

CELENE APARECIDA FERRARI AUDI

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GRAVIDEZ

CAMPINAS

Unicamp

2007

CELENE APARECIDA FERRARI AUDI

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GRAVIDEZ

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor
em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia

ORIENTADOR: PROF^a DR^a ANA MARIA SEGALL CORRÊA

CO-ORIENTADOR: PROF^a DR^a SÍLVIA MARIA SANTIAGO

CAMPINAS

Unicamp

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira - CRB-8ª / 6044

Au24v Audi, Celene Aparecida Ferrari
Violência doméstica na gravidez / Celene Aparecida Ferrari Audi.
Campinas, SP: [s.n.], 2007.

Orientadores: Ana Maria Segall Corrêa, Sílvia Maria Santiago
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Violência contra a mulher. 2. Violência doméstica. 3. Gestantes.
4. Mulheres maltratadas. 5. Recém-nascidos – Peso baixo.
6. Prematuro. I. Corrêa, Ana Maria Segall. II. Santiago, Sílvia Maria.
III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. IV. Título.

Título em inglês: Domestic violence in the pregnancy

Keywords: • Violence against women

- Domestic violence
- Pregnant women
- Battered women
- Infant, Low Birth Weight
- Premature

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Área de concentração: Epidemiologia

Banca examinadora: Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa

Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

Profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Prof Dr José Guilherme Cecatti

Profa. Dra. Rosana Tereza Onocko Campos

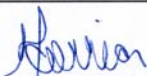
Data da defesa: 31 - 08 - 2007

Banca examinadora da Tese de Doutorado

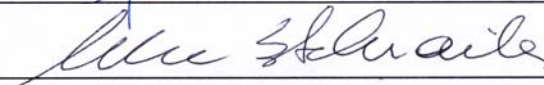
Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa

Membros:

Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa



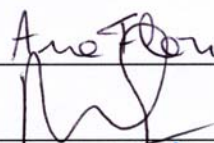
Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber



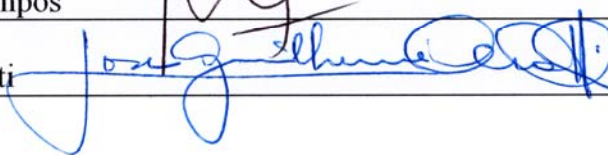
Profa. Dra. Ana Flávia P. L. de Oliveira



Profa. Dra. Rosana Onocko Campos



Prof. Dr. José Guilherme Cecatti



Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 31/08/2007

Dedico este trabalho ao meu pai
João Ferrari (in-memorian),
à minha mãe
Noemia Boretti Ferrari,
que são
as minhas referências de vida.

Ao
Carlos Augusto,
José Flávio e
Celina
que amo muito.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a "Deus" por tudo que dele tenho recebido.

Obrigada, Nossa Senhora Aparecida, por estar sempre presente na minha vida.

À Profa Dra Ana Maria Segall Corrêa pela dedicada, paciente, competente orientação e pelo aprendizado que tem me proporcionado ao longo desses anos.

À Profa Dra Silvia Maria Santiago sempre disposta e acolhedora em suas orientações.

A todos os funcionários do Departamento de Medicina Preventiva e Social sempre prontos a nos ajudar.

Aos membros da banca de qualificação Profa Dra Maria da Graça G Andrade e a Profa Dra Ana Flávia D'Oliveira, que deram valiosas sugestões para a realização dessa pesquisa.

Ao Prof Dr. Rafael Pèrez-Escamila, pelas contribuições, durante a fase de planejamento e ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa.

À Profa Dra Marina Réa pela revisão dos artigos.

À Profa Dra Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, minha professora e amiga pelas suas preciosas contribuições na realização das análises dos dados dessa pesquisa.

Ao Prof Dr Egberto Turato pela orientação, estímulo e respeito às minhas idéias e ao trabalho desenvolvido.

A psicóloga Maria Angélica do CEAMO, por apoiar e permitir que realizássemos parte de nossa pesquisa nessa instituição.

A Sireli Siani Moraes, pelas valiosas orientações estatísticas.

À minha amiga Priscila Maria S B Francisco, que esteve sempre disposta a ouvir e acolher minhas angústias.

Aos meus amigos: Anne, Eduardo, Fátima, Gisele, Letícia, Hugo, Miguel e todos que fazem parte do grupo de pesquisa da Profa Ana Segall.

Aos amigos Lúcia e Elson, pelas importantes contribuições que foram dadas na fase de planejamento desse estudo.

A todos os profissionais da rede municipal de saúde, principalmente aqueles da região sudoeste do município de Campinas-SP, que nos apoiaram durante todo o transcorrer dessa pesquisa.

Ao Dr. Fábio Luís Alves, coordenador, (na época) do Distrito Sanitário, que nos possibilitou a realização da pesquisa nas unidades de saúde.

À psicóloga Sílvia Nogueira Cordeiro, pelo apoio psicológico a mim e a todas auxiliares de pesquisa.

Às valiosas mulheres, que nos confiaram suas vivências, suas dores e, sobretudo, a esperança de estarem contribuindo, para que um dia a "Violência Contra a Mulher", seja lembrada como parte da história e do passado de muitas mulheres.

A todas as auxiliares de pesquisa, a minha GRATIDÃO, pelo comprometimento com a pesquisa e por terem sido: sensíveis, acolhedoras, amigas e responsáveis: ADRIANA, ADANAE, BIANCA, CARLA, CASSIA, DIANE, JENIFFER, JULIANA, MARIA ISABEL, NARA, PATRÍCIA, PRISCILA, RAQUEL, TATIANE, VANICE e VIVIAN.

Pelo apoio financeiro, recebido para realização dessa pesquisa, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. DECIT/SCTIE/MS-Fundo Social de Saúde (CT-Saúde/CNPq). Processo N. 505273/2004-7.

"Toda mulher
tem direito a
uma vida sem violência"

Este
é o nosso desejo e
deve ser
o nosso compromisso.

NILCÉA FREIRE
Ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

	Pág.
RESUMO.....	xxvii
ABSTRACT.....	xxi
1- INTRODUÇÃO GERAL.....	35
1.1- Violência contra a mulher e políticas públicas.....	43
1.2- Violência contra a mulher X uma questão de saúde pública.....	52
1.3- Indicadores epidemiológicos da violência doméstica na gravidez: prevalência, fatores de risco, efeitos na saúde da mulher e da criança.....	56
2- OBJETIVOS.....	59
3- HIPÓTESE.....	63
4- ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE CAMPINAS.....	67
5- MATERIAL E MÉTODOS.....	73
5.1- Fases da pesquisa.....	75
6- CAPÍTULOS.....	83
Capítulo 1- Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas-SP.....	85
Capítulo 2- Violência doméstica na gravidez: prevalências e fatores associados.....	109

Capítulo 3- Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade.....	133
Capítulo 4- Domestic violence during gestation period: physical and emotional adverse events experience by pregnant women.....	153
7- DISCUSSÃO GERAL	177
8- CONCLUSÃO GERAL	185
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	189
10- APÊNDICES	209

LISTA DE ABREVIATURAS

AGENDE	Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento
BPN	Baixo Peso Nascer
BPPM	BPPM Baixo Peso ou Prematuro
CEPIA	Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms as Discrimination Against Women
CFEMEA	CFEMEA Centro Feminista de Estudos e Assessoria
CLADEM	Comitê Latino Americano e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher
CIM	Comissão Interamericana de Mulheres
DEAMs	Delegacias Especiais de Atendimento as Mulheres
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
OEА	Organização dos Estados Americanos
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PI	Parceiro Íntimo
PAISM	Programa Integral de Assistência a Saúde da Mulher
PT	Pré-termo
PM	Prematuro
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SEPM	SEPM Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

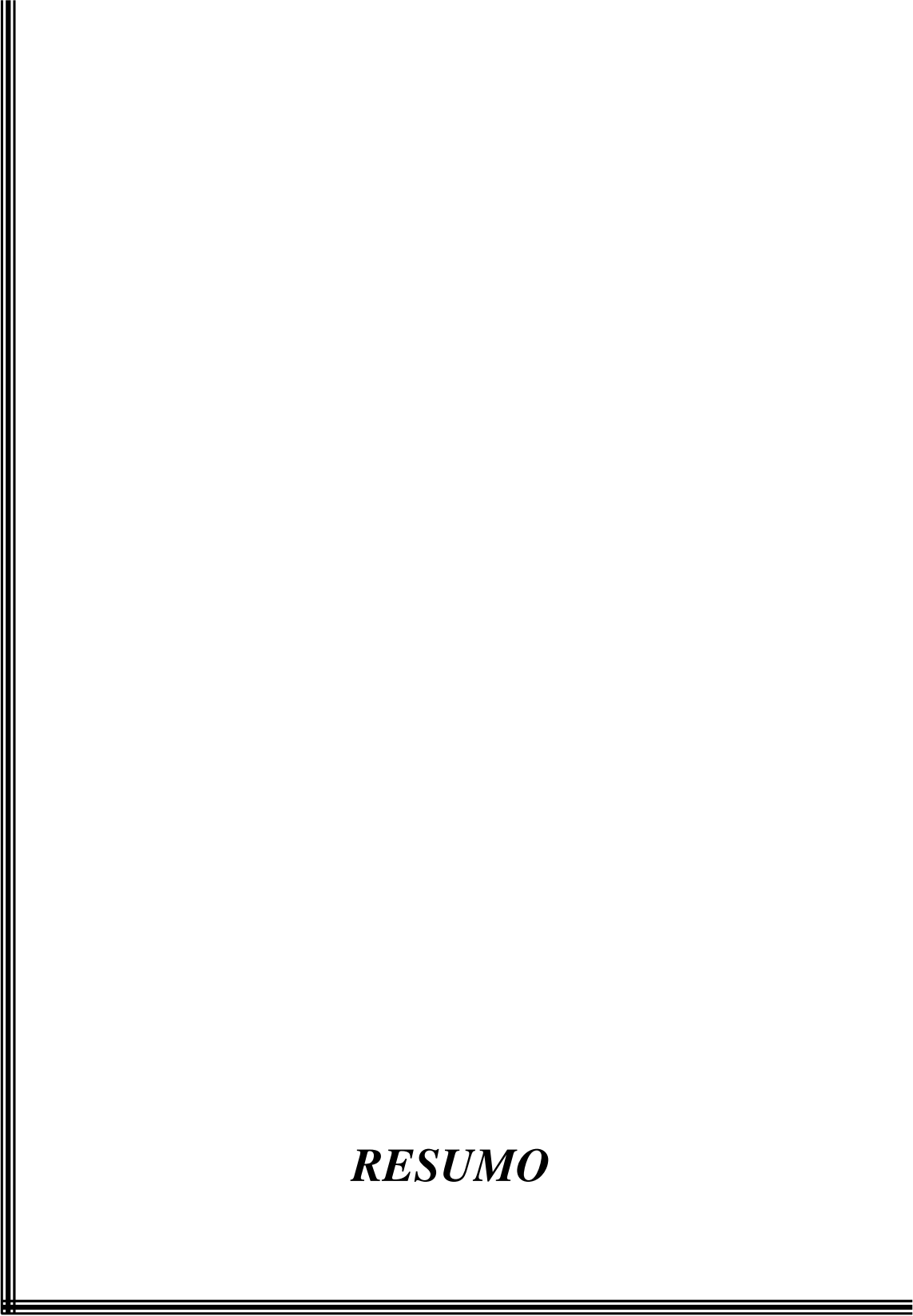
SUS	Sistema Único de Saúde
THEMIS	Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero
UNIFEM	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
VCM	Violência Contra a Mulher
VPI	Violência perpetrada pelo parceiro íntimo
VP	Violência Psicológica
VF	Violência Física
VS	Violência Sexual
VFS	Violência Física e/ou Sexual
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Efeitos da violência contra as mulheres na saúde.....	54
Figura 2 Síntese do planejamento da pesquisa.....	81
Figura 3 Organograma do Estudo de Coorte.....	82

LISTA DE MAPAS

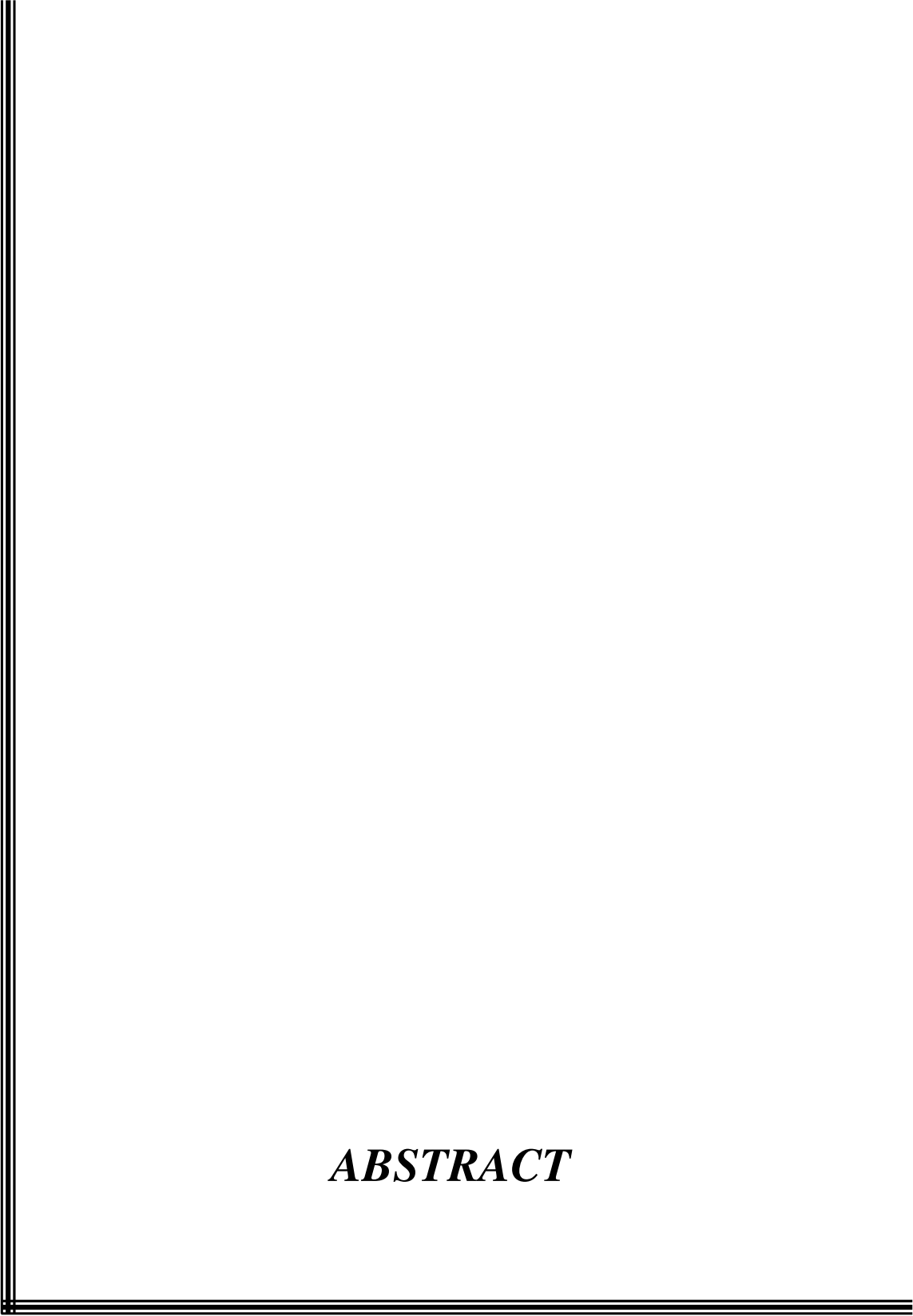
	Pág.
Mapa 1 Divisão do município de Campinas, segundo região distrital: distritos de saúde.....	70
Mapa 2 Área de abrangência de cada região distrital e suas respectivas unidades básicas de saúde, que compõe o serviço municipal de saúde. Campinas, 2006.....	227



RESUMO

A violência contra as mulheres, em suas diversas formas, é endêmica em todos os países do mundo, independente da classe social, raça ou idade. Estudos têm mostrado que a gestante não está livre de sofrer as diversas manifestações de violência doméstica. O objetivo deste trabalho foi investigar a associação entre violência doméstica contra as gestantes, residentes na região Sudoeste de Campinas-SP e os fatores associados à violência perpetrada pelo parceiro íntimo, assim como, verificar o impacto dessa violência no peso ao nascer ou na prematuridade. Inicialmente, foram realizados grupos focais para subsidiar o estudo de coorte. Neste, numa etapa retrospectiva foram coletadas informações sobre experiência de violência doméstica vivida pelas gestantes selecionadas, no ano anterior a gestação. Numa etapa prospectiva, coletamos dados sobre nova exposição à violência doméstica durante e após período gestacional. Informações sobre, características sócio demográficas das gestantes, do parceiro íntimo, sobre o parto e pós-parto imediato, também foram pesquisadas. Participaram do estudo 1379 gestantes usuárias do SUS. Do total da amostra, 19,1 % (262) referiram ter sido vítima de violência psicológica, 5,9% (81) de violência física e 1,3% (18) de violência sexual. A prevalência de violência física ou sexual foi de 6,5% (81) gestantes. Através de análise de regressão logística, permaneceram associados: 1) à *violência psicológica*: gestante com escolaridade fundamental ou menor ($p<0,013$), gestante ser responsável pela família ($p<0,001$), sentimento de rejeição ($p<0,001$), gestante presenciou agressão física na infância ($p<0,001$), gestante sofreu agressão física na infância ($p<0,032$), parceiro íntimo adolescente ($p<0,011$) e consumir bebida alcoólica com frequência superior a uma vez por semana ($p<0,001$); 2) à *violência física/sexual*: a gestante ter relatado dificuldade em fazer as consultas de pré-natal ($p<0,011$), gestante com escolaridade fundamental ou menor ($p<0,002$), sentimento de rejeição ($p<0,001$), gestante sofreu agressão física na infância ($p<0,021$), parceiro íntimo não trabalhar ($p<0,039$) e o parceiro fazer uso de drogas e consumir álcool com frequência superior a uma vez por semana ($p<0,001$). Para analisar o peso ao nascer ou prematuridade, 1220 mulheres foram acompanhadas durante o período de pré-natal e pós-natal (88,5% das gestantes inicialmente selecionadas). Essa diferença refere-se a 11,5% das perdas de acompanhamento, basicamente por mudança de endereço. O peso médio ao nascer foi de 3,233 gramas e a idade gestacional foi em média 38,56 semanas. Apresentaram BPN ou PM 13,8% RN. Condições de risco para BPN ou

PM foram: gestante ter tido RN PM em outra gestação ($p<0,003$), ser tabagista ($p<0,001$), ter tido parto por cesárea ($p<0,001$) e ser baixa a escolaridade do parceiro ($p<0,005$). Os eventos adversos, manifestados durante a gestação associados à *violência psicológica e violência física/sexual* foram, respectivamente: infecção urinária ($p<0,007$; $p<0,027$), falta de desejo sexual ($p<0,018$; $p<0,001$), afecções ginecológicas ($p<0,009$), enxaqueca ($p<0,014$), sentimento de rejeição e distúrbios neuróticos ($p<0,001$). Conclusões: este estudo conseguiu identificar que a prevalência de qualquer forma de violência contra a gestante pode acometer aproximadamente uma em cada seis delas. O perpetrador mais provável é o que consome drogas lícitas ou ilícitas; mostraram-se de maior risco as mulheres de baixa escolaridade, dificuldades de comparecer ao pré-natal e que são responsáveis pela família. Não foi observada associação estatisticamente significativa entre violência doméstica e baixo peso ao nascer ou prematuridade. Os eventos adversos manifestados durante a gestação foram: infecção urinária, falta de desejo sexual, afecções ginecológicas, enxaqueca, sentimento de rejeição e distúrbios neuróticos. As prevalências de violências observadas e os fatores a elas associados evidenciam a magnitude e complexidade do problema. Sugere-se rever os mecanismos que permitam sua identificação e orientem abordagem inter e multidisciplinar, especialmente no âmbito da Saúde Pública, com ênfase na atenção primária.



ABSTRACT

Violence against women, in its various forms, is endemic in every country in the world, regardless of social class, race, or age. Studies have shown that pregnant women also suffer from the various manifestations of domestic violence. The objective of this study was to investigate the association between domestic violence against pregnant women residing in the southeastern region of Campinas-SP and the factors associated with violence perpetrated by their partners, as well as examine the impact of this violence on birth weight and premature birth. Focus groups were initially conducted to complement the cohort study. In the latter, in a retrospective phase, information was collected regarding the domestic violence experienced by the pregnant women during the year preceding their pregnancy. In a prospective phase, data was collected on exposure to domestic violence during and after pregnancy. Information on the socio-demographic characteristics of the pregnant women, of their partners, and about the birth and immediate post-partum period was also collected. The total number of pregnant women who participated in the study was 1379, all users of the Brazilian Unified Health System (SUS). Of these, 19,1% (263) claimed to have been victims of psychological violence, 5,9% (81) of physical violence, and 1,3% (18) of sexual violence. The prevalence of physical or sexual violence was 6,5% (81). Logistic regression analysis showed associations between: 1) *psychological violence* 8th grade education or less ($p<0,013$), pregnant woman describing herself as being responsible for the family ($p<0,001$), rejection feeling ($p<0,001$), pregnant woman witnessed physical aggression in the childhood ($p<0,001$), pregnant woman suffered physical aggression in the childhood ($p<0,032$), adolescent father ($p<0,011$) and alcohol consumption by partner more often than once a week ($p<0,001$); 2) *physical/sexual violence* and: difficulty in doing prenatal consultations ($p<0,011$), 8th grade education or less ($p<0,002$), and drug and alcohol consumption by partner more often than once a week ($p<0,001$), rejection feeling ($p<0,001$), pregnant woman suffered physical aggression in the childhood ($p<0,021$), partner intimate doesn't work. To analyze birth weight or premature birth, 1220 women were followed during the pre- and post-natal period (88,5% of the pregnant women initially selected). This represents a 11,5% loss basically due to address changes. Mean birth weight was 3,233 grams and mean gestational age was 38,56 weeks. Of the newborns, 13,8% were low birth weight or premature. Risk conditions for low birth weight or prematurity included: history of previous premature births ($p<0,003$), tobacco use

($p < 0,001$), cesarean birth ($p < 0,001$), and low educational level of the partner ($p < 0,005$). The event's adverse manifested during pregnancy association's *violência psychological violence* and *physical/sexual* violence were, respectively urinary infection ($p < 0,007$; $p < 0,027$), lacks of sexual want ($p < 0,018$; $p < 0,001$), gynecological problem ($p < 0,009$), headache ($p < 0,014$), rejection feeling and neurotic disturbances ($p < 0,001$). Conclusions: In this study, it was found that the prevalence of some form of violence against pregnant women can be as high as one in six. The most likely perpetrators are consumers of illicit or licit drugs. Women at higher risk included those with fewer years of schooling, those who had difficulties in keeping their prenatal care appointments, and those who described themselves as being responsible for the family. No statistically significant associations were observed between domestic violence and low birth weight or premature birth. The adverse events manifested during the gestation were: urinary infection lacks of sexual want, gynecological problem, headache, rejection feeling and neurotic disturbances. The prevalence's of the different types of violence observed and their associated factors suggest the magnitude and complexity of the problem. It is recommended that mechanisms to identify the problem and provide inter- and multi-disciplinary guidance be reviewed, especially in the sphere of public health, with emphasis in primary health care.

1- INTRODUÇÃO GERAL

A violência está entre nós desde o início da humanidade e seu impacto sobre o bem-estar das pessoas pode ser visto de várias formas e em diversas gradações. Assim, em diversas partes do mundo, todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas, e muito outras sofrem lesões não fatais, resultantes dos vários tipos de violência que as acometem. Em vários países do mundo a violência está entre as principais causas de morte de pessoas na faixa etária entre os 15 a 44 anos (OMS, 2002).

Tradicionalmente esses eventos foram tratados como objeto exclusivo da segurança pública, e somente a partir da década de 1990 as organizações internacionais da área de saúde passaram a recomendar, aos países membros, a inclusão da violência e dos agravos dela decorrentes como temas para sua agenda de intervenção (WHO, 1999).

A resolução da 49ª Assembléia Mundial da Saúde (World Health Assembly 49.25) de 1996 declara a violência como um dos principais problemas de saúde pública, no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou por ameaça, contra a própria pessoa, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que pode resultar, ou tem alta probabilidade de resultar, em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou de privação” (OMS, 2001).

Essa definição contém dois conceitos centrais, a intencionalidade e o efeito ou dano do evento violento em suas vítimas, sendo esses os pilares nos quais o setor saúde tem se apoiado para sustentar a necessidade de investigar e propor intervenções preventivas desse flagelo social e de saúde (Concha-Eastman, 2002).

A compreensão da violência exige, no dizer de Carmanado (2004), seu reconhecimento como um fenômeno mundial, histórico e multifatorial, entrelaçado tanto nas questões macrosociais quanto estruturais. A violência gera embates e controvérsias entre os vários campos do saber, muito em decorrência dos múltiplos significados dados à palavra e traduzidos, por aquele autor, como “polissemia de repertórios”, ao se discursar sobre esse tema. Essa pluralidade de significados impõe a necessidade de se interpretar a violência em suas várias faces e de se apoiar, para a intervenção, fundamentalmente na interdisciplinaridade.

Buscando o estabelecimento de consensos, a OMS (2002) desenvolveu uma tipologia para a violência, do mesmo modo que explicitou a natureza dos vínculos entre os seus diversos tipos. Essa proposta divide a violência em três categorias, considerando as características do perpetrador, que são: i) auto-inflingida, como no suicídio e auto-abuso; ii) interpessoal, violência familiar e/ou do parceiro(a) íntimo(a), contra a criança, o parceiro e o idoso; iii) violência comunitária, por conhecidos ou desconhecidos, podendo também ser coletiva, caracterizada como social, política ou econômica. A natureza desses atos violentos pode ser: psicológica, física ou sexual, envolvendo privação ou negligência.

Os esforços de investigação por diversas vertentes do pensamento e disciplinas têm contribuído para aproximar a compreensão sobre a violência da sua situação de realidade tanto em comunidades, famílias como em outros grupos sociais; dessa forma, avançando em termos conceituais e de possibilidades de desenvolvimento de políticas públicas para seu enfrentamento (OPAS, 1999).

Segundo a Declaração das Nações Unidas de 1999, a violência contra a mulher (VCM) inclui: “todo ato de violência por razão de gênero, que pode gerar danos físicos, sexuais, psicológicos e sofrimento das mulheres, incluídas, neste contexto, as ameaças de tais atos, a coerção e privações arbitrárias de liberdade, independentemente de ocorrer em instância da vida pública ou privada” (WHO, 1999).

A forma mais freqüente de abuso contra a mulher, observada em várias partes do mundo, é a violência doméstica ou violência pelo parceiro íntimo (VPI), caracterizada pelos maus-tratos físicos, emocionais e sexuais perpetrados pelo seu parceiro íntimo (PI), coabitante ou não (Heise, 1994).

Significativamente essa definição reconhece os danos físicos, psicológicos e ameaças na esfera pública e privada. Reconhece também que toda a forma de violência baseada no gênero é o resultado de uma complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais; e entender como esses fatores estão relacionados à violência é um dos passos importantes na abordagem desse assunto, para poder evitar esse tipo de violência (World Bank, 1994).

Essa complexa interação de fatores, comuns na violência doméstica contra a mulher, contribuiu, até recentemente, para sua invisibilidade e o sub-registro dos casos. Esse sub-registro é o resultado de uma multiplicidade de fatos, entre eles: a violência doméstica é considerada como um problema de âmbito privado e não um problema social; a percepção de que atos de violência são normais dentro da dinâmica da família; a culpabilidade das próprias mulheres vítimas de violência por elas mesmas e pela sociedade; a percepção que as mulheres têm sobre a falta de serviços ou respostas sociais disponíveis para apoiá-las, ou que os serviços existentes são despreparados para atendimento das vítimas de violência. (OPAS, 1998).

Situações como essas contribuíram para que muitos governantes abordassem as questões da violência contra a mulher como um problema social menor e que afetava um número limitado de mulheres. Entretanto, durante as últimas décadas, a combinação de trabalhos desenvolvidos por organizações internacionais de mulheres, por estudiosos do assunto e comitês governamentais, resultou em profundas transformações (WHO, 2005), passando a violência constituir prioridade nas agendas das organizações governamentais e não-governamentais. Dessa forma, a maior visibilidade dada à questão da violência obrigou os Estados a assumir responsabilidades diretas na sua prevenção, na atenção aos seus efeitos, sobretudo na saúde das pessoas, e também nas sanções relativas a esses atos, especialmente a violência contra a mulher. Esta é, atualmente, uma questão amplamente reconhecida como um grave problema de direitos humanos e de saúde pública, que afeta a todos os setores da sociedade (OMS, 1996).

A VCM perpassa fronteiras relacionadas às condições econômicas, éticas, culturais, étnicas, de idade e territoriais, atingindo as mulheres nos vários ciclos de suas vidas (OPAS, 1999).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, quase metade dos homicídios, entre mulheres de 15 e 44 anos de idade, são praticados pelos seus companheiros ou ex-companheiros, representando cerca de 7% de todas as mortes em mulheres nessa faixa etária, no mundo todo (OMS, 2004).

Em recente estudo multicêntrico, liderado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi observada alta, porém variadas prevalências, de violência doméstica perpetrada pelo parceiro íntimo contra as mulheres, em diferentes momentos de suas vidas (WHO, 2005).

Em relação à violência física ou sexual ou ambas, ocorrida em qualquer período da vida das mulheres, constatou-se variação da prevalência de 15% (Yokohama-Japão) a 71% (Butajira-Etiópia). Em outros países essas prevalências variaram entre 29% a 62%. Em Yokohama registrou-se baixa prevalência de todas as formas de violência, enquanto que na província de Matiab (Bangladesh), em Butajira (Etiópia), Cusco (Peru) e distrito de Mbeya (República Unida da Tanzânia), foram observadas as mais altas prevalências. (WHO, 2005).

Diferenças também foram observadas em registros de violência acontecida no último ano: em Butajira (Etiópia), 54% das mulheres relataram ter sofrido violência física ou sexual ou ambas, comparadas com 17% que relataram sofrer esse tipo de violência, em algum momento de suas vidas. Por outro lado, 4% das mulheres de Belgrado (Sibéria e Montenegro) registraram violência no último ano, comparadas com 20%, em algum momento de suas vidas, e em Yokohama foi apresentada prevalência de 4% e 12% respectivamente (WHO, 2005).

No Brasil a maior prevalência (37%) foi observada na Zona da Mata de Pernambuco (Recife), em algum momento da vida dessas mulheres, e a menor, (9%), na cidade de São Paulo, considerando os eventos no último ano (WHO, 2005).

Segundo os autores, uma possível justificativa para essas diferenças observadas entre prevalências do último ano e em qualquer momento da vida pode estar associada ao tempo de duração do relacionamento dos casais, uma vez que em países como a Etiópia é difícil a mulher deixar uma relação violenta, tendo sido observado que apenas 12% das mulheres são separadas, divorciadas ou viúvas.

A maioria das mulheres que sofrem de agressão física passa por múltiplos atos de agressão no decorrer do tempo, e diferentes tipos de abuso coexistem no mesmo relacionamento (OMS, 2002; WHO, 2005). Em relação ao abuso emocional

(xingos, humilhações, ameaças, intimidar ou assustar de propósito), entre 20% a 75% das mulheres relatam um ou mais abuso emocional, e entre 12% a 58% relatam ocorrência em algum momento da vida. As maiores prevalências desse abuso foram observadas nas províncias de Butajira (Etiópia) e Cusco (Peru) (WHO, 2005).

De maneira geral, a porcentagem de mulheres que referiram ter sido vítimas de abusos sexuais por parte de seus parceiros oscilava entre 6% (Japão, Servia e Montenegro) e 59% (Etiópia), sendo que a prevalência de 10% a 50% foi observada na maioria dos países (WHO, 2005).

Estudo realizado em países da África (Heise, 1999) relatou variação da violência física entre 5% a 12% nos últimos doze meses e de 13% a 45% alguma vez na vida. Seguindo a mesma abordagem, essa violência em países da América Latina e Caribe variou entre 10% a 32% e 10% a 69% respectivamente (CLADEM 2000).

Na América do Norte a prevalência no último ano variou de 1,3% a 3% e 22 a 27% em alguma vez na vida. Em países da Ásia e Pacífico Ocidental, essas prevalências foram de 3% a 38% e de 10% a 67%, enquanto na Europa foram de 6% a 12% e 14% a 58% respectivamente e, finalmente, no Mediterrâneo essas prevalências variaram de 16% a 52% no último ano e 34% em algum momento da vida (Heise, 1999; CLADEM, 2000).

Em pesquisa realizada no Brasil, por pesquisadores da Fundação Perseu Abramo, observou-se que uma a cada cinco mulheres (19%) declarou espontaneamente ter sofrido algum tipo de violência por parte de algum homem: 16% relatam casos de violência física, 2% citam violência psíquica e 1% assédio sexual (Cavalcante, 2004).

Essa prevalência aumenta quando as mulheres são estimuladas a citar as diferentes formas de agressão. Nessas circunstâncias 43% das mulheres referiram ter sido vítimas de algum tipo de violência. Um terço (33%) dessas admitiu ter sofrido violência física (24% de ameaças com armas para cercear o direito de ir e vir; 22% de agressões propriamente ditas e 13% de estupro conjugal ou abuso); 27% referiram ter sofrido violência psíquica; e 11% afirmaram ter sofrido assédio sexual. Um pouco mais da metade (57%) das mulheres brasileiras declaram nunca terem sofrido qualquer tipo de violência por parte de algum homem (Cavalcante, 2004).

Devido às diferenças metodológicas, as informações desses estudos não são passíveis de comparação direta, exceto aquelas oriundas da investigação multicêntrica da OMS realizada nos diversos países participantes. Essa dificuldade de comparação deve-se ao fato de que as estimativas relatadas de abuso são altamente sensíveis às variações das definições utilizadas, à forma como foram feitas as perguntas, ao grau de privacidade nas entrevistas e à natureza da população que estava sendo estudada.

Portanto, as diferenças entre os países, especialmente as pequenas diferenças observadas, poderiam estar, de fato, refletindo variações metodológicas e não diferenças reais nas taxas ou entre os períodos de referência (OMS, 2002).

A magnitude da violência doméstica contra as mulheres observada em várias sociedades constitui, sem dúvida, sério problema de saúde pública e obstáculo oculto para o alcance do pleno desenvolvimento social e econômico, além de representar uma flagrante violação aos direitos da pessoa humana (OPAS, 1998).

No presente estudo o interesse foi abordar a violência contra a mulher e, especificamente, aquela que tenha ocorrido durante o período gestacional e no puerpério, ou seja, até os quarenta dias pós-parto. Dessa forma a investigação limitou-se ao estudo da violência de ocorrência no âmbito familiar e no contexto da relação conjugal, como aponta Garcia- Moreno (2000) em âmbito diferente da violência contra o sexo masculino, que geralmente ocorre no âmbito público.

Como relatado anteriormente, muitas são as vertentes que estudam as questões referentes à violência contra a mulher, tornando complexa a escolha do caminho a seguir na busca de métodos para seu diagnóstico e nas opções de análise das informações.

Inicialmente, no capítulo I são relatados os resultados da revisão bibliográfica, constituída em um resgate histórico sobre o tema da violência contra a mulher. Foram analisados os trabalhos que contribuíram para que esse tipo de agravo pudesse ter visibilidade e fosse reconhecido como problema de saúde pública e uma ameaça aos direitos humanos. Nesse sentido buscou-se a relação entre a Violência Contra a Mulher e o Setor Saúde, para que se pudesse situá-la como um problema de responsabilidade, também,

dos serviços e dos profissionais de saúde. Foram revistos estudos que, especificamente, tratavam da violência doméstica contra a mulher na gestação, pelo parceiro íntimo (PI), suas características e os fatores de risco e o impacto desse evento na saúde materna e do recém-nascido (RN).

A seguir foi descrito o método utilizado para a realização dessa pesquisa, seu planejamento, a população estudada e a logística de campo. Nos capítulos foram agregados quatro artigos, o primeiro aprovado para publicação, dois submetidos e o último artigo a ser submetido. E finalmente a discussão e as conclusões finais do trabalho.

1.1- Violência contra a mulher e políticas públicas

1.1.1- Um pouco da história

Agredir, matar, estuprar uma mulher são fatos que têm acontecido ao longo da história, praticamente em todos os países, independentemente do regime econômico, político e da sua condição de desenvolvimento. O que muda é a magnitude da agressão sofrida pelas mulheres (Blay, 2006), as políticas públicas para coibição desses eventos e os recursos assistenciais disponíveis.

Durante décadas, praticamente em todo o mundo, grupos de mulheres tomam a questão da violência a que são submetidas como o grande desafio e problema a serem enfrentados. Buscam sensibilizar e conscientizar a sociedade sobre o tema, bem como identificar as estratégias para sua superação. Essa última é condição para que as mulheres possam alcançar sua cidadania, entendida aqui não apenas como o atendimento a um conjunto de direitos civis e políticos, mas em seu sentido mais amplo, profundo e substantivo: seu direito à vida, em coexistência pacífica e feliz. Uma sociedade organizada e desenvolvida pressupõe, para todas as pessoas e grupos, a garantia de uma vivência digna, sendo esta um reflexo dos direitos humanos individuais, políticos, sociais, econômicos e culturais exercidos em sua plenitude (Pimentel, 1999; Falcão, 1989).

Nas últimas décadas, houve incorporação e visibilidade das mulheres na esfera do público e do político, nos âmbitos nacionais e globais, em uma comunidade de interesses orientada para as questões de gênero. Isso teve como consequência o encaminhamento de

agendas com enfoques relativos à violência de gênero e os direitos humanos das mulheres, com destaque para as Conferências Mundiais das Mulheres, em 1975, no México, em 1985, em Nairobi; e em 1995, em Pequim (Pimentel, 1999; UNIFEM, 2006).

Nas décadas de 1970 e 1980, o intenso processo de mobilização das organizações feministas e de mulheres, em todo o mundo, motivou muitos governos representados na Organização dos Estados Americanos (OEA) e Organização das Nações Unidas (ONU) a assumirem que a discriminação e a violência tinham impacto negativo, não só na vida das mulheres, mas também em toda a sociedade, levando esses países a aderirem às convenções internacionais que tratam do direito humano das mulheres (SEPM, 2004).

No ano de 1975 a Assembléia Geral das Nações Unidas proclamou o Ano Internacional da Mulher; essa data constitui um marco, pois a partir dela, foram incluídos no programa da Organização os assuntos relativos à mulher (Basterd, 1998).

O Brasil é signatário de vários instrumentos normativos de proteção aos direitos humanos e de todos aqueles referentes especificamente aos direitos das mulheres (SEPM, 2004; Pandjarian, 2003), tais como:

- Carta das Nações Unidas: aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945 e ratificada pelo Brasil no mesmo ano;
- Convenção contra o Genocídio e a Declaração Universal dos Direitos Humanos: aprovada pela ONU e ratificada pelo Brasil em 1948;
- Convenção sobre a eliminação de todas as formas de Discriminação Racial aprovada pela ONU em 1965 e ratificada pelo Brasil em 1968;
- Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos: aprovada pela ONU em 1966 e ratificada pelo Brasil em 1992;
- Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: aprovada pela ONU em 1966 e ratificada pelo Brasil em 1992;

- Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher: aprovada pela ONU em 1979 e assinada com reservas, em 1984; esta Convenção foi totalmente ratificada pelo Brasil em 1994;
- Convenção Contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes: aprovada pela ONU em 1984 e ratificada pelo Brasil em 1989;
- Convenção Sobre os Direitos da Criança: aprovada pela ONU em 1989 e ratificada pelo Brasil em 1990;
- Plano de Ação da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, aprovada pela ONU e ratificada pelo Brasil em 1993;
- Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher-CEDAW (1979): Destaca-se nessa Convenção-CEDAW a recomendação de que a violência baseada no gênero deve ser tomada como um ato de discriminação contra a mulher;
- Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher (ONU, 1993). Essa declaração colaborou para a incorporação da violência de gênero em um marco conceitual dos direitos humanos, assim como para a consolidação de que as mulheres também são sujeitas de direitos internacionais;
- Declaração e Plataforma de Ação da III Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (Viena, 1993). É reconhecido pela primeira vez que os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais, e que a violência de gênero é incompatível com a dignidade e valor da pessoa humana;
- Declaração e Plataforma de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994). Reconhece que os direitos reprodutivos são direitos humanos, e que a violência de gênero é um obstáculo para a saúde, para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e para sua educação e participação no desenvolvimento;

- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) aprovada pela ONU em 1994 e ratificada pelo Brasil em 1995. Essa convenção é resultado da VI Assembléia Extraordinária de Delegadas da Comissão Interamericana de Mulheres (CIM) da OEA, em 1994, convocada especificamente para tratar da violência contra a mulher nas Américas;
- Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995). Essa plataforma de ação recomenda que os governos devem, entre outras medidas, investir na formação de profissionais médicos, judiciais, sociais, educativos, policiais para evitar abuso de poder condizente à violência contra a mulher e sensibilizar quanto à natureza dos atos e de ameaças de violência, baseadas em gênero, garantindo o tratamento justo para essas vítimas;
- Protocolo facultativo Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), aprovado pela ONU em 1999 e ratificado pelo Brasil em 2002.

A incorporação do tema nas declarações e convenções tem contribuído para expandir tanto o conceito de direitos humanos como da violência baseada no gênero, modificando o cenário jurídico-político nos níveis internacional, nacional e regional, em vários aspectos, revelando uma nova dimensão nas estratégias de trabalho para os campos de direitos e da saúde que afetam particularmente as mulheres (UNIFEM, 2006).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (PNAD, 2006), as mulheres brasileiras, em 2005, representavam 51,3% da população brasileira, entre elas 51,2 milhões estavam em idade fértil e tinham taxa média de fecundidade de 2,3 filhos. Do total de mulheres, 6,3% referiram ser de cor negra e 43,2% pardas. Mulheres e negros encontram mais dificuldade para ocupar postos de trabalho, sejam eles formais ou informais. Mulheres que chefiavam suas famílias eram 30,6% no país.

Nas últimas décadas, ainda segundo a PNAD, houve aumento do nível de escolaridade das mulheres, do mesmo modo que aumentou sua participação no mercado de trabalho; mesmo assim a desigualdade entre homem e mulheres ainda persiste (PNAD, 2006).

As mulheres representam 43,6% da População Economicamente Ativa, no entanto, o índice de desemprego feminino, a segregação ocupacional, os rendimentos inferiores, a precariedade, a informalidade, permanecem como obstáculos a serem superados. O emprego doméstico é uma das principais fontes de ocupação das mulheres, 16,9% das ocupações, seguido de 16,2% daquelas que trabalham por conta própria. Outra desigualdade que ainda persiste é o rendimento entre homens e mulheres: homens R\$ 904,80 e mulheres R\$ 643,50 (PNAD, 2006; CEDAW, 2004).

Os indicadores sociais confirmam que o traço mais marcante da sociedade brasileira é a desigualdade. Na desigualdade de gênero, a mulher ganha menos que o homem em todos os estados brasileiros e em todos os níveis de escolaridade; encontram-se mais concentradas em trabalhos informais e precários quando comparadas com os homens. Aposentam em menor proporção que os homens e há mais idosas que não recebem aposentadoria e nem pensão. O índice é agravado quando se trata de mulher negra ou parda. O indicador favorável de maior nível de escolaridade das mulheres não tem impactado positivamente sua situação no que se refere a melhores rendimentos e postos de ocupação no mercado de trabalho, ainda que exerçam funções similares às dos homens (PNAD, 2006).

Somente em 1932, as mulheres brasileiras conquistaram o direito ao voto feminino e o direito de serem votadas. Em 2002, representavam 51,32 do eleitorado brasileiro, mas ocupavam apenas 8,75% dos cargos eletivos no Congresso Nacional. Em 1995, a legislação eleitoral brasileira apresentou avanços com a adoção da política de cotas, pela qual os partidos ou coligações são obrigados a apresentarem no mínimo 30% e no máximo 70% de candidaturas de cada sexo (CEDAW, 2004), o que, infelizmente, ainda não se reflete, em proporções equivalentes entre os gêneros, nas instituições representativas.

As relações sociais, o sistema político, econômico e cultural imprimiu historicamente uma relação de subordinação das mulheres em relação aos homens, constituindo uma desigualdade entre gêneros tomada e tratada como natural, como imutável, consistindo em um mecanismo de manutenção das diversas formas opressão sobre as mulheres (SEPM, 2004).

No decorrer da história são diversas as explicações a respeito das origens da desigualdade de gênero que, em resumo, reduzem-se a tentar demonstrar a superioridade física e mental dos homens sobre as mulheres. Nelas, procuraram fornecer subsídios que as justificassem, teorias, de cunho biológico, que se opõem àquelas que explicam a desigualdade de gênero como um fenômeno, sobretudo, cultural. Aquelas defendem um determinismo biológico, originado no dimorfismo sexual e nas especificidades de gênero para a função reprodutiva da espécie. Nessa perspectiva, a mulher seria incapaz de tomar decisões para sua sobrevivência, fato que levaria à dependência do outro gênero (Pessis, 2005).

A crescente mobilização da sociedade civil, das entidades internacionais, particularmente grupos e organizações de mulheres, pressionaram e exigiram que o Estado assumisse a responsabilidade de implementar políticas públicas que tenham como foco as mulheres, a consolidação da cidadania e a igualdade de gênero (Pimentel, 1999).

A proposição de uma Política Nacional para as mulheres, na direção da igualdade de gênero, implica, em primeiro lugar, reconhecer que a organização do Estado, especialmente a sua lógica de formulação de políticas, interfere na vida das mulheres reproduzindo ou alterando padrões de relações de gênero. E, na medida em que se reconhece que essas relações têm caráter sistêmico, o alcance de uma Política Nacional deve interferir no sentido das ações do Estado. (SEPM, 2004a).

A Política Nacional para as Mulheres orienta-se pelos princípios da igualdade e respeito à diversidade, princípio da equidade, da autonomia das mulheres, da universalidade das políticas públicas, da justiça social, da transparência dos atos públicos e da participação e controle social. Mesmo com significativos avanços legislativos, o Brasil apresenta um quadro de discriminação contra as mulheres que aponta para a distância entre a lei e a realidade social (SEPM, 2004; CEDAW, 2004).

No âmbito normativo, a Constituição Federal de 1988 constitui o marco jurídico legal da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no Brasil e acolhe tratados e convenções internacionais assinados, como parte do sistema normativo nacional (CEDAW, 2004).

O Código Civil avançou em alguns pontos no ano de 2003; passou a vigorar o Novo Código Civil Brasileiro, que revogou o código de 1916, e, adequando-se a nova Constituição, eliminou normas discriminatórias e gênero. Podemos exemplificar: direção compartilhada, em vez de chefia masculina, poder familiar compartilhado, no lugar de prevalência paterna, marido poderá adotar o sobrenome da mulher e garantia da união estável são algumas normas discriminatórias modificadas no novo código. Em relação ao Código Penal, situações discriminatórias, por exemplo, aborto, ainda há muito a ser discutido, entretanto, avanços também foram observados (SEPM, 2004b).

Recentemente foram criadas a Secretaria Especial dos Direitos da Mulher, modificada em 2003 em Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM), e a Secretaria Especial de Políticas da Promoção da Igualdade Racial (SEPM, 2004; Pimentel, 1999).

Sob a coordenação dessa secretaria, com a contribuição dos movimentos feministas, representados por um consórcio de Organizações Não-Governamentais (ADVOCAY, AGENDE, CEPIA, CFMEA, CLADEM/IPÊ E THEMIS), juntamente com um grupo de trabalho interministerial, a lei que era utilizada para julgar questões relativas à violência doméstica, no Brasil, passou por uma série de reformulações, adequando as recomendações da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) da ONU e da Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) da OEA. (SEPMc, 2007).

No dia 07 de agosto de 2006, foi sancionada a “nova” Lei 11.340/06, Lei “Maria da Penha”, implantando mudanças tanto na tipificação dos crimes de violência contra a mulher quanto nos procedimentos judiciais e da autoridade policial. Ela tipifica a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos,

altera o Código Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante, ou tenham sua prisão preventiva decretada; prevê o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher agredida e aos filhos. Estabelece medidas de assistência social às mulheres vitimadas, assim como incluem informações básicas em relação à violência contra a mulher no conteúdo escolar (UNIFEM, 2006; SEPMc, 2007).

Essa nova legislação permitirá a criação de varas judiciais com competência civil e penal, atendendo a reivindicações históricas do movimento de mulheres, que além de ofertarem à comunidade um patrimônio acumulado de discussões, análises e referências para ações nesse campo, conseguiram uma grande vitória, pois há anos vem sendo solicitada uma estrutura no judiciário que possa contribuir para o enfrentamento da violência contra a mulher (Pandjarian 2004; SEPM, 2004; UNIFEM, 2006).

Essa lei não tem o poder de modificar, de imediato, uma cultura secular de violência contra a mulher, mas é um mecanismo que, articulado a outros voltados para o enfrentamento da violência contra a mulher, deverá influir positivamente na diminuição da criminalidade e da impunidade (Barsted, 2005).

Ações como essas contribuem para dar visibilidade à violência doméstica, deixando de ser um assunto de esfera privada e adquirindo dimensões públicas na sociedade (SEPM).

Outros mecanismos de apoio à mulher já faziam parte da política de atenção à mulher. No ano de 1983, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM. Esse programa preconiza a execução de ações diversificadas (educativas, preventivas, diagnósticos, tratamento e recuperação) e contempla as diferenças entre as mulheres (CEDAW, 2004; Pena, 2005).

Criadas a partir de 1985, existem hoje no Brasil 340 Delegacias Especiais de Atendimento a Mulheres em situação de violência (DEAMs), política pública pioneira no Brasil e na América Latina no enfrentamento à violência contra a mulher. Essas se caracterizam como uma porta de entrada das mulheres na rede de serviços, cumprindo o papel de investigar, apurar, tipificar os crimes de violência contra a mulher.

Centros de Referência ou de atendimento: Oferecem atendimentos psicológicos, sociais e jurídicos e prestam serviços de orientação e informações às mulheres vítimas de violência (SEPM, 2004).

Defensoria Pública da Mulher: é uma política pública inovadora e recente, constituindo uma das formas de ampliar o acesso à justiça e garantir às mulheres orientação jurídica adequada, bem como o acompanhamento de seus processos (SEPMb,2004).

Casas Abrigo: até 2002, a Casa Abrigo era tida como uma das políticas prioritárias no enfrentamento à violência contra a mulher, sendo, muitas vezes, o único equipamento disponível em alguns dos municípios brasileiros. Contudo, na avaliação da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, a implementação dessa política tem pouca sustentabilidade e baixa efetividade se desarticulada de outros equipamentos. Nesse sentido, a Secretaria Pública para as Mulheres passou a dar prioridade a projetos de Casas Abrigo que atendam a uma microrregião onde já existam outros serviços, configurando uma rede mínima de atendimento (VCM, 2006).

Os serviços de saúde constituem em outra importante porta de entrada das mulheres em situação de violência na rede dos serviços públicos. Os serviços de atendimento aos casos de violência sexual e estupro realizam também a distribuição da contracepção de emergência, “pílula do dia seguinte”, que faz parte do protocolo de atenção aos casos de estupro (SEPM, 2004a).

Programa de Prevenção e Combate à Violência Contra a Mulher: propõe a composição de grupo de trabalho para elaborar proposta de melhoria da qualidade dos serviços existentes; apoio à implantação de serviços de atendimento; avaliações sistemáticas das Delegacias da Mulher; capacitação profissional; elaboração e distribuição de material informativo e educativo, de prevenção e combate a todas as formas de violência contra a mulher, além de atuação integrada dos sistemas de saúde, polícia e atendimento jurídico, para coibir todas as formas de violência de gênero e assegurar proteção às vítimas, combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes (SEPM, 2004c).

Considera-se que houve no Brasil, ao longo das últimas décadas, progresso no tratamento das questões de gênero e na redução das diferenças socioeconômicas entre homens e mulheres. Entretanto, esses avanços ainda são insuficientes, considerando as desigualdades sociais no país, as dificuldades de implementação e monitoramento das políticas em território de dimensões continentais e com tantas diferenças no desenvolvimento das regiões. A Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres implementou sua política de ação internacional, priorizando a implementação no Brasil dos compromissos, tratados e acordos assumidos com os organismos de cooperação multilaterais, tais como Organização das Nações Unidas (ONU), Organização dos Estados Americanos (OEA), Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) e o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) (CEDAW, 2004).

1.2- Violência contra mulher X uma questão de saúde pública

O conceito de direito à saúde, após a reforma constitucional (1988), passou a ser um direito social, de relevância pública a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas. O acesso às ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde é garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de forma gratuita, universal e igualitária, com atendimento integral e participação comunitária na sua gestão, ampliando a atuação do Estado (Pitanguy, 2006).

Até a década de 1970, a saúde da mulher era abordada como objeto das políticas públicas de saúde, focadas apenas nas questões do ciclo gravídico-puerperal. A crise do setor saúde, dessa época, desencadeou propostas que originaram no movimento da reforma sanitária nos anos de 1980, cenário ideal para abordar o modelo vigente das políticas de saúde de atenção às mulheres e para propor mudanças.

No ano de 1983, foi lançado o Programa Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), marco histórico, porque suas ações destinam-se à promoção da saúde, ao desenvolvimento de medidas preventivas, educativas, de diagnósticos, de tratamento e recuperação da saúde das mulheres, ampliando a visão de integralidade e assumindo uma visão holística nessa abordagem (Costa e Aquino, 2000).

É nesse contexto que o Ministério da Saúde vem, ao longo dos últimos anos, implementando políticas públicas e normatizando ações de prevenção e tratamento dos agravos na saúde da mulher. Na área da violência contra a mulher, desenvolveu ações interministeriais e outras secretarias, com objetivo de preservar e ampliar os direitos das mulheres (Guimarães, 2004).

Na década de 1990, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 1998) reconhece que a violência contra a mulher é um abuso aos direitos humanos e um grave problema de saúde pública. Há crescente conscientização dos provedores da saúde, assim como dos formuladores de políticas públicas, sobre os efeitos negativos dessa violência na saúde física, mental, na maior ocorrência de enfermidades crônicas, nos desfechos mortais, todos eles resultando em danos para a família, a comunidade e a sociedade, (OMS, 2003).

A OMS (2003) recomenda, aos serviços de saúde, atenção prioritária às questões referentes a essa violência e orienta os governantes a desenvolverem estratégia para o seu enfrentamento, contemplando a capacitação dos profissionais da saúde, a sensibilização dos tomadores de decisão e da comunidade.

**MAUS-TRATOS PELO
PARCEIRO
AGRESSÃO SEXUAL
ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA**

EFEITOS MORTAIS

- Homicídio
- Suicídio
- Mortalidade materna
- Efeitos relacionados com a AIDS

EFEITOS NÃO MORTAIS

SAÚDE FÍSICA

- Lesões
- Alterações funcionais
- Sintomas físicos
- Saúde subjetiva deficiente
- Deficiência permanente
- Obesidade severa

TRANSTORNOS CRÔNICOS

- Síndrome dolorosa crônica
- Síndrome do intestino irritável
- Transtornos gastrintestinais
- Fibromialgia

SAÚDE MENTAL

- Stress pós-traumático
- Depressão
- Angústia
- Fobias/estados de pânico
- Transtornos alimentares
- Disfunção sexual
- Baixa auto-estima
- Abuso de substâncias psicotrópicas

COMPORTAMENTOS NEGATIVOS PARA A SAÚDE

- Tabagismo
- Abuso de álcool e de drogas
- Comportamento sexual de risco
- Inatividade física
- Comer em excesso

SAÚDE REPRODUTIVA

- Gravidez não desejada
- Infecções de transmissão sexual/vírus de imunodeficiência humana
- Transtornos ginecológicos
- Abortos perigosos
- Complicações da gravidez
- Abortos/baixo peso ao nascer
- Doença inflamatória pélvica

—— Adaptado de: La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud (OMS, 2003) - Pág. 6

Figura 1- Efeitos da violência contra as mulheres na saúde

Segundo a OMS (2002), a abordagem da violência no campo da saúde pública tem forte convicção de que tanto os comportamentos violentos quanto suas consequências podem ser evitadas. Portanto, é necessário revelar conhecimentos sobre a magnitude, características, causas, e alcance da violência em todos os níveis (local, nacional e internacional), assim como explorar formas de evitar e implementar intervenções que pareçam promissoras.

As intervenções em saúde pública se classificam tradicionalmente em três níveis de prevenção: prevenção primária, intervenções dirigidas a prevenir a violência antes que ocorra; prevenção secundária, medidas centradas nas respostas mais imediatas (pré-hospitalar, serviços de urgência e tratamento das doenças de transmissão sexual, depois de violência sexual); prevenção terciária ou intervenção ao longo prazo, reabilitação e reintegração na sociedade (OMS, 2002).

Apesar de a violência doméstica contra a mulher ser cada vez mais abordada como questão de saúde pública, intervir sobre o problema não tem sido tarefa simples e nem exclusiva do setor saúde. Muitos profissionais dessa área não têm conhecimento técnico específico sobre o tema, apresentando dúvidas e resistência a respeito da oportunidade de trabalhar com um problema desta natureza (Schraiber LB e D'Oliveira, 2003).

Cumprindo com a recomendação da OMS (2003) e preenchendo uma lacuna entre violência contra a mulher e profissional da saúde, foi lançado no ano de 2002 uma publicação: “O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica”. Esse texto tem como objetivo familiarizar os profissionais da saúde com o tema, assim como oferecer critérios básicos para a orientação e aconselhamento de mulheres vítimas de violência, partindo ainda do pressuposto de que não há necessidade de se dispor de grandes especialistas para atuar junto a essas mulheres. Entretanto, considera-se importante que o profissional tenha um olhar voltado às questões subjetivas trazidas pela mulher, possibilitando, assim, um melhor acolhimento de suas angústias e de suas necessidades (Schraiber e D'Oliveira, 2003).

Iniciativas como essas podem contribuir com a co-construção da autonomia que, segundo Campos (2006), é um dos objetivos centrais da política, da gestão e do trabalho em saúde (clínica e coletiva). Campos julga que o sujeito autônomo (profissionais da saúde e usuários) é um sujeito de conhecimento, reflexão e de ação, agindo e interferindo em sua rede de dependências.

Considera-se, também, como básico e geral para a abordagem pela saúde pública dos eventos de violência, as iniciativas de documentá-los, relatar as experiências e avaliar cientificamente nos seus diferentes âmbitos. Ações como essas poderão subsidiar com informações e orientações sobre medidas a serem adotadas, com maior probabilidade de redução da violência (OMS, 2002).

1.3- Indicadores epidemiológicos da violência doméstica na gravidez: prevalência, fatores de risco, efeitos na saúde da mulher e da criança.

À medida que cresce o reconhecimento de que existe a violência doméstica contra a mulher, sendo um objeto de debate, surgem perguntas quanto a sua magnitude, suas causas, conseqüências e fatores de riscos, assim como a necessidade de dados mais específicos e representativos da população.

Por outro lado, investigação qualitativa de maior profundidade pode trazer dados importantes acerca dos contextos em que são produzidos atos violentos e da dinâmica do abuso e permitir melhor compreensão da maneira que essa violência afeta as mulheres, crianças e comunidade, sendo necessário um longo período para observar as tendências e explorar o impacto das diferentes intervenções (OMS, 2006).

Revisão bibliográfica realizada em bases de dados convencionais, principalmente as relacionados à área da saúde, indexadas ou não, órgãos oficiais (Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Políticas Públicas para Mulheres, World Health Organization, Organização Pan americana da Saúde) e Organizações Não-Governamentais, revelou uma extensa produção de assuntos que abordam a violência contra a mulher, na década de 1970. Entretanto, foi a partir dos anos de 1990 que uma maior produção de trabalhos científicos sobre essa violência durante ou após o período gestacional foi sendo produzida.

As principais características dos estudos encontrados em pesquisa bibliográfica sobre violência doméstica contra a gestante, autor, ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, prevalência, instrumento utilizado na pesquisa, fatores associados e seu impacto na saúde da mulher e da criança estão apresentados no ANEXO 1.

Foi observado nos estudos apresentados que a violência doméstica durante o período gestacional tem sido pesquisada em todos os continentes. As taxas das prevalências foram diversas, variando de 1% (WHO, 2005) a 62% (Harrykissoon, 2002). A violência é uma prática generalizada, na maioria das vezes é praticada pelo parceiro íntimo, namorado e ex-companheiro (Tan, 2006; Anjuhuria, 2005; WHO, 2005; Castro, 2003; Moraes, 2002; Bullock, 2001; Irion, 2000; Matson, 1999; Leung, 1999).

Jasinsk (2004), em revisão da literatura sobre violência durante o período gestacional, relata que existe um “mix” de estudos, encontrando diversos resultados para as mesmas variáveis estudadas. Fatores de risco ou aqueles associados à violência doméstica na gestação não têm um corpo de pesquisa que sustente ser a gravidez fator de risco para a VD. Entretanto, estudos revelam que as gestantes que presenciaram ou foram vítimas de violência, na infância, são mais prováveis de sofrerem violência na atual gestação. A VD está associada com baixo status socioeconômico, baixo nível de suporte social, gravidez não planejada, idade da 1ª gravidez, gestante adolescente ou não, uso de álcool; podem estar ou não associados a essa violência, contudo, o *stress* pode perpassar por toda essa situação e contribuir com o aumento de risco para VD.

Situações semelhantes são relatadas em relação ao impacto ou à consequência da violência na saúde da gestante e do recém-nascido, como entrada tardia no pré-natal, BP, PM, comportamento não saudável da mulher, trauma fetal, doenças desenvolvidas durante a gestação, intervalo intergestacional, embora possam apresentar ou não associação com a violência (Jasinsk, 2004).

Segundo Jasinsk (2004), as pesquisas deverão incluir diferentes amostras para possível comparação étnica ou racial. Incluir indivíduos de todas as classes sociais, amostra probabilística e estudos longitudinais para entender a ordem dos fatores que acontecem. Comparar com grupos de mulheres não vítimas de violência e não grávidas (Jasinsk, 2004).

Os resultados dos estudos de violência contra a mulher são altamente sensíveis aos fatores metodológicos e a não-respostas, por exemplo: perdas dessas mulheres, não quiseram responder ou diferenças na definição de violência, dos atos de violência e dos perpetradores. Outras situações entre o entrevistador e a mulher poderão contribuir ou não para a revelação dos fatos. Dentre elas, deve-se considerar: sexo dos entrevistadores, a maneira como são feitas as perguntas, segurança do entrevistador e da mulher, o tempo decorrido para realizar a entrevista, outras pessoas presentes durante a entrevista, dar oportunidade para que a mulher possa falar abertamente sobre o tema, como essas mulheres são acolhidas pelo entrevistador; situações como essas poderão afetar a validade do estudo (Ellsberg, 2001).

Segundo a OMS (2006), recomendações éticas e de seguridade para investigação sobre violência doméstica contra a mulher devem fazer parte de toda pesquisa. A seguridade das entrevistadoras e das participantes é essencial para o desenvolvimento do projeto. A metodologia do estudo deve ser cuidadosamente preparada e basear-se em experiências atuais, possibilitando reduzir ao mínimo a subnotificação. Formação de vínculo entre a pesquisadora de campo e a mulher entrevistada é uma maneira de garantir a confiabilidade dos dados. A estrutura do estudo deve incluir medidas para reduzir o sofrimento das participantes, como a adequada seleção, capacitação e apoio contínuo às trabalhadoras de campo. A compilação e análise dos dados devem subsidiar políticas públicas e desenvolvimento de intervenções. Estudos com outros objetivos só devem incluir perguntas relativas à violência quando satisfizerem os requisitos éticos e metodológicos (OMS, 2006).

2- OBJETIVOS

2.1- Geral

Investigar a prevalência, fatores associados à violência doméstica e intercorrências clínicas na gravidez, assim como o impacto dessa violência na saúde da criança, medidos pelo baixo peso ao nascer ou prematuridade, entre as gestantes residentes na Região Sudoeste do Município de Campinas - São Paulo.

2.2- Específicos

- Descrever a prevalência e os fatores associados à violência doméstica na gestação, segundo a situação sociodemográfica das gestantes envolvidas no estudo;
- Descrever as intercorrências clínicas relatadas pelas gestantes durante o período gestacional e verificar as associações com a violência psicológica e física/sexual;
- Avaliar se a violência doméstica na gestação está associada a desfechos desfavoráveis na saúde do lactente, medidos pelo indicador de baixo peso ao nascer ou de prematuridade.

3- HIPÓTESE

3.1- Principal

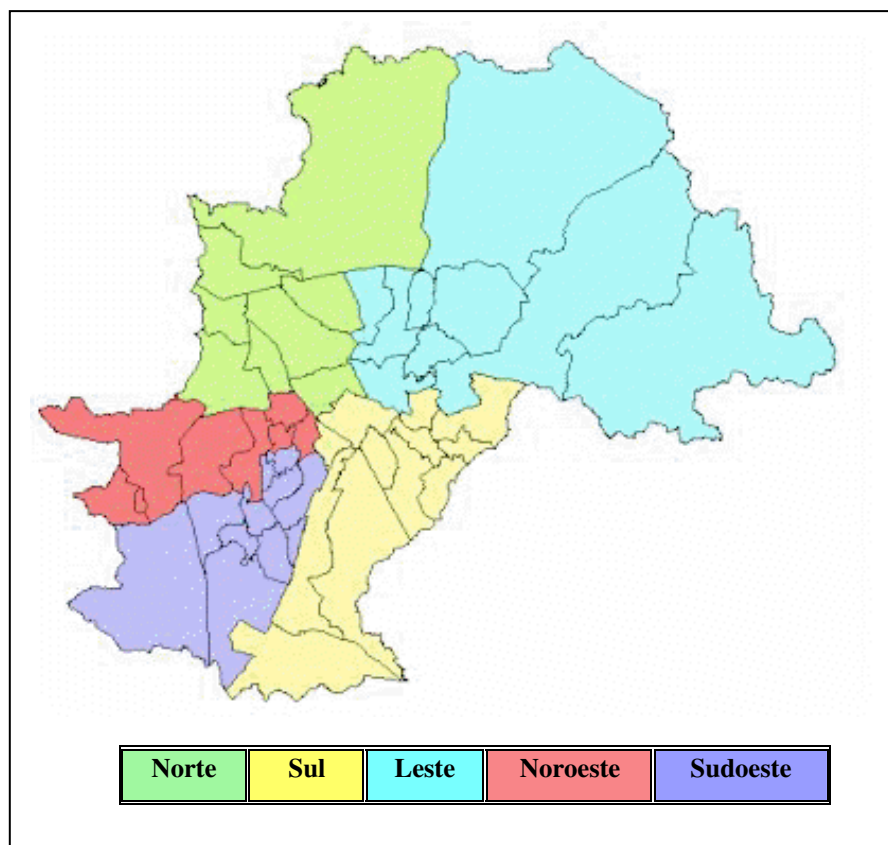
H₁- A violência doméstica na gestação está associada a desfechos desfavoráveis medidos por meio do baixo peso ao nascer ou prematuridade.

4- ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE: (SUS) CAMPINAS

Campinas conta hoje com mais de 260 anos de história. Ocupa uma área de 801km² onde vive uma população aproximada de 1.044.454 milhão de habitantes, distribuída por cinco distritos (Sudoeste, Sul, Noroeste, Norte e Leste) e centenas de bairros. O vigor econômico e social trazido pela ampliação de sua população trabalhadora tem permitido à Campinas constituir-se como um dos pólos de desenvolvimento do Estado de São Paulo, formado por 19 cidades e uma população estimada em 2,33 milhões de habitantes (6,31% da população do Estado) (PMC, 2000).

O SUS Campinas assumiu um conjunto de responsabilidades com a população do município e conta com uma complexa rede de Serviços de Saúde e instâncias de Gestão e Controle Social. O município de Campinas é gestor pleno do sistema de saúde (PMC, 2000).

A complexidade do sistema de saúde em Campinas levou a distritalização, que é o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes, nesse município iniciou-se com a atenção básica, sendo seguido pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados/contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação progressivos das equipes distritais e representou grande passo na consolidação da gestão plena do sistema no Município. Existem 5 Distritos de Saúde em Campinas: o Sul, distrito mais populoso (26,50%), seguido do Leste (20,30%), Sudoeste (20,10%) Norte (17,27%) e Noroeste (15,85%) da população (Mapa 1) (PMC, 2000).



Mapa 1- Divisão do Município de Campinas, segundo região Distrital: Distritos de Saúde

4.1- Rede municipal de saúde

A rede própria de saúde do Município é composta por diferentes complexidades de unidades de saúde: Quarenta e sete Unidades Básicas de Saúde, que são serviços de saúde responsáveis pela atenção básica à saúde. Gerenciam informações dos nascimentos, óbitos, doenças de notificação compulsória, perfil de atendimento ambulatorial.

Centros de Referência (CR): possui dezessete CR, com diferentes abordagens: (Centro de Atenção Psico-social, Álcool e Drogas, Saúde do Adolescente, Reabilitação, Saúde do Trabalhador, DST e AIDS, Centro de Vivência Infantil, Centro de Lactação e Policlínica I e II). Um hospital geral próprio com 230 leitos, quatro Prontos Atendimento, SAMU.

Outros serviços, como: centros de especialidades, um laboratório municipal, dos mais importantes da América Latina, Ambulatório SEASA, Botica da Família, Centro de Zoonose, Centro de Convivência e Cooperação “Tear das Artes”, Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde, Farmácia Popular e Serviço de Atendimento Domiciliar. Assim como, o complexo hospitalar da Universidade Estadual de Campinas e o da Pontifícia Universidade Católica de Campinas fazem parte da Secretaria Municipal de Saúde Campinas e prestadores de serviços sob a gestão plena de Campinas (PMC, 2000).

As informações e protocolos assistenciais pactuados no SUS Campinas permitem o planejamento e programação das ações de saúde, contando com suporte e retaguarda de equipes técnicas distritais e centrais da Secretaria Municipal de Saúde. Tendo sido dimensionado 1 unidade de saúde para cada 20.000 habitantes, com equipes multiprofissionais envolvendo médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras, gineco-obstetras), enfermeiros (com responsabilidades voltadas para as áreas da saúde da mulher, criança e adultos), dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário. Profissionais de apoio completam essas equipes. O município desenvolve a estratégia do programa de Saúde da Família (PMC, 2000).

4.1.2- Caracterização da Região Sudoeste de Campinas

A região sudoeste tem uma área de 89,7 Km², possui 50.754 domicílios, constituída por 209.939 pessoas, sendo 103.885 pessoas do sexo masculino e 106.056 feminino, com taxa de crescimento de 3,14 e 3,7 pessoas domicílios. A maioria é alfabetizada (94%), e 21,3% das mulheres são responsáveis pelas suas famílias. A população tem em média 6,2 anos de estudos. Água encanada para 97% dos domicílios e 86,7 de esgoto geral (PMC, 2000).

Em 2006, nasceram 2.810 crianças, desses 16,70 filhos de mães adolescentes. A maioria nasceu nos hospitais, sendo o maior número de partos no Hospital Maternidade de Campinas, seguido pelo Hospital Maternidade Celso Pierro.

Em média nasceram 267 crianças por UBS, sendo o menor número, 75 nascimentos no Jardim Itatinga e o maior DIC I 323 crianças. Eram primíparas 47% das gestantes. As mulheres fizeram pré-natal nas UBS, em consultório conveniado ou particular, 83%, dessas, fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal. Nasceu por parto vaginal 1081 (40,47%), com peso inferior a 2,500 gramas e com menos de 36 semanas de gestação 10,5% dos recém-nascidos (PMC, 2006).

5- MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de coorte, com etapas retrospectivas e prospectivas, composto de um pré-projeto com metodologia e logística específica.

5.1- Fases da pesquisa

5.1.1- Pré-projeto (planejamento da pesquisa)

Após uma pesquisa bibliográfica inicial sobre violência doméstica na gravidez e várias discussões entre os autores do projeto sobre a escolha dos instrumentos que iriam fazer parte da pesquisa, foi construído o instrumento de coleta de dados. A partir de então, realizou-se um pré-projeto, utilizando o método qualitativo, com objetivo de discutir a abordagem mais adequada da violência doméstica, os conteúdos e a adequação das perguntas contidas no instrumento de coleta de dados, que seria utilizado para a realização de um futuro estudo de coorte. Para a realização desse pré-projeto, trabalhou-se com mulheres vítimas de violência doméstica e gestantes expostas ou não a esse evento.

Dentro desse método, optou-se por trabalhar com a técnica de Grupo Focal (Westphal, 1996), visto ser adequada aos objetivos e natureza desse pré-projeto, por ser inspirada em técnicas de entrevista em profundidade e não direcionada.

Esse pré-projeto foi realizado no município de Campinas, São Paulo, nos meses de abril a junho do ano de 2004. Os dados foram coletados junto a dois grupos de mulheres, um deles constituído por mulheres grávidas que faziam pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS)-Santa Mônica, e o outro, constituído por mulheres que são acompanhadas no Centro de Referência e Apoio as Mulheres Vítimas de Violência Doméstica (CEAMO), instituição que se encarrega de fazer acompanhamento a mulheres que sofrem violência doméstica.

Procurou-se atender tanto as exigências burocráticas quanto as legais, respeitando os princípios éticos. As mulheres foram esclarecidas sobre o trabalho em questão, a fim de que tudo transcorresse com tranquilidade. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, conforme parecer sob o protocolo 116/2004.

Os sujeitos da pesquisa foram 24 mulheres, subdivididas em dois grupos, selecionadas intencionalmente, considerando-se apenas o critério de que um dos grupos fosse constituído por mulheres (treze) que são acompanhadas pelo CEAMO, e o segundo, fosse constituído por gestantes (onze) atendidas no programa de pré-natal da UBS. Os grupos eram de faixa etária que variava entre 18-60 anos. As mulheres participantes eram solteiras, casadas, divorciadas e com união consensual, assim como variava a religião e origens étnicas: brancas, pardas e negras.

O encontro foi combinado na semana anterior, e confirmado o horário e o local da sessão no dia anterior. O ambiente era de razoável conforto e privacidade, tendo-se buscado oferecer acolhimento, apoio e confiança. Com o grupo de mulheres vítimas de violência, os dois encontros foram realizados na sede do CEAMO, locais apropriados e conhecidos pelas mulheres. Os encontros, também em número de dois, com as gestantes foram realizados em local próximo à UBS, conhecido por essas gestantes.

Nos encontros foi utilizada técnica de grupo focal (Artigo 1), dessa pesquisa. Cumprindo essa etapa, chamada de pré-projeto, foram feitas as adequações propostas ao instrumento, assim como esclarecimentos foram observados a respeito das melhores formas de abordagem desse assunto junto às gestantes nas UBS de Campinas.

5.1.2- Projeto (atividade de campo)

A pesquisa foi iniciada em julho do ano 2004, desenvolvida nas 10 UBS da região Sudoeste do município de Campinas-SP, e concluída em julho de 2006. Estudo de coorte caracterizado por etapa retrospectiva e prospectiva, alguns passos foram cumpridos para o início oficial dessa pesquisa.

Primeiramente foi apresentado o projeto ao diretor do Distrito Sanitário da Região Sudoeste, momento em que se solicitou a autorização para o desenvolvimento da pesquisa. Mais dois encontros foram realizados junto à direção do distrito e todos os coordenadores das UBS, de maneira que se pudesse apresentar o projeto aos coordenadores e discutir a realização da pesquisa em cada UBS.

Outros pontos também foram levantados e discutidos nessas reuniões: a permanência das auxiliares de pesquisa nas UBS em local seguro e que oferecesse privacidade para a realização das perguntas, apoio da equipe das UBS em eventuais situações, como, por exemplo, acompanhamento da auxiliar de pesquisa nas residências quando a gestante faltosa não era localizada por outro meio de comunicação. Respeito e sigilo dos dados, bem como apoio, em eventuais casos, de gestantes que necessitassem de outros cuidados nas UBS.

Após esses encontros, uma das pesquisadoras visitou todas as UBS para conversar com o coordenador na própria unidade e demais profissionais que prestam serviço, com objetivo de esclarecer outras dúvidas que pudessem ocorrer em relação à realização da pesquisa.

Em outro momento, as auxiliares de pesquisa foram contatadas e realizadas oficina de trabalho, oportunidade essa em que foram apresentados os objetivos da pesquisa, o perfil das auxiliares, o local de realização, comprometimento, aspectos éticos e o tempo que levaria para ser concluída. Com isso, algumas pretendentes não quiseram iniciar o treinamento, ficando aquelas que podiam assumir esse compromisso. Foi feito assim o treinamento dessas auxiliares de pesquisa a partir de simulação de casos.

Estando os contatos realizados, as auxiliares de pesquisa treinadas, a adequação do instrumento de coleta de dados feita e o esclarecimento sobre abordagens das gestantes realizado, no pré-projeto, realizou-se o estudo piloto, com gestantes de uma UBS da Região Leste do mesmo município. Submeteu-se o projeto ao exame de qualificação. Após ter cumprido todos esses passos, iniciou-se oficialmente a pesquisa de campo. No primeiro dia uma pesquisadora acompanhou cada auxiliar de pesquisa em cada UBS, fazendo a apresentação aos profissionais.

Durante todo o período de coleta de dados foram feitas reuniões quinzenais com as entrevistadoras e a coordenadora de campo, contando todas elas com a supervisão e orientação de uma psicóloga. Objetivou-se com essa medida dar acolhimento aos problemas emocionais trazidos pelas entrevistadoras e que são inerentes a esse tipo de pesquisa, bem como prover o apoio psicológico necessário. Constatou-se, já nos primeiros dias, que a temática da pesquisa mobilizava emoções e que, se não acolhidas, poderiam comprometer a qualidade da pesquisa.

A etapa retrospectiva caracteriza-se pela observação da exposição das gestantes selecionadas à situação de violência no ano anterior à gestação e em período prévio à entrevista. E a propositiva, pelo registro de nova exposição à violência doméstica.

5.1.3- Instrumento de coleta de dados

Foi composto por várias partes comuns à pesquisa de modo geral: característica socioeconômica, demográfica, história reprodutiva materna e situação da gravidez atual, situação do pós-parto e alimentação infantil, condições de moradia, presença de rede social e apoio social. Entretanto, alguns instrumentos foram utilizados para verificar situações que são importantes para o contexto da pesquisa: uso de substâncias psicoativas pela gestante, por meio do instrumento AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test (Saunders et al, 1993); gestantes com provável transtorno mental, por meio do (SQR20) Self-Report Questionnaire (Mari, 1986).

Para pesquisar eventos de violência, optou-se, nessa pesquisa, pelo uso do questionário validado por Schraiber (2003) no Brasil. Este inclui questões referentes à violência psicológica caracterizada por insulto, humilhação, intimidação e ameaça; violência física, quando havia referência a tapa, empurrão, soco, chute, estrangulamento ou ameaça com arma de fogo; e sexual, quando relatavam relação sexual forçada, ocorrência de relação sexual por medo e prática forçada de algum tipo de relação sexual não desejada. O questionário refere-se aos eventos de violência “*durante essa gravidez e no último ano antes de engravidar*” e inclui a frequência com que essa violência ocorreu (uma vez, às vezes e muitas vezes) (APÊNDICE 3).

5.1.4- Cálculo e Seleção da Amostra

Para o estudo de coorte, foi calculada uma amostra de 1.400 gestantes, selecionadas de forma não aleatória, nas 10 UBS da Região Sudoeste de Campinas. Representa uma amostra intencional, analisada como suficiente para identificação das prevalências de violência doméstica observada no estudo, com nível de significância de 5% (confiabilidade = 95%) e erro amostral de 1%.

Como a seleção da amostra ocorreu em UBS, a partir da procura por consulta pré-natal, interessou aos pesquisadores analisar possíveis diferenças entre as gestantes incluídas e as demais que não buscam assistência nesses serviços. Para isso, procedeu-se à comparação entre os dois grupos usando variáveis demográficas, de assistência ao parto e condições dos recém-nascidos, obtidas no SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) e considerando os nascimentos ocorridos no período de seleção da amostra.

Observou-se 57% e 43% de gestantes em união estável entre as incluídas e as não incluídas no estudo, respectivamente ($p < 0,05$), e declararam ser de cor preta ou parda 69% das selecionadas e 31% das demais ($p < 0,05$). Não foram observadas diferenças significativas nas análises realizadas entre os dois grupos em relação às outras variáveis disponíveis no SINASC: escolaridade materna, número de consultas de pré-natal, idade materna e primiparidade.

5.1.5- Seguimento

As gestantes eram convidadas a participar da pesquisa quando compareciam nas UBS para a realização de consulta pré-natal. Os procedimentos éticos foram respeitados durante todas as etapas do estudo, incluindo os cuidados exigidos sempre que a gestante era menor de 18 anos e legalmente dependente dos pais ou responsáveis. Nesse caso, a carta de consentimento, após informação, era assinada por estes últimos e pela gestante. Foi, ainda, oferecida à gestante, como possibilidade de apoio, uma lista de endereços onde estavam relacionados os locais, em Campinas, de assistências às mulheres vítimas de violências (APÊNDICE 4).

As entrevistas foram, portanto, realizadas com todas as gestantes que aceitaram participar, independentemente da idade gestacional, após a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 5).

Duas entrevistas foram realizadas com gestantes que se encontravam com idade gestacional de 28 semanas ou menos e não haviam relatado, na primeira entrevista, qualquer episódio de violência física e ou sexual, na gestação. Uma única entrevista foi

feita com aquelas cuja idade gestacional era superior a 28 semanas ou, ainda, com as gestantes do primeiro grupo (idade gestacional de até 28 semanas) quando haviam relatado, por ocasião da primeira entrevista, já ter sofrido violência na gestação atual. Uma segunda ou terceira entrevista, quando era o caso, foi feita até 40 dias após o parto.

5.1.6- Procedimentos de análise

- **Pré-projeto (planejamento da pesquisa: etapa qualitativa):** foi realizada análise qualitativa, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo (Artigo 1).

- **Projeto (atividade de campo: etapa quantitativa-coorte)**

As informações coletadas foram digitadas em pacotes estatísticos Epi Info 6.04, em seguida foi analisada a consistência do banco de dados, revendo, sempre que necessário, os questionários das entrevistas inseridas. Utilizou-se o software SPSS versão 11.0 (SPSS Chicago, Illinois, USA) para as análises estatísticas subsequentes.

Para a análise dos dados, realizaram-se análises descritivas, considerando variáveis da gestante e de seu parceiro íntimo. Aos testes bivariados para identificação de associações com os eventos de violência, seguiram-se procedimentos de modelagem múltipla por meio de regressão logística. Medida de efeito que expressa o risco e a razão de chances ou *odds ratio*, a qual avalia a relação entre a chance de um indivíduo exposto possuir a condição de interesse, comparada à do não exposto.

Foram selecionadas, para inclusão no modelo de regressão, todas as variáveis que mostraram associação com a variável dependente em nível de significância de 20% ($p < 0,20$). Foi utilizado procedimento *stepwise forward* para a elaboração do modelo múltiplo, permanecendo a variável no modelo se $p \leq 0,05$.

A força de associação entre as variáveis independentes e dependentes foi expressa em valores estimados *Odds Ratio* (brutos e ajustados), com intervalo de confiança de 95%. Entretanto, diferentes técnicas estatísticas foram utilizadas, considerando o evento pesquisado.

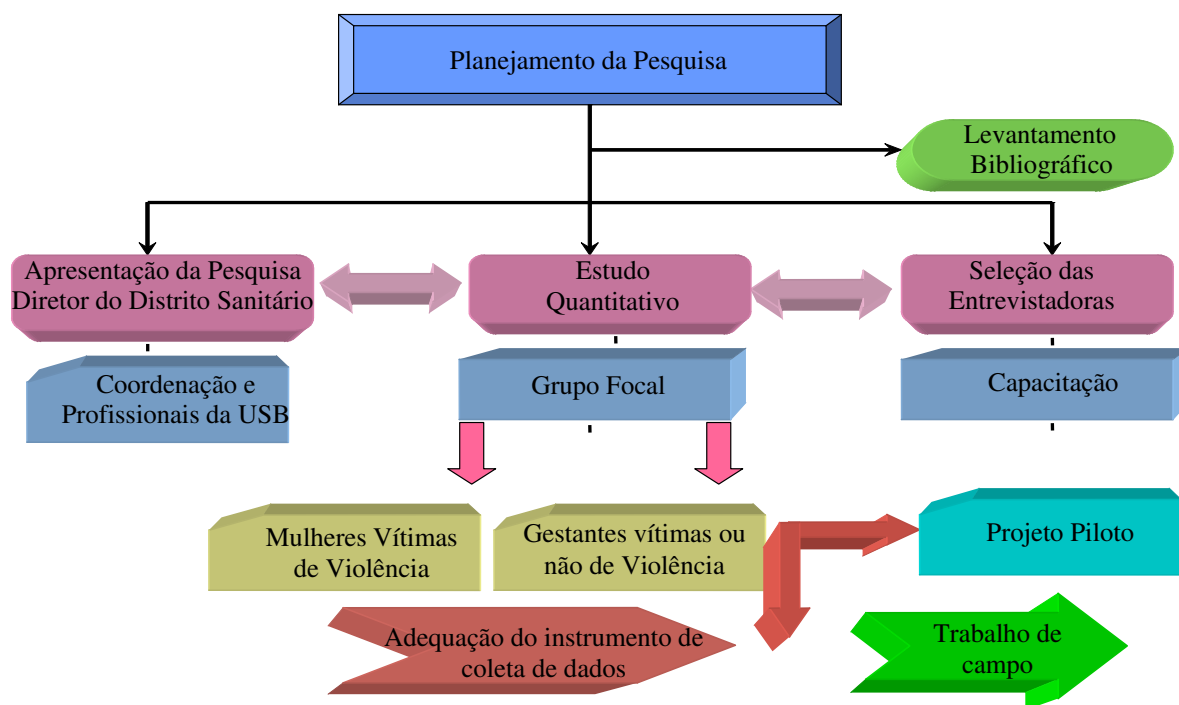


Figura 2- Síntese do planejamento da pesquisa

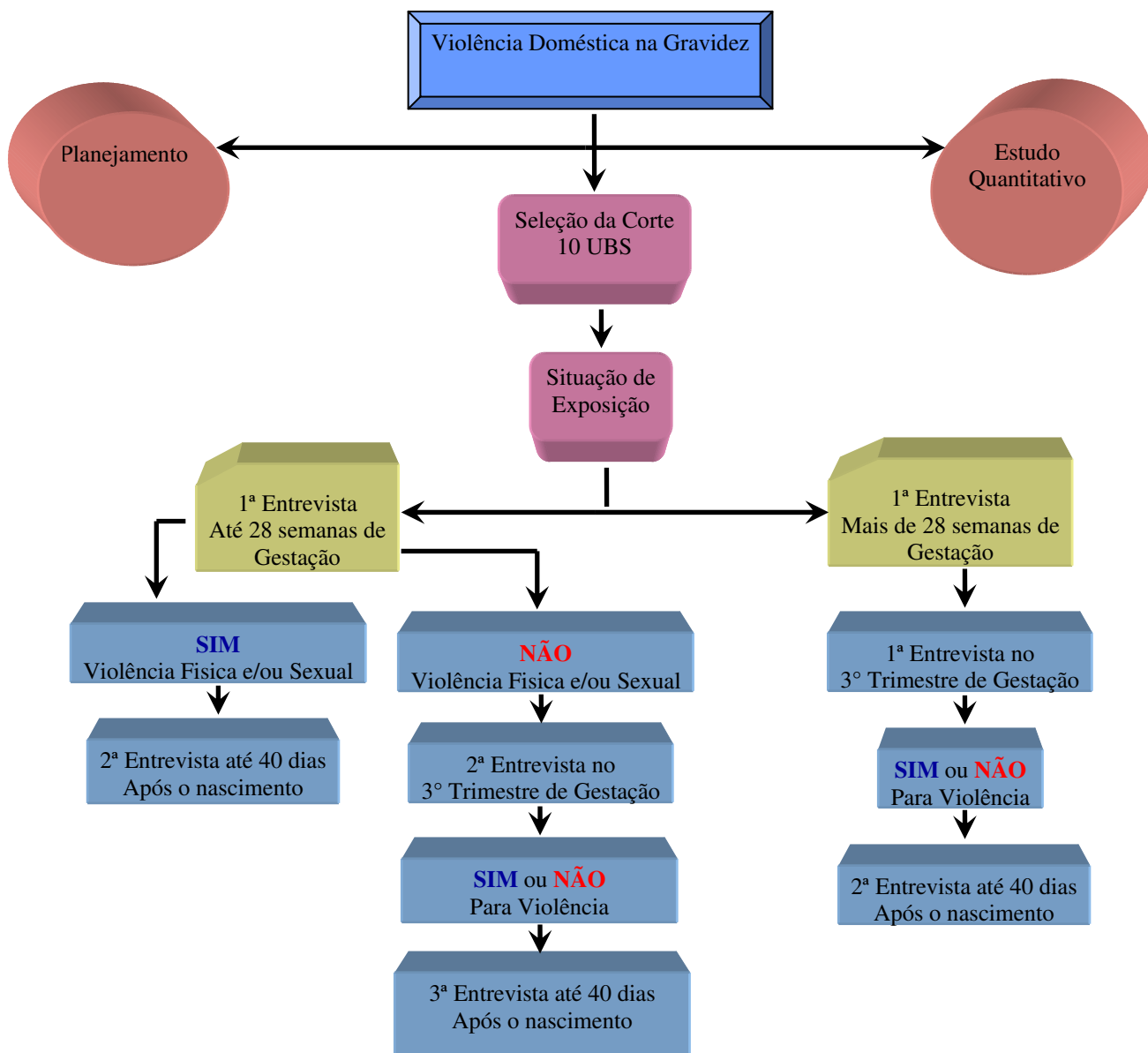


Figura 3- Organograma do estudo de coorte

6- CAPÍTULO

**CAPÍTULO 1- PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR MULHERES
GESTANTES E NÃO GESTANTES DA CIDADE DE CAMPINAS - SP**

Aceito para publicação. Revista Ciências e Saúde Coletiva Maio 2007

(http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudedecoletiva/artigo_int.php?id_artigo=1092)

**Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes
da cidade de Campinas-SP**

**Perception of the domestic violence told by group of women: I study qualitative with
pregnant women and no pregnant in the city of Campinas-SP**

Celene Aparecida Ferrari Audi^I; Ana Maria Segall Corrêa^{II}; Egberto Turato^{III};
Silvia M. Santiago^{IV}; Maria da Graça G Andrade^V; Maria Socorro P. Rodrigues^{VI}.

^{I, II, IV, V}Universidade Estadual de Campinas-Departamento de Medicina Preventiva e Social.

^{III}Universidade Estadual de Campinas-Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria.

^{VI}Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem.

Endereço para correspondência:

Celene Aparecida Ferrari Audi.

Rua Francisco Galli, 245-Itapira-São Paulo.

Bairro Nossa Senhora Aparecida. CEP 13.976.152.

e-mail- celenefaudi@yahoo.com.br

Resumo

A violência contra as mulheres, em suas diversas formas, é endêmica em comunidades de todos os países, perpassando classes sociais, raças, culturas e idades. No Brasil ainda são poucos os estudos que abordam esse problema no período gestacional. Este estudo procurou analisar a percepção da violência doméstica referida por mulheres vítimas desse tipo de violência e comparar com a percepção de gestantes, vítimas ou não desse evento, assim como, buscar subsídios para o planejamento e execução de estudo de coorte sobre violência doméstica entre gestantes SUS dependentes. Realizamos pesquisa qualitativa exploratória com seleção intencional dos sujeitos, utilizando-se a técnica de grupo focal. Os sujeitos constaram de vinte e quatro mulheres subdivididas em dois grupos, sendo: (1) treze mulheres acompanhadas no Centro de Referência e Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica de Campinas-SP e (2) onze mulheres grávidas atendidas no pré-natal de Unidade Básica de Saúde de Campinas, selecionadas independente de serem ou não expostas à violência. Os conteúdos das falas das mulheres foram organizados em categorias temáticas e analisados, tendo-se percebido que a compreensão sobre violência doméstica é expressa de forma semelhante por mulheres, que vivenciem ou não a situação. A compreensão e discussão dos tópicos propostos para esses grupos possibilitaram o desenvolvimento de uma abordagem, mais adequada das mulheres pesquisadas. O conteúdo das perguntas e sua formulação foram considerados de fácil compreensão pelas mulheres de ambos os grupos.

Palavras chaves: Violência contra a mulher, pesquisa qualitativa, violência doméstica.

Abstract

Domestic Violence against women is world widely spread, reaching its victims of any age, social class, ethnicity and culture. Few studies have documented violence against pregnant women in Brazil. This study tried to analyze the perception of the domestic violence referred by women victims and to compare them with the pregnant victims' perception or not of that event, as well as, search for subsidy for the planning and execution of cohort study on domestic violence, among pregnant women which health care is provided by the SUS services. The technique of focus groups with convenience sampling was used to allow for exploratory qualitative research. The subjects were twenty four women divided into two groups: (1) thirteen women within a follow-up group from a Referral Center for supporting victims of domestic violence in Campinas City, and (2) eleven pregnant women that were participating of the Pre-natal care program of a Health Center Unit. Groups were selected independently of their records about having suffered previous domestic violence. The data collected was submitted to transcription, conceptually decoded and qualified for qualitative analysis. The contents of the women's speeches were analyzed starting from thematic categories, demonstrating that the domestic violence understanding is similar in both studied groups independently of the fact of having or not experienced those events. The understanding and discussion of the topics proposed for those groups made possible the development of a more appropriate approach of the women. The way the questions were formulated in the questionnaire was considered of ease understanding for both woman groups.

Keywords: Violence against the woman, qualitative researches, domestic violence.

Introdução

A violência contra a mulher em suas diversas formas pode ser considerada como todo ato de violência por razão de gênero, capaz de gerar danos físicos, sexuais, psicológicos e sofrimento, incluído neste contexto, ameaça de tais atos, coerção, privações arbitrárias de liberdade, que ocorrem em instância da vida pública ou privada¹. Pode ser considerada endêmica, visto a frequência em que ocorre em comunidades de todos os países, perpassando classe social, raça, cultura ou idade².

Estudos diversos têm sido realizados abordando a violência doméstica nos mais variados contextos e metodologias. Levantamento bibliográfico demonstrou que a gestante não está livre de sofrer as diversas manifestações de violência doméstica. Em estudo de revisão bibliográfica, a prevalência variou de 0,9% a 20,1% de violência doméstica na gestação. Segundo os autores, a definição de violência, tamanho da amostra e métodos de estudo pode ter influenciado as diferenças nas estimativas da prevalência³.

O grupo de risco é representado pelas gestantes com baixa escolaridade, adolescente, não trabalhar fora de casa, ter poucas consultas de pré-natal, pouco suporte social, parceiro íntimo (PI) desempregado, uso de álcool e drogas pelo PI ou pela própria mulher, apresentaram associação com os diversos tipos de violências pesquisadas⁴. Assim como, agravos à saúde materna e da criança, como baixa auto-estima, depressão, hipertensão arterial, infecção de urina, baixo peso ao nascer, prematuridade e óbito neonatal podem estar associados aos eventos de violência durante o período gestacional⁴⁻⁶.

Essa pesquisa objetiva verificar qual a compreensão de mulheres, tanto vítimas de violência doméstica, como gestantes que vivenciaram ou não essa condição, sobre a ocorrência em questão, de forma a melhor se intervir com essas mulheres.

Os resultados apresentados são embasados em estudo realizado conforme metodologia qualitativa, que antecedeu e subsidiou estudo epidemiológico longitudinal sobre violência doméstica e suas repercussões na gestação. Em geral, publicações sobre violência doméstica não relatam as formas mais adequadas de abordagem deste problema, tampouco os problemas encontrados.

Pesquisadores recomendam que estudos de fatores humanos sejam desenvolvidos, desde a fase de planejamento da pesquisa, em consonância com a realidade dos sujeitos, envolvendo, inclusive, a elaboração do instrumento que deve estar baseado em experiências reais, contextualizando o próprio vocabulário e ambiente de vida da clientela em estudo. São raros os textos de metodologia científica que tecem considerações sobre pesquisas exploratórias realizadas como recurso adicional da pesquisa principal⁷⁻⁸.

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, é importante utilizar-se de uma concepção que, não só busque estudar o fenômeno em si, mas entender os significados individuais ou coletivos da vida das pessoas⁹.

A fim de facilitar o entendimento das mulheres sobre o assunto, e ao mesmo tempo adequar o planejamento e execução do referido estudo, adotamos a estratégia de trabalhar com palavras-temas, oriundas de questionário validado no Brasil em estudo multicêntrico. Essa pesquisa de validação teve como objetivo, entre outros, a disponibilização de um questionário, cujas perguntas pudessem suscitar respostas com uma margem razoável de objetividade¹⁰.

A partir da discussão nos grupos focais organizados na presente investigação e com base nas referidas palavras-temas do estudo anterior, extraímos categorias que foram trabalhadas nos resultados descritos nesta comunicação.

Métodos

O estudo utiliza a abordagem qualitativa, que é uma metodologia que prima pelo reconhecimento do privilégio facultado ao controle do sentido, da significação, da dimensão valorativa dos fenômenos observados e da atitude cognoscitiva do investigador¹¹. O método e a técnica de pesquisa devem ser escolhidos conforme a natureza do problema ou do objeto que o investigador deseja conhecer ou estudar¹².

Considerando-se, também, as reações humanas têm uma relação freqüente com crenças, valores, significados e experiências, e não pode ser quantificado, nem expresso em números, uma vez que é fenômeno que, inevitavelmente, impõe reflexão. Ao mesmo tempo, os dados qualitativos são importantes na construção do conhecimento, pois permitem indícios ou a reformulação de uma teoria, podendo levar a clarificar abordagens já tidas como consolidadas. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificada, como é o caso do universo dos significados¹³.

A pesquisa foi realizada no CEAMO (Centro de Referência e Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica), que oferece assistência psicológica e jurídica às mulheres vítimas de violência, e na UBS (Unidade Básica de Saúde Santa Mônica), no município de Campinas, São Paulo, no período de abril a junho de 2004.

Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas (Parecer nº 116/2004), contatamos inicialmente a coordenadora das duas unidades, explicamos o objetivo da pesquisa e as mesmas se encarregaram de fazer o convite às prováveis participantes. Posteriormente, realizamos mais um encontro com a coordenadora a fim de traçarmos o plano para a implementação do trabalho.

Optamos por utilizar a técnica de grupo focal, visto possibilitar a identificação de conceitos, crenças, percepções, expectativas, motivações e necessidades de um grupo específico, além de oferecer a possibilidade de testar teorias em posteriores estudos quantitativos, o que constituía, também, interesse dos pesquisadores^{14, 15}.

Para a aplicação da técnica de grupo focal, foram formados dois grupos de mulheres. O primeiro constituído por mulheres acompanhadas no CEAMO, e o segundo constituído por mulheres grávidas em acompanhamento na unidade básica de saúde do município (UBS), fossem elas vítimas ou não de violência doméstica.

O convite foi transmitido às mulheres uma semana antes, quando foram informadas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, assim como o horário e local da sessão, e novamente no dia anterior à sessão, para aquelas que haviam concordado em participar da pesquisa. Atenderam ao convite vinte e quatro mulheres, sujeitos da pesquisa, que foram subdivididas em dois grupos. O Grupo 1, constituído por treze mulheres, acompanhadas por profissionais do CEAMO e que, em algum momento de suas vidas, haviam experimentado o sofrimento causado pela violência. O Grupo 2, composto por onze mulheres grávidas, atendidas pelo programa de pré-natal de uma unidade de saúde do município, independente de terem ou não experimentado algum tipo de violência doméstica.

O Grupo 1 foi reunido na sede do CEAMO, local amplo, adequado à dinâmica a ser realizada e já conhecido pelas mulheres. O Grupo 2 reuniu-se na unidade de saúde, ambiente também já conhecido pelas mulheres visto ser utilizado em trabalhos de grupos e que oferecia boa privacidade e conforto.

Ao início dos trabalhos com os grupos, as mulheres foram, outra vez, informadas sobre o objetivo do trabalho e seus procedimentos, tendo-lhes sido garantido confidencialidade e sigilo quanto a informações que fossem colhidas e sobre suas identidades. Em seguida, foi feita a apresentação de cada participante e dos pesquisadores e solicitada autorização para gravar os depoimentos e para se realizar anotações do conteúdo das discussões, o que foi feito por um observador que era um dos pesquisadores. Tão logo se fez possível, as falas foram transcritas e organizadas como documento da pesquisa.

De forma a agilizar e organizar a dinâmica dos trabalhos do grupo favorecendo a compreensão das mulheres sobre o significado que se desejava obter, foram apresentadas em cartazes, previamente preparados, palavras-tema escritas em letras grandes e bem legíveis referentes à violência doméstica e que constam do questionário validado no Brasil.

No caso das gestantes, foram apresentadas palavras referentes a aspectos de sua saúde, de seu companheiro e do recém-nascido. As palavras-tema tinham também a função de motivar o surgimento de outras palavras não constantes nos cartazes já elaborados. Segundo (Minayo, 1999)¹³, a noção do tema está ligada a uma afirmação a respeito de um determinado assunto, comporta um feixe de relações e pode ser apresentado por meio de uma palavra, uma frase ou um resumo.

A facilitadora do grupo leu em voz alta nos cartazes cada palavra-tema, que foram: *rejeitada, insultou, depreciou, humilhou, Intimidade, privacidade, insegurança, comportamento sexual de risco, falta de desejo sexual ou desejo sexual, violência doméstica, abuso sexual, agressão psicológica, agressão física, violência, bairro violento e vítima.*

A dinâmica prosseguiu com a facilitadora estimulando as mulheres a falarem sobre sua compreensão sobre os significados que atribuíam a cada palavra-tema. Permitia-se discussão livre entre as mulheres sobre os temas propostos e outros que foram surgindo, principalmente, ligados à história de vida dessas mulheres. Palavras-tema constituem-se em um meio para desencadear o diálogo, tanto na dimensão: da ação como da reflexão ¹⁶.

Os procedimentos da dinâmica de grupo, tais como apresentação, registros, gravação e transcrição, foram semelhantes e realizados pela mesma pessoa, o observador em ambos os grupos. O observador registrava, também, reações e outras manifestações apresentadas pelas mulheres, tanto em relação aos eventos experimentados, sua forma, nível de gravidade interna e externa, quanto em relação às repercussões em suas vidas, no momento em que essas se colocavam.

A duração dos encontros com cada grupo foi, em média, de noventa minutos, respeitando-se o horário de início e de término dos encontros a fim de evitar que pessoas se retirassem antes de encerrados os trabalhos. As transcrições na íntegra permanecem disponíveis para eventual conferência e para serem confirmadas pelas participantes dos grupos, passando a compor o *corpus do trabalho*.

A organização e análise dos dados tiveram por base o método de análise de conteúdo (Bardin, 1977), que, conforme referem (Rodrigues e Leopardi, 1999), é uma ferramenta que facilita o processo de inferências, oriundas dos dados obtidos no estudo, a partir de seu desmembramento em unidades de significância e seu reagrupamento analógico, tendo em vista os três seguintes pólos cronológicos: 1ª fase: pré-análise, quando foi trabalhada a coerência entre ações desenvolvidas, objetivos dessas ações e problemática geral do trabalho com o quadro teórico, no caso a violência doméstica em mulheres; a seleção dos documentos a serem submetidos à análise, integrantes do *corpus*, observando-se os aspectos de exaustividade; representatividade; homogeneidade e pertinência.

Na 2ª fase, realizou-se a conclusão da preparação do material para a análise, detalhando dados e a inter-relação dos registros do material literário; foram definidos as isotopias ou consensos e dissensos de opiniões no conjunto do material coletado, sendo então definidas as categorias de base que foram posteriormente reagrupadas semanticamente em três categorias. Na 3ª fase, procedeu-se, embasados em literatura pertinente à temática em estudo, ao tratamento e interpretação dos resultados, a partir das categorias emergidas dos dados obtidos, tendo-se em vista os objetivos da pesquisa. Optou-se pela técnica de análise temática, voltada para o sentido do objeto em questão, cujos significados foram expressos diretamente através da linguagem verbal. Os dados foram, posteriormente, organizados em quadros¹⁷⁻¹⁸.

Emergiram dos dados às categorias temáticas relacionadas. Salientamos que para a formação dessas categorias, foram considerados os sentidos e significados do termo violência doméstica para essas mulheres, o referencial teórico e consenso dos autores.

Categoria Temática. nº 1 → A compreensão e percepção das mulheres, gestantes ou não, sobre o termo violência doméstica.

Categoria Temática. nº 2 → A angústia suscitada nas mulheres pela menção à violência doméstica.

Resultados e Discussão

Durante o desenvolvimento dos trabalhos percebia-se que as opiniões das mulheres, em geral, decorriam de suas vivências pessoais em família e na sociedade. Foram apresentadas por elas, nos encontros, histórias de suas vidas, e nelas destacados os aspectos relacionados à violência doméstica. A história da vida apresentada por uma pessoa, um grupo, uma organização vem permeada por experiências e definições a partir da maneira como a experiência é percebida ou interpretada¹⁹.

As opiniões e idéias acerca do tema fluíram com muita naturalidade e sem constrangimentos, desde o primeiro encontro, mostrando o desejo dessas mulheres em expor seus problemas e suas formas de lidar com eles. Essa observação está de acordo com estudo da OMS (2006) sobre violência contra a mulher, realizado em 10 países, que foram relatados, em todos eles, as mulheres não só estiveram dispostas a falar sobre suas experiências de violência, como também se demonstravam agradecidas pela oportunidade de poderem falar para pessoas empáticas, sem sofrerem julgamentos ou críticas²⁰.

Os relatos apontavam baixa auto-estima, desvalorização do ser mulher frente às condutas masculinas dentro do ambiente familiar, sendo, destacada por elas a força masculina como um fator a subjugar-las.

Considerando as categorias temáticas que emergiram das falas das mulheres, podemos fazer algumas inferências com relação aos objetivos do estudo, considerando a relevância da violência doméstica que incide sobre a mulher de maneira oculta e perversa, freqüentemente oriunda de seus próprios parceiros e parentes. Nas categorias descritas no trabalho está o reflexo da relevância dos fenômenos psicológicos, clínicos e sociais decorrentes das vivências relatadas pelas mulheres, que podem ser generalizadas a outras circunstâncias semelhantes¹⁸.

Categoria Temática nº 1 → A compreensão e percepção das mulheres, gestantes ou não, sobre o termo violência doméstica.

As falas e manifestações das mulheres, em ambos os grupos, apontaram sua compreensão e percepção sobre o termo violência doméstica. Essas falas estão identificadas conforme o grupo ao qual pertencem às mulheres, o grupo do CEAMO (Centro de Referência e Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica de Campinas-SP) ou o

das gestantes da UBS (Unidade Básica de Saúde-Santa Mônica), conforme apresentadas: *...violência doméstica é quando é dentro da casa da gente... pode ser com o marido..., com o filho...com a sogra.[...] tudo que ele (o marido) faz de me xingar...às vezes até quando ele não fala nada é uma agressão psicológica. Ele vai ao banheiro ele bate a porta, ele vai tirar uma tampa da panela ele bate a tampa isso tudo é uma agressão para mim, (CEAMO); [...] é quando o marido da gente bate na gente dentro de casa...mas, pode ser outra pessoa que não é o marido e mora na mesma casa... pai, irmão, filho, mãe, a sogra.[...] agressão psicológica quando alguém que xinga a gente, faz julgamento da gente...fala o que a gente não é (UBS).*

A maneira como ambos os grupos se expressaram sobre o fato de sofrerem maus - tratos por seus familiares, o que lhes traz vergonha e decepção, por estarem vivendo essa situação no ambiente familiar, pode ser considerada dolorosa e sofredora. Deixando claro que a agressão, tanto física como psicológica, provoca dor e desesperança para as mulheres, tendo sido destacado que, às vezes, um “xingamento” fere mais do que um “tapa na cara”.

Quando a violência parte do companheiro, o sentimento de revolta e de querer dar um basta na situação parece ser vivenciado pela maioria, apesar de algumas tentarem buscar paciência na “fé em Deus“, com o pensamento de que *“tudo pode melhorar um dia“*; entretanto, quando se trata de agressão provida de filhos, a dor parece ser ainda mais profunda, pela ingratidão do filho, o que traz sofrimentos, angústias e tristezas.

Ainda que o domicílio se constitua em *locus* privilegiado do exercício da violência contra a mulher, como forma de controle social e de reafirmação do poder do macho, deve-se considerar que o “inimigo” da mulher não é o homem, mas toda a organização social de gênero, alimentada e reforçada na disseminação da desigualdade²¹⁻²².

Nesse sentido, já existe um amplo movimento de combate a esse sistema, inclusive com a instituição da “Lei Maria da Penha”, que já integra o Código Penal Brasileiro desde 22 de setembro de 2006, visando prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher²³. Esse movimento já está em curso há algum tempo, conforme a fala de uma das mulheres da pesquisa: *[...] temos que romper essa cultura de apanhar e achar que tem que ficar quieta, temos que descobrir nosso valor porque temos nosso valor...(USB).*

A violência contra a mulher, no espaço intocável do domicílio, ao mesmo tempo em que configura o problema como questão social, destaca a importância da constituição de mecanismos sociais capazes de dar conta do direito da mulher e da defesa à integridade física em nossa sociedade²⁴.

Pode-se perceber, entretanto, a condição da mulher em ser condescendente e compreensiva, buscando encontrar justificativas para as agressões, atribuindo-as ao alcoolismo, falta de trabalho, situação de dependência dentro da família, falta de recursos financeiros, nervosismo do companheiro ou uso de drogas. É “justificativas” que parecem ser apresentadas como forma de reduzir a carga de responsabilidade do agressor, o que dificulta ou retarda uma tomada de decisão que permita romper o ciclo da violência, vindo a incorporar na relação o velho e já superado jargão *“Ruim com ele, pior sem ele”*. Algumas falas expressam essa contradição: *“agora eu pergunto: será que nós mulheres podemos ficar conformadas com essa situação?”*(CEAMO) ou, [...] *se a pessoa for humilhada ela tem que ter paciência, e saber que “Deus” dá jeito para tudo...*.(UBS).

Culturalmente, a imagem feminina foi sendo construída de forma a destinar à mulher o espaço privado, doméstico. A impossibilidade de agir no mundo é resultante de uma ideologia onde a mulher tem uma subjetividade peculiar e dramática, deve viver para os outros, espera-se da natureza feminina que ela viva para o outro, em um processo de doação permanente²⁵⁻²⁶.

Os esforços dos movimentos feministas em dar visibilidade à questão da violência contra a mulher como problema social, tem desencadeado debates, ainda que nem sempre com a repercussão desejada face ao fenômeno da subordinação feminina a partir do patriarcado²⁷.

O discurso patriarcal, fenômeno de caráter estrutural, constitutivo e constituinte de um ordenamento hierárquico entre os gêneros e para o qual a violência doméstica contra a mulher é um assunto privado de cada família, começa a tornar-se obsoleto e injustificado, frente às teorias feministas aliadas a novos conhecimentos gerados no campo dos estudos de gênero²⁸.

A Categoria Temática nº 2: A angústia suscitada nas mulheres pela menção à violência doméstica.

A necessidade das mulheres verbalizarem suas angústias, falando sobre o assunto, foi observado em ambos os grupos, o que mostra a gravidade do problema e que poucas têm com quem falar ou a quem solicitar ajuda. Observamos, também, que as mulheres vivem isoladas, em sua maioria com poucas possibilidades de buscar recursos na própria família e na comunidade ou em instituições, o que as leva a se apresentarem inseguras e incapazes de romper o ciclo da violência em que vivem, conforme colocam: [...] *não precisa ter tanta preocupação para fazer essas perguntas pra gente, pode sim falar com a gente sobre esse assunto, pois precisamos ter alguém que nos ouça... (CEAMO); [...] eu acho bom que pergunte no pré-natal, pois às vezes estamos querendo desabafar ou até pedir ajuda e não sabemos como... (UBS).*

As falas dessas mulheres foram carregadas de emoção, demonstrando visível carência de atenção e acolhimento, muitas satisfazendo-se pelo simples fato de poder contar coisas atuais ou passadas de suas experiências de vida, que, até então, não tinham podido compartilhar. Outro aspecto relevante observado diz respeito à espontaneidade do falar dessas mulheres, sem preconceitos por estarem em um grupo que podia ter participantes conhecidas ou não, nenhuma situação no grupo foi impeditiva para verbalizarem suas angústias.

Corroborando com esses achados, estudo realizado nas emergências de hospitais públicos, que constatou a disponibilidade de mulheres agredidas em mostrar e relatar o acontecido, evidenciando, por um lado, o benefício pela oportunidade de atuar frente a esses casos e, por outro, a surdez das instituições em atender tais apelos²⁹.

Atender mulheres que sofrem de violência é zelar pelos direitos humanos e valorizar, no espaço da saúde, a realização desses direitos; promover os direitos humanos é, neste caso, a melhor forma de garantir a saúde, estando os profissionais de saúde em posição privilegiada para essa tarefa³⁰. Apesar disso, as mulheres vitimadas, ao receberem cuidados médicos nos serviços de saúde, muitas vezes expressam vergonha e constrangimento ao revelar a origem de suas lesões, e nem sempre os profissionais de saúde abrem espaço para que a violência seja relatada³¹. Políticas de prevenção nos vários níveis precisam ser implementadas, no sentido de desconstruir o conceito de que a violência é algo “natural”, de forma a que possa ser eliminada da esfera social.

O tema *violência doméstica*, destacando-se da massa indiferenciada de atos violentos, adquire faces próprias, tornando-se categoria política que emerge da luta feminista, na medida em que firma um discurso, incorporado pelos meios de comunicação de massa, ao falar de uma violência específica, originária do próprio caráter das relações de gênero. A visibilidade da questão emerge, em especial, por ocasião da instalação do processo de redemocratização do país ²⁴.

Uma parcela das mulheres consegue romper com a relação dominada/dominante, saindo do estado de não-conhecimento para o de conhecimento. Sua consciência perde as características de dominada, passando a ter uma visão de conjunto das relações de gênero. Muitas se lançam na luta pela ampliação da cidadania feminina, fazendo ainda uma leitura dos direitos humanos a partir da ótica de gênero. Movimentos esses que poderão dar origem a políticas públicas compensatórias, no sentido de reduzir e eliminar discriminações contra a mulher²².

Considerando o objetivo do estudo e a forma como foram trabalhados nos grupos os significados das palavras-tema, as mulheres contribuíram para deixar mais elucidativo o questionário da pesquisa, assim como a abordagem das gestantes, a serem pesquisadas. Um exemplo ocorreu com a palavra “*depreciou*”, a qual, em ambos os grupos, não tiveram uma compreensão fácil durante os debates, justificando que fosse abolida do rol de palavras a serem utilizadas. E, em relação à abordagem, referiram que deveria ser de “*maneira clara e direta*”

As mulheres expressaram que questões de ordem pessoal poderiam ser abordadas de forma direta: [...] *pergunte direto, se essa mulher já sofreu ou sofre violência dentro da casa dela. não precisa falar palavras difíceis, como essa depreciou, pergunta logo se o cara humilhou, xingou, chamou a atenção na frente dos outros...[...]* isso não é invadir nossa privacidade, e sim ter alguém para nos ouvir. (CEAMO/UBS)

Estudos centrados em mulheres em situações específicas, no caso de gravidez ou de violência, trazem grande contribuição visto serem grupos de mulheres mais vulneráveis, com direito à proteção e inseridos em uma situação de complexidade social,

física e psicológica ²⁷⁻²⁸. E nesse estudo, ficou evidenciado pelas participantes, que a gravidez não deve ser, motivo impeditivo para abordagem desse assunto, muito pelo contrário, é um momento oportuno para que as mulheres tragam para dentro do serviço de saúde situações de violência vivenciada, que muitas vezes não sabem a quem pedir ajuda ou apenas compartilhar suas angústias.

Os serviços de saúde representam uma valiosa oportunidade para articular mecanismos estruturais e de interação entre usuárias e profissionais de saúde, de grande significado no que se refere ao sofrimento traduzido em doença, podendo contribuir para originar alternativas terapêuticas que devem ser negociadas e não impostas. À proximidade e os vínculos constituídos permitem aprofundar as relações, viabilizando a orientação dos conflitos para formas de enfrentamento menos destrutivas, mais saudáveis^{30,32}.

A dificuldade para uma adequada atenção ao problema da violência doméstica nos serviços de saúde decorre do “emaranhado” de problemas institucionais, culturais e sociais. Estudo realizado entre os profissionais de saúde identificou um diversificado repertório de significados sociais sobre a violência, que interfere diretamente no tipo de atenção oferecida às vítimas, concepções essas provenientes da tradição cultural na quais os profissionais estão inseridos³³.

Considerações finais

Face aos trabalhos desenvolvidos nos dois grupos focais pudemos perceber que as mulheres possuíam opiniões e pontos de vista claros acerca do assunto colocado para discussão. Percebia-se que as opiniões, em geral, decorriam de suas vivências pessoais em família e na sociedade.

Os sentidos e significados atribuídos às palavras-tema sugeridas e/ou surgidas, em meio à discussão, em relação à violência doméstica, parecem estar claros entre as participantes, assim como a dificuldade de enfrentamento do problema.

As mulheres mostraram-se disponíveis e se colocaram sem qualquer temor a julgamentos ou críticas quando falaram, dentro dos grupos, sobre suas histórias de vida.

Esse estudo possibilitou importante contato com a realidade das mulheres vítimas de violência, apontando formas de abordagem para se trabalhar com as mulheres, inclusive em pesquisas que virão seqüenciar o estudo.

Uma peculiaridade percebida ao final desta fase do estudo é o benefício resultante para as mulheres vitimas de violência, que poderão ser melhor compreendidas ao se expressarem, e, para os profissionais de saúde, no que se refere ao aperfeiçoamento de abordagens, assim como na seleção de métodos a serem adotados.

A conclusão central é de que é preciso interromper a dinâmica de construção da violência doméstica como processo relacional, desmistificando os papéis de vítima e algoz, atribuídos a mulheres e homens, assim como a necessidade de enfrentamento do problema na esfera das políticas públicas, incluindo a atuação dos serviços de saúde.

Agradecimentos

Às mulheres e funcionários do Centro de Referência e Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e da Unidade Básica de Saúde Santa Mônica, de Campinas-SP, que contribuíram para a realização desse estudo.

Essa pesquisa recebeu apoio do DECIT/SCTIE/ e pelo Fundo setorial de Saúde(CT-saúde)/CNPq(CT-saúde/CNPq).Processo n. 505273/2004-7.

Audi CAF trabalhou na realização das oficinas com os grupos de mulheres participantes, coleta de dados, metodologia, concepção do artigo. Corrêa MAS trabalhou na realização das oficinas com os grupos de mulheres participantes, coleta de dados, metodologia. Turato E realizou a análise dos dados. Silvia M. Santiago SM realização das oficinas com os grupos de mulheres participantes e revisão crítica do texto. Andrade MGA revisão crítica do texto. Rodrigues MSP estruturação das categorias e análise dos dados.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud. Violence contra la mujer. Genero y equidade en la salud. Harvard Center; 2000. (Publicación Ocasional nº 6).
2. Organization Mundial de la Salud. Dando Prioridad a las Mujeres: Recomendaciones Éticas y de Seguridad para la Investigación sobre la Violencia Doméstica Contra las Mulheres. Ginebra, Suiza; 1999.
3. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of Violence Against Pregnant Women. JAMA 1996; 275(24):1915-20.
4. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. Inter. Gynecology & Obstetrics 2002;79:269-77.
5. Jasinsk JL. Pregnancy and domestic violence. Trauma, Violence & Abuse 2004; 51(1):47-64.
6. Menezes CT, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência Física Doméstica e Gestação de um Inquérito no Puerpério. RBGO 2003; 25(5):309-16.
7. Temporini ER. Pesquisa de oftalmologia em saúde pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. Arq Bras Oftal 1991; 54:279-8.
8. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Rev Saúde Pública 1995; 29(4):318-25.
9. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública 2005; 39(3):507-14.
10. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Pinho AA, Hanada H, Felicíssimo A, Kiss LB, Durand JG. Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher, São Paulo, FMUSP. (Relatório final de pesquisa a Fapesp, Processo n.º 98/14070-9); 2003a.

11. Duarte LFD. Investigação Antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença. Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998, p 210.
12. Santos I, Clos AC. Pesquisa Quantitativa e Metodologia. In: Gauthier JHM. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 301.
13. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6^a edição, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1999.
14. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade 2004; 13(3):44-57.
15. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em Saúde no Brasil. Bol. Oficina Sanit Panam 1996; 120(6).
16. Meneghel SN, Barbiani R, Brener C et al. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10(1):111-8.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
18. Rodrigues MSP, Leopardi MT. O Método de Análise de Conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Editora Gráfica LCR; 1999.
19. Denzin NK, Lincoln YS, editores. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage; 1994.
20. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipais de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer; 2005. Disponível em: <http://www.opas.org>. Acessado em outubro de 2006
21. Saffioti HIB, Almeida SS. Violência de Gênero – Poder e Impotência. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.

22. Saffioti HIB. Violência de gênero no Brasil contemporâneo pp 161-5 In: Saffioti HIB, Muñhoz-Vargas, organizadores. Mulher Brasileira é assim. Ed. Rosa dos Ventos, Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e NIPAS (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Ação Social); 1994.
23. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br>. Acessado em 04-11-2006.
24. Goldenberg P, Medrado MA, Pasternostro MAN. A violência contra a mulher: uma questão de saúde In: Labra ME, organizador. Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1989. p 186-200.
25. Mota JCV, Godoi AG e Assis SG. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. Ciênc. Saúde Coletiva 2007; 12(3):799-809.
26. Chauí, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In Perspectivas Antropológicas da Mulher: sobre mulher e violência. Vol.4. Rio de Janeiro, Zahar, 1985.
27. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence Against Women in México: A Study of abuse Before and During Pregnancy. Am J Public Health 2003a; 93(7):1110-6.
28. Castro R, Riquer F. La investigación sobre violencia contra mujeres en América Latina: entre el emperismo ciego y la teoria sin datos. Cad Saúde Pública 2003b; 19(1):135-46.
29. Deslandes SE. Caracterização dos casos de violência doméstica contra mulher atendida em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2000; (16):129-37.
30. Schraiber LB, D'Oliveira AF. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. Apoio Fund Ford e Cremesp; 2003b.
31. Hartigan P. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. Rev Panam Salud Publica 1997; 2 (4):290-4.

32. Cavalcanti MLT. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva 1999; (4):193-200.
33. Herrera C, Agoff C. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja em México. Cad Saúde Pública 2006; 22(11): 2349-57.

CAPÍTULO 2- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GRAVIDEZ: PREVALÊNCIAS E FATORES ASSOCIADOS

(submetido à Revista de Saúde Pública em Maio 2007)

Violência Doméstica na Gravidez: prevalências e fatores associados

Violence against pregnant women: prevalence and associated factors

Celene Aparecida Ferrari Audi. Universidade Estadual de Campinas-Departamento de Medicina Preventiva e Social. CP-6111; CEP-13081-970, Campinas-SP; e-mail: celenefaudi@yahoo.com.br.

Ana M. Segall-Corrêa. Universidade Estadual de Campinas-Departamento de Medicina Preventiva e Social; e-mail: amsegall@uol.com.br.

Silvia M. Santiago. Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social; e-mail: santiago@fcm.unicamp.br.

Maria da Graça G. Andrade. Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social; e-mail: mgraa@fcm.unicamp.br.

Rafael Pèrez-Escamila. PhD, Professor of Nutrition and Director, Center for Eliminating Health Disparities Among Latinos. University of Connecticut, Storrs CT 06269-4017; e-mail: rafael.perez-escamilla@uconn.edu.

Endereço para correspondência

Celene Aparecida Ferrari Audi.
Departamento de Medicina Preventiva e Social; Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
Rua Tessália Vieira Camargo Nº 126,
Cidade Universitária “Zeferino Vaz”-UNICAMP
Campinas-SP-CEP 13084-270;
e-mail: celenefaudi@yahoo.com.br.

Essa pesquisa recebeu apoio do DECIT/SCTIE/ e do Fundo Setorial de Saúde (CT-Saúde)/CNPq(CT-Saúde/CNPq). Processo n. 505273/2004-7 Viol Dom na Gravidez: preval e fat assoc.

Resumo

Objetivos: a) estimar as prevalências da violência doméstica contra gestantes, b) identificar os fatores associados a essa violência. **Métodos:** Participaram do estudo 1379 gestantes. Utilizou-se questionário estruturado com módulo sobre violência doméstica, anteriormente validada no Brasil. A análise transversal utilizou as informações de prevalências contidas nas duas primeiras entrevistas com as gestantes. Inicialmente, realizou-se análise descritiva dos dados, seguida de procedimentos de regressão logística múltipla. **Resultados:** Do total da amostra, 19,1% (263) das gestantes referiram ter sido vítimas de violência psicológica e 6,5% (89) de violência física ou sexual. Os fatores associados à violência psicológica foram: Parceiro Íntimo (PI) adolescente ($p<0,019$) e gestante ter presenciado agressão física antes dos 15 anos ($p<0,001$). À violência física/sexual associou-se: gestante ter relatado dificuldade para comparecer às consultas de pré-natal ($p<0,014$), PI fazer uso de drogas ($p<0,015$) e PI não trabalhar ($p<0,048$). Os fatores associados tanto à violência psicológica quanto à física/sexual foram: baixa escolaridade ($p<0,013$ e $p<0,020$), gestante ser responsável pela família ($p<0,001$ e $p=0,017$) gestante sofrer agressão física na infância ($p<0,029$ e $p<0,038$), TMC ($p<0,001$) e PI consumir bebida alcoólica, duas ou mais vezes por semana ($p<0,001$). **Conclusão:** A magnitude e a complexidade dos problemas observados exigem mecanismos para sua identificação e abordagem apropriadas, especialmente na atenção primária.

Violência por parceiro íntimo, Violência Doméstica, Fatores Associados, Gestante.

Abstract

Objective: the goals of this study were to: a) estimate the prevalence of domestic violence among pregnant women, and b) identify factors associated with these events.

Methods: The study included 1,379 pregnant women attending prenatal care in the Health Centers (SUS) in the city of Campinas (state of São Paulo). These cross-sectional analyses are derived from the baseline interview. Univariate analyses were used to estimate the prevalence of domestic violence. Multivariate logistic regression analyses were carried out to identify risk factors for these events.

Results: 19,1% (263) referred psychological violence and 6,5% (89) was the prevalence of physical or sexual violence. Factors associated with psychological violence were: Intimate partner adolescent ($p < 0,019$) and pregnant woman witnessed physical aggression before the 15 years of age ($p < 0,001$). Risk factors for physical or sexual violence were: difficulties to attend prenatal care ($p < 0,014$), intimate partner unemployment ($p < 0,048$), intimate partner consumption of illegal drugs ($p < 0,015$). Associate with both psychological and physical/sexual violence were pregnant woman to be responsible for the family ($p < 0,001$ e $p = 0,017$), pregnant woman suffered physical aggression before the 15 years of age ($p < 0,029$; $p < 0,038$), mental health problems ($p < 0,001$), having low education ($p < 0,013$; $p < 0,002$) and intimate partner consuming alcohol, two or more times per week ($p < 0,001$).

Conclusions: The magnitude and complexity of the observed domestic violence against pregnant women requires an in-depth understanding to built interventions and adequate approaches, especially in the primary care services.

Intimate Partner Violence, Domestic Violence, Associated Factors, Pregnancy.

Introdução

A violência contra a mulher é amplamente reconhecida como um grave problema de saúde pública. Estudo multicêntrico, coordenado por World Health Organization (WHO) constatou prevalências da violência doméstica, perpetrado pelo parceiro íntimo em algum momento da vida da mulher entre 15% no Japão a 71% na Etiópia, no último a prevalência física/sexual foi de 4% a 54% respectivamente¹.

Estudos mostram que as gestantes não estão livres da violência, variando a prevalência, nesta fase da vida, de 0.9% a 20.1%. As diferenças encontradas, nas prevalências apresentadas, autores atribuem à heterogeneidade na definição de violência, aos diferentes tamanhos e processos de seleção da amostra e aos métodos de estudo².

Fatores associados à violência doméstica têm sido descrito na literatura. São considerados aqueles relacionados às características sócio-demográficas: baixo nível socioeconômico, baixo nível de suporte social, raça/etnia, idade da gestante; história reprodutiva da mulher: idade da 1ª relação sexual, gravidez não planejada, recusa do uso de camisinha pelo parceiro, uso de drogas lícitas e ilícitas^{3,4}. Estudos têm relatado que a gravidez pode ou não ser fator de risco para a violência⁵, mostrando que não há um corpo de pesquisa que sustente ser a gravidez um fator de risco ou não para a violência. Entretanto, o que se observa, são as gestantes que presenciaram ou sofreram violência quando jovens são mais prováveis de sofrer violência na gestação^{2,3}.

A violência durante o período gestacional pode trazer consequências graves para a saúde da mulher e da criança. Associação entre violência e agravos na saúde da gestante são relatadas, a entrada tardia no pré-natal, hemorragia e interrupção da gravidez, são relatados⁶. Essa mesma associação na saúde da criança pode ser constatada com o aumento do risco de morte perinatal e nascidos com baixo peso e prematuridade⁷.

Estudos que venham a aprofundar o entendimento dessa questão são fundamentais para seu enfrentamento e para a definição de novas abordagens, especialmente nos serviços de saúde, motivações essas que orientaram a presente investigação, cujos primeiros resultados são aqui apresentados.

Os objetivos desse trabalho foram: **1-** Verificar a prevalência da violência psicológica e da violência física/sexual ocorrido durante o período gestacional. **2-** Identificar os fatores associados a essas violências perpetradas pelo parceiro íntimo.

Sujeitos e Métodos

Nesta comunicação são apresentados os resultados das análises transversais, correspondentes a primeira e a segunda entrevistas de um estudo de coorte. Iniciado em março de 2004, em que se entrevistaram gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e que realizaram acompanhamento pré-natal nas 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região sudoeste do Município de Campinas-SP. Esta região conta com cerca de 200.000 habitantes, majoritariamente dependentes do SUS. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Processo nº 116/2004).

Planejamento da pesquisa

A etapa preparatória da pesquisa foi constituída por quatro fases distintas. Na primeira, revisou-se a bibliografia disponível, especialmente para identificar e analisar as alternativas de questionários sobre violência contra as mulheres validadas para a realidade brasileira. A segunda fase constituiu-se nos contatos com gestores dos serviços de saúde da região, seguida da realização de um estudo qualitativo e da organização da logística de campo e capacitação das entrevistadoras.

Optou-se pelo uso do questionário validado por Schraiber^{1, 8} (2003) no Brasil, que inclui questões referentes à violência psicológica (VP) caracterizada por insulto, humilhação, intimidação e ameaça; violência física (VF), quando há referência à tapa, empurrão, soco, chute, estrangulamento ou ameaça com arma de fogo; e sexual (VS), quando relata relação sexual forçada, ocorrência de relação sexual por medo e prática forçada e de algum tipo de relação sexual não desejada.

Ainda em relação à violência vivenciada pela gestante foi perguntado: “Se, antes dos 15 anos a sra. presenciou algum tipo de agressão física na família? Antes dos 15 anos a sra. sofreu algum tipo de agressão física por familiar? Antes dos 15 anos a sra. se lembra se alguém tocou na sra. sexualmente ou obrigou-a a alguma atividade sexual que a sra. não queria?”

O questionário contém, ainda, variáveis relacionadas às: características demográficas e sócio-econômicas da gestante e do parceiro íntimo (PI), história reprodutiva materna e situação da gravidez atual, situação do pós-parto e alimentação infantil, condições de moradia, tabagismo, frequência de uso de bebida alcoólica e drogas ilícitas pelo companheiro atual. Parceiro íntimo foi considerado o marido/companheiro, namorado o pai da criança que mulher estava esperando, com o qual mantinha relação sexual.

Usou-se classificação elaborada pela Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (ANEP) para a estratificação social das gestantes. AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test, para o conhecimento sobre o uso de álcool pela gestante⁹. Para identificação de provável transtorno mental o SQR-20-Self-Report Questionnaire foi usado em todas as entrevistas¹⁰. Para essa análise consideramos aquelas respostas referentes à 1ª e 2ª entrevistas, realizadas durante a gestação.

A fase qualitativa do estudo constituiu-se da realização de dois grupos focais, com mulheres vítimas de violência e com gestantes atendidas em unidade básica de saúde, neste caso independentemente de terem ou não sofrido episódios de violência. O objetivo foi apresentar e discutir o questionário, analisar com elas a melhor forma de abordar a questão da violência doméstica contra a mulher, tanto do ponto de vista do conteúdo das perguntas específicas, quanto do modo e cuidado para a obtenção da informação¹¹.

A seguir, o projeto de pesquisa e sua logística foram apresentados ao diretor do distrito sanitário da região sudoeste de Campinas e aos coordenadores das UBS, buscando anuência e condições propícias para o desenvolvimento das entrevistas, como local com privacidade e apoio dos agentes comunitários na busca de gestantes faltosas. Discutiu-se, ainda, a possibilidade de assistência àquelas gestantes identificadas como necessitando de algum tipo de cuidado ainda não dispensado no serviço de saúde.

As entrevistadoras selecionadas eram mulheres com idade superior a 20 anos e segundo grau completo. Na fase de treinamento, participaram, sob supervisão, da realização das entrevistas do estudo piloto realizado em UBS não incluída na pesquisa.

Tamanho e Seleção da Amostra

Calculou-se uma amostra, para o estudo de coorte, de 1.400 gestantes. Dessas, foi possível incluir na análise transversal aqui apresentada 1.379 mulheres, selecionadas de forma não aleatória, nas 10 UBS da região sudoeste de Campinas, por ocasião da consulta no pré-natal. Esse número foi suficiente para identificação das prevalências de violência doméstica observadas no estudo, com nível de significância de 5% (confiabilidade = 95%) e erro amostral de 1%.

Como a seleção da amostra ocorreu em UBS, a partir da procura por consulta pré-natal, interessou aos pesquisadores analisar possíveis diferenças entre as gestantes incluídas e as demais que não buscam assistência nesses serviços. Para isso, procedeu-se à comparação entre os dois grupos, usando variáveis demográficas, de assistência ao parto e condições dos recém-nascidos obtidas no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos-SINASC, considerando os nascimentos ocorridos no período de seleção da amostra.

Observaram-se semelhanças entre os dois grupos, exceto quanto à situação conjugal e à cor/raça auto declarada ($p < 0,05$).

Trabalho de Campo

As gestantes foram incluídas no estudo entre julho de 2004 e julho de 2006, quando compareciam às UBS para atendimento pré-natal. Nesta ocasião, eram convidadas a participar, informada sobre os objetivos e os procedimentos do estudo, bem como, solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Se a gestante tinha idade igual ou inferior a 18 anos e era legalmente dependente dos pais ou responsável, esse Termo era assinado por ela e por esse último.

Foi, ainda, oferecida à gestante, como possibilidade de apoio, uma lista de endereços onde estavam relacionados os locais, em Campinas, de assistências às mulheres vítimas de violência. As entrevistas foram realizadas com todas as gestantes que aceitaram participar do estudo, independentemente da idade gestacional.

Foram realizadas duas entrevistas durante o período gestacional com as gestantes que se encontrava com até 28 semanas de gestação e não haviam relatado na primeira entrevista qualquer episódio de violência física e ou sexual (VFS) durante a atual gestação. Uma única entrevista foi feita com aquelas cuja idade gestacional era superior a 28 semanas ou, ainda, com as gestantes do primeiro grupo (idade gestacional até 28 semanas), quando elas haviam relatado, por ocasião da primeira entrevista, ter sofrido violência física e/ou sexual na gestação atual. Uma segunda ou terceira entrevista, quando era o caso, foi feita até 40 dias após o parto, assumindo-se uma variação de mais 15 dias.

Durante todo o período de coleta de dados foram feitas reuniões quinzenais com as entrevistadoras e a coordenadora de campo, contando com supervisão e orientação de uma psicóloga. O objetivo foi dar acolhimento à sobrecarga emocional vivenciada pelas entrevistadoras, o que é inerente a este tipo de pesquisa, bem como, prover-lhes o apoio psicológico necessário.

Para essa comunicação, as análises dos dados foram referentes à violência psicológica (VP) e violência física/sexual (VFS) praticada pelo parceiro íntimo (VPI) na atual gestação. Foram, inicialmente, realizados procedimentos descritivos para cálculo das prevalências e testes bivariados para estimativas de riscos não ajustados, considerando os tipos de violência (violência psicológica e violência física/sexual) como variáveis dependentes e as características sócio-demográficas e de estilo de vida como variáveis independentes. Seguiram-se a estas análises os procedimentos de modelagem múltipla por meio de regressão logística, sendo selecionadas, para inclusão no modelo, todas as variáveis independentes que mostraram associação com as duas variáveis dependentes, violência psicológica (VP) e violência física e/ou sexual (VFS), em nível de significância de 10% (Tabelas 1,2 e 3).

Foi utilizado procedimento *stepwise forward* para a elaboração do modelo múltiplo, permanecendo a variável no modelo se $p \leq 0,05$. A força de associação entre as variáveis independentes e dependentes foi expressa em valores estimados de Odds Ratios Brutos e Odds Ratios Ajustados, com intervalo de confiança de 95%. Os ajustes foram feitos considerando as variáveis independentes já descritas e incluindo, também,

as variáveis raça/cor e situação conjugal, que diferiam entre gestantes acompanhadas e aquelas não acompanhadas no estudo. Os dados foram digitados no Epi-Info versão 6.04. Foram conferidos todos os questionários inseridos, assim como, a consistências dos dados. Para sua análise, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS, versão 13.0).

Resultados

Estão apresentados na tabela 1 os resultados descritivos e da análise bivariada dos fatores sócio-demográficos associados à VP e VFS contra a gestante e perpetrada pelo parceiro íntimo (VPI).

Durante a 1ª entrevista, 16,3 % (225) das gestantes referiram ter sido vítimas de VP, VF ocorreu para 5,7% (79) e VS para 1,3% (18). No momento da 2ª entrevista, feita com gestantes que durante a 1ª entrevista estava com menos de 28 semanas e sem relato de violência na primeira (n=806), observou-se VP em 8,3% (114) das gestantes, VF em 1,7% (24) e VS em 0,8% (11). Ao final, considerando as ocorrências relatadas nas duas entrevistas, observou-se prevalências de 19,1% de VP (263) e 6,5% (89) de VFS.

A média de idade das gestantes foi de 23,8 anos (Dp 5,50), sendo 23,6% adolescentes. Declararam-se de cor branca ou amarela 56,4%. As gestantes apresentavam baixa escolaridade, 47,1% tinham ensino fundamental e apenas 1,0% nível universitário. A maioria das gestantes (81,2%) era casada ou mantinha união consensual estável. Metade declarou-se católica e, um terço, evangélica. Cerca de um quarto das gestantes estava trabalhando por ocasião da primeira entrevista; quase metade pertencia ao estrato econômico D/E e, as demais, ao estrato C.

Declararam-se como responsáveis pela família 5,5% das mulheres. A prevalência do uso de álcool durante a gestação pode ser considerada baixa (1,4%), entretanto 13,6% eram tabagistas. Foi alta a prevalência de gestantes que relataram alguma experiência com violência na infância, entre elas 31,3% presenciaram VF na família, 17,8% foram vítimas e 6,7% sofreram algum tipo de abuso sexual. Não apresentaram

associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) com qualquer tipo de violência, a idade da gestante, sua raça/cor declarada, seu trabalho atual e tabagismo. Por outro lado, podem ser considerados fatores de risco para violência doméstica (psicológica e física/sexual) contra a gestante a baixa escolaridade, a união não estável, ser a gestante ou ambos responsáveis pela família e ter na infância presenciado ou sofrido algum tipo de violência. Pertencer a religião católica apresentou como fator de proteção para violência psicológica. O uso de bebida alcoólica pela gestante aumenta em quatro vezes suas chances de sofrer violência física/sexual e em mais de duas vezes se a situação conjugal for não estável (Tabela 1).

A tabela 2 mostra as variáveis que compuseram a história reprodutiva e saúde mental dessas gestantes e as análises bivariados com seus respectivos Odds Ratios, intervalos de confiança e valores de p. Mais da metade das gestantes tiveram a primeira relação sexual com 16 anos ou menos e quase um quarto ficaram grávidas pela 1ª vez com essa idade. A maioria (79,2%) iniciou o pré-natal no 1º trimestre de gestação. Menos de 7% referiram ter alguma dificuldade para comparecer às consultas de pré-natal. Cerca de 20% tinham filhos com outro parceiro que não o atual, enquanto 45% eram primíparas. A presença de transtorno mental comum foi relatado por mais da metade das gestantes entrevistadas.

A precocidade da primeira relação sexual e da primeira gravidez, a dificuldade para comparecer a consultas de pré-natal, ter filhos com outro homem, ser primípara e apresentar transtorno mental comum constituem situações que elevam a chance de ocorrência de violência física/sexual e, ou psicológica.

O parceiro íntimo tinha em média 27,6 anos, sendo 8,5% adolescentes. Da mesma forma que as gestantes, eles tinham baixa escolaridade, 53,8% apenas o nível fundamental e 2,1% escolaridade superior. A grande maioria trabalhava (87,5%) e 81,9% dos PI moravam com suas companheiras, sendo que 26,3% há menos de um ano. Foi de alta prevalência o relato, pela gestante, de tabagismo (33,4%) e de uso de bebida alcoólica pelo companheiro, sendo que, neste caso, cerca de 30% bebiam com frequência superior a 1 vez por semana. Entre eles, 6,0% faziam uso de drogas ilícitas.

Com exceção do tempo de moradia com a gestante, as demais variáveis tiveram associação positiva com a violência perpetrada contra a companheira.

São apresentados na tabela 4 os resultados obtidos a partir dos procedimentos de análise de regressão logística. Baixa escolaridade, isto é, gestantes com até oito anos de estudos, aumenta a chance de VP em torno de uma vez e meia e de quase o dobro de VFS. Apresentar Transtorno Mental Comum acrescenta mais que uma vez e meia a chance de VP e quase o triplo para VFS. Ter presenciado na família ou vivenciado violência antes dos 15 anos de idade também aumentaram, em quase que o dobro para VP e, em mais de uma vez e meia, as chances de VFS na atual gestação. A chance de sofrer violência psicológica e violência física/sexual foi o mais que o dobro se havia referência de ser a gestante a responsável pela família.

O relato de dificuldades para o comparecimento às consultas de pré-natal aumentou em mais de duas vezes a chance da gestante ser vítima de VF/S. A frequência do consumo de bebida alcoólica pelo PI, com frequência superior a duas vezes por semana, aumentou em mais de duas vezes a chance de VP e de VFS. Da mesma forma, o consumo de drogas ilícitas aumentou em mais que o dobro a chance de perpetrar VFS contra a gestante.

A idade do PI apresentou associação positiva com a violência psicológica, isto é, ser pai adolescente representa chance 74% maior de perpetrar violência psicológica, quando comparada com pai com idade superior a 19 anos de idade. O PI estar desempregado aumentou em 77% a chance de VFS.

Discussão

A violência contra a mulher em qualquer momento de sua vida é um grave problema social no Brasil e constitui problema de saúde pública que precisa ser enfrentado. A violência na gestação, por atingir a mulher em um momento de grande vulnerabilidade física e emocional, exige atenção especial dos serviços de saúde.

Esse é o primeiro estudo de coorte realizado no Brasil que acompanhou gestantes que realizaram pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde. Para esse análise utilizou-se duas entrevistas feitas com gestantes durante o período gestacional, portanto, uma análise de corte transversal, foi realizada. A realização de mais de uma entrevista durante o pré-natal e principalmente no último trimestre de gestação, foi realizada com o objetivo de minimizar as respostas falsas negativas e verificar nas gestantes entrevistadas nos primeiros trimestre da gravidez eventos de violência que ocorreram após a primeira entrevista. Nesse estudo observamos relato do evento de violência física, na segunda entrevista, em torno de dois por centos, das entrevistadas. Nas investigações em que se perguntava a respeito de violência doméstica, por mais de uma vez durante a gestação ou no curso do seu terceiro trimestre, foram encontradas prevalências mais altas, variando de 7,4% a 20,1%².

As prevalências elevadas de violência doméstica perpetrada contra as mulheres grávidas e observadas nesse estudo corroboram os achados verificados em estudo multicêntrico realizado pela OMS. Entre os países estudados, registrou-se ampla variação nas prevalências de violência física ou sexual, sendo a menor delas observada em cidade do Japão (8%), seguida por cidades da Sibéria e de Montenegro (13%), em província da Tailândia (11%) e as maiores registradas no Brasil, em cidades da Zona da Mata de Pernambuco (32%), e em província do Peru (44%)¹.

Grandes variações nas prevalências também foram relatadas por outros autores em estudos de revisão da literatura concernentes à violência contra a mulher na gestação²,¹². Deve-se ter cautela na interpretação desses resultados, essas diferenças podem estar ligadas às características diversas das populações estudadas, às definições de violência e à diversidade de instrumentos e métodos de coleta de dados.

Observamos na literatura pesquisada^{2, 12, 13, 14} vários fatores associados à violência doméstica durante o período gestacional, dentre eles, citamos: baixa escolaridade, uso de álcool, desemprego, baixa renda. Entretanto, não foram encontrados estudos que abordassem algumas variáveis estudadas na presente pesquisa e que constituíram fatores associados à violência psicológica ou física/sexual, tais como: gestante que se considera responsável pela família, ou gestante que tem dificuldade para comparecer às consultas de pré-natal.

É possível supor que essas últimas sejam mulheres que sofram constrangimentos de várias ordens e que resultam em restrição de sua liberdade, sendo o comparecimento às consultas de pré-natal um indicativo disso. O fato de observar maior chance de violência quando a gestante é a pessoa de referência da família pode estar relacionado à situação de desemprego de seu parceiro, situação essa observada nessa pesquisa. Estudo de revisão da literatura ¹² aponta o desemprego do PI como fator de risco para a violência, assim como, há relato de que esta é maior quando as mulheres começam a assumir papéis não tradicionais ou começam a fazer parte da força de trabalho ¹⁴.

Outro indicador de risco para violência contra a gestante, muitas vezes observado, é o uso freqüente de bebida alcoólica pelo PI, contudo há controvérsia sobre essa associação. Alguns autores acreditam que o uso do álcool é um facilitador para atos violentos, uma vez que modifica os padrões de comportamento, criando condições para discussões, ofensas, xingamentos, insultos e ameaças, podendo culminar em agressões físicas e sexuais ^{8, 15}

Nesse estudo, o consumo tanto de álcool quanto de drogas ilícitas pelo PI representou maior chance de ocorrência de violência contra as gestantes. Nos grupos focais desta investigação, foi observado que esses hábitos são utilizados, muitas vezes, para justificar as agressões, “...ele é um cara bom,...só fui agredida porque ele estava bêbado”; essa situação pode levar ao retardamento na busca de ajuda e, conseqüentemente, de intervenções que poderiam minimizar seus efeitos ou até mesmo interromper estes atos ¹¹.

Para Schraiber ¹⁶ (2003), estudos com homens e mulheres em situação de violência doméstica indicam para uma condição multifatorial, que atua como precursora desse tipo de violência. Aponta que, apesar do álcool e da pobreza favorecer a violência, não podem ser consideradas suas causas diretas. A autora relata, ainda, que outro fator consistentemente relacionado com o aumento do risco da violência é a mulher ter presenciado violência doméstica na sua infância. Condição essa, encontrada em outro estudo ³ indicativa que essa violência iniciou na fase de adolescência dessa gestante e que pode estar sendo vivenciada como parte da vida da mulher, isto é, “natural”, contribuindo para sua baixa auto-estima e falta de autonomia para criar mecanismos que contribuam para modificar essa situação.

Observou-se nessa pesquisa que o TMC, (Sqr20 utilizado em todas as entrevistas com as gestantes, para detecção de distúrbios “neuróticos”), apresentou forte associação com as características da violência pesquisada durante o período gestacional, entretanto, por ser um estudo com análise de corte transversal, não nos possibilita verificar casualidade entre as variáveis, associações, também observadas em estudo realizado com mulheres, que referiram violência durante a gestação, atendidas em serviço público de saúde³

A violência contra a mulher é um problema complexo e multidimensional que, cada dia mais, vem sendo abordado como uma questão de saúde pública¹⁷. Argumenta-se que o setor saúde tem importante papel no combate a esse tipo de violência, através do desenvolvimento de pesquisas, notificação de casos, organização de serviços de referência para as vítimas e outras propostas de intervenção. Entretanto, nenhuma estratégia para o combate à violência pode deixar de abordar as raízes desses abusos, além, evidentemente, de atender as necessidades imediatas das vítimas. Segundo Heise¹⁸ (1994), isso significa desafiar atitudes e crenças sociais que fundamentam a violência dos homens contra as mulheres e criar formas de negociação do poder entre os gêneros, em todos os níveis da sociedade.

A opção, de abordar as mulheres no espaço do serviço público de saúde foi motivada pelo reconhecimento de que a realização de entrevistas nos domicílios poderia trazer constrangimentos para as mulheres, inibindo sua disponibilidade para falar sobre eventos de violência sofridos, constituindo-se as UBS em um espaço mais protegido. Essa opção permitiu, também, no decorrer da pesquisa, fosse percebida a necessidade que as gestantes têm de serem acolhidas pelo serviço de saúde, de falar sobre si e de relatar fatos que as incomodam, que geram dor e ansiedade.

Na observação da rotina diária do atendimento pré-natal nas unidades e, também, a partir do relato das gestantes, ficou evidente a atitude dos profissionais de evitar abordar o problema, o que nos sugeriu haver dificuldades pessoais e mesmo institucionais que impedem olhar para o problema ou abrir a “caixa de pandora”¹⁹.

As condições de privacidade, o processo de capacitação das entrevistadoras, sua permanência na mesma unidade durante toda a investigação e, certamente, a supervisão e apoio psicológicos propiciados contribuíram para o estabelecimento de vínculo com as

gestantes e, conseqüentemente, maior disponibilidade para relatarem os eventos de violência. Essa pode ter sido a única oportunidade que essas mulheres tiveram de manifestar seu sofrimento.

Consideramos que é necessário e possível criar condições, nos serviços de saúde, para identificar o problema e acolher a mulher vítima de violência doméstica, especialmente na atenção primária, tendo o cuidado para não banalizar, relativizar ou naturalizar essa situação²⁰.

Agradecimentos: Às gestantes participantes, aos funcionários do Centro de Referência e Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e da UBS Santa Mônica, ao Diretor do Distrito Sanitário, Coordenadores e profissionais de saúde da Região Sudoeste de Campinas-SP. À Sílvia Nogueira Cordeiro, pelo apoio psicológico às entrevistadoras.

Referências Bibliográficas

1. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Lori H, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368:1260-69.
2. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz, AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of Violence Against Pregnant Women. *JAMA* 1996; 275(24): 1915-1920.
3. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev. Brás Epidemiol* 2007; 10 (3): 310-22.
4. Nasir K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries. *European Journal of Public Health* 2003; 13:105-7.
5. Menezes CT, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência Física Doméstica e Gestação de um Inquérito no Puerpério. *RBGO* 2003; 25(5): 309-316.
6. Watts C, Zimmerman. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002; 359: 1232-37.
7. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2004; 18: 260-269.
8. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Pinho AA, Hanada H, Felicíssimo A, Kiss Lb, Durand JG. Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher, São Paulo-FMUSP 2003^a (Relatório Final da Pesquisa a FAPESP, Processo n. 98/14070-9).
9. Cavalhares SBJ, et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. *Addiction*. v. 88, p. 791-804, 1993.

10. Mari JJ, Willians P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SQR-20) in Primary Care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 23-6.
11. Audi CAF, Corrêa AMS, Turato E, Santiago SM, Andrade MGG; Rodrigues MSP. Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas-SP [acessado em 12-12-2007]
http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1092
12. Jasinsk JL. Pregnancy and domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse* 2004; 51(1): 47-64.
13. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol Scand* 2000; 79 (8): 625-30
14. Organização Mundial da Saúde. OMS. Relatório Munidal sobre violência e saúde. Genebra, 2002. 359 pgs.
15. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 2002; 79: 269-277
16. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (N Esp): 112-20.
17. Martín FM. La Violencia en la pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública* 1999; 5(4/5): 245-257.
18. Heise, Lori. Violência e gênero: uma epidemia global. *Cad. Saúde Pública*, 1994, vol.10 supl.1, p.135-145.
19. Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence-Opening Pandora's Box. *JAMA* 1992; 267.
20. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública* 2005, 39(5): 695-701.

Tabela 1- Análise bivariada das características sócio-demográficas, hábitos de vida não saudáveis e situações violência vivenciada pela gestante. Campinas-SP

Características da gestante		Tipos de VPI									
		Total 1379			Psicológica N 263 19,1%			Física e sexual N 89 6,5%			
	Categoria	N	%	n	OR	IC	P	n	OR	IC	p
Idade em Anos	<=19	325	23,6	65	1,08	0,78-1,49	0,684	21	1,00	0,58-1,70	0,902
	>19	1154	76,4	198	100			68			
Escolaridade (anos de estudo)	Até 8 *	648	47,1	145	1,50	1,14-1,99	0,003	57	2,17	1,35-3,48	0,006
	Mais de 8	727	52,9	117	1,00			31	1,00		
Cor	Br/Am**	779	56,4	135	1,29	0,98-1,68	0,065	53	0,87	0,56-1,36	0,563
	Pr/Parda	597	43,6	127				36	1,00		
Religião	Católica	701	50,8	118	0,74	0,57-0,98	0,037	48	1,14	0,73-1,80	0,621
	Outras	678	49,2	145	1,00			41	1,00		
Trabalho Atual	Sim	340	24,7	54	0,75	0,53-1,05	0,099	18	1,00	0,43-1,33	0,381
	Não	1039	75,3	209				71	0,76		
Classificação Econômica	D/E	632	45,8	134	1,28	0,98-1,68	0,064	51	1,64	1,04-2,59	0,032
	Outros	747	54,2	129	1,00			38	1,00		
Situação Conjugal	Não Estável	259	18,8	57	1,25	0,87-1,75	0,182	29	2,23	1,36-3,63	<0,001
	Estável	1120	81,2	206	1,00			60	1,00		
Responsável Pela família	Outros	496	30,0	91	1,00			32	1,00		
	Ambos***	764	48,2	125	2,91	1,84-4,58	<0,001	38	2,76	1,43-5,25	0,003
	Gestante	119	5,5	47	3,34	2,16-5,15	<0,001	19	3,63	1,93-6,78	<0,001
Tabagista	Sim	188	13,6	43	1,31	0,89-1,92	0,184	16	1,42	0,78-2,58	0,282
	Não	1191	86,4	220	1,00			73	1,00		
Consumo de álcool	Sim	19	1,4	6	1,98	0,67-5,67	0,269	4	4,00	1,10-13,25	0,032
	Não	1360	98,6	257	1,00			85	1,00		
Presenciou Agressão Física (infância)	Sim	431	31,3	129	2,59	1,95-3,45	<0,001	39	1,78	1,15-2,76	0,008
	Não	948	68,7	134	1,00			50	1,00		
Sofreu Agressão Física (infância)	Sim	245	17,8	82	2,65	1,92-3,65	<0,001	30	2,54	1,60-4,04	<0,001
	Não	1134	82,2	181	1,00			59	1,00		
Toque Sexual (infância)	Sim	93	6,7	28	1,93	1,18-3,14	0,007	12	2,32	1,21-4,44	0,009
	Não	1286	93,3	235	1,00			77			

*Missing. **Branca Amarela; Preta e Parda. ***Ambos: Gestante e Pí são relatados pela gestante como responsáveis pela família

Tabela 2- Análise bivariada das características da saúde reprodutiva e condições relacionadas à saúde mental da gestante. Campinas - SP.

Características		Total 1379		Tipos de VPI							
				Psicológica N 263 19,1%				Física e sexual N 89 6,5%			
				N	OR	IC	p	n	OR	IC	p
Idade da 1ª relação sexual	<=16	818	59,3	172	1,38	1,03-1,84	0,030	26	1,72	1,05-2,82	0,030
	>16	561	40,7	91				63			
Idade da 1ª Gravidez	<=16	322	23,4	182	1,62	1,19-2,20	<0,001	36	2,38	1,50-3,08	<0,001
	>16	1057	76,6	81				53			
Início da Consulta Pré-natal Semanas	<=12	1092	79,2	205	0,91	0,65-1,28	0,640	64	1,00	0,92-2,54	0,106
	>12	287	20,8	58	1,00			25	1,53		
Tem dificuldade em fazer pré-natal *	Sim	91	6,6	25	1,67	1,00-2,77	0,048	15	3,24	1,69-6,11	<0,001
	Não	1288	93,4	238	1,00			74	1,00		
Filho com Outro Homem	Sim	293	21,2	55	0,98	0,69-1,37	0,949	30	1,99	1,22-3,22	0,004
	Não	1086	78,8	208	1,00			59	1,00		
Primípara	Sim	619	44,9	113	0,91	0,69-1,20	0,530	30	0,61	0,38-0,97	0,037
	Não	760	55,1	150	1,00			59	1,00		
Número de Filhos	>2	298	21,6	63	1,18	0,85-1,64	0,345	29	1,83	1,21-2,98	0,013
	<=1	1081	78,4	200	1,00			60			
Transtorno Mental Comum	Sim	723	52,4	178	2,19	1,64-2,94	<0,001	72	4,16	2,36-7,41	<0,001
	Não	656	47,6	85	1,00			17			

*Dificuldade em fazer consulta de pré-natal (problema financeiro, não consegue agendar consultas, não tem com quem deixar os filhos, não gosta do atendimento dos profissionais, não acha importante fazer o pré-natal, não tem como deixar o serviço para fazer o pré-natal)

Tabela 3- Análise bivariada das características sócio-demográficas, hábitos de vida não saudáveis do parceiro íntimo da gestante. Campinas-SP.

Tipos de VPI											
Características do Parceiro íntimo		Total 1379			Psicológica N 263 19,1%			Física e sexual N 89 6,5%			
	Categoria	N	%	n	OR	IC	P	N	OR	IC	p
Idade do Pai (em anos)	<=19	117	8,5	32	1,68	1,07-2,64	0,023	79	1,40	0,66-2,89	0,443
	>19	1262	91,5	231	1,00			10	1,00		
Nível Escolaridade	Fundam	743	53,8	137	1,24	0,57-1,06	0,116	54	1,89	1,18-2,98	0,006
	Méd/Univ	636	46,2	126	1,00			35	1,00		
Trabalho Atual	Não	172	12,5	43	1,49	1,01-2,21	0,045	25	3,03	1,80-5,09	<0,001
	Sim	1205	87,5	220	1,00			64	1,00		
Mora com PI	Não	249	18,1	58	1,00	0,52-1,03	0,074	26	1,00	0,31-0,84	0,007
	Sim	1130	81,9	205	0,73			63	0,51		
Tempo que Mora PI.	< =1 ano	363	26,3	76	1,17	0,86-1,60	0,329	24	1,10	0,62-1,72	0,985
	> 1ano	1016	73,7	187	1,00			65	1,00		
Frequência uso de álcool semanal	< =1 *	313	62,4	55	1,00	1,68-4,00	<0,001	13	1,00	2,14-9,12	<0,001
	2ou mais	194	29,6	69	2,59			31	4,39		
Tabagista	Sim	461	33,4	117	1,80	1,35-2,39	<0,001	45	2,15	1,37-3,38	<0,001
	Não	918	66,6	146	1,00			44	1,00		
Usuário de drogas ilícitas	Sim	83	6,0	28	2,31	1,39-3,79	<0,001	19	5,20	2,84-9,46	<0,001
	Não	1296	94,0	235	1,00			70	1,00		

*Menos que uma vez por < 1 x sem; > 1x sem: mais que uma vez por semana

Tabela 4- Fatores associados à violência psicológica e física/sexual, perpetrada pelo parceiro íntimo durante o período gestacional. Campinas-SP, 2004-2006

Tipo de Violência	Variável	OR Bruto	OR Ajustado	IC Ajustado	p
Psicológica	Baixa escolaridade da gestante	1,50	1,44	1,08-1,92	0,013
	Gestante Responsável pela família	3,34	2,51	1,65-3,83	<0,001
	Transtorno Mental Comum	2,19	1,77	1,31-2,38	<0,001
	Gestante presenciou agressão física na infância.	2,59	1,98	1,42-2,76	<0,001
	Gestante sofreu agressão física na infância.	2,65	1,52	1,04-2,22	0,029
	Idade Pai (PI)	1,68	1,74	1,09-2,75	0,019
	Uso de álcool duas ou mais vezes por semana pelo PI	2,59	2,61	1,84-3,71	<0,001
Física/sexual	Baixa escolaridade da gestante	2,17	1,77	1,09-2,86	0,020
	Gestante Responsável pela família	3,63	2,05	1,13-3,72	0,017
	Transtorno Mental Comum	4,75	2,98	1,70-5,24	<0,001
	Gestante sofreu agressão física na infância.	2,54	1,71	1,03-2,85	0,038
	Tem dificuldade em comparecer a consulta de pré-natal	3,24	2,31	1,18-4,51	0,014
	PI não trabalha	3,03	1,77	1,00-3,10	0,048
	Uso de drogas pelo PI	5,20	2,28	1,17-4,42	0,015
	Uso de álcool duas ou mais vezes por semana pelo PI	4,39	2,76	1,63-4,68	<0,001

CAPÍTULO 3- ASSOCIAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GESTAÇÃO E PESO AO NASCER OU PREMATURIDADE

(Aceito para publicação Jornal de Pediatria - Vol. 84, nº1, 2008).

Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade

Association between domestic violence during pregnancy and birth weight or premature birth

Celene Aparecida Ferrari Audi. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social. CP6111 CEP 13081-970, Campinas-SP; e-mail celenefaudi@yahoo.com.br

Ana M. Segall Corrêa. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social; e-mail: amsegall@uol.com.br

Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Departamento de Epidemiologia; e-mail: mdrddola@usp.br.

Silvia M. Santiago Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social; e-mail santiago@fcm.unicamp.br.

Endereço para correspondência

Celene Aparecida Ferrari Audi. Faculdade de Ciências Médicas - Departamento de Medicina Preventiva e Social; Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Tessália Vieira Camargo nº 126, Cidade Universitária “Zeferino Vaz”- UNICAMP
Campinas - SP - CEP 13084-270. Telefone 19- 35218036.

e-mail: celenefaudi@yahoo.com.br.

Esta pesquisa recebeu apoio do DECIT/SCTIE/ e pelo Fundo Setorial de Saúde(CT-saúde)/CNPq(CT-saúde/CNPq).Processo n. 505273/2004-7.

Resumo

Objetivo: avaliar se a violência doméstica na gestação está associada a desfechos desfavoráveis na saúde do lactente, medidos pelo baixo peso ao nascer ou prematuridade (BPN ou PM). **Método:** estudo de coorte prospectiva, realizado com gestantes que fizeram pré-natal em 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), do município de Campinas - São Paulo, durante os anos de 2004 a 2006. Foi utilizado questionário estruturado e validado no Brasil. As gestantes tiveram no mínimo duas e no máximo três entrevistas realizadas durante pré e pós-natal. Foi utilizada análise descritiva dos dados. O teste T de Student foi utilizado para comparar as médias do peso ao nascer e da idade gestacional entre os grupos de gestantes que sofreram, durante a atual gestação, violência doméstica e aqueles que não sofreram. A análise de regressão logística foi utilizada para verificar os fatores associados ao baixo peso ou prematuridade. **Resultados:** Foram acompanhadas durante o período de pré-natal e pós-natal (n=1229) 89,1% das gestantes; 10,9% foram as perdas de acompanhamento, basicamente por mudança de endereço. O peso médio ao nascer foi de 3,233 gramas; idade gestacional foi em média 38,56 semanas. Apresentaram BPN ou PM 13,8% RN. Condições de risco para BPN ou PM foram: gestante ter tido RN PM em outra gestação ($p<0,005$), ser tabagista ($p<0,001$), ter tido parto por cesárea ($p<0,001$), ser baixa a escolaridade do parceiro ($p<0,008$). **Conclusão:** Neste estudo não foi observada associação estatisticamente significativa entre violência doméstica perpetrada pelo parceiro e baixo peso ao nascer ou prematuridade.

Palavras-Chave: Estudos de coorte, recém-nascido de baixo peso, recém-nascido prematuro, violência doméstica e gravidez.

Abstract

Objective: of this study was to evaluate whether domestic violence during pregnancy is associated with unfavorable outcomes for infant health: low birth weight (LBW) or premature birth (PB). **Methodology:** Prospective cohort study with pregnant women receiving pre-natal care in 10 basic health care units in the municipality of Campinas, São Paulo, from 2004 to 2006. A questionnaire developed and validated in Brazil was used to evaluate domestic violence. A minimum of two and maximum of three interviews were conducted with the pregnant women during the pre- and post-natal care period. Descriptive analysis of the data was conducted. Student's t-test was used to compare the means of the birth weights and the gestational ages of the group of women who suffered domestic violence during their pregnancies and the group of women who were not victims of such violence. Logistic regression analysis was used to verify factors associated with low birth weight or premature birth. **Results:** Of the women receiving health care in the 10 health care units during the study period, 89,1% (n=1229) were followed, with a loss of 10,9%. Mean birth weight was 3.233 g, and mean gestational age was 38.56 weeks. Of the newborns, 13.8% had low birth weight or were born prematurely. The variables associated with LBW or PB were: PB in previous pregnancy ($p<0.005$), smoking ($p<0.001$), cesarean birth ($p<0.001$), and low educational level of the partner ($p<0.008$). **Conclusion:** In this study, no association was observed between domestic violence during pregnancy and low birth weight or premature birth.

Key words: cohort study, newborns low birth weight, newborns premature birth, domestic violence and pregnancy.

Introdução

A violência doméstica durante a gestação tem sido considerada como importante fator de risco para a saúde da gestante e do feto, assim como um grave problema de saúde pública. Em revisão bibliográfica encontrou-se uma prevalência de violência durante o período gestacional entre 0,9% a 20,1%, e na maioria das vezes o parceiro íntimo (PI) é o perpetrador dessa violência^{1,2}.

A relação entre baixo peso ao nascer (BPN) e violência doméstica durante o período gestacional não é consensual na literatura especializada. Diferentes metodologias de pesquisa utilizadas podem contribuir para que essa relação permaneça desconhecida, uma vez que muitos dos resultados não são comparáveis. Isso justifica o fato de que alguns estudos têm descrito associação positiva da violência doméstica durante o período gestacional com BPN, prematuridade (PM) ou ambos^{3,4,5}, e outros não encontraram qualquer associação^{6,7,8}.

O BPN pode resultar de uma gama de fatores biológico, comportamental e socioeconômico e pode ser compreendido como uma consequência direta desses fatores ou como indireta. O efeito direto entre violência e BPN pode ocorrer por trauma abdominal, e de maneira indireta, e não menos grave, por uso de drogas e álcool, situação de estresse e nutrição inadequada⁹. A literatura científica associou esses riscos indiretos à diminuição do crescimento fetal e trabalho de parto precoce, que podem culminar com a chegada de um recém-nascido com BPN ou PM¹⁰.

A violência doméstica contra a mulher se caracteriza por um padrão de conduta coercitivo tanto quanto a sua saúde física e/ou sexual como também a psicológica. Poucas investigações realizadas no Brasil examinaram o impacto dessas violências ocorridas durante o período gestacional, as situações de estresse que provocam na gestante, e sua repercussão sobre o peso ao nascer e prematuridade dos bebês¹¹. O objetivo deste estudo foi avaliar se a violência doméstica na gestação está associada a desfechos desfavoráveis na saúde do recém-nascido, medidos pelo indicador de baixo peso ao nascer ou de prematuridade.

Metodologia

Realizou-se um estudo de coorte prospectivo, que incluiu 1379 gestantes que fizeram seus acompanhamentos de pré-natal em 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na Região Sudoeste do município de Campinas - São Paulo, durante os anos de 2004 a 2006. Foram incluídas todas as gestantes que aceitaram participar do estudo. Quando a gestante tinha idade igual ou menor de 19 anos, uma pessoa da família que referia ser responsável pela gestante também assinava a carta de consentimento livre e esclarecido.

Procedimentos éticos foram respeitados durante todas as etapas do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (processo N° 116/2004).

O questionário usado para pesquisar eventos de violência doméstica foi validado para uso no Brasil por Schraiber ¹². Este inclui questões referentes à violência psicológica, violência física e sexual, e à frequência com que esses eventos ocorreram: “*uma vez*”, “*várias vezes*” e “*muitas vezes*”. Esses eventos foram pesquisados: “*durante esta gravidez, período pós-parto imediato e no último ano antes de engravidar*”. Neste artigo analisamos questões referentes à violência perpetrada pelo parceiro íntimo (PI), contra a mulher durante a gestação atual.

As gestantes foram entrevistadas nas consultas de pré-natal, momento em que eram convidadas para participar da pesquisa, independentemente da idade gestacional. Para gestantes com até 28 semanas de gestação e que não referiram violência física e/ou sexual, uma nova entrevista era realizada quando esta estivesse no 3º trimestre de gestação, e uma outra entrevista era agendada até 45 dias após o nascimento. A gestante que referisse episódios de violência física e/ou sexual nessa primeira entrevista tinha uma próxima agendada pós-parto. Quando a gestante no momento da primeira entrevista encontrava-se no 3º trimestre de gestação independentemente de ter ou não referido violência, agendava-se uma entrevista pós-parto. Portanto, cada gestante pode ter tido no mínimo duas entrevistas e no máximo três entrevistas.

Além do módulo sobre violência, o questionário continha variáveis relacionadas a características demográficas e socioeconômicas da gestante e do PI, história reprodutiva materna e situação da gravidez atual, situação do pós-parto e alimentação infantil, condições de moradia, presença de rede social. A classificação elaborada pela Associação Nacional das Empresas de Pesquisa Mercado (ANEP)¹³, conhecida por Critério de Classificação Econômica Brasil, foi utilizada para categorizar o estrato social das gestantes.

Para identificação de provável transtorno mental, o *SQR-20-Self-Report Questionnaire* foi usado em todas as entrevistas, utilizando ponto de corte menor ou igual a sete (não) e maior que sete (sim)¹⁴. Para essa análise, consideramos aquelas respostas referentes à 1ª e 2ª entrevistas, realizadas durante a gestação. Os eventos adversos relacionados a essa gravidez foram pesquisados em um rol de questões que fazem parte do questionário sobre problemas de saúde da atual gestação.

As variáveis do recém-nascido foram pesquisadas na última entrevista com as puérperas, sendo esses dados coletados da carteira de registro do pré-natal ou da carteira de registro que a criança recebe no momento da alta hospitalar.

Foi considerado BPN recém-nascido com peso inferior a 2.500 gramas; e como prematuros, aqueles que nasceram quando a gestante se encontrava com menos de 37 semanas de gestação (variáveis dependentes). Os tipos de violência sofridos foram analisados como variáveis independentes, e as demais variáveis - sociodemográficas (da gestante e seu parceiro), antecedentes e morbidade gestacional - como controles.

Para esse estudo, foi definida uma amostra de 1.400 gestantes selecionadas segundo a ordem de comparecimento à consulta de pré-natal, independentemente da idade gestacional em que se encontravam, em todas as 10 UBS da Região Sudoeste de Campinas. Essa região, de cerca de 200.000 habitantes, foi escolhida por ter alta proporção de SUS dependência, cerca de 90% da população. Essa amostra atendeu a duas exigências principais, estimar com razoável confiabilidade e precisão ($\alpha < 0,05$ e $1 - \beta < 0,20$) a proporção de gestantes vítimas de violência nesta coorte, e a magnitude da associação entre VD e vários desfechos, entre eles BP ou PM, com estimativa de RR de dois, razão entre expostos e não expostos à VD de 1:6, proporção de efeito entre expostos de 16%, com confiabilidade de 95% e poder de teste de 80, além de expectativa de perda de seguimento de 20%.

Para a análise da associação entre BPN ou PM e as formas de violência contra a gestante, foram realizados testes de associação usando a estatística do qui-quadrado, seguidas de análise múltipla com uso de modelo de regressão logística. Foram selecionadas para o modelo de regressão logística todas as variáveis com valor de “p” menor que 0,20 ($p < 0,20$) nas análises bivariadas. A variável permaneceu no modelo final caso fosse estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). As medidas de risco utilizadas foram: risco relativo (RR) nas análises bivariadas e “odds ratio” (OR) na análise de regressão logística múltipla. O teste T de *Student* foi utilizado para comparar as médias do peso ao nascer e da idade gestacional entre os grupos de gestantes que sofreram violência doméstica e aquelas que não foram vítimas desse tipo de violência.

Resultados

Das 1400 gestantes previstas, foi possível incluir 1379, sendo que 1229 (89,1%) foram acompanhadas durante o período de pré-natal e pós-natal. Dentre aquelas, que não concluíram o seguimento, o principal motivo foi o não comparecimento da gestante à consulta de pré-natal e o endereço referido não foi localizado na busca ativa, seguido das gestantes que tiveram aborto espontâneo, recém-nascido faleceu, pseudociese e a gestante que não quis continuar a entrevista.

Os recém-nascidos que fizeram parte dessa coorte apresentaram peso médio ao nascer de 3,233 gramas (dp 522,95) e a idade gestacional foi em média 38,56 (dp 1,89) semanas de gestação. Tiveram BPN ao nascer 84 (6,1%) RN, foram PM 142 (10,3%) e aqueles que tiveram BPN ou PM foram 190 (13,8%), sendo essa última a condição analisada neste estudo.

Gestantes que tiveram RN com baixo peso ou prematuro tinham em média 23,2 (dp 5,2) anos de idade, 50 (17,5%) eram adolescentes. Noventa e quatro (16,5%) tinham até 8 anos de escolaridade e 95 (16,9%) pertenciam à Classificação Econômica D ou E. Cento e quarenta e duas gestantes (16,9%), não trabalhavam fora de casa e 152 (15,2%) eram casadas ou estavam em situação de união consensual estável. Nenhuma dessas variáveis apresentou associação estatisticamente significativa com BP ou PM (Tabela1).

A tabela 2 mostra as incidências e riscos relativos para BP ou PM. A entrada tardia no pré-natal ($p=0,028$), antecedentes maternos de filhos com BPN ($p=0,015$) ou PM ($p=0,003$), fumar cigarros durante a gestação ($p<0,001$) e parto cirúrgico na atual gestação foram condições de risco para recém-nascidos apresentarem BP ou PM.

Entre as características do Parceiro Íntimo (PI), apenas sua baixa escolaridade representou risco para BPN ou Prematuridade. A prevalência de BPN ou PM entre gestantes vítimas de violência foi de 14,8%. Embora tenham sido constatadas altas prevalências de violências sofridas pelas gestantes na coorte estudada, não foi observada associação significativa com o BPN ou PM (Tabela 3).

Do mesmo modo, não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias das idades gestacionais e as do peso ao nascer, entre os grupos de gestantes expostas a violência doméstica (VD) e o grupo de gestantes não expostas a VD. Às médias das idades gestacionais no grupo exposto foi de 38,30 (dp 1,99) semanas de gestação e no grupo não exposto foi de 38,65 (dp=1,81). Recém-nascidos de gestantes expostas a VD nasceram com peso médio de 3.230 gramas (dp 541,26), e o grupo não exposto com média de 3,251 gramas (dp 492,55).

Apresentamos na tabela 4 as condições de riscos para baixo peso ou prematuridade, na coorte estuda. Após realização do modelo de regressão logística, observou-se que são preditores para baixo peso ao nascer ou prematuridade, a ocorrência de filho prematuro em gestação anterior ($p=0,005$), uso de cigarro durante a gestação, partos cirúrgicos ($p<0,001$) e baixa escolaridade do parceiro íntimo ($p=0,008$).

Discussão

A prematuridade associada ao baixo peso ao nascer é considerada uma importante questão de saúde pública, em razão de sua significativa prevalência no Brasil, em torno de 10%. Em Campinas, local deste estudo, foi observado, em 2004, frequências de 9,7 % de baixo peso ao nascer e 8,7% de prematuridade. Sabe-se que ambas são condições que conferem maiores risco de mortalidade e de comprometimento da qualidade de vida de muitos dos que sobrevivem¹⁵. A opção de trabalhar com uma variável

que represente a condição de BP ou de PM justifica-se porque a prevalência de baixo peso, em princípio, pode estar associada tanto à prematuridade como ao retardo do crescimento uterino¹⁶.

Os resultados do estudo de coorte aqui apresentados não confirmaram a hipótese inicialmente colocada de que a violência perpetrada contra a mulher durante a gravidez pode levar a um maior risco de partos com recém-nascidos prematuros ou de baixo peso.

Todavia, foram observadas associações significativas dessas condições, como tabagismo durante a gestação, parto cirúrgico e histórico de baixo peso ou prematuridade em gestações anteriores, achados comuns a outros estudos^{6, 10}.

Não foi encontrada na literatura científica pesquisada a relação, verificada neste estudo, entre BPN ou prematuridade e baixa escolaridade do PI. Entretanto, em revisão sistemática, os autores encontraram associação entre BP ou PM com a profissão do PI - maiores riscos foram observados entre os agricultores, trabalhadores das indústrias, mineiros e desempregados, quando comparados com os técnicos ou aquelas profissões que requerem maior especialização¹⁷.

A produção científica disponível hoje não mostra consenso a respeito dos resultados da análise da possível relação entre violência doméstica durante gestação e baixo peso ao nascer ou prematuridade. Estudo de meta-análise, realizado com o objetivo de verificar a relação da violência com essas condições ao nascer, constatou existência de associação positiva (OR 1.4 IC 95% 1,1-1,8), concluindo que o abuso, durante o período gestacional, pode fazer parte de uma complexa interação de fatores que contribuem para o baixo peso⁵.

Nasir e colaboradores (2003)¹⁰ realizaram revisão sistemática da literatura em países em desenvolvimento, selecionando seis estudos: em dois deles os autores encontraram associação positiva com o baixo peso. Outros estudos transversais constataram que as gestantes que sofreram agressão física são mais propensas a ter filhos com baixo peso e prematuros^{9,18}.

Por outro lado, estudos de coorte realizados com gestantes/puérperas, em clínicas de pré-natal, não encontraram associação entre violência física e baixo peso ao nascer, violência e prematuridade ou mesmo entre violência doméstica e baixo peso ou prematuridade^{6, 19, 20, 21}. A falta de associação entre prematuridade, baixo peso e violência durante a gestação, também foi constatada em estudo transversal, realizado durante o pré-natal⁷. Em estudo Caso-Controle, realizado para avaliar o impacto do abuso físico durante a gestação, também não foi observado ser esse evento um fator de risco para baixo peso ou a prematuridade⁸.

Os resultados da investigação aqui apresentada não contradizem os de outros estudos, mas confirmam a complexidade das associações entre violência contra a mulher e os efeitos sobre as condições de saúde dos recém-nascidos. O desenho do estudo, o tamanho da amostra, bem como a qualidade dos procedimentos de entrevista foram adequados para a análise da hipótese colocada. Entretanto, como em qualquer outro estudo que aborda a questão da violência doméstica, não se pode afastar a hipótese da existência de sub-registro de casos de abusos, o que poderia ter levado à subestimativa de seus efeitos.

Este estudo, apesar de não ter confirmado a hipótese de efeitos adversos da violência sobre as condições de nascimento, mostra um espaço enorme de possibilidades de intervenção dos serviços de saúde, tanto no que diz respeito à assistência ao pré-natal da mulher vítima de violência quanto na abordagem adequada dos outros fatores associados ao baixo peso ou prematuridade e que não foi objeto de discussão neste trabalho.

Agradecimentos: Às mulheres e funcionários do Centro de Referência e Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e da UBS Santa Mônica, aos profissionais de saúde da Região Sudoeste de Campinas-SP, que contribuíram para a realização deste estudo. A psicóloga Sílvia Nogueira Cordeiro, pelo apoio psicológico às entrevistadoras. A Marina F. Réa, pelo apoio na realização deste *paper*.

Referências bibliográficas

1. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of Violence against Pregnant Women. JAMA. 1996; 275: 1915-1920.
2. Jasinsk JL. Pregnancy and domestic violence. Trauma, Violence & Abuse. 2004; 51: 47-64.
3. Kaye DK, Mirembe MF, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during risk of low birth weight and maternal complications a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda: A European Journal TM & IH. 2006; 2:1576-1584.
4. Shumway J, O'Campo P, Gielen A, Witter FR, Khouzami AN, Blakemore KJ. Preterm labor, placental abruption and premature rupture of membranes in relation to maternal violence or verbal abuse. The Journal of Maternal-fetal Medicine. 1999; 8:76-80.
5. Murphy CC, Schei B, Myhr T, Du Mont J. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. CMJ. 2001; 164: 1567-72.
6. Panaretto K, Mitchell HLM, Larkins S, Manassis V, Buettner P, Watson D. Risk factors for preterm, low birth weight and small for gestational age birth in urban Aboriginal and Torres Strait Islander women in Townsville. Aust New Zeal J Publ Health. 2006; 30: 163-70.
7. Leung WC, Lam YYJ, Lueng TW. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. Int J Gynecol Obstet. 1999; 66: 23-30.
8. Grimstad H, Schei B, Bache B, Jacobsen G. Physical abuse and low birth weight: a case-control study. BJOG. 1997; 104:1281-87.
9. Coker AI, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Arch Fam Med 2000; 9:451-57.
10. Nasir K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries. Eur J Public Health. 2003; 13:105-7.

11. Menezes CT, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência Física Doméstica e Gestação de um Inquérito no Puerpério. RBGO. 2003; 25: 309-316.
12. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Pinho AA, Hanada H, Felicíssimo A et al. Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher, São Paulo-FMUSP 2003^a (Relatório Final da Pesquisa a FAPESP, Processo n. 98/14070-9).
13. Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (ANEP) Critério de Classificação Econômica do Brasil. [Site na Internet]. [Acessado em 04/2004].

Disp. <http://www.datavale-sp.com.br/CCEB.pdf>.
14. Mari JJ, Willians P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SQR-20) in Primary Care in the city of São Paulo. Bristish J Psychiatry. 1986; 148: 23-66.
15. Ministério da Saúde. [Site na Internet]. Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco. [acessado em 19/01/2007]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2000/fqd17.htm>.
16. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara TL. Assistência pré-natal e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Rev Saúde Pública. 2003; 37: 303-10.
17. Sclowitz IKT, Santos IS. Fatores de risco na recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: um estudo de revisão. Cad Saúde Pública. 2006; 22: 1129-1136.
18. Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nascer em Costa Rica. Pan Am J Public Health. 2003; 14: 75-83.

19. Covington DL, Hage M, Hall T, Mathis M. Preterm Delivery and the Severity of Violence during Pregnancy. *The J Reprod Medicine*. 2001; 46:1031-9.
20. Berenson AB, Wiemann MC, Wilkinson GS, Jones AW, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. 1994; 170: 1760-9.
21. Jagoe J, Magann FE, Chauhan SP, Morrison JC. The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in low-risk obstetric population. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 182: 1067-9.

Tabela 1. Incidência e Riscos Relativos brutos para baixo peso ou prematuridade, segundo características sócias demográficas das gestantes. Campinas-SP, 2004-2006.

Baixo Peso ou Prematuridade. N=190								
Variável	Categoria	Sim		Não		RR	IC95%	p
		N	%	N	%			
Situação Conjugual	Casada	152	(15,2)	846	(84,8)	0,98	0,92-1,05	0,718
	Outras	38	(16,5)	193	(83,5)	1,00		
Idade em anos	<=19	50	(17,5)	236	(82,5)	1,18	0,88-1,58	0,323
	>19	140	(14,8)	803	(85,2)	1,00		
Cor da pele	Preta/Parda	90	(16,9)	441	(83,1)	1,18	0,91-1,53	0,250
	Br/Amarela	100	(14,4)	595	(85,6)	1,00		
Escolaridade anos de estudos	Até 8	94	(16,5)	477	(83,5)	1,12	0,86-1,46	0,434
	Mais de 8	96	(14,7)	558	(85,3)*	1,00		
Trabalho Atual	Sim	48	(15,5)	261	(84,5)	1,01	0,74-1,36	0,960
	Não	142	(15,4)	778	(84,6)	1,00		
Classificação Econômica.	D/E	95	(16,9)	468	(83,1)	1,18	0,91-1,54	0,237
	C	95	(14,3)	571	(85,7)	1,00		

* missing

Tabela 2. Incidência e Riscos Relativos brutos para baixo peso ou prematuridade, segundo história reprodutiva materna e morbidade referida na atual gestação. Campinas-SP, 2004-2006.

Baixo Peso ou Prematuridade. (N=190)						
Variável	Categoria	Sim		Não		RR
		N	%	N	%	
Idade da 1ª gravidez	≤19	119	(16,8)	589	(83,2)	1,23
	>19	71	(13,6)	450	(86,4)	1,00
Início das consultas de pré-natal.	> 12	51	(20,1)	203	(79,9)	1,41
	≤12 (semanas)	139	(14,3)	836	(85,7)	1,00
Dificuldade comparecer nas consultas de pré-natal.	Sim	10	(12,3)	71	(87,7)	0,79
	Não	180	(15,7)	968	(84,3)	1,00
Em outra Gestação *RN com BP	Sim	13	(29,5)	31	(70,5)	1,98
	Não	177	(14,9)	1008	(85,1)	1,00
Em outra gestação * RN com PM.	Sim	12	(34,3)	23	(65,7)	2,30
	Não	178	(14,9)	1016	(85,1)	1,00
Gravidez atual	Não					
	Planejada	120	(14,7)	699	(85,3)	0,85
	Planejada**	67	(17,3)	320	(82,7)	1,00
Hipertensão Arterial	Sim	16	(13,6)	102	(86,4)	0,87
	Não	172	(15,5)	935	(84,5)	1,00
Infecção de Urina.	Sim	47	(16,4)	240	(83,6)	1,07
	Não	143	(15,3)	794	(84,7)	1,00
Transtorno Mental Comum	Não	100	(15,7)	503	(84,8)	1,04
	Sim	90	(15,2)	536	(84,3)	1,00
Sentimento de rejeição	Sim	37	(20,2)	146	(79,8)	1,38
	Não	153	(14,6)	893	(85,4)	1,00
Internação***	Sim	35	(17,1)	170	(82,9)	1,13
	Não	155	(15,1)	869	(84,9)	1,00
Tipo de Parto	Cesárea	96	(19,4)	398	(80,6)	1,52
	Vaginal	94	(12,8)	641	(87,2)	1,00
Consumo de cigarro durante a gestação	Sim	44	(26,7)	121	(73,3)	1,94
	Não	146	(13,7)	918	(86,3)	

*RN recém-nascido BP Baixo Peso, PM Prematuro. * *Missing *** Internação durante o período gestacional.

Tabela 3. Incidência e Riscos Relativos brutos para baixo peso ou prematuridade, segundo perfil do parceiro íntimo e situação de violência. Campinas-SP, 2004-2006.

Baixo Peso ou Prematuridade.						
N=190						
Variável	Categoria	Sim		Não		p
		N	%	N	%	
Idade do PI Anos	<=19	19 (18,8)		82 (81,2)	1,24	0,81-1,90 0,407
	>19	171 (15,2)		957 (84,8)	1,00	
Reside com o PI	Sim	152 (15,1)		855 (84,9)	0,88	0,64-1,22 0,514
	Não	38 (17,1)		184 (82,9)	1,00	
Escolaridade anos de estudos	Até 8	107 (18,6)		467 (81,4)	1,47	1,13-1,92 0,004
	Mais de 8	83 (12,7)		572 (87,3)	1,25	
Gestante responsável pela família.	Sim	13 (13,4)		84 (86,6)	0,86	0,51-1,45 0,661
	Não	177 (15,6)		955 (84,4)	1,00	
Violência durante a atual gestação.	Sim	35 (14,8)		202 (85,2)	0,95	0,67-1,33 0,819
	Não	155 (15,6)		837 (84,4)	1,00	
VP sofrida pela gestante na atual gestação.	Sim	35 (15,1)		197 (84,9)	0,97	0,69-1,34 0,941
	Não	155 (15,5)		842 (84,5)	1,00	
VFS sofrida pela gestante na atual gestação.	Sim	9 (12,0)		66 (88,0)	0,77	0,41-1,43 0,489
	Não	181 (15,7)		973 (84,3)	1,00	
Gestante presenciou violência física na infância.	Sim	69 (18,0)		315 (82,0)	1,25	0,96-1,64 0,119
	Não	121 (14,3)		724 (85,7)	1,00	
Gestante sofreu agressão física na infância.	Sim	39 (17,9)		179 (82,1)	1,20	0,87-1,65 0,321
	Não	151 (14,9)		860 (85,1)	1,00	
Gestante foi tocada sexualmente na infância.	Sim	13 (17,1)		63 (82,9)	1,11	0,67-1,86 0,805
	Não	177 (15,4)		976 (84,6)	1,00	

PI Parceiro Íntimo. VP Violência Psicológica. VFS Violência Física Sexual.

Tabela 4. Análise de regressão logística dos fatores associados a baixo peso ou prematuridade. Campinas-SP, 2004-2006.

Características	Baixo Peso ou Prematuridade. N=190 (13,8%)			
	RR.* Bruto	OR. Ajustado	IC Ajustado	p
Gestante teve prematuro em outra gestação.	2,85	2,88	1,37-6,06	0,005
Gestante fumou durante a gravidez	1,99	2,12	1,44-3,17	<0,001
Parto por cesárea.	1,64	1,71	1,25-2,35	<0,001
Escolaridade até 8 anos de estudo do PI	1,58	1,53	1,11-2,10	0,008

* Risco Relativo calculado diretamente em análises bivariadas.

**CAPÍTULO 4- DOMESTIC VIOLENCE DURING GESTATION PERIOD:
PHYSICAL AND EMOTIONAL ADVERSE EVENTS EXPERIENCE
BY PREGNANT WOMEN**

(A ser submetido)

**Domestic Violence during Gestation Period: physical and emotional adverse
events experienced by pregnant women**

Celene Aparecida Ferrari Audi. State University of Campinas, Faculty of Medical Sciences, Department of Preventive and Social Medicine. P.O. Box 6111, Zip Code 13081-970, City of Campinas – State of São Paulo – Brazil. E-mail: celenefaudi@yahoo.com.br.

Ana M. Segall Corrêa. State University of Campinas, Faculty of Medical Sciences, Department of Preventive and Social Medicine. E-mail: amsegall@uol.com.br.

Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre. University of São Paulo, Faculty of Public Health, Department of Epidemiology. E-mail: mdrddola@usp.br.

Silvia M. Santiago. State University of Campinas, Faculty of Medical Sciences, Department of Preventive and Social Medicine. E-mail: santiago@fcm.unicamp.br.

This research was supported by the Department of Science and Technology (DECIT) / Secretary of Science, Technology and Strategic Inputs (SCTIE) / and the Sector Funding on Health - Technological Capacity (TC)-Health) / National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) (TC-Health/CNPq). Process n. 505273/2004-7

Resumo

Objetivo: buscou-se avaliar o impacto que a violência psicológica e física/sexual, perpetrada pelo parceiro íntimo, durante o período gestacional, tem sobre a saúde da gestante. **Desenho do estudo:** Trata-se de uma coorte prospectiva envolvendo 1379 gestantes SUS-dependentes, que foram entrevistadas em 10 Unidades Básicas de Saúde da região Sudoeste do município de Campinas-SP. Inicialmente realizou-se um estudo descritivo, e para verificar o impacto da violência na saúde da gestante utilizou-se a análise de regressão logística. **Resultados:** Durante o período gestacional, a prevalência da violência física e/ou sexual foi de 6,5%; e da violência psicológica foi de 19,1%. Para cada tipo de violência foi realizado um modelo de regressão, permanecendo no modelo para violência psicológica a associação com: infecção urinária (OR 1,56 IC95% 1,13-2,15), falta de desejo sexual (OR 1,53 IC95% 1,07-1,93), afecções ginecológicas (OR 1,52 IC95% 1,11-2,09), enxaqueca (OR 1,44 IC95% 1,07-1,93), sentimento de rejeição (OR 2,24 IC95% 1,59-3,16) e transtorno mental comum (OR 1,63 IC95% 1,20-2,20). Violência física e/ou sexual apresentou-se associada a: infecção urinária (OR 1,73 IC95% 1,06-2,81), falta de desejo sexual (OR 2,82 IC95% 1,72-4,59), sentimento de rejeição (OR 3,20 IC95% 1,98-5,19) e transtorno mental comum (OR 2,60 IC95% 1,48-4,53). **Conclusões:** A violência doméstica está relacionada a diferentes ocorrências clínicas e psicológicas na gravidez, e a abordagem do problema nos serviços de saúde requer um serviço organizado com profissionais tecnicamente preparados e estruturas físicas e técnicas adequadas para acolher essa gestante, assim como uma eficaz rede de referências multisetorial.

Descritores: violência doméstica, gestante, evento adverso, estudo de coorte.

Abstract

Objective: Evaluate the impact of domestic violence perpetrated by pregnant women's partners on their health. **Methodology:** The study comprised 1.379 pregnant women attending prenatal care in the Unified Health System (SUS) in the city of Campinas (state of São Paulo). These cross-sectional analyses derived from a baseline interview. Univariate analyses were used to estimate the prevalence of domestic violence and adverse events. Multivariate logistic regression analyses were carried out to identify the risk factors for psychological and physical/sexual violence. **Results:** Psychological violence was referred by 19.1% (263) of the patients, and physical or sexual violence by 6.5% (89). The logistic regression analysis showed that psychological and physical/sexual violence was associated with urinary infection ($p < 0.007$; $p < 0.027$), lack of sexual desire ($p < 0.018$; $p < 0.001$), gynecological problem ($p < 0.009$), headache ($p < 0.014$), feelings of rejection and mental health problems ($p < 0.001$ and $p < 0.001$). **Conclusion:** The mechanisms to identify the problem and provide inter- and multidisciplinary guidance should be reviewed, especially in the sphere of public health, with emphasis on primary health care.

Keywords: Pregnant, adverse event, domestic violence, cohort study.

Introduction

The multicentric study on health and domestic violence against women, performed by the World Health Organization (WHO, 2005), observed that between 1% (Japan) and 28% (Peru) of the women interviewed experienced physical violence during pregnancy or at least during some gestation period, considering that violence perpetrated by biological fathers corresponds to more than 90% of the cases¹.

The negative results caused by violence against women have been associated with reproductive health risks, chronic diseases, psychological consequences, lesions and deaths².

Regarding reproductive health, this type of violence may affect pregnancy and its result, either by direct or indirect mechanisms, leading to adverse events to the newborn's health during the gestation period and parturition. The direct mechanisms refer to abdominal traumas which lead to fetal suffering, hemorrhages, and even death and other types of physical aggressions that may impair the pregnant woman and her fetus' health. The indirect mechanisms are those expressed by the pregnant woman, such as psychological stress, which may affect her in different ways: late prenatal follow-up, chronic pain - especially pelvic pain -, arterial hypertension, inadequate nutrition, anxiety, depression and interrupted rest period^{3,4}.

Other factors associated with domestic violence or not, such as not healthful life habits, tabagism, and use of licit and illicit drugs during gestation period may also result in adverse events for the woman and neonate's health⁵.

Pregnancy has multiple meanings for women; however, it usually represents a period of vulnerability, extremely susceptible to the potential effect of violence on the maternal and neonatal health. The comprehension of risk factors originated from violence perpetrated against pregnant women and adverse events during the gestation period, such as abortion, hemorrhages, gynecological problems, depression, urinary and fecal incontinence, hospitalization, among others, have important clinical and public health implications^{6,7}. The appropriate early identification of violence and its predictor factors, as well as an adequate intervention during the gestation period may reduce its negative impact on the woman and child's health during pregnancy, parturition and postparturition⁸.

The objective of this study is to verify if adverse health effects reported by pregnant women during the gestation period are associated with psychological violence (PV) and physical/sexual violence (PSV) perpetrated by their intimate partner (IP).

Subjects and Methods

The data analyzed belong to pregnant women assisted by the Unified Health System (SUS) - dependent women who underwent their prenatal care in basic health units (10 BHU) from the Southeast region, in the city of Campinas, state of São Paulo, and accepted to participate in the cohort study about domestic violence during pregnancy, carried out from June 2004 to July 2006. This research was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Medical Sciences - State University of Campinas, under the document number 116/2004. More details on the research planning may be consulted under the bibliographic reference number 9.

Between the years 2004 and 2006, 1.379 pregnant women were picked and followed up during their gestation. During first contact with the interviewers, the pregnant women were invited to participate in the study, independently of their gestational age. At this moment, the free and clarified consent term was read, and the way in which the research would be carried out was explained, clarifying possible doubts and collecting authorization for domiciliary visits if it was necessary. After concordance of the pregnant woman, the questionnaire was filled up in a confidential place, making sure that the pregnant woman felt comfortable to tell her experiences in a safe and private way.

The 28 week-pregnant women who did not have reported any episode of physical or sexual violence was provided a new interview scheduled next to the nine months of gestation. In case of episode of this type of violence, the new interview was scheduled up to 40 days after parturition. When the pregnant woman was with 28 weeks of gestation or more, independently of having suffered physical and/or sexual violence, a new interview was scheduled after parturition. Therefore, one pregnant woman had a maximum of three and a minimum of two interviews.

The questionnaire comprises questions related to sociodemographic aspects about the pregnant woman and her current IP, maternal reproductive history and current situation of her pregnancy, postparturition situation and infant feeding, living conditions, existence of relationships and support, income, tabagism, frequency of use of alcoholic drink and illicit drugs by current partner.

The AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test - and the SQR 20 - Self-Report Questionnaire - were used to research the use of psychoactive substances by pregnant women, identifying mental health problems^{10, 11}, and both scales were previously validated for the Brazilian population. The SQR 20-Self-Report Questionnaire was applied to all interviews, considering the first and second interviews performed during gestation for this study.

The questions related to adverse events during current pregnancy were picked after researches of bibliographic references, which approach the subject; and the conjoint of these questions, which are part of the questionnaire, was studied in this paper.

During each interview, the pregnant woman was asked about the existence of some health problem in her current gestation. The adverse events researched were: high pressure found during gestation, vaginal bleeding, gynecologic signals and symptoms (vaginitis, pruritus, ardor, hurt, vaginal wart, pain during sexual intercourse and pain in lower belly), loss of vaginal liquid, urinary infection, heart problems, obesity, diabetes, fractures, headache, asthma, TSD/AIDS, lack of sexual desire, risk sexual behaviors (sexual intercourses without use of condom, multiple partners, sexual intercourses with sick people without protection), and if the pregnant woman felt rejected because of her gestation. The answers were always dichotomy - 'yes', 'no', 'I don't know', 'I don't want to answer', and clarified if these related events needed assistance or hospitalization.

Concerning the questions about violence, and after analyzing previous researches, it was opted for the use of the questionnaire validated in Brazil¹². This includes questions related to psychological violence (PV) characterized by insult, humiliation, intimidation and threat; physical and sexual violence (PSV), when there was reference to tap, pushing, hit, kick, strangulation or threat using firearm; and sexual, when reported forced sexual intercourse, occurrence of sexual intercourse for fear and forced practice of some type of not desired sexual intercourse.

The questionnaire refers to violence events “*during current pregnancy and in the last year before pregnancy*”, including the frequency in which this type of violence occurred (one time only, sometimes and several times). Those pregnant women who had suffered any type of psychological, physical and/or sexual violence should report it during the first and/or second interview.

Using recourses available in the health service, such as social and psychological assistance, and medical assistance, depending on severity, help was offered for pregnant women who reported aggressions. The pregnant women were also provided with useful addresses and telephone numbers of services to help them in cases of violence.

The calculated sample comprised 1.400 pregnant women, picked in an aleatory way, while attending a prenatal visit in the 10 Health Basic Units of the Southeast region of the city of Campinas. This sample allowed to estimate, with reasonable reliability and precision ($\alpha < 0.05$ and $1 - \beta < 0.20$), the proportion of pregnant women victims of violence, and the association between DV and the different events researched. The odds ratio (OR) estimate of 1.5, proportion between exposure and non-exposure to DV of 1:6, proportion of effect between exposure to 20% with 95% reliability and test power of 80, in addition to 15% loss expectance.

The data analysis referred to violence practiced for IP during current gestation. First, descriptive procedures were performed for prevalence estimate, and bivariate tests for estimate of nonadjusted OR, considering the types of violence as dependent variables (Y) and adverse events as independent variables (X).

The procedures of multiple model by logistic regression followed these analyses, selecting for inclusion all independent variables that showed association with each category of dependent variables: PV and PSV, at significance level of 20% ($p < 0.20$), remaining in the model the variables associated with violence with probability of alpha error lesser than $p < 0.05$. The association between the independent and dependent variables was expressed in OR values (real and adjusted), with 95% reliance interval, and even adjusted by maternal variables: education up to fundamental level, current work and the pregnancy's age under or equal to 19 years.

Results

The pregnant women studied had an average of 22 weeks of gestation (standard deviation (SD) – 6.8) during the first interview (1.379), and during the second interview (806), the average of gestational age was of 31 weeks (SD - 3.7).

It was observed violence prevalence rate of 19.6% (any episode of psychological, physical and/or sexual violence); the PV prevalence rate was of 19.1%; and of PSV, 6.5%. During the first interview, 5.9% of the pregnant women researched reported to suffer from PSV, and 16.8% was the prevalence rate of any domestic violence perpetrated by IP, suffered from the pregnant woman. During the second interview, 1.9% referred PSV and 8.6% referred at least one episode of violence.

In table 1, we showed prevalence of sociodemographic and obstetric characteristics of pregnant women exposed and non-exposed to violence. We opted for presenting prevalence in italic letter which, after bivariate analysis of data, presented $p \leq 0.05$, i.e. association with the types of violence researched.

It was found high violence prevalence among the pregnant young women; however, the pregnant woman's age did not present association with any violence category (V, PV and PSV). In this study, it was observed association with any violence category respecting pregnant women's education. Almost half of the pregnant women reported to have eight years of study, i.e. fundamental level of education; this condition presented association with the three violence categories researched (violence, PV and PSV). There was found association with PSV in pregnant women who declared to be married (stable consensual union and marriage), as well as there was association between PV and religion - approximately 45% of the pregnant women declared to belong to the Catholic religion.

Concerning the obstetric characteristics and violence categories studied (violence, PV and PSV), it was observed association between these types of violence and 16 years of age or under at first pregnancy and first sexual intercourse, as well the not scheduled current pregnancy. There was association between those pregnant women experiencing the first pregnancy and those who had two or more children alive were association with PSV ($p < 0.005$) (Table 1).

The characterization of adverse events reported by the pregnant woman during the gestation period, and the violence categories researched after bivariate data analysis, with their respective odds ratio, reliance interval and p value, are presented in table 2.

We observed high prevalence of violence and aggravations during gestation, which were even more elevated when the pregnant woman reported episodes of violence.

Regarding PV, it was observed association between migraine complaint and risk sexual behavior during gestation period. Over half of the women interviewed referred migraine during pregnancy; however, 81% of the pregnant women who suffered some type of insult, humiliation, threat and constraining reported this symptom. Risk sexual behavior was referred by 4.1% of the pregnant women, i.e. sexual intercourse without use of preservatives, different partners, and sexual intercourse with sick people during current gestation; among those victims of PV, we could observe two times more risk for such behaviors.

The prevalence of pregnant women who referred arterial hypertension and bleeding by vaginal via was approximately of 10%. However, pregnant women who were victims of PSV presented two times more risk for these aggravations during gestation. Although one of the lower prevalence of events reported by the pregnant woman has been asthmatic crisis, approximately 3% of pregnant women who were victims of PSV presented two and a half times more risk for this event. Among the events manifested during gestation, 18% of the pregnant women reported that needed some hospitalization; however, the pregnant women victims of PSV presented over two and a half times more risk for hospitalizations, when compared to pregnant women non-exposed to this type of violence.

Urinary infections and gynecologic affections (vaginitis, pruritus, ardor, vaginal wart, pain during sexual intercourse and lower belly) were reported by approximately 26% of the pregnant women interviewed; however, the pregnant women victims of PV and PSV presented increased risk (almost two times more) for these events.

Liquid loss was reported by 10% of the pregnant women interviewed; those who were victims of PV and PSV presented over one and a half time more risk for this event. The prevalence of pregnant women who reported lack of sexual desire and feelings of rejection for being pregnant was of approximately 15%.

However, pregnant women victims of PV presented over two times risk, and it was observed even more risk (over four times) in pregnant women who reported PSV. We could observe associations between the violence categories researched and possible mental health problems (47%). Concerning the pregnant women who reported PV, it was observed over two times risk, while those who were victims of PSV presented over four times more risk for this disturbance, when compared to pregnant women exposed to these types of violence.

In table 3, we presented real odds ratios, adjusted reliance intervals and respective p values for aggravations that remained in the logistic regression models. The adjustments were performed according to the pregnant woman's age, maternal education and current work.

The pregnant women victims of insults, humiliations, threats and offenses presented approximately 60% more occurrences of urinary infection, lack of sexual desire, gynecologic affections and mental health problems, when compared to the pregnant women who reported this type of behavior in their IP. Regarding this type of violence, it was observed as well, over two times risk of feelings of rejection for being pregnancy, and approximately one and a half time of being reported migraine during gestation.

Concerning the pregnant women who referred physical aggressions, such as tap; pushing; kick; threat using firearm, knife or another type of arm; as well as those who reported forced sexual intercourses, there were approximately 70% of occurrences of urinary infection. Over two and a half times risk was observed among those who reported lack of sexual desire and mental health problems. The risk was three times higher among those who felt rejected for being pregnant, when compared to pregnant women who were not victims of physical and/or sexual violence.

Discussion

This research presented high prevalence of violence during gestation period. The findings about violence and pregnancy included in the literature review vary greatly, with prevalence ranging between 3.2% and 66.0%. However, most agree with the present study findings. The results indicate estimates highly sensible to methodological factors (different research designs, instruments used to measure violence and population samples

considered in each research) and the non-response may threaten the research validity^{13, 14}. One of the studies suggests that questions in researches about domestic violence during gestation are conducted more than one time during the gestation period and in different ways¹⁵.

Stress during the gestation period may lead victims of violence to suffer from chronic diseases, such as arterial hypertension, asthma, cardiac disease; and acute disorders, such as urinary infection, gynecological affections, elevated physical and psychological stress, as well as may affect their reproductive health. It may also contributes for their isolation and inadequate access to health services, increasing the risk behavior (use of tobacco, drugs and alcohol), as well as inadequate maternal nutrition, with prejudicial effects on the pregnant woman and her fetus' health. Studies have reported that pregnant women victims of violence present more risk to suffer adverse events at gestation, when compared to women who are not pregnant^{6,15,16,17,18}.

In the present study, regarding the different opportunities to approach pregnant women, at least two contacts were made, usually in the 22nd And 31st weeks of gestation, and under adequate conditions of privacy and comfort. The method used assured the participation of 88.5% of the pregnant women and verified the prevalence of 19.6% of psychological, physical and/or sexual violence during pregnancy.

The research results indicated that pregnant women victims of psychological or physical and/or sexual violence presented more risks to report urinary infection, gynecological affections, and lack of sexual desire. These findings are similar to other studies^{18, 19, 20, 21}. However, there is no a consensus among the studies, since in some studies, authors did not find any risk or association between violence and adverse events during gestation^{16,21,22,23,24}.

It is interesting to highlight the positive association between different types of violence against pregnant woman and low education, precocious sexual activity, having two or more children, and be working. This suggests a more socially and economically deprived population, families in which the woman is the leader, and lack of family planning, leading to undesirable gestations.

Several of these questions are possible of being prevented in the scope of health services by family planning. Health services also need to be attentive to pregnant women who present frequent diseases and psychological problems, such as anxiety and depression during gestation, leading to suspicion of bad family relationships. Pregnant women under conditions that favor violence need attention and vigilance regarding clinical and psychological conditions.

Studies which evaluate violence and mental health have been frequent in the literature, although different instruments and methods are used in research. The SQR-20 was applied to this research, presenting results accordant with other authors' results. Studies showed that women victims of aggression have more risks of suffering from anxiety, fear, depression, low self esteem - pregnant women who feel not supported, intimidated and sad^{22,24,25,26,27}, when compared with those who were not victims of any type of aggression. As well as felling of rejection, mental health presented a strong association with the two violence categories.

However, anguish and other emotional disorders during gestation may be attributed to psychological and physiological factors common in pregnancy. The two factors may lead to adversity reported during parturition, as well as during gestation and post parturition. The association between psychological and physiological stress is a bidirectional process, i.e. high level of psychological stress and low level of social support may cause suppression of the autoimmune system, with clinical consequences and psychological disturbances, such as low self esteem, insomnia, sadness feelings, among others^{28,29}.

Although this is a prospective cohort research and the questions about adverse events have been directed "to current pregnancy", it is difficult to affirm if domestic violence is cause or effect of undesired manifestations which occurred during gestation period. However, the work allows us to hypothesize that domestic violence may function as an implicit or secondary psychosocial risk factor, which contributed for adverse events observed in pregnant women's physical and mental health.

Authors³⁰ defend that the impact of domestic violence on the pregnant woman's health is evident, and that there is a direct and/or indirect multifactorial causal relation that should be considered when analyzing the importance of these positive associations with

clinical practice and public health. In the absence of systematic corpus researches about domestic violence during pregnancy and its clinical consequences, a large fan of possible physical and psychological consequences should be considered in victimized pregnant women^{5,30}.

Despite no clinical confirmation of adverse events, the epidemiologic importance of these clinical manifestations suggests that efforts should be carried out to prevent and/or to attenuate the severe and prejudicial progression of these events. Therefore, studies have proposed that assistance protocols for pregnant women, approaching questions related to domestic violence, are included in health services, considering the prenatal follow-up period as the adequate and favorable time for this approach^{26,27,30}.

Integrated actions by monitoring system implementation, biopsychosocial support, social assistance, juridical accessory, support houses, among others, contribute to reducing adverse events.

We observed false-negative responses to violence situations not mentioned as limitation factors, which may appear to be bias in data analysis. The cohort could be more resistant if the adverse event data could have been collected before pregnancy, as well as if we had asked to these pregnant women if “they attributed these adverse events to violence suffered by them”; however, it could be difficult to reach in practice.

We considered cases of violence during gestation period as prevalent, since we did not ask to the multiparas if they had suffered violence in another gestation.

The approach to domestic violence against pregnant women in health services requires an organized service with prepared professionals, structured with adequate physical resources to receive these pregnant women, as well as an effective reference multisectorial network (juridical, social, psychological, police, religious, assistance to the aggressor, among others), aiming that all measures are taken to provide safeness and support to these women. This way, a precocious action of professionals involved with pregnant women and their families might contribute to diminish or cure adverse events during gestation period.

This study aims to support public policies to identify women who present high risk of suffering violence, as well as improve vigilance and avoid prenatal complications.

Acknowledgments: To women and employees at the Reference and Support Center for Women Victims of Domestic Violence, and at UBS Santa Mônica; the Head of the Sanitary District; Health Coordinators and Professionals from the Southeast Region of Campinas-SP, who contributed for this study; the psychologist Sílvia Nogueira Cordeiro, for her psychological support for the interviewers.

Bibliographic References

1. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Geneva: WHO; 2005.164p.
2. World Health Organization. Pan American Health Organization. Violence Against Women: The Health Sector Responds. Washington DC: WHO; 2003.131p.
3. Meza DPM, Salgado JCM, Rodríguez JCS, Naranjo LJC, Perea YYM, Obando MN. Violence Física y Psicológica contra la mujer embarazada. [acesso em 10 de fev de 2004]; 1(1):[24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.tone.udea.edu.co.contenido.htm>
4. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002; 359: 1331-36.
5. Petersen R, Gazmararian J, Sptiz A, Rowley DL, Goodwin MM, Saltzman LE, et al. Violence and adverse Pregnancy outcomes: A Review of the literature and directions for future research. Am J Prev Med 1997; 13:366-73.
6. Kaye DK, Mirembe MF, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during risk of low birthweight and maternal complications a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda: Tropical Medicine and International Health 2006; 2:1576-1584.
7. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2002; 79:269-277.
8. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Reed E, Raj A. Intimate Partner Violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Association with maternal and neonatal health. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2006; 195: 140-8.
9. Audi CAF et al. Uso de métodos qualitativos de investigação como suporte ao planejamento e execução de estudo de coorte sobre violência doméstica na gravidez. (*in press*).

10. Cavallhars SBJ, et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. **Addiction**. v. 88, p. 791-804, 1993.
11. Mari JJ, Willians P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SQR-20) in Primary Care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 23-6.
12. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Pinho AA, Hanada H, Felicíssimo A, Kiss Lb, Durand JG. Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher, São Paulo-FMUSP 2003^a (Relatório Final da Pesquisa a FAPESP, Processo n. 98/14070-9).
13. Jasinsk JL. Pregnancy and domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse* 2004; 51(1): 47-64.
14. Ellsberg M, Heise L, Peña R, Agurto S, Winkvist. Researching Domestic Violence Against Women: Methodological and Ethical Considerations. *Studies in Family Planning* 2001; 32 (1): 1-16.
15. MacFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for Abuse during Pregnancy. Severity and Frequency of Injuries and Associated Entry into Prenatal Care. *JAMA* 1992; 267:3176-3178.
16. Coker Al, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000; 9:451-57.
17. Mattson S, Rodríguez RN. Battering in Pregnant Latinas. *Sigues in Mental Health Nursing* 1999; 20:405-22.
18. Cokkinides VE, Cokker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea AL. Physical Violence During Pregnancy: Maternal Complications and Birth Outcomes. *Obstet Gynecol* 1999; 93:661-6.

19. Yost PN, Steven LB, McIntire DD, Leveno KJ. A Prospective Observacional Study of Domestic Violence During Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106:61-65.
20. Schei B, Bakketeig LS. Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse: a study of a random sample of Norweigian women. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96:1379-1383.
21. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *European J of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2002; 103: 26-29.
22. Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría A. La violència física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer em Costa Rica. *Pan Am J Public Health* 2003; 14 (2): 75-83.
23. Jagoe J, Magann FE, Chauhan SP, Morrison JC. The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in low-risk obstetric population. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1067-9.
24. Berenson AB, Wiemann MC, Wilkinson GS, Jones AW, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1760-9.
25. Leung WC, Wong YYM, Lueng TW. Pregnancy outcome following domestic violence in a Chinese community. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 72: 79-80.
26. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *Can Med Assoc J* 1993; 149(9): 1257-63.
27. Hillard PJ. Physical abuse in pregnancy. *Obstetric Gynecology* 1985; 66: 185-190.
28. Fischbach RL, Herbert B. Domestic Violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Soc. Sci. Med* 1997; 8(45): 1161-76.

29. Halbreich U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight and postpartum depression-the need for interdisciplinary integration. *American J of Obstetrics and Gynaecology* 2005; 193:1312-1322.
30. Newberger EH, Barkan SE, Lieberman ES, McCormick MC, Yllo K, Gary TL et al. Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome. *JAMA* 1992; 267: 2370-2372.

Table 1- Sociodemographic profile and obstetrical characteristics of pregnant women, according to type of violence and nonviolence. Campinas-SP, 2004-2006

Characteristics		No violence		Violence		Types of violence			
						Psychological		Physical/sexual	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sociodemographic	Adolescent (n 325 23,6%)	258	23.3	67	24.8	65	24.7	21	23.6
	Married (n 1120 81,2%)	910	82.1	210	77.8	206	78.3	60	67.4*
	Catholic religion (n 701 50,8%)	578	52.1	123	45.6	118	44.9*	48	53.9
	Current work (n 340 24,7%)	285	25.7	55	20.4	54	20.5	18	20.2
	Fundamental education level (n 648 47,1%)	500	45.2	148	55.0*	145	55.3*	57	64.8*
Obstetric	Age at first pregnancy <=16 years old (n 322=23.4%)	238	21.5	84	31.1*	81	30.8*	36	40.4*
	Age at first sexual intercourse <=16 years old (n 818=59.3%)	639	57.9	179	66.3*	172	65.4*	63	70.8*
	Primipara (n 619=44.9%)	503	45.4	116	43.0	113	43.0	30	33.7*
	Admission to prenatal care with more than 12 weeks of gestation (n 287=20.8%)	226	20.4	61	22.6	58	22.1	25	28.1
	Unplanned pregnancy (n 908=67.2%)	712	65.7	196	73.1*	190	72.8*	68	77.3*
*p<0.005									
	Two or more children (n 298=21.6%)	232	20.9	66	24.4	63	24.0	29	32.6*

Table 2- Maternal complaints manifested during the gestation period, according to the type of violence perpetrated by the intimate partner. Campinas, São Paulo-2004/2006.

Variable	Violence				Psychological violence			Physical and/or sexual violence		
	YES		NO		OR	RI 95%	p	OR	RI 95%	p
	N	%	N	%						
Arterial hypertension (n=133-9.7%)	32	11.9	101	9.1	1.27	0.80-1.89	0.334	2.01	1.07-3.72	0.038
	237	88.1	1005	90.9	1.00			1.00		
Vaginal bleeding (149-10.8%)	34	12.6	115	10.4	1.24	0.80- 1.90	0.367	2.07	1.14-3.73	0.015
	236	87.4	994	89.6	1.00			1.00		
Urinary infection (325-23.7%)	91	34.0	234	21.2	1.88	1.38-2.54	<0.001	1.83	1.13-2.96	0.012
	177	66.0	870	78.8	1.00			1.00		
Gynecological affections (354-25.7%)	103	38.1	251	22.6	2.04	1.52-2.74	<0.001	1.78	1.11-2.85	0.015
	167	61.9	858	77.4	1.00			1.00		
Migraine (692-50.2%)	165	61.1	527	47.5	1.81	1.36-2.40	<0.001	1.43	0.90-2.76	0.133
	105	38.9	585	52.5	1.00			1.00		
Asthma (39-2.8%)	10	3.7	29	2.6	1.48	0.67-3.72	0.393	2.75	1.01-7.13	0.048
	260	96.3	1080	97.4	1.00			1.00		
Liquid loss (127-9.2%)	37	13.7	90	8.1	1.78	1.16-2.74	0.007	1.94	1.01-3.66	0.044
	233	86.3	1018	91.9	1.00			1.00		
Risk sexual behavior (57-4.1%)	19	7.0	38	3.4	2.03	1.09-3.72	0.023	1.75	0.66-4.41	0.316
	251	93.0	1070	96.6	1.00			1.00		
Lack of sexual desire (214-15.6%)	69	25.6	145	13.1	2.18	1.55-3.07	<0.001	4.01	2.49-6.46	<0.001
	201	74.4	961	86.9	1.00			1.00		
Alcohol/illicit drug use(32-2.3%)	8	3.0	24	2.2	1.19	0.46-2.98	0.856	2.78	0.98-7.85	0.076
	262	97.0	1070	96.6	1.00			1.00		
Neurotic disturbances (656-47.6%)	85	31.5	571	51.5	2.19	1.64-2.94	<0.001	4.16	2.36-7.41	<0.001
	185	68.5	538	48.5	1.00			1.00		
Rejection (213-15.4%)	78	28.9	135	12.2	2.90	2.08-4.05	<0.001	4.75	2.96-7.61	<0.001
	192	71.1	974	87.8	1.00			1.00		
Hospitalization (248-18.0%)	61	22.6	187	16.9	1.38	0.98-1.94	0.068	2.36	1.44-3.96	<0.001
	209	77.4	922	83.1	1.00			1.00		

Table 3- Logistic regression analysis of risk factors for domestic violence reported by women during gestation period. Campinas-SP, 2004-2006.

Violence	Variable	Real OR	Adjusted*OR	Adjusted RI	p
Psychological	Urinary infection	1.88	1.56	1.13-2.15	0.007
	Lack of sexual desire	2.18	1.53	1.07-1.93	0.018
	Gynecological affections	2.04	1.52	1.11-2.09	0.009
	Migraine	1.81	1.44	1.07-1.93	0.014
	Feeling of rejection	2.90	2.24	1.59-3.16	<0.001
	Neurotic disturbance	2.19	1.63	1.20-2.20	0.002
	Urinary infection	1.83	1.73	1.06-2.81	0.027
	Lack of sexual desire	4.01	2.82	1.72-4.59	<0.001
	Feeling of rejection	4.75	3.20	1.98-5.19	<0.001
	Neurotic disturbance	4.16	2.60	1.48-4.59	<0.001
Physical/sexual					

*Adjusted according to: education until fundamental level, current work and pregnant women' age equal or under 19 years.

7- DISCUSSÃO GERAL

O método utilizado para a realização dessa pesquisa foi o de estudo de coorte, tendo sido adequado, pois permitiu a observação do grupo de gestantes, durante o período gestacional e puerpério, possibilitando estabelecer associações entre a exposição e a violência durante e antes do período gestacional e desfechos desfavoráveis à saúde da mulher da criança no período do puerpério. Permitiu, ainda, analisar os determinantes da violência, uma abordagem transversal nessa coorte, que contribuiu para o entendimento desse evento entre gestantes SUS dependentes da Região Sudoeste de Campinas (Hennekens, 1987).

O planejamento do estudo, que incluiu uma abordagem qualitativa, além de dar suporte à fase quantitativa, ofereceu informações relevantes, o que resultou no 1º artigo apresentado.

Os resultados dos estudos de violência contra a mulher são altamente sensíveis aos fatores metodológicos e a não-respostas. A não-resposta poderá ser porque ocorreu perdas dessas mulheres, não quiseram responder ou porque há diferenças na definição de violência, dos atos de violência e dos perpetradores. Outras situações de interação entre o entrevistador e a mulher poderão contribuir para a revelação ou não dos fatos. As razões mais frequentemente apontadas como indutoras desse tipo de viés: o sexo dos entrevistadores, a maneira como são feitas as perguntas, segurança do entrevistador e da mulher, o tempo decorrido para realizar a entrevista, outras pessoas presentes durante a entrevista, a oportunidade para que a mulher possa falar abertamente sobre o tema, a maneira como essas mulheres são acolhidas pelo entrevistador. Situações como essas poderão incluir no estudo erros de classificação; nesse caso, basicamente, o sub-registro dos eventos de violência sofrida, levando a subestimativa de seu efeito (Ellsberg, 2001).

Segundo a OMS (2006), recomendações éticas e de seguridade para investigação sobre violência doméstica contra a mulher devem fazer parte de toda pesquisa. A seguridade das entrevistadoras e das participantes é essencial para o desenvolvimento do projeto. A metodologia do estudo deve ser cuidadosamente preparada e basear-se em experiências atuais, possibilitando reduzir ao mínimo a subnotificação dos eventos de violência. Formação de vínculo entre a pesquisadora de campo e a mulher entrevistada é uma das maneiras para se garantir a confiabilidade dos dados. Além disso, recomenda-se

que a estrutura do estudo deva incluir medidas para reduzir o sofrimento das participantes, como adequada seleção, capacitação e apoio contínuo às entrevistadoras (OMS, 2006).

Os resultados dessa pesquisa também não estão livres das limitações apontadas, tais como: viés por perda de seguimento e principalmente viés de informação ligada ao sub-registro dos eventos de violência, embora todo o cuidado tenha sido tomado para minimizar essa situação. Dentre esses cuidados citamos: garantia de privacidade, estabelecimento de condição para formação do vínculo entre a entrevistadora e a gestante, respeito à vontade da gestante em relatar o fato ou não, interrupção da entrevista sempre que a gestante manifestasse esse desejo.

A opção de se trabalhar no espaço do serviço público de saúde, e com a demanda de mulheres em acompanhamento pré-natal, foi motivada pelo reconhecimento de que a realização de entrevistas nos domicílios poderia trazer constrangimentos para as mulheres, inibindo sua disponibilidade para falar sobre eventos de violência sofridos. Se, de um lado, pode-se ter perdido em representatividade da amostra, por outro, ganhou-se confiabilidade nas informações.

Por reconhecer as limitações dos estudos em populações que demandam os serviços de saúde, foi feita análise comparativa entre informações demográficas e de assistência ao parto das gestantes incluídas na investigação e as demais residentes na Região Sudoeste de Campinas, usando dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

Observou-se, com esse procedimento, que as gestantes diferiam apenas quanto à cor e características conjugais; entretanto, essas variáveis não apresentaram associação significativa com qualquer tipo de violência, quando incluídas nos modelos de regressão logística. Essa constatação permite supor que os resultados obtidos com a amostra sejam aplicáveis a todas as gestantes SUS dependentes da região estudada.

Como recurso utilizado para a realização do projeto, realizou-se um pré-projeto, com o objetivo de saber se o significado da violência doméstica era o mesmo em mulheres vítimas ou não desses eventos, e também de subsidiar os pesquisadores sobre como deveria ser a abordagem das gestantes no campo.

A análise dos conteúdos dos grupos focais evidenciou que os sentidos e significados atribuídos às palavras-tema, e especificamente em relação à violência doméstica, parecem estar claros e estabelecidos entre as participantes, assim como a dificuldade e enfrentamento do problema.

Esse estudo nos possibilitou um primeiro contato com a realidade das mulheres vítimas de violência, o que, conseqüentemente, nos apontou forma mais adequada de abordagem do tema. Uma peculiaridade percebida ao final dessa fase de estudo qualitativo foi o benefício resultante, isto é, a precisão quanto aos conceitos entendidos dos temas abordados, melhorando a qualidade do questionário em sua aplicação, para os estudos de natureza epidemiológica.

Essa abordagem é respaldada por recomendações de Temporini (1991), segundo as quais, ao se estudar fatores humanos, seja feito, na fase de planejamento da pesquisa, estudo da realidade dos sujeitos, com a finalidade principal de elaborar um instrumento baseado nas suas experiências reais, contextualizando, dessa forma, seu próprio vocabulário e ambiente de vida. Além disso, essa experiência qualitativa antecedendo o estudo de coorte foi também necessária, porque em geral as publicações sobre violência doméstica não relatam as formas mais adequadas de abordagem desse problema, tampouco os problemas encontrados na realização da entrevista. Ainda que, o módulo sobre violência doméstica já houvesse sido validado, sua discussão com as mulheres contribuiu para a etapa posterior do estudo, especialmente no treinamento e supervisão das entrevistadoras.

A violência contra a mulher em qualquer momento de sua vida é um grave problema social no Brasil e constitui problema de saúde pública que precisa ser enfrentado. A violência na gestação, por atingir a mulher em um momento de grande vulnerabilidade física e emocional, exige atenção especial dos serviços de saúde.

As prevalências elevadas de violência doméstica perpetrada contra as mulheres grávidas e observadas nesse estudo corroboram os achados verificados em estudo multicêntrico realizado pela OMS. Entre os países estudados, registrou-se ampla variação nas prevalências de violência física ou sexual, sendo a menor delas observada em cidade do

Japão (8%), seguida por cidades da Sibéria e de Montenegro (13%), em província da Tailândia (11%), e as maiores registradas no Brasil, em cidades da Zona da Mata de Pernambuco (32%), e em província do Peru (44%) (WHO, 2003).

Autores atribuem essas variações nas taxas de prevalências a situações que envolvem a metodologia do estudo empregada, aos instrumentos de pesquisa utilizados, às definições de violência e aos aspectos relacionados às entrevistadoras e mulheres a serem entrevistadas (Jasinsk, 2004; Gazmararian, 1996).

Os fatores de risco à violência doméstica durante a gestação, observados nessa pesquisa, foram: baixa escolaridade, sentimento de rejeição, gestante considerar-se responsável pela família, e aqueles relacionados com o PI - desemprego, idade do PI, consumo de álcool com uma frequência maior que uma vez por semana, os quais são coerentes com a literatura pesquisada (Kaye, 2006; WHO, 2003; Moraes, 2002); entretanto, ainda não existe um corpo de pesquisa que defina esses como sendo os preditores, pois em alguns estudos esses fatores podem ser de risco, e em outros não apresentaram riscos (Kaye, 2006; Jasinsk, 2004). A única variável que é consenso na literatura e que também apresentou risco para violência durante a gestação, nesse estudo, foi a gestante ter presenciado ou sofrido violência quando criança (Tan, 2006; WHO, 2003; Schraiber 2003; Menezs, 2003).

No que se refere ao impacto na saúde do lactente, nessa pesquisa, foi medido pelo indicador de baixo peso ao nascer ou de prematuridade. Observou-se que a maior prevalência de baixo peso ou prematuridade foi entre as gestantes vítimas de violência, entretanto, não apresentou associação estatística com esses desfechos. Nesse sentido, enquanto algumas investigações realizadas em países desenvolvidos têm apontado associação positiva entre violência e baixo peso, prematuridade (Yost, 2005; Nasir, 2004; Cocker, 2004), outras mostram que a força dessa associação é pequena, inexistente ou que necessita de outros fatores, como estilo de vida da gestante, baixa condição socioeconômica, características demográficas, e não somente a violência, para observar associação com o baixo peso e prematuridade (Panaretto, 2006; Schoeman, 2004; Leung, 2000).

Embora os resultados dessa pesquisa não confirmem a hipótese de que a violência sofrida pela mulher durante a gestação pode levar ao baixo peso ou prematuridade, observou-se que gestantes que tiveram filhos prematuros em outra gestação, que fumaram cigarros na atual gestação, que tiveram partos cirúrgicos, têm risco aumentado para terem filhos nascidos com baixo peso ao nascer ou prematuridade. Essas situações são semelhantes a outros estudos pesquisados (Schoeman, 2004; Cocker, 2004; Rachana, 2002; Quilivan, 2001) e que também reconhecem a complexidade das associações entre violência contra a mulher e os efeitos sobre o peso ao nascer, assim como a idade gestacional.

Não foi encontrada na literatura científica pesquisada a relação, verificada nesse estudo, entre BPN ou prematuridade e baixa escolaridade do PI; entretanto, em estudo de revisão sistemática, os autores encontraram associação entre BP ou PM com a profissão do PI - maiores riscos foram observados entre os agricultores, trabalhadores das indústrias, mineiros e desempregados, quando comparados com os técnicos ou aquelas profissões que requerem maior especialização (Sclowitz, 2006).

Vítimas de violência e de estresse durante o período gestacional podem desencadear ou exacerbar doenças crônicas, tais como hipertensão arterial, asma, doença cardíaca, e outras agudas, como a infecção de urina, afecções ginecológicas, elevado estresse físico, psicológico e na saúde reprodutiva. Essas doenças podem também contribuir para o isolamento e acesso inadequado dessas mulheres aos serviços de saúde, aumentando comportamento de risco (uso de tabaco, drogas e álcool) ou nutrição materna inadequada, com efeitos prejudiciais à saúde da gestante e do feto. Estudos têm relatado que gestantes vítimas de violência têm maior risco de sofrer eventos adversos à gestação quando comparadas com aquelas não grávidas (Kaye, 2006; Cocker, 2000; MacFarlane, 1996).

É consenso na literatura que a violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública e que os serviços de saúde devem criar mecanismos para o atendimento dessas mulheres (OMS, 2000).

O Brasil é signatário de vários instrumentos normativos de proteção aos direitos humanos, e de todos aqueles referentes especificamente às mulheres (SEPM, 2004; Pandjarian, 2003). A Política Nacional para as Mulheres orienta-se pelos princípios da

igualdade e respeito à diversidade, princípio da equidade, da autonomia das mulheres, da universalidade das políticas públicas, da justiça social, da transparência dos atos públicos e da participação e controle social (SPMP, 2004).

A OMS (2003) recomenda, aos serviços de saúde, desenvolver, executar e avaliar programas destinados à prevenção primária da violência contra a mulher, assim como desenvolver resposta global do setor saúde sobre os efeitos da violência contra a mulher.

Contudo, tratar das questões de violência contra a mulher, pelo setor saúde, é uma atividade que deverá incorporar, na prática, conceitos que na teoria são tão bem fundamentados: transdisciplinaridade, interdisciplinaridade, integralidade; as quais deverão fazer parte de qualquer ação que, de fato, queira enfrentar esse grave problema de saúde pública, nos vários níveis de atenção à saúde.

8- CONCLUSÃO GERAL

- O trabalho de grupo realizado com mulheres vítimas de violência doméstica e gestantes vítimas ou não desse evento, que resultou em um estudo com abordagem qualitativa, foi importante porque subsidiou a realização do trabalho de campo com segurança, possibilitando a adequação do instrumento de coleta de dados, a compreensão que essas mulheres têm sobre o termo violência doméstica, a melhor abordagem dessas mulheres e a capacitação das auxiliares de pesquisa.
- Altas prevalências de violência contra as gestantes perpetrada pelos seus PI foram observadas nesse estudo.
- Condições desfavoráveis de vida, tais como: baixa escolaridade da gestante, gestante responsável pela família, sentimento de rejeição, gestante presenciou agressão física na infância, gestante sofreu agressão física na infância, PI ser adolescente, consumo de bebida alcoólica com frequência superior a uma vez por semana, predisõem à violência psicológica.
- Os fatores preditores à violência física/sexual foram: desemprego, uso de drogas ilícitas e consumo de álcool com frequência maior que uma vez por semana - as características do PI da gestantes vítimas desse tipo de violência. Para as gestantes, ter baixo nível de escolaridade, isto é, ter cursado até nível fundamental, sentimento de rejeição, experiência de ter sofrido agressão física na infância, ou apresentar dificuldade de comparecer à consulta de pré-natal, foi um fator conseqüente e, portanto, não causal desse tipo de violência.
- Entre as conseqüências da violência durante a gravidez, na saúde da mulher e da criança, nesse trabalho, foi analisada apenas a hipótese de associação desse evento com o BPN ou PM, que não foi confirmada.
- Eventos adversos manifestados durante a gestação podem estar associados às várias categorias de violência pesquisada. Nesse estudo, gestantes vítimas de violência psicológica e violência física/sexual apresentaram risco aumentado para infecção urinária, falta de desejo sexual, sentimento de rejeição e distúrbios neuróticos. Para aquelas que sofreram violência psicológica, aumento de risco para as afecções ginecológicas e enxaqueca foi observado - eventos manifestados e relatados durante a gestação.

- Em vários países, estudos realizados têm concluído que os serviços de saúde devem criar mecanismos para o atendimento às mulheres vítimas de violência. Sabe-se que a violência doméstica é multifatorial, e as ações realizadas para sua prevenção, tratamento e recuperação das pessoas afetadas devem ser interdisciplinar e multissetorial. Os serviços de saúde devem estar preparados, em todo seu contexto, para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública. Isso representa desafios para o serviço de saúde, que na maioria das vezes limita sua atuação a uma abordagem biomédica. Os gestores e trabalhadores de saúde devem se preparar para o enfrentamento da violência, não somente a doméstica, que se tornou um problema endêmico e de grave impacto na saúde e bem-estar da população.
- A estruturação dos serviços em seu aspecto físico e organizacional, além da capacitação dos profissionais de saúde, são requisitos para o reconhecimento da violência como problema de saúde individual e coletiva.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguado A. Violência de gênero Sujeto Femenino Y Ciudadanía Em La Sociedad Contemporânea. In Martín Castilho M, Oliveira S, Org. Marcadas a Ferro. Violência contra a mulher. Uma visão multidisciplinar. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 23-36p.

Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R. Effects of Domestic Violence on Perinatal and Early-Childhood Mortality: Evidence from North India. Am J Public Health 2006; 96: 1423-1428.

AnjuHuria K, deepthi D, Lajya D, shyamSunder S. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. Indian J of Medical sciences 2005[acessado em 17/10/06] <http://www.bioline.org.br>.

Arcos GE, Uaracu M, Molina IV, Repossi AF, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. Rev. méd. Chile 2001; 129 (12): 1413-1424.

Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (ANEP) Critério Brasil: o mercado falando a mesma língua. Pesquisa em foco 2002. Disponível www.anep.org.br Acessado em 04/2004

Audi CAF, Corrêa MAS, Latorre MDRO, Pérez-Escamilla. Factors associated with infant feeding practices after hospital discharge. Rev de Saúde Pública 2005; 39 (3): 406-12.

Bauer CR, Shankaran S, Bada HS, Lester B, Wright LL, Krause-Steinrauf H, Smeriglio VL, Finnegan LP, Maza PL, Verter J. The Maternal Lifestyle Study: Drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: 487-95.

Bacchus L, Mezey G, Bewley S. A Qualitative Exploration of the Nature of Domestic Violence in Pregnancy. Violence Against Women 2006; 12 (6): 588-604.

Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service BJOG: international Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002; 109:9-16.

Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. [acesso em 5 de jun de 2006]; 3(21): Disponível em: URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21>.

Barsted LL. Projeto de Lei: violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil. Reflexões e Opiniões. Disponível em URL: <http://www.iapas.org.br/revista/20> [acessado nov 2005].

Berensoith AB, Wiemann MC, Wilkinson GS, Jones AW, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 1760-9.

Bolis M. Tipificación de la violencia contra la mujer en la legislación de América Latina. In Género, mujer y salud en las Américas. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud: 1993. p258-65.

Bullock FCL, Mears JLC, Woodcock C, Record Rachel. Retrospective study of the association of stress and smoking during pregnancy in rural women. Addictive Behaviors 2001; 26: 405-413.

Blay EA. Violência contra a mulher e políticas públicas. Estudos Avançados 2003; 17 (49): 87-98.

Brasil Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340, 07/08/2006. disponível em: URL: <http://www.spmulheres.gov.br> [acessado 22/06/07]

Brasil. Ministério do Planejamento, orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística www.ibge.gov.br Síntese de Indicadores Sociais 2002. Rio de Janeiro [acesso em 17 de maio de 2006], 326 p.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Género e Pobreza no Brasil. Relatório Final do projeto governabilidade Democrática de Género em América Latina y El Caribe. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; Comissão Econômica para América Latina e caribe (CEPAL) 2005. 47 p. (série Documentos).

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. I Conferencia Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2004a. 48 p.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Participação do Brasil na 29ª Sessão do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher-CEDAW. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2004b. 98 p. (série Documentos).

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2004c. 104 p.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Sua vida começa quando a violência termina. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2004d. 41 p.

Brasil. Ministério da Justiça. Basterd LL. Uma vida sem violência é um direito nosso, 1998.

Brown SJ, Lumley MJ, McDonald EA, Krastev AH. Maternal health study: a prospective cohort study of nulliparous women recruited in early pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2006; 6 (12): 1186-1471.

Camarnado JDV, Villela WV. A polissemia do conceito de violência. *Boletim do Instituto de saúde* 2004; 33: 8-10.

Campbell CC, Poland ML, Waller JB, Ager J, Bethea AL. Correlatos of Battering during Pregnancy. *Research in Nursing & Health* 1992; 15:219-226.

Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359: 1331-36.

Campos RTO, Campos GWS. Co-contrução de Autonomia: o sujeito em questão. IN: Campos GWS (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro. Ed Hucitec, Ed Fiocruz; 2006. pgas 669-688

Castro R, Peek Asa C, Garcia L, Ruiz A, Krauss JF. Risk for abuse against pregnant Hispanic women Morelos, Mexico and Los Angeles County, California. *American Journal of Prev Med* 2003; 25(4): 325-332.

Castro R, Peek Asa C, Ruiz A. Violence Against Women in México: A Study of Abuse Before and During Pregnancy. *American Journal of Public Health* 2003; 93(7): 1110-1116.

Cavalcante A. Bastidores da Pesquisa. Revelações de Identidade de Gênero. In Venturi G, Recamán M, Oliveira S, Org. *A Mulher Brasileira nos Espaços Público e Privado*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004. 183-247p.

Cavalhares SBJ, et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. *Addiction*. v. 88, p. 791-804, 1993.

CLADEM, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. *Cuestión de Vida. Balance Regional Y Desafíos sobre el Derecho de Las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia*. 2000. 209 p.

Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000; 9:451-57.

Cokkinides VE, Cokker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea AL. Physical Violence During Pregnancy: Maternal Complications and Birth Outcomes. *Obstet Gynecol* 1999; 93:661-6.

Concha-Eastman A. Relatório Mundial sobre a Violência e a saúde da OMS: uma resposta ao desafio das violências. *Conselho Nacional de Saúde* 2002; 3:12-13.

Covington DL, Hage M, Hall T, Mathis M. Preterm Delivery and the Severity of Violence during Pregnancy. *The Journal of Reproductive Medicine* 2001; 46 (12): 1031-9.

Costa AM, Aquino EL. Saude da Mulher Na Reforma Sanitária Brasileira. In: Costa AM, Hamann EM, Tajer D. (Org). *Saúde, Equidade e Gênero*. Brasília: Universidade de Brasília; 2000. p.181-202.

Cunha AJLA, Leite AM, Machado MMT. Breastfeeding and Pacifier use in Brazil. *Indian J Pediatr* 2005; 73 (3): 13-16.

Deslandes SE. Caracterização dos casos de violência doméstica contra mulher atendida em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2000; 16: 129-137.

Edin KE, Hogberg U. Violence against pregnant women as will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery* 2002; 18: 268-78.

Ellsberg M, Heise L, Peña R, Agurto S, Winkvist. Researching Domestic Violence Against Women: Methodological and Ethical Considerations. *Studies in Family Planning* 2001; 32 (1): 1-16.

Falcão RBM, Almeida NMP, Moraes SGG, Araujo TAP. Dia internacional da mulher no município de Caraúbas/RN. Um resgate histórico das relações de gênero e do movimento feminino brasileiro [on-line] 1989 Fall [acesso em 22 junho 2007]; (1). Disponível em: URL: <http://proasne.net>.

Falcão RBM, Almeida NMP, Moraes SGG, Araujo TAP. Dia internacional da mulher no município de Caraúbas/RN. Um resgate histórico das relações de gênero e do movimento feminino brasileiro [on-line] 1989 Fall [acesso em 22 junho 2007]; (1). Disponível em: URL: <http://proasne.net>.

Fischbach RL, Herbert B. Domestic Violence and Mental Health: Correlates and Conundrums Within and Across Cultures. *Soc Sci Med* 1997; 45 (8): 1161-1176.

Gómez AM. Síndrome de Adaptación Paradójica a La Violencia Doméstica: uma proposta teórica. *Clínica y Salud* 2001; 12 (1); p.371-397.

Grajeda R, Pérez-Escamilla R. Stress During Labor and Delivery Is Associated with Delayed Onset of Lactation among Urban Guatemalan Women. *Community and International Nutrition* 2002; 132: 3055-60.

Grimstad H, Schei B, Bache B, Jacobsen G. Physical abuse and low birth weight: a case-control study. *Bristish Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997; 104:1281-87.

Grossman LK, Fitzsimmons SM, Larsen-Alexander JB, Sachs L, Harter C. the infant feeding decision in low and upper income women. *Clin Pediatr* 1990; 29: 30-37.

Guimarães MF. Trajetória dos Feminismos: Introdução a Abordagem de Gênero. In Martín Castilho M, Oliveira S, Org. Marcadas a Ferro. Violência contra a mulher. Uma visão multidisciplinar. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 77-92p.

Harlbreich U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight and postpartum depression-the need for interdisciplinary integration. *American J of Obstetrics and Gynaecology* 2005; 193:1312-1322.

Harrykissoo SD, Rickert VI, Wiemann CM. Prevalence and patrtns os intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 325-330.

Hedin WL, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 625-630.

Heise L, Pitanguy H, German A. Violence Against women: The Hidden Health Burden. Washington D.C., the World Bank, 1994 (World Bank Discussion Papers no 255, mimeo)

Hennekens CH, Buring JE. *Epidemiology in Medicine*. Ed. Mayrent SL; 1987. 383 pgs.

Hillard PJ. Physical abuse in pregnancy. *Obstetric Gynecology* 1985; 66: 185-190.

Irion O, Boulvain M, Straccia AT, Bonnet J. Emocional, physical and sexual violence against women befote or during pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 107:1306-1308.

Jagoe J, Magann FE, Chauhan SP, Morrison JC. The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in low-risk obstetric population. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 1067-9.

Johnson DL, Swank PR, Howie VM, Baldwin CD, Owen M. Breastfeeding and children's intelligence. *Psycol Rep* 1996; 79:1179.

Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003; 110:272-75.

Kaye DK, Mirembe MF, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during risk of low birthweight and maternal complications a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda: *Tropical Medicine and International Health* 2006; 2:1576-1584.

Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara TL. Assistência pré-natal e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37 (3): 303-10.

Koziol-McLain J, Coates CJ, Lowenstein SR. Predictive Validity of Screen for Partner Violence Against Women. *Am J Prev Med* 2001; 21(2): 93-100.

Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 2004; 554:63-77.

Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(5): 695-701.

Kyriacou DN, Angelin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA, Mulleman R, Barton E, Krauss JF. Risk Factors for Injury to Women from Domestic Violence. *J Med* 1999; 341:1892-8.

Larrain S, Rodríguez T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de mujer. In *Gênero, mulher y salud en las Américas*. Estados Unidos. Organización Panamericana de la Salud: 1993. p.202-9.

Leung WC, Kung F, Lam J, Leung TW. Domestic violence and postnatal depression in Chinese community. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 79 (2):150-166.

Leung WC, Wong YYM, Lueng TW. Pregnancy outcome following domestic violence in a Chinese community. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 72: 79-80.

Leung WC, Lam YYJ, Lueng TW. The prevalence of domestic violence against pregnant womwn in a Chinese community. *Int J Gynecol Obstet* 1999; 66: 23-30.

Linda FC, Bullock M, Libbus K, Sable MR. Battering and Breatfeeding in a WIC Population. *Canadian Journal of Nursing Research* 2001; 32(4):43-56.

Lopez-Alarcon M, Villalpando S, Fajardo A. breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. *J Nutr* 1997; 127:436-443.

Lourenço MA. A experiência de gestação e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal [Dissertação - Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernández Figueira Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Lovisi GM, López JRRA, Coutinho ESF, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survery of mothers attending a public hospital in Brasil. *Psychological Medicine* 2005; 35: 1485-1492.

MacFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for Abuse during Pregnancy. Severity and Frequency of Injuries and Associated Entry Into Prenatal Care. *JAMA* 1992;267: 3176-3178.

Malcoe LH, Duran BM, Montgomery JM. Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American women: a cross-sectional study. *BMC Medicine* 2004; 2(20):

Mari JJ, Willians P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SQR-20) in Primary Care in the city of São Paulo. *Bristish Journal of Psychiatry* 1986; 148: 23-6.

Martikainen P, Bartley M, Lahelma E. Psychosocial determinants of health in social epidemiology (Editorial). *International Journal of Epidemiology* 2003; 31:1091-93.

Martin SL, Casanueva C, Kupper LL. Intamate Partner Violence and Women's Dpression Before and During Pregnancy. *Violence Against Women* 2006; 12(3):221-239.

Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical Abuse of Women Before, During, and After Pregnancy. JAMA 2001; 285: 181-1584.

Martin SL, English KT, Clark KA, Cilenti R, Kupper LL. Violence and Substance Use among North Carolina Pregnant Women. American J of Public Health 1996; 86(7): 991-998.

Mattson S, Rodríguez RN. Battering in Pregnant Latinas. Sigues in Mental Health Nursing 1999; 20:405-22.

McLain JK, Coates CJ, Lowenstein SR. Predictive Validty of a Screen for Partner Violence Against women. Am J Prev Med 2001; 21(2): 93-100.

McLeod D, Pullon S, Cookson T. Factors Influencing Continuation of Breastfeeding in a Cohort of Women. J Hum Lact 2002; 18 (4): 335:343.

Menezes CT, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência Física Doméstica e Gestação de um Inquérito no Puerpério. RBGO 2003; 25(5): 309-316.

Meza DPM, Salgado JCM, Rodríguez JCS, Naranjo LJC, Perea YYM, Obando MN. Violence Física y Psicológica contra la mujer embarazada. [acesso em 10 de fev de 2004]; 1(1):[24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.tone.udea.edu.co.contenido.htm>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada. Manual Técnico. Normas e Manuais Técnicos Séries Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Série A Caderno n.5. Brasília – DF, 2005. 160 pgs.

Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics 2002; 79:269-277.

Murphy CC, Schei B, Myhr T, Du Mont J. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. CMJ 2001; 164: 1567-72.

Muthal-Rathore A, Tripathi R, Arora R. Domestic violence against pregnant women interviewed at a hospital in New Delhi. Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics 2002; 76:83-85.

Nasir K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries. *European Journal of Public Health* 2003; 13:105-7.

Naved RT, Person LA. Factors Associated with Spousal Physical Violence Against Women in Bangladesh. *Studies in Family Planning* 2005; 36 (4): 289-300.

Newberger EH, Barkan SE, Lieberman ES, McCormick MC, Yllo K, Gary LT, et al. Abuse of Pregnant Women and adverse Birth Outcome. Current knowledge and implications for practice. *JAMA* 1999; 267:2370-2.

Newberger EH, Barkan SE, Lieberman ES, McCormick MC, Yllo K, Gary LT et al. Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome. *JAMA* 1992; 267: 2370-2372.

Norton LB, Peipert J, Zierler S, Lima B, Hume AL. Battering in Pregnancy: An assessment of Two Screening Methods. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 321-5.

Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer em Costa Rica. *Pan Am J Public Health* 2003; 14 (2): 75-83.

Organización Mundial de La Salud (OMS). Dar Prioridad a la mujer: Recomendaciones éticas y de seguridad para las investigaciones sobre la violencia doméstica contra la mujer. Ginebra, Suiza. Disponible em URL: <http://www.who.int/gender/> [acessado dez 2006].

Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la Violencia y la salud. Washington DC 2002. Disponible em <http://www.who.int> acesso 10/03/2006.

Organización Mundial De La Salud (OMS). Prevención de la Violencia [http:// www. who. Int/violence_injury_prevention.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention.html). Acesso em 09/01/2004.

Organización Mundial De La Salud (OMS). Prevención de la Violencia [http:// www. who. Int/violence_injury_prevention.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention.html). Acesso em 09/01/2004.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002. 359

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002. 254p.

Organization Mundial De La Salud (OMS). Dando Prioridad A Las Mujeres: Recomendaciones Éticas Y De Seguridad Para La investigación Sobre La Violencia Doméstica Contra Las Mulheres. Ginebra, Suiza: WHO; 1999. 13 pgs.

Organización Panamericana de La Salud (OPAS). Série Género y Salud Pública. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. San José, Costa Rica: OPAS; 1999. 19 pgs.

Organización Panamericana de La salud (OPAS). La ruta crítica que siguen lãs mujeres afectadas por la violência intrafamiliar. Protocolo de Investigaçã. Washington: OMS; 1998. 144p.

Panaretto K, Mitchell HLM, Larkins S, Manassis V, Buettner P, Watson D. Risk factors for preterm, low birth weight and small for gestational age birth in urban Aboriginal and Torres Strait Islander women in Townsville. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2006; 30 (2): 163-70.

Pandjarian V. La relación entre los derechos humanos y la violencia basada en género: las convenciones y conferencias internacionales. Guatemala, 2003 marzo [acesso em dezembro de 2005]. Disponible em: URL: <http://www.cladem.org>

Parker B, McFarler J, Soeken K. Abuse During Pregnancy: Effects on Maternal Complications and Birth Weight in Adