEHUEN NETO, J.A. et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1909-16, 2015.

CRESWELL, J.W. Projeto de Pesquisa. Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 296p, 2010.

COELHO, E.B.S.; SILVA, A.C.L.G.; LINDNER, S.R. Violência por parceiro íntimo: definições e tipologias. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 36p, 2018.

COLONESE, C.F., PINTO, L.W. Análise das notificações de violência contra gestantes no Brasil no período de 2011 até 2018. **Texto Contexto Enferm**, v.31, n. e20210180, 2022.

CONCEIÇÃO, H.N., COELHO, S.F., MADEIRO, A.P. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo na gestação em Caxias, Maranhão, 2019-2020. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 30, n. 2, p. 1-14, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Com desfinanciamento do SUS, mortalidade materna pode permanecer com dados preocupantes. Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/617-com-desfinanciamento-do-sus-mortalidade-materna-pode-permanecer-com-dados-preocupantes> Acesso em: 19 mai. 2022.

CORREA, M.D. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. Esp, p. 24-32, 2014.

COSTA, A.M.; GUILHEM D.; WALTER, M.I.M.T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 768-7, 2005.

COSTA, D.C.S. et al. Fatores associados à agressão física contra gestantes em São Luís, Maranhão, Brasil: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017.

COUTO, M.T.; et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11(Sup), p. 1323-1332, 2007.

COUTO, T.M. et al. Cotidiano de mulheres com história de violência doméstica e aborto provocado. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 263-9, 2015.

DADRAS, O. et al. The prevalence and associated factors of adverse pregnancy outcomes among Afghan women in Iran; Findings from community-based survey. **PLoS ONE**, v. 16, n. 1, e0245007, p. 1-13, 2021.

DEFILIPPO, E.; CHAGAS, P.S.C.; RIBEIRO, L.C. Violência contra a gestante e fatores associados no município de Governador Valadares. **Rev Saude Publica**, v. 54, n. 235, p.1-12, 2020.

DEMELASH, H., NIGATU, D., GASHAW, K. A case-control study on intimate partner violence during pregnancy and low birth weight, southeast Ethiopia. **Obstet Gynecol**, p. 1-6, 2015.

DEUBA, K., MAINALI, A., ALVESSON, H.M., KARKI, D.K. Experience of intimate partner violence among young pregnant women in urban slums of Kathmandu Valley, Nepal: a qualitative study. **BMC Women's Health**, v. 16, n. 11, p. 1-10, 2016.

DINIZ, D., MEDEIROS, M., MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

DIAS, L.B., PRATES, L.A., CREMONESE, L. Perfil, fatores de risco e prevalência da violência contra a mulher. **Sanare**, v. 20, n.1, p.102-114, 2021.

DOI, S., FUJIWARA, T., ISUMI, A. Development of the Intimate Partner Violence During Pregnancy Instrument (IPVPI). **Front Public Health**, v. 7, n. 43, 2019.

DOMINGUES, C.S.B. et al. Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 30 (esp.1):e2020597, p.1-15, 2021.

DOMINGUES, R.M.S.M.; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140–7, 2015.

DONOVAN, B.M.; et al. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BJOG**, n. 123, p. 1289–99, 2016.

ELY, G.E, HALES, T.W., AGBEMENU, K. An Exploration of the Experiences of Florida Abortion Fund Service Recipients. **Health & Social Work**, v. 45, n. 3, p. 184-194, 2020.

FARROKH-ESLAMLOU, H., OSHNOUEI, S., HAGHIGHI, N. Intimate partner violence during pregnancy in Urmia, Iran in 2012. **J Forensic Leg Med**. v. 24, p. 28-32, 2014.

FIGOLI, P. Mar de gente: Veja os 10 bairros com maior população no Brasil. Geofusion, 2016. Disponível em: <https://www.geofusion.com.br/blog/mar-de-gente-veja-os-10-bairros-com-maior-populacao-no-brasil/> Acesso em: 20 de abr 2022.

FIOROTTI, K.F. et al. Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 3, e0810017, p.1-11, 2018.

FINNBOGADÓTTIR, H.; DYKES, A.; WANN-HANSSON, C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 228, 2016.

FINNBOGADÓTTIR, H., BAIRD, K., THIES-LAGERGREN, L. Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 20, n. 183, p. :1-10, 2020.

FONSECA, S.C.; COUTINHO, E.S.F. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 240-52, 2010.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, ano 12, 2018. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Infografico_an12_atualizado.pdf Acesso em: 20 de abr 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/> Acesso em: 20 de abr 2022.

GARCIA, D. Violência contra a mulher negra no Brasil: ponderações desde uma criminologia interseccional. **RBSD**, v. 7, n. 2, p. 97-120, 2020.

GIDDENS, A. Sociologia. 6 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.

GRETCHEN, E.E.; TRAVIS, W.H.; KAFULI, A. An Exploration of the Experiences of Florida Abortion Fund Service Recipients. **Health & Social Work**, v. 45, n. 3, p. 186- 194, 2020.

GONZAGA, I.C.A., SANTOS, S.L.D., S.L., SILVA, A.R.V, CAMPELO, V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, 2016.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. 2014. **Tempo Social**, 26(1), 61-73.

HOANG, T.N. et al. Association between Intimate Partner Violence during Pregnancy and Adverse Pregnancy Outcomes in Vietnam: A Prospective Cohort Study. **PLoS ONE**, v. 11, n. 9: e0162844, p. 1-14, 2016.

HOOKS, B. Teoria feminista: da margem ao centro. São Paulo: Perspectiva, 2019.

HULDANI, H. et al. Intimate partner violence against pregnant women during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Women & Health**, v. 62, n. 6, 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA e FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Atlas da violência. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo. 2019.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Dossiê Mulher. Governo do Estado do Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <http://www.ispvisualizacao.rj.gov.br/Mulher.html> Acesso em: 20 de abr 2022.

JARABA, S.M.R., GARCÉS-PALACIO, I.C. Association between violence during pregnancy and preterm birth and low birth weight in Colombia: Analysis of the demographic and health survey. **Health Care Women Int**, v. 40, n. 11, p. 1149-69, 2019.

JESUS, R.L. et al. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-11, 2015.

KILOMBA, G. Memórias da plantação - Episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.

KHAIRONISAK, H., ZARIDAH, S. HASANAIN, F.G. Prevalence, risk factors, and complications of violence against pregnant women in a hospital in Peninsular Malaysia. **Women & Health**, p. 1-23, 2016.

KOTLAR, B.; GERSON, E.; PETRILLO, S.; LANGER, A.; TIEMEIER, H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. **Reprod Health**, v. 18, n. 10, 2021.

LAELAGO, T., BELACHEW, T., TAMRAT, M. Effect of intimate partner violence on birth outcomes. **Afri Health Sci**. v. 17, n. 3, p. 681-689, 2017.

LEAL, M.C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 54, n. 8, p. 1-12, 2020.

LEAL, M.C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33 (Suppl 1), p. 1-17, 2017.

LEITE, B.L.P. et al. Identificação e conduta de enfermeiros frente à violência por parceiro íntimo a mulher grávida. **Res Soc Dev**. v. 11, n. 3, e53811326811, 2022.

LEITE, F.M.C. et al. Implicações para o feto e recém-nascido da violência durante a gestação: revisão sistemática. **fundam. care.**, v. 11 (n. esp), p. 533-39, 2019.

LOBATO, G. et al. Psychologic intimate partner violence and the risk of intrauterine growth restriction in Rio de Janeiro. **J Gynaecol Obstet**, v. 143, n. 1, p. 77-83, 2018.

LOURO, G.L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-posições**, v. 19, n. 2, p. 17-23, 2008.

LUCENA, K.D.T. et al. Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **J. Hum. Growth Dev.**, v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016 .

MACHADO, D.F.; CASTANHEIRA, E.R.L.; ALMEIDA, M.A.S. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, Supl. 3, p. 5003-12, 2021.

MAEDA, T.C., PARREIRA, B.D.M., SILVA, S.R., OLIVEIRA, A.C.D. Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 3, n. 2, p. 6-18, 2014.

MAGOMBO, P.W., NTENDA, P.A.M., NKOKA, O. Association between intimate partner violence and the use of maternal health care services among married Malawian women. **BMC Women's Health**, v. 21, n. 173, p. 1-9, 2021.

MARCONI, M.A. E LAKATOS, E.M. Metodologia do trabalho científico. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2001.

MARQUES SS, RIQUINHO DL, SANTOS MC, VIEIRA LB. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 38, n. 3, e67593, p.1-8, 2017.

MARTINELLI, K.G. et al. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **R. bras. Est. Pop.**, v. 38, p. 1-15, e0173, 2021.

MAYOR, M.S.S.; et al. Avaliação dos Indicadores da Assistência Pré-Natal em Unidade de Saúde da Família, em um Município da Amazônia Legal. **Revista Cereus**, v. 10, n. 1, p. 91-100, 2018.

MASCARENHAS, M.D.M. et al. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011–2017. **Rev Bras Epidemiol**, v. 23: e200007, supl.1, p. 1-13, 2020.

MEDINA, A.B.C.; PENNA, L.H.G. A percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência intrafamiliar em mulheres grávidas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 466-73, 2008.

MENEZES, T.C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **RBGO**, v. 25, n. 5, p. 309-16, 2003.

MINAYO, M. C. S. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132 p.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Atlas da violência 2020. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2020.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Atlas da violência 2021. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS. Ligue 180: central de atendimento à mulher. Relatório 2018. Brasília: DF. 2019. Disponível em: https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/Balanco_180.pdf Acesso em: 20 de abr 2022.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS. Enfrentando a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: DF. 2020. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/publicacoes-1/PROJETOSALVEUMAMULHER2021.pdf> Acesso em: 20 de abr 2022.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS. Ações e programas. Brasília: DF, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres> Acesso em: 20 de abr 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF); 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2ª edição. Brasília: MS, 2016. 94p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos da Atenção Básica. Saúde das Mulheres. 1ª edição. Brasília: MS, 2016. 232p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF); 2012. 320p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF); 2013. 320p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação de Agravos de Notificação: Normas e Rotinas. Brasília: DF. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf Acesso em: 20 de abr 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano nacional de políticas para as mulheres. Brasília: DF. 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: DF. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília: DF. 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Secretaria de Vigilância em Saúde: Boletim Epidemiológico, v. 52, n. 29, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf Acesso em: 20 de abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MIRANDA, A.P.C. et al. Violence against women: perceptions of maternity health professionals. **Rev Min Enferm**, v. 25, e-1390, p. 1-10, 2021.

MIRANDA, A.E. et al. Prevalence and correlates of preterm labor among young parturient women attending public hospitals in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 32, n. 5, p.330-4, 2012.

MORAES, C.L.; HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural para o português do instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*” utilizado para identificar violência entre casais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(1):163-176, 2002.

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

MUSA A, CHOJENTA C, LOXTON D. High rate of partner violence during pregnancy in eastern Ethiopia: Findings from a facility-based study. **PLOS ONE**, v. 15, n. 6, p. 1-18, 2020.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors, 2010. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg110/chapter/1-guidance#pregnant-women-who-experience-domestic-abuse> Acesso em: 20 de abr. 2022.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Antenatal care. Royal College of Obstetricians e Gynaecologists. United Kingdom: 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941> Acesso em: 19 mai. 2022.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. **Femina**, v. 48, n. 8, p. 496-8, 2020.

NASCIMENTO, E.F. et al. Com açúcar e sem afeto: violência contra a mulher no contexto da Covid-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e27410514696, p. 1-10, 2021

NASCIMENTO, D.L.A. et al. Análise multifatorial da violência doméstica na gestação. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, e476101018856, p. 1-11, 2021.

NEJATIZADE A.A. et al. Prevalence of domestic violence on pregnant women and maternal and neonatal outcomes in Bandar Abbas. **Electron Physician**, v. 9, n. 8, p. 5166-71, 2017.

NICHIATA, L.Y.I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 16, 2008.

NOBREGA, A.A. et al. Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wiggleworth modificada. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 1-13, 2022

OKADA, M.M., HOGA, L.A.K., BORGES, A.L.V., ALBUQUERQUE, R.S., BELLI, M.A. Domestic violence against pregnant women. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 3, p. 270-4, 2015.

OLIVEIRA, M.L., MIRANDA, C.E.S. Caracterização das notificações de violência doméstica contra adolescentes. **Rev Interd**, v. 13, p. 1-8, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre La violencia y La salud. Washington, D. C., 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 20 de abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Londres. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World health statistics: Monitoring health for the sustainable development goals. Genebra: 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Respect women: Preventing violence against women. Genebra: 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312261> Acesso em: 20 de abr 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Folha informativa: mortalidade materna. Brasil. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 20 de abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Violência contra as mulheres. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 20 de abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia> Acesso em: 20 de abr. 2022.

PACHECO, J., LARA, E., FALHEIROS, T. Dossiê crimes raciais. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública; 2020.

PASINATO, W. Diretrizes para atendimento em casos de violência de gênero contra meninas e mulheres em tempos da pandemia da Covid-19. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Diretrizes-para-atendimento_ONUMULHERES.pdf Acesso em: 20 de abr 2022.

PASTOR-MORENO, G. et al. Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. **BJOG**, v. 127, n. 5, p. 537-47, 2020.

PEREIRA, P.K, et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Rev Psiq Clín**, v. 37, n. 5, p. 216-22, 2010.

PINTO, C.R.J. O feminismo bem comportado de Heleieth Saffioti (presença do marxismo). **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 321-333, 2014.

PINTO, I.V.; BERNAL, R.T.I.; SOUZA, M.F.M.S.; MALTA, D.C.M. Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 3, p. 975-85, 2021.

PIQUERO, et al. Domestic violence during the COVID-19 pandemic - Evidence from a systematic review and meta-analysis. **Journal of Criminal Justice**, v. 74, n. 101806, p. 1-10, 2021.

PORTO et al. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 2014, v. 24, n. 3, p. 787-807.

RAMOS, A.S.M.B; et al. Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária. **J Manag Prim Health Care**, v. 9, n. 3, p. 1-14, 2018. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/433/719>

RAMOS, S. et al. A dor e a luta das mulheres: números do feminicídio. Rio de Janeiro: CESeC, 2021.

RÉ, M.M.L., NASCIMENTO, A.C.A.S., FONSECA, M.R.C.C. Caracterização da assistência pré-natal no Brasil segundo diferenças regionais e fatores associados às características maternas. **Res Soc Dev**. V. 11, n. e11111427180, 2022.

REIS, R.R.R.; SAMEA, B.L.H.; MOREIRA, D.H. A experiência de atendimento de pré-natal em tempos de pandemia de Covid-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 12, p. 119356–119370, 2021.

RIBEIRO, D. Feminismo negro para um novo marco civilizatório. *Sur*, v. 13. 24, p. 99-104, 2016. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/9-sur-24-por-djamil-ribeiro.pdf> Acesso em: 19 mai. 2022.

RIBEIRO, M.R.C. et al. Violência contra mulheres antes e durante o período gestacional: diferenças em taxas e perpetradores. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 20, n. 2, p.503-513, 2020.

- 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**, v. 48, n. 2, p. 206-13, 2014.
- ROMÁN-GÁLVEZ, R.M., et al. Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis. **Front. Public Health**, v. 9, n. 738459, p. 1-8, 2021.
- ROMIO, J.A.F. A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. In: Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013.
- SARTI, C.A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 35-50, 2004.
- SANTOS, A.G. et al. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI. **Rev. Rene**, v. 11, Número Especial, p. 109-116, 2010.
- SANTOS, J.L.C. et al. Percepção dos enfermeiros da atenção primária diante da violência contra a gestante. **Rev. Mult. Psic.**, v.13, n. 47 p.1202-1219, 2019.
- SANTOS, J.; DIAS, P.C. Percepção das gestantes em relação à assistência pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde. **Res Soc Dev**, v. 10, n. 10, 2021.
- SANTOS, J.M.J. et al. Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 19, n. 3, p. 537-540, 2019.
- SANTOS, M.M.E., SOUZA-SEIDL, R., GODINHO, L. Mulheres, negras e gestoras: porque sim! Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2021.
- 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 Colet.**, v. 18, n. 4, p. 483-93, 2010.
- SANTOS, S.M.A.B. et al. Prevalência e fatores associados à violência física contra mulheres grávidas. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 190-205, 2016.
- SATTAR, T. The impact of intimate partner violence on victimized women residing in shelter home in Multan, Pakistan. **Rawal Medical Journal**, v. 45, n. 3, p. 711-715, 2020.
- SCHRAIBER, L.B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**. v. 36, n. 4, p. 470-7, 2002.
- SCHRAIBER, L.B. D'OLIVEIRA, A.F.P.L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. Faculdade de Medicina da USP. 2003.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Atenção ao pré-natal: rotinas para gestantes de baixo risco. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Linha de cuidado: gestante e puérpera. Manual técnico do pré-natal, parto e puerpério. São Paulo, 2018.

SEDZIAFA, A.P.; TENKORANG, E.Y.; OWUSU, A.Y. "... he always slaps me on my ears": the health consequences of intimate partner violence among a group of patrilineal women in Ghana. **Culture, Health & Sexuality**, v. 18, p. 1-15, 2016.

SGOBERO, J.K.G.S., et al. Violência física por parceiro íntimo na gestação: prevalência e alguns fatores associados. **Aquichan**, v. 15, n. 3, p. 339-350, 2015.

SHAMU, S.; Intimate partner violence, forced first sex and adverse pregnancy outcomes in a sample of Zimbabwean women accessing maternal and child health care. **BMC Public Health**, v. 18, n. 595, p. 1-10, 2018.

SIGNORELLI, M.C.; AUAD, A.; PEREIRA, P.P.G. 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, p. 1230-1240, 2013.

SILVIA, R. et al. A dor e a luta das mulheres: números do feminicídio. Centro de Estudos de Segurança e Cidadania, 2020. Disponível em: http://observatorioseguranca.com.br/wordpress/wp-content/uploads/2021/03/REDE-DE-OBS_ELASVIVEM-1.pdf Acesso em: 20 de abr 2022.

SILVA, R.P., LEITE, F.M.C, SANTOS NETTO, E.T., DESLANDES, S. F. Violência por Parceiro Íntimo na gestação: um enfoque sobre características do parceiro. **Cien Saude Colet**, v. 27, n. 5, p. 1873-1888, 2022.

SILVA, R.P., LEITE, F.M.C. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. **Rev Saude Publica**, v. 54, n. 97, 2020.

SILVA, R.R., ARRAIS, A.R. Rastreo da violência contra gestante durante o pré-natal: estudo em uma unidade básica de saúde. **Com Ciências Saúde**, v. 3, n. 2, p. 83-96, 2020.

SILVA, T.D., SILVA, S.P. Trabalho, população negra e pandemia: notas sobre os primeiros resultados da PNAD Covid-19. Boletim de análise político-institucional. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2021.

SILVEIRA, R.S., NARDI, H.C. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. **Psicol Soc**, 26 (n.spe), p. 14-24, 2014.

SIQUEIRA, C.A., ROCHA, E.S.C. Violência psicológica contra a mulher: uma análise bibliográfica sobre causa e consequência desse fenômeno. **IMMES**, v. 2, n. 1, p. 12-23, 2019.

SOUZA, A.S.R., AMORIM, M.M.R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, v. 21 (Supl. 1), p. S257-S261, 2021.

SOUZA, A.S.R., SOUZA, G.F.A., PRACIANO, G.A.F. A saúde mental das mulheres em tempos da COVID-19. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, v. 20, n. 3, p. 663-665, 2020.

TEIXEIRA, J.M.S.; PAIVA, S.P. Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, v. 31, n. 2, e310214, p. 1-21, 2021.

TEIXEIRA, S.A.M. Violência por parceiro íntimo e infecções sexualmente transmissíveis em parturientes da região metropolitana do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019.

TEIXEIRA, S.V.B., et al. Violência perpetrada por parceiro íntimo à gestante: o ambiente à luz da teoria de Levine. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 882-889, 2015.

THAPA, S.B.; MAINALI A.; SCHWANK, S.E.; ACHARYA, G. Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 99, p. 817–818, 2020.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Global Study on Homicide. Gender-related killing of women and girls. Vienna: 2019.

VIELLAS, E.F.; GAMA, S.G.N.; CARVALHO, M.L.C., PINTO, L.W. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. **J. Pediatr**, Porto Alegre, v. 89, n. 1, p. 83-90, 2013.

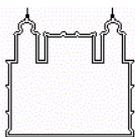
VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude soc.**, v. 25, n. 3, p. 535-49, 2016.

YAYA, S., et al. Prevalence and determinants of terminated and unintended pregnancies among married women: analysis of pooled cross-sectional surveys in Nigeria. **BMJ Glob Health**, v. 3, p. 1-10, 2018.

YAYA, S., et al. Association between intimate partner violence during pregnancy and risk of preterm birth. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1610, p. 1-9, 2021.

APÊNDICE A – Primeiro questionário de coleta de dados



**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública**

A violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos: uma análise do pré-natal ao puerpério

ESTE CAMPO SERÁ PREENCHIDO PELO APLICADOR

Nome da Unidade: _____

Nome da participante: _____

Telefone(s) para contato: _____

Código da participante: _____

Aplicador: _____ Núm. quest.: _____ data: ____ / ____ / ____

Prezada,

Este questionário quer saber como está seu acompanhamento de pré-natal e sua saúde. Para que a pesquisa seja concluída é importante que você forneça seu número de telefone para a pesquisadora entrar em contato com você após o seu parto. Apenas a pesquisadora principal do estudo terá acesso aos dados do seu questionário.

Os questionários serão armazenados com a pesquisadora do estudo, não haverá qualquer divulgação das suas informações pessoais para outras pessoas.

Os questionários serão respondidos através de entrevista individual e em ambiente privativo na unidade onde você faz acompanhamento. A pesquisadora fará a leitura das perguntas e aguardará suas respostas no tempo necessário e sem qualquer tipo de interferência e julgamento.

Preste atenção a cada pergunta e suas opções de resposta. No caso de dúvida ou qualquer outro problema, sinalize a pesquisadora sua necessidade.

Você não é obrigada a participar da pesquisa. Se você não quiser mais participar deste estudo, sinalize a pesquisadora a qualquer momento.

Antes de finalizarmos o questionário, faremos uma revisão de possíveis questões não respondidas.

Agradecemos a colaboração!

PARTE 1

Esta primeira parte de perguntas se refere a informações sobre você, sua saúde e seus hábitos de vida.

1. Qual é a sua idade?

1. _____ anos

2. Qual a cor da sua pele?1. BRANCA3. PARDA5. INDÍGENA2. PRETA4. AMARELA**3. Você é:**1. SOLTEIRA3. CASADA5. VIÚVA2. VIVE COM COMPANHEIRO (A)/ NAMORADO(A)4. SEPARADA**4. Você pratica alguma religião?**1. SIM, FREQUENTEMENTE QUAL? _____ 2. SIM, ÀS VEZES. QUAL? _____ 3. NÃO**5. Qual a sua escolaridade?**1. NÃO SEI LER E ESCREVER5. ENSINO MÉDIO COMPLETO2. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO6. SUPERIOR INCOMPLETO3. ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO7. SUPERIOR COMPLETO4. ENSINO MÉDIO INCOMPLETO8. NÃO SEI**6. Você tem algum trabalho, emprego ou negócio?**1. SIM, RECEBO DINHEIRO POR ESTE TRABALHO. QUAL? _____2. SIM, MAS NÃO RECEBO DINHEIRO POR ESTE TRABALHO. QUAL? _____3. NÃO TENHO TRABALHO, EMPREGO OU NEGÓCIO.**7. A pandemia de COVID-19 afetou a renda da sua família?**1. SIM2. NÃO**8. Se sim, qual foi o impacto para a renda da sua família?**1. DIMINUIÇÃO DA RENDA2. AUMENTO DA RENDA3. NÃO HOUVE ALTERAÇÃO DA RENDA**9. Você encontra-se desempregada?**1. SIM2. NÃO**10. Se sim, a situação de desemprego tem relação com a pandemia?**1. SIM2. NÃO**11. Com quais pessoas você mora? (responda linha a linha)**

11A. COM SEU COMPANHEIRO OU MARIDO	1 <input type="checkbox"/> SIM	2 <input type="checkbox"/> NÃO
11B. COM SEU EX-COMPANHEIRO OU EX-MARIDO	1 <input type="checkbox"/> SIM	2 <input type="checkbox"/> NÃO
11C. COM SEU PAI E/OU MÃE	1 <input type="checkbox"/> SIM	2 <input type="checkbox"/> NÃO
11D. COM SEU FILHO(S) E/OU FILHA(S)	1 <input type="checkbox"/> SIM	2 <input type="checkbox"/> NÃO
11E. COM SEUS AVÓS	1 <input type="checkbox"/> SIM	2 <input type="checkbox"/> NÃO
11F. COM SEUS IRMÃOS	1 <input type="checkbox"/> SIM	2 <input type="checkbox"/> NÃO
11G. COM SEUS AMIGOS/COLEGAS	1 <input type="checkbox"/> SIM	2 <input type="checkbox"/> NÃO
11H. COM OUTROS PARENTES	1 <input type="checkbox"/> SIM	2 <input type="checkbox"/> NÃO
11I. SOZINHA	1 <input type="checkbox"/> SIM	2 <input type="checkbox"/> NÃO

12. Você recebe algum destes auxílios governamentais?1. Auxílio emergencial da pandemia2. Bolsa família3. Benefício de Prestação Continuada4. Outros. Especifique outro auxílio governamental: _____5. Nenhum dos anteriores

13. Quem é o chefe da sua família? [considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda da sua casa]

1. VOCÊ 4. PAI 7. AVÔ/AVÓ
 2. COMPANHEIRO/MARIDO 5. PADRASTO/MADRASTA 8. OUTRO. QUEM? _____
 3. MÃE 6. FILHA/FILHO

14. Qual é a escolaridade do chefe da sua família?

1. NÃO SABE LER E ESCREVER 5. ENSINO MÉDIO COMPLETO
 2. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO 6. SUPERIOR INCOMPLETO
 3. ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO 7. SUPERIOR COMPLETO
 4. ENSINO MÉDIO INCOMPLETO 8. NÃO SEI

15. Sua casa tem: (Escrever a quantidade em cada item. Se não tiver, anotar 0.)

1. AUTOMÓVEL	_____ (QUANTIDADE)
2. BANHEIRO	_____ (QUANTIDADE)
3. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA TRABALHA NA SUA CASA DE FORMA CONTÍNUA, NÃO TEM FUNÇÃO DE DIARISTA.	_____ (QUANTIDADE)
4. GELADEIRA SIMPLES (SEM FREEZER)	_____ (QUANTIDADE)
5. GELADEIRA DUPLEX (COM FREEZER) OU FREEZER	_____ (QUANTIDADE)
6. MÁQUINA DE LAVAR ROUPAS	_____ (QUANTIDADE)
7. LAVA-LOUÇA	_____ (QUANTIDADE)
8. MICROONDAS	_____ (QUANTIDADE)
9. DVD (NÃO CONSIDERAR DVD EM CARROS)	_____ (QUANTIDADE)
10. COMPUTADORES (NÃO CONSIDERAR TABLET OU SMARTPHONE)	_____ (QUANTIDADE)
11. SECADORA DE ROUPAS	_____ (QUANTIDADE)
12. MOTOCICLETA	_____ (QUANTIDADE)

16. A água utilizada na sua casa vem de:

1. REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO
 2. POÇO OU NASCENTE
 3. OUTRO MEIO

17. Considerando o trecho da rua em que está sua casa, você diria que a rua é:

1. ASFALTADA/PAVIMENTADA (calçada) 2. TERRA/CASCALHO

18. Você reside em algum desses territórios?

1. Favela/comunidade
 2. Área para refugiados
 3. Em situação de rua
 4. Área de ocupação
 5. Nenhuma das anteriores

19. Tipo de moradia que reside:

1. Própria
 2. Cedida
 3. Alugada
 4. Abrigo
 5. Outros

20. Que doenças você teve nos últimos 12 meses?

1. ASMA/BRONQUITE	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
2. TUBERCULOSE	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
3. DOENÇA DO CORAÇÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
4. FREQUENTES DORES NO PESCOÇO, COSTAS OU COLUNA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
5. ANEMIA GRAVE OU OUTRA DOENÇA DO SANGUE	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
6. DENGUE/ZIKA/CHICUNGUNHA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
7. CÂNCER	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
8. DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (SÍFILIS, GONORREIA, CANCRO ETC.)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO

9. HIV/AIDS	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
10. DOENÇA MENTAL, QUE NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
11. DOENÇAS DE PELE	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
12. OUTRA DOENÇA (QUAL): _____	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO

21. Você já teve sintomas de covid-19?

1. SIM/QUANDO? _____ (MÊS E ANO)
 2. NÃO

22. Você já fez o teste de diagnóstico para covid-19?

1. SIM/QUANDO? _____ (MÊS E ANO)
 2. NÃO

23. Se respondeu sim para resposta acima, qual foi o resultado para o teste de covid-19?

1. POSITIVO
 2. NEGATIVO
 3. INCONCLUSIVO

24. Você já foi vacinado(a) contra a COVID-19?

1. Tomei a primeira dose
 2. Tomei a primeira e segunda dose
 3. Ainda não fui vacinado
 4. Prefiro não responder

25. Você pretende se vacinar contra a COVID-19?

1. Pretendo
 2. Não pretendo
 3. Não sei

26. Possui algum convênio ou plano de saúde?

1. SIM
 2. NÃO

27. Algum profissional de saúde disse que você tem alguma deficiência?

1. VISUAL	1. <input type="checkbox"/> PARCIAL	2. <input type="checkbox"/> TOTAL	3. <input type="checkbox"/> NÃO TENHO
2. AUDITIVA	1. <input type="checkbox"/> PARCIAL	2. <input type="checkbox"/> TOTAL	3. <input type="checkbox"/> NÃO TENHO
3. MENTAL OU INTELECTUAL	1. <input type="checkbox"/> PARCIAL	2. <input type="checkbox"/> TOTAL	3. <input type="checkbox"/> NÃO TENHO
4. FÍSICA	1. <input type="checkbox"/> PARCIAL	2. <input type="checkbox"/> TOTAL	3. <input type="checkbox"/> NÃO TENHO

28. Você faz uso de algum medicamento ou remédio?

1. SIM, FAÇO USO TODOS OS DIAS. QUAL OU QUAIS MEDICAMENTOS? _____
 2. SIM, MAS NÃO FAÇO USO TODOS OS DIAS. QUAL OU QUAIS MEDICAMENTOS? _____
 3. NÃO FIZ USO DE NENHUM MEDICAMENTO NOS ÚLTIMO 30 DIAS

29. As questões a seguir se referem apenas ao uso de drogas. Não vale o uso de medicamentos indicados pelo médico.

Droga	B			
	COM QUE FREQUÊNCIA UTILIZA ATUALMENTE			
1. Você faz uso de bebida alcoólica ?	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE	<input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA	<input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA FIQUEI EMBRIAGADO
2. Você faz uso de tabaco (cigarro)?	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE	<input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA	<input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA USEI
3. Você faz uso de maconha ?	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE	<input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA	<input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE	<input type="checkbox"/> NUNCA USEI
5. Você faz uso de crack ?	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE	<input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA	<input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE	

	<input type="checkbox"/> NUNCA USEI
6. Você faz uso de outras substâncias como oxi, ecstasy, produtos para sentir barato (por exemplo lança-perfume, loló, cola)?	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA <input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA USEI
7. Você faz uso de algum remédio para emagrecer ou ficar acordada (ligado) sem receita médica? (por exemplo Hipofagin, Moderex, Inibex, Desobesi, Pervitin, Preludin. NÃO VALE ADOÇANTE NEM CHÁ)	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA <input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA USEI
8. Você faz uso de algum tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antidiabético sem receita médica? (Exemplos: Diazepam, Dienpax, Lorium, Valium, Lorax, Rohypnol, Somalium, Lexotan, Rivotril)	<input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> UMA VEZ OU MAIS VEZES NUMA SEMANA <input type="checkbox"/> DE VEZ EM QUANDO: QUINZENALMENTE, MENSALMENTE OU ANUALMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA USEI

PARTE 2

Esta segunda parte de perguntas se refere a informações sobre sua história reprodutiva anterior.

30. Você já engravidou antes desta gestação? (Inclua algum aborto ou perda do bebê durante a gravidez que você tenha tido.)

1. SIM. QUANTAS VEZES: _____ 2. NÃO

31. Se já engravidou, fez aborto?

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI O MOTIVO:

4. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES

32. Se você fez aborto, como aconteceu?

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> FOI EM CLÍNICA, COM UMA PESSOA QUE FAZ ABORTOS 3. <input type="checkbox"/> FIZ SOZINHA OU COM AJUDA DE AMIGAS	1. <input type="checkbox"/> FOI EM CLÍNICA, COM UMA PESSOA QUE FAZ ABORTOS 3. <input type="checkbox"/> FIZ SOZINHA OU COM AJUDA DE AMIGAS	1. <input type="checkbox"/> FOI EM CLÍNICA, COM UMA PESSOA QUE FAZ ABORTOS 3. <input type="checkbox"/> FIZ SOZINHA OU COM AJUDA DE AMIGAS	1. <input type="checkbox"/> FOI EM CLÍNICA, COM UMA PESSOA QUE FAZ ABORTOS 3. <input type="checkbox"/> FIZ SOZINHA OU COM AJUDA DE AMIGAS	1. <input type="checkbox"/> FOI EM CLÍNICA, COM UMA PESSOA QUE FAZ ABORTOS 3. <input type="checkbox"/> FIZ SOZINHA OU COM AJUDA DE AMIGAS

4. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES

33. Se você fez aborto, precisou ir a um serviço de saúde depois?

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO				

3. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES

34. Se já engravidou antes, você já teve um aborto espontâneo?

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. <input type="checkbox"/> QUAL O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. <input type="checkbox"/> QUAL O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. <input type="checkbox"/> QUAL O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. <input type="checkbox"/> QUAL O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. <input type="checkbox"/> QUAL O MOTIVO:

4. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES

35. Você tem filhos?

1. SIM. QUANTOS? _____ 2. NÃO

36. Sua gravidez foi considerada de alto risco?

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI O MOTIVO:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI O MOTIVO:

4. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES**37. Você fez pré-natal nas suas gestações anteriores (responder para cada gravidez)?**

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> SIM, SEIS OU MAIS CONSULTAS 2. <input type="checkbox"/> SIM, MENOS DE SEIS CONSULTAS 3. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM, SEIS OU MAIS CONSULTAS 2. <input type="checkbox"/> SIM, MENOS DE SEIS CONSULTAS 3. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM, SEIS OU MAIS CONSULTAS 2. <input type="checkbox"/> SIM, MENOS DE SEIS CONSULTAS 3. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM, SEIS OU MAIS CONSULTAS 2. <input type="checkbox"/> SIM, MENOS DE SEIS CONSULTAS 3. <input type="checkbox"/> NÃO	1. <input type="checkbox"/> SIM, SEIS OU MAIS CONSULTAS 2. <input type="checkbox"/> SIM, MENOS DE SEIS CONSULTAS 3. <input type="checkbox"/> NÃO

4. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES**38. Você fez pré-natal em qual local nas suas gestações anteriores (não responder se a participante não fez pré-natal)?**

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> CLÍNICA DA FAMÍLIA OU POSTO DE SAÚDE OU UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 2. <input type="checkbox"/> HOSPITAL PÚBLICO 3. <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO PARTICULAR	1. <input type="checkbox"/> CLÍNICA DA FAMÍLIA OU POSTO DE SAÚDE OU UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 2. <input type="checkbox"/> HOSPITAL PÚBLICO 3. <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO PARTICULAR	1. <input type="checkbox"/> CLÍNICA DA FAMÍLIA OU POSTO DE SAÚDE OU UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 2. <input type="checkbox"/> HOSPITAL PÚBLICO 3. <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO PARTICULAR	1. <input type="checkbox"/> CLÍNICA DA FAMÍLIA OU POSTO DE SAÚDE OU UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 2. <input type="checkbox"/> HOSPITAL PÚBLICO 3. <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO PARTICULAR	1. <input type="checkbox"/> CLÍNICA DA FAMÍLIA OU POSTO DE SAÚDE OU UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 2. <input type="checkbox"/> HOSPITAL PÚBLICO 3. <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO PARTICULAR

4. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES**39. O seu parto foi:**

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> PARTO NORMAL (VAGINAL) 2. <input type="checkbox"/> OPEREI (FIZ CESÁREA)	1. <input type="checkbox"/> PARTO NORMAL (VAGINAL) 2. <input type="checkbox"/> OPEREI (FIZ CESÁREA)	1. <input type="checkbox"/> PARTO NORMAL (VAGINAL) 2. <input type="checkbox"/> OPEREI (FIZ CESÁREA)	1. <input type="checkbox"/> PARTO NORMAL (VAGINAL) 2. <input type="checkbox"/> OPEREI (FIZ CESÁREA)	1. <input type="checkbox"/> PARTO NORMAL (VAGINAL) 2. <input type="checkbox"/> OPEREI (FIZ CESÁREA)

4. NUNCA TIVE UM PARTO**40. Algum filho nasceu prematuro (antes do tempo)?**

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:

4. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES**41. Algum filho nasceu com peso menor que dois quilos e meio?**

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:

4. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES

42. Algum filho nasceu morto com cinco meses ou mais de gestação ou pesando mais de meio quilo?

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:

4. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES**43. Algum filho nasceu vivo e morreu na primeira semana de vida?**

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:

4. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES**44. Algum filho nasceu vivo e morreu após sete dias de vida (considerar óbito com até 28 dias)?**

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. QUAL FOI A CAUSA:

4. NUNCA FIQUEI GRÁVIDA ANTES**45. Você sofria algum tipo de violência antes de descobrir esta última gravidez?**

1. SIM
2. NÃO

46. Você já foi humilhada, insultada, intimidada ou ameaçada?

1. SIM
2. NÃO

47. Você já se sentiu controlada por alguém?

1. SIM
2. NÃO

48. Você já foi empurrada, chutada, arrastada, espancada, estrangulada, queimada de propósito, levou um soco ou um golpe físico?

1. SIM
2. NÃO

49. Você já foi ameaçada ou usaram contra você uma arma (de fogo ou faca)?

1. SIM
2. NÃO

50. Você já foi fisicamente forçada para ter relações sexuais quando não queria?

1. SIM
2. NÃO

51. Você já teve uma relação sexual porque estava com medo?

1. SIM
2. NÃO

52. Você já foi forçada a uma prática sexual que achava humilhante ou degradante?

1. SIM
2. NÃO

53. Você sofreu maus-tratos quando era criança ou adolescente?

1. SIM, O QUE VOCÊ SOFREU: _____
2. NÃO

54. Quem foi o agressor ou agressora da(s) violência(s) que você sofreu (pode marcar mais de uma resposta)?

1. NAMORADO 4. PAI 7. AVÓ/AVÓ
 2. COMPANHEIRO/MARIDO 5. PADRASTO/MADRATA 8. OUTRO. QUEM? _____
 3. MÃE 6. FILHA/FILHO

55. Durante alguma gravidez passada você sofreu violência?

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO				

56. Quantas semanas ou meses de gravidez você tinha quando sofreu violência?

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. _____ SEMANAS 2. _____ MESES				

57. Que tipo de violência você sofreu durante a gravidez (pode marcar mais de uma resposta)?

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> FÍSICA 2. <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICA 3. <input type="checkbox"/> NEGLIGÊNCIA 4. <input type="checkbox"/> SEXUAL 5. <input type="checkbox"/> OUTRO TIPO. QUAL:	1. <input type="checkbox"/> FÍSICA 2. <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICA 3. <input type="checkbox"/> NEGLIGÊNCIA 4. <input type="checkbox"/> SEXUAL 5. <input type="checkbox"/> OUTRO TIPO. QUAL:	1. <input type="checkbox"/> FÍSICA 2. <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICA 3. <input type="checkbox"/> NEGLIGÊNCIA 4. <input type="checkbox"/> SEXUAL 5. <input type="checkbox"/> OUTRO TIPO. QUAL:	1. <input type="checkbox"/> FÍSICA 2. <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICA 3. <input type="checkbox"/> NEGLIGÊNCIA 4. <input type="checkbox"/> SEXUAL 5. <input type="checkbox"/> OUTRO TIPO. QUAL:	1. <input type="checkbox"/> FÍSICA 2. <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICA 3. <input type="checkbox"/> NEGLIGÊNCIA 4. <input type="checkbox"/> SEXUAL 5. <input type="checkbox"/> OUTRO TIPO. QUAL:

58. Quem era o agressor (pode marcar mais de uma resposta)?

Gesta 1	Gesta 2	Gesta 3	Gesta 4	Gesta 5
1. <input type="checkbox"/> NAMORADO 2. <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO/MARIDO 3. <input type="checkbox"/> PAI 4. <input type="checkbox"/> MÃE 5. <input type="checkbox"/> OUTRO. QUEM:	1. <input type="checkbox"/> NAMORADO 2. <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO/MARIDO 3. <input type="checkbox"/> PAI 4. <input type="checkbox"/> MÃE 5. <input type="checkbox"/> OUTRO. QUEM:	1. <input type="checkbox"/> NAMORADO 2. <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO/MARIDO 3. <input type="checkbox"/> PAI 4. <input type="checkbox"/> MÃE 5. <input type="checkbox"/> OUTRO. QUEM:	1. <input type="checkbox"/> NAMORADO 2. <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO/MARIDO 3. <input type="checkbox"/> PAI 4. <input type="checkbox"/> MÃE 5. <input type="checkbox"/> OUTRO. QUEM:	1. <input type="checkbox"/> NAMORADO 2. <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO/MARIDO 3. <input type="checkbox"/> PAI 4. <input type="checkbox"/> MÃE 5. <input type="checkbox"/> OUTRO. QUEM:

PARTE 3

Esta terceira parte de perguntas se refere a informações sobre sua gravidez atual.

59. Você está com quantas semanas ou meses de gravidez hoje?

1. _____ SEMANAS
2. _____ MESES

60. Qual a data da sua última menstruação?

1. _____

61. O seu bebê é do seu parceiro atual?

1. SIM
2. NÃO

62. Quando você ficou grávida, você:

1. QUERIA ENGRAVIDAR NAQUELE MOMENTO
2. QUERIA ESPERAR MAIS TEMPO
3. NÃO QUERIA ENGRAVIDAR

63. Você utilizava algum método contraceptivo antes desta gestação?

1. SIM
2. NÃO

64. Se sim, qual o método?

1. DIU
2. Injeção
3. Pílula
4. Camisinha feminina
5. Camisinha masculina
6. Diafragma
7. Tabela
8. Outro método/Qual? _____

65. Você precisou interromper o uso desse método por causa da pandemia?

1. Sim/ Por quê? _____
2. Não

66. Como você se sentiu quando soube que estava grávida:

1. SATISFEITA
2. MAIS OU MENOS SATISFEITA
3. INSATISFEITA

67. Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método?

1. SIM, EM QUE MÊS DE GESTAÇÃO VOCÊ ESTAVA? _____ QUAL O MÉTODO UTILIZOU? _____
2. NÃO

68. Você está grávida de quantos filhos(as)?

1. UM
2. DOIS OU MAIS

69. Sua gravidez é considerada de alto risco?

1. SIM. QUAL O MOTIVO? _____
2. NÃO

70. Você está fazendo pré-natal?

1. SIM
2. NÃO

71. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal?

1. _____ SEMANAS
2. _____ MESES

72. Por qual motivo você iniciou o pré-natal após 4 meses (Se início do pré-natal depois de 4 meses ou 16 semanas)?

1. _____

73. Em qual local você está fazendo pré-natal (pode marcar mais de uma opção)?

1. CLÍNICA DA FAMÍLIA OU POSTO DE SAÚDE OU UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
2. AMBULATÓRIO DO HOSPITAL PÚBLICO
3. CONSULTÓRIO PARTICULAR
4. OUTRO LOCAL, QUAL: _____
5. NÃO ESTOU FAZENDO PRÉ-NATAL

74. Você está fazendo pré-natal com qual profissional de saúde?

1. APENAS COM ENFERMEIRO(A)
2. APENAS COM MÉDICO(A)
3. COM MÉDICO(A) E ENFERMEIRO(A)

75. O profissional de saúde que te acompanha já perguntou se você sofre algum tipo de violência?

1. SIM
2. NÃO
3. NÃO FAÇO PRÉ-NATAL

76. Você gosta da forma como seu pré-natal é realizado?

1. SIM
2. NÃO. QUAL O MOTIVO: _____
3. NÃO FAÇO PRÉ-NATAL

PARTE 4

Esta quarta parte se refere as perguntas sobre você ter sofrido violência ou não.

Instrumento *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*

Versão-síntese da CTS2 em português.

“Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia com o outro, quer coisas diferentes ou discutem e se agridem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer. Os casais também têm maneiras diferentes de tentar resolver seus problemas. Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre um casal. Por favor, eu gostaria de saber se você e seu (ex)companheiro fizeram cada uma dessas coisas durante a sua gravidez. Para cada uma das coisas que eu vou dizer a seguir, eu gostaria que você me dissesse se já aconteceu desde que você soube que estava grávida”.

“Diante de uma desavença ou discussão entre você e seu (ex)companheiro(a) nessa gravidez ...”

Item	Escala*	
1a	(N)	Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando?
1b		Seu companheiro(a) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?
2a	(N)	Você explicou para seu companheiro(a) o que você não concordava com ele?
2b		Seu companheiro(a) explicou para você o que ele não concordava com você?
3a	(Pm)	Você insultou ou xingou o seu companheiro(a)?
3b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
4a	(Fm)	Você jogou alguma coisa no seu companheiro(a) que poderia machucá-lo?
4b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
5a	(Fm)	Você torceu o braço do seu companheiro(a) ou puxou o cabelo dele?
5b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
6a	(Im)	Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro(a)?
6b		Seu companheiro(a) teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com você?
7a	(N)	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?
7b		Seu companheiro(a) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?
8a	(Cm)	Você obrigou o seu companheiro(a) a fazer sexo sem usar camisinha?
8b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
9a	(Fm)	Você deu um empurrão no seu companheiro(a)?
9b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
10a	(Cg)	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo oral ou anal com você?
10b		Seu companheiro(a) fez isso?
11a	(Fg)	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro(a)?
11b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
12a	(Ig)	Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro(a)?
12b		Seu companheiro(a) desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você?
13a	(Pg)	Você chamou o seu companheiro(a) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida?
13b		Seu companheiro(a) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida?
14a	(Fg)	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro(a) com alguma coisa que pudesse machucar?
14b		Seu companheiro(a) fez isso com você?

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Item	Escala*	
15a	(Pg)	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro(a) de propósito?
15b		Seu companheiro(a) fez isso?
16a	(Ig)	Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?
16b		Seu companheiro(a) foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você?
17a	(Fg)	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro(a)?
17b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
18a	(Pm)	Você gritou ou berrou com o seu companheiro(a)?
18b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
19a	(Fg)	Você jogou o seu companheiro(a) contra a parede com força?
19b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
20a	(N)	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?
20b		Seu companheiro(a) disse que achava que você poderiam resolver o problema?
21a	(Ig)	Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi?
21b		Seu companheiro(a) deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você, mas não foi?
22a	(Fg)	Você deu uma surra no seu companheiro(a)?
22b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
23a	(Fm)	Você segurou o seu companheiro(a) com força?
23b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
24a	(Cg)	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo com você?
24b		Seu companheiro(a) fez isso?
25a	(Pm)	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão?
25b		Seu companheiro(a) fez isso?
26a	(Cm)	Você insistiu em fazer sexo quando o seu companheiro(a) não queria sem usar força física?
26b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
27a	(Fm)	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro(a)?
27b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
28a	(Ig)	Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?
28b		Seu companheiro(a) quebrou um osso por causa de uma briga com você?
29a	(Cg)	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo oral ou anal com você?
29b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
30a	(N)	Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?
30b		Seu companheiro(a) fez isso?
31a	(Fg)	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro(a) de propósito?
31b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
32a	(Cm)	Você insistiu para que seu companheiro(a) fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física?
32b		Seu companheiro(a) fez isso com você?

(continua)

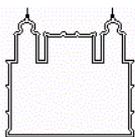
Tabela 3 (continuação)

Item	Escala*	
33a	(Pg)	Você acusou o seu companheiro(a) de ser "ruim de cama"?
33b		Seu companheiro(a) acusou-o(a) disso?
34a	(Pm)	Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro(a)?
34b		Seu companheiro(a) fez isso?
35a	(Pm)	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro(a)?
35b		Seu companheiro(a) fez isso?
36a	(Im)	Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?
36b		Seu companheiro(a) sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você?
37a	(Fg)	Você chutou o seu companheiro(a)?
37b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
38a	(Cg)	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo com você?
38b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
39a	(N)	Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?
39b		Seu companheiro(a) concordou em tentar uma solução que você sugeriu?

*Legenda para as escalas: Cg = coerção sexual grave; Cm = coerção sexual menor; Fg = violência física grave; Fm = violência física menor; Ig = injúria grave; Im = injúria menor; N = negociação; Pg = agressão psicológica grave; Pm = agressão psicológica menor; CTS2 = *Revised Conflict Tactics Scales*.

Fonte: Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002)

APÊNDICE B – Segundo questionário de coleta de dados



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

A violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos: uma análise do pré-natal ao puerpério

ESTE CAMPO SERÁ PREENCHIDO PELO APLICADOR

Nome da Unidade: _____

Nome da participante: _____

Telefone(s) para contato: _____

Código da participante: _____

Aplicador: _____ Núm. quest.: _____ data: ____ / ____ / ____

PARTE 1

Estas perguntas são continuação da pesquisa anterior que você participou sobre como foi o seu parto. As perguntas são sobre a sua última gravidez.

1. Você fez aborto?

1. SIM. QUAL O MOTIVO? _____

2. NÃO

2. Se você fez aborto, como aconteceu?

1. FOI EM CLÍNICA, COM UMA PESSOA QUE FAZ ABORTOS

3. FIZ SOZINHA OU COM AJUDA DE AMIGAS

3. Você teve um aborto espontâneo (considerar até 22 semanas de gravidez)?

1. SIM. QUAL O MOTIVO? _____

2. NÃO

4. O seu parto foi:

1. PARTO NORMAL (VAGINAL)

2. OPEREI (FIZ CESÁREA)

3. NÃO TIVE NENHUM PARTO

5. Você fez quantas consultas de pré-natal?

1. _____ CONSULTAS

3. NÃO FIZ PRÉ-NATAL (RESPONDER A PRÓXIMA PERGUNTA)

6. Qual foi o principal motivo que te levou a não fazer o pré-natal?

1. _____

7. Na gravidez você recebeu um cartão de pré-natal ou cartão da gestante?

1. SIM

2. NÃO

3. NÃO FIZ PRÉ-NATAL

8. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal?

1. CLÍNICA DA FAMÍLIA OU POSTO DE SAÚDE OU UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

2. AMBULATÓRIO DO HOSPITAL PÚBLICO

3. CONSULTÓRIO PARTICULAR

4. OUTRO LOCAL. QUAL: _____

5. NÃO FIZ PRÉ-NATAL

9. Qual foi o profissional de saúde que realizou a maior parte das suas consultas de pré-natal?

1. ENFERMEIRO(A)
2. MÉDICO(A)
3. MÉDICO(A) E ENFERMEIRO(A) INTERCALADO

10. Você foi considerada gestante de risco?

1. SIM. QUAL O MOTIVO: _____
2. NÃO

11. Durante a gravidez você foi internada alguma vez?

1. SIM. QUAL O MOTIVO: _____
2. NÃO

12. Durante o seu parto houve algum problema?

1. SIM. QUAL FOI: _____
2. NÃO

13. Você fez algum exame de ultrassonografia nesta gravidez?

1. SIM, QUANTOS: _____
2. NÃO

14. Você conseguiu fazer todos os exames que te solicitaram no pré-natal?

1. SIM
2. NÃO. QUAL O MOTIVO: _____ QUAL(IS) EXAME(S) VOCÊ NÃO FEZ: _____
3. NÃO FIZ PRÉ-NATAL

15. Você foi acompanhada, durante o pré-natal, pelo mesmo profissional?

1. SIM, O TEMPO TODO
2. SIM, A MAIOR PARTE DO TEMPO
3. NÃO
4. NÃO FIZ PRÉ-NATAL

16. O seu filho(a) nasceu prematuro?

1. SIM. QUAL O MOTIVO? _____
2. NÃO
3. NÃO TIVE NENHUM PARTO

17. O seu filho(a) nasceu com baixo peso?

1. SIM. QUAL FOI O PESO? _____ GRAMAS _____
2. NÃO
3. NÃO TIVE NENHUM PARTO

18. O seu filho foi a óbito antes de nascer?

1. SIM. QUAL FOI A CAUSA DO ÓBITO? _____
2. NÃO
3. NÃO TIVE NENHUM PARTO

19. Seu filho(a) nasceu e foi a óbito antes de sete dias de vida?

1. SIM. QUAL FOI A CAUSA DO ÓBITO? _____
2. NÃO
3. NÃO TIVE NENHUM PARTO

20. Seu filho(a) nasceu e foi a óbito após sete dias de vida?

1. SIM. QUAL FOI A CAUSA DA MORTE? _____ QUANTOS DIAS OU MESES TINHA? _____
2. NÃO

21. O profissional de saúde que te acompanhou perguntou se você sofria algum tipo de violência?

1. SIM
2. NÃO
3. NÃO FIZ PRÉ-NATAL

22. Durante esta última gravidez você sofreu violência?

1. SIM
2. NÃO

23. Quantas semanas ou meses de gravidez você tinha quando sofreu violência?

_____ semanas ou meses

24. Que tipo de violência você sofreu durante a gravidez (pode marcar mais de uma resposta)?

1. FÍSICA
2. PSICOLÓGICA
3. NEGLIGÊNCIA
4. SEXUAL
5. OUTRO TIPO. QUAL: _____

25. Quem foi o agressor (pode marcar mais de uma resposta)?

1. NAMORADO
2. COMPANHEIRO/MARIDO
3. PAI

4. MÃE

5. OUTRO. QUEM:

26. A violência aconteceu mais de uma vez?

1. SIM

2. NÃO

27. Você gostou da forma como seu pré-natal foi realizado?

1. SIM

2. NÃO. QUAL O MOTIVO: _____

3. NÃO FIZ PRÉ-NATAL

28. Você teve sintomas de covid-19 durante a sua gestação?

1. SIM/QUANDO? _____ (MÊS E ANO)

2. NÃO

29. Você fez o teste de diagnóstico para covid-19 durante a sua gestação?

1. SIM/QUANDO? _____ (MÊS E ANO)

2. NÃO

30. Se respondeu sim para resposta acima, qual foi o resultado para o teste de covid-19?

1. POSITIVO

2. NEGATIVO

3. INCONCLUSIVO

31. Você já foi vacinada contra a COVID-19?

1. Tomei a primeira dose

2. Tomei a primeira e segunda dose

3. Ainda não fui vacinado

4. Prefiro não responder

32. Qual vacina você tomou?

1. Coronavac

2. PFIZER

3. Astrazeneca

4. Outra. Qual? _____

33. Quantas semanas ou meses de gestação você tinha quando tomou a vacina?

_____ semanas ou meses

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Análise do pré-natal ao puerpério” desenvolvida por Cristiane Ferraz Colonese, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a Liana Wernersbach Pinto.

O objetivo central do estudo é: analisar os desfechos perinatais negativos e o aborto.

O convite a sua participação se deve ao fato de você estar gestante e se enquadrar nos critérios de inclusão deste estudo que são: ter 18 anos ou mais, residir na área coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), podendo estar cadastrada ou não na equipe de saúde da família, procurou a unidade para realizar algum atendimento em consultório (pré-natal ou demanda livre) ou procedimento (curativo, vacinação, medicamento, teste rápido e coleta de sangue) e aceitou responder os questionários desta pesquisa.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

As informações prestadas por você são confidenciais e privadas. Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro.

A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo ou sanção.

A sua participação consistirá em responder perguntas de dois roteiros de questionário à pesquisadora. O tempo de duração do questionário é de aproximadamente trinta minutos.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Página 1 de 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão II; de 13 de julho de 2020.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais. A pesquisa não requer nenhum gasto financeiro seu, portanto não será necessário ressarcimento.

Cabe informar que as respostas aos questionários comporão um banco de dados que serão armazenados na ENSP com chave e em computadores com senha aos quais somente os pesquisadores da equipe terão acesso. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Os benefícios diretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa é o de gerar conhecimento na área da obstetrícia e de temáticas presentes na vida das gestantes, dando visibilidade aos possíveis problemas vivenciados pelas grávidas. Os benefícios indiretos são: subsidiar a melhoria das políticas de atenção à saúde das gestantes e de prevenção aos agravos nessa população, sensibilizar os profissionais de saúde sobre a temática e promover uma assistência mais qualificada à gestante.

Considerando que “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados” (Resolução CNS 510/16, art.17.II e art. 20), avaliam-se os riscos potenciais para sua participação nessa pesquisa relacionados as possíveis consequências para sua saúde física e/ou psicológica ao abordar o tema. Você poderá sentir-se constrangida em responder alguma pergunta dos questionários, apresentar algum sentimento de tristeza ao relembrar experiências dolorosas, trazendo-lhe angústia. Além disso, mesmo sendo implementadas medidas para evitar o vazamento de dados, você poderá vir a sofrer algum tipo de consequência decorrente disso.

Com intuito de mitigar os riscos que envolvem esse estudo, serão tomadas providências e cautelas pela pesquisadora para evitar situações que possam causar algum dano à você. Serão consideradas as características individuais de cada participante no momento da entrevista, garantido-lhe privacidade e sigilo durante a aplicação dos questionários, evitando situações que possam lhe causar constrangimento. As entrevistas serão realizadas em um ambiente tranquilo e privado, sem a presença de acompanhante. Não serão fornecidas informações sobre o conteúdo das perguntas e das respostas para nenhuma pessoa além da participante. A pesquisadora terá a sensibilidade para interromper a entrevista caso perceba que a participante ficou mobilizada, fornecerá apoio e irá encaminhá-la para atendimento especializado se houver necessidade. A participante tem o direito de não responder a alguma pergunta, pulando a questão no caso de se sentir constrangida. A gestante poderá optar por dar o seu aceite em participar do estudo de duas formas: por áudio gravado ou por assinatura no TCLE.

A devolutiva da pesquisa às participantes será realizada através da distribuição de material didático no formato de folder na própria unidade de saúde que foi o cenário de coleta de dados. O folder terá os principais resultados do estudo, em uma linguagem adequada ao público e trará informações sobre a temática abordada. Dessa forma será possível dar visibilidade ao problema de maneira ampliada tanto para as participantes da pesquisa como para o público em geral.

Neste Termo de Consentimento há o endereço eletrônico e o telefone da coordenadora desta pesquisa e você poderá tirar quaisquer outras dúvidas que possam surgir sobre o projeto e a sua participação. Este termo é redigido em duas vias (uma para você e outra para a pesquisadora).

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa da ENSP e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os Comitês são formados por grupos de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel. do CEP/ENSP: (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
http://www.ensp.fiocruz.br/etica

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210
Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Tel. do CEP/SMS-RJ: (21) 2215-1485
E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br
https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa

Endereço: Rua Evaristo da Veiga 16, 4º andar - Centro - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 20031-040
Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Contato com a pesquisadora responsável:

Nome: Cristiane Ferraz Colonese (Aluna de doutorado da ENSP/FIOCRUZ)
Tel.: (21) 3882.9154 e 2290.0387
e-mail: cris_fs@yahoo.com.br

LOCAL E DATA: _____, ____ de _____ de 20__.

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Análise do pré-natal ao puerpério” e concordo em participar.

- Consentimento por áudio gravado.
 Consentimento por assinatura.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome da participante: _____

Página 3 de 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão II; de 13 de julho de 2020.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

ANEXO A – Ficha de notificação individual do SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº						
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.										
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2	Agravado/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09						
	3	Data da notificação								
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)					
Dados de Residência	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros								
	7	Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade	9	Data da ocorrência da violência					
	8	Unidade de Saúde	Código (CNES)							
	10	Nome do paciente		11	Data de nascimento					
Notificação Individual	12	(ou) Idade	13	Sexo	14	Gestante	15	Raça/Cor		
	16	Escolaridade			0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica					
	17	Número do Cartão SUS		18		Nome da mãe				
	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)	21	Distrito			
Dados de Residência	22	Bairro		23	Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	24	Número	25	Complemento (apto., casa, ...)		26	Geo campo 1			
	27	Geo campo 2		28	Ponto de Referência		29	CEP		
	30	(DDD) Telefone		31	Zona		32	País (se residente fora do Brasil)		
					1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
	Dados Complementares									
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social		34	Ocupação					
	35	Situação conjugal / Estado civil			1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
	36	Orientação Sexual		37	Identidade de gênero:					
	1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado							
38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?						
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado						
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência	Código (IBGE)	42	Distrito			
	43	Bairro		44	Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	45	Número	46	Complemento (apto., casa, ...)		47	Geo campo 3			
	48	Geo campo 4		49	Ponto de Referência		50	Zona		
					1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51		Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52	Local de ocorrência		53	Ocorreu outras vezes?					
	01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54		A lesão foi autoprovocada?			
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/>	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outas) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100 </div>			
Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015

ANEXO B – Termo de anuência da unidade de saúde para coleta de dados



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE

O Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: A violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos: uma análise do pré-natal ao puerpério, sob responsabilidade da pesquisadora Cristiane Ferraz Colonese da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

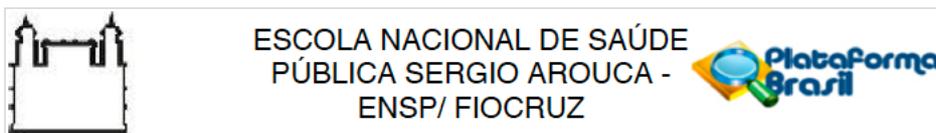
No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuente” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 30 / 06 / 2020

Dra. Ingrid Fernandes Monteiro Mello
Substituta Automática da Diretoria
S/SUBPAV/SIAP/CAP 2.1/CMS/IBB
Mat. 1212385-9 / CRM 5166559-7

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

ANEXO C – Parecer de aprovação do CEP da ENSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos: uma análise do pré-natal ao puerpério

Pesquisador: CRISTIANE FERRAZ COLONESE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33586020.9.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.211.753

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer consubstanciado número 4.128.784, em 01/07/2020. Tendo sido tal parecer o único emitido anteriormente à elaboração deste que se encontra em tela.

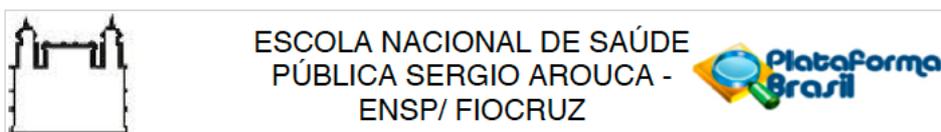
Projeto desenvolvido no âmbito da Pós-Graduação em Saúde Pública da ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA (ENSP / FIOCRUZ) como tese de doutoramento de CRISTIANE FERRAZ COLONESE, orientado pela Profa. Dra. Liana Wernersbach Pinto, qualificado em 15/05/2020 e financiado pelo própria pesquisadora, no valor de 570 reais.

RESUMO

"A violência contra a mulher, culturalmente aceita, desafia os profissionais que realizam atendimentos nas unidades de saúde. A compreensão de como fazer uma mulher agredida romper com o ciclo de violência é dificultada quando há fatores complexos interligados que determinam socialmente suas escolhas e decisões."

"Um dos efeitos desta violência para as mulheres é o resultado demonstrado pelo maior número de gestações não intencionais e que de uma estimativa de 80 milhões de gravidezes não desejadas a cada ano, pelo menos metade são terminadas através do aborto induzido. O Atlas da Violência

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.211.753

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1563902.pdf	16/07/2020 18:19:19		Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_4128784.doc	16/07/2020 18:15:05	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	16/07/2020 18:11:30	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.docx	16/07/2020 18:08:31	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.doc	16/07/2020 18:07:51	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Outros	Questionarios_de_coleta_de_dados.docx	15/06/2020 13:04:23	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Outros	Formulario_de_encaminhamento.pdf	15/06/2020 13:03:33	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoCristiane.pdf	01/06/2020 16:15:28	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	01/06/2020 14:33:20	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Outros	aut_ENSP.pdf	13/08/2020 15:24:36	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

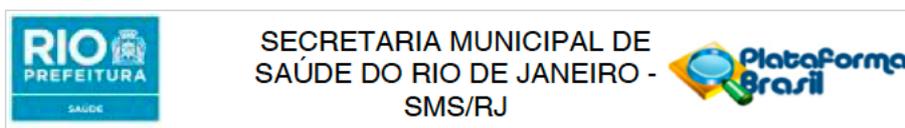
RIO DE JANEIRO, 13 de Agosto de 2020

Assinado por:

Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO D – Parecer de aprovação do CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos: uma análise do pré-natal ao puerpério

Pesquisador: CRISTIANE FERRAZ COLONESE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33586020.9.3001.5279

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.321.100

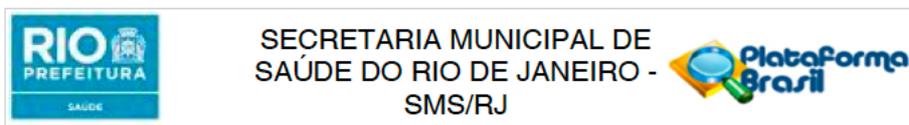
Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa para obtenção do doutoramento na ENSP/FIOCRUZ. O projeto foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado da proponente n. 4.211.753. Houve pendências no Parecer Consubstanciado n. 4.249.186 deste CP. Iremos usar os dados da último último documento de Informações Básicas da autora.

"Resumo:

Introdução: Neste projeto de doutorado busca-se aprofundar o tema violência contra a gestante pelo parceiro íntimo no cenário da atenção primária à saúde e estabelecer possíveis relações com a presença dos desfechos perinatais negativos e com o aborto. A violência contra a mulher, culturalmente aceita, desafia os profissionais que realizam atendimentos nas unidades de saúde. A compreensão de como fazer uma mulher agredida romper com o ciclo de violência é dificultada quando há fatores complexos interligados que determinam socialmente suas escolhas e decisões. **Objetivo geral:** Analisar o fenômeno da violência contra mulheres gestantes por parceiros íntimos e sua relação com os desfechos perinatais negativos e a prática do aborto. **Objetivos específicos:** identificar a prevalência dos casos de violência contra mulheres gestantes no Brasil, segundo ficha individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2011 e 2017; descrever o perfil das gestantes que sofreram a violência e do provável autor, segundo ficha individual do SINAN entre 2011 e 2017; verificar os fatores associados à violência contra mulheres gestantes por parceiro íntimo segundo ficha individual do SINAN entre 2011 e 2017; identificar a

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.321.100

Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_coparticipante.doc	11/09/2020 10:36:08	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado_coparticipante.docx	11/09/2020 10:35:31	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Outros	aut_ENSP.pdf	13/08/2020 15:24:36	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	aut_ENSP.pdf	13/08/2020 15:24:36	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_4128784.doc	16/07/2020 18:15:05	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	16/07/2020 18:11:30	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.docx	16/07/2020 18:08:31	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.doc	16/07/2020 18:07:51	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Outros	Questionarios_de_coleta_de_dados.docx	15/06/2020 13:04:23	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito
Outros	Formulario_de_encaminhamento.pdf	15/06/2020 13:03:33	CRISTIANE FERRAZ COLONESE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Outubro de 2020

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmstj@yahoo.com.br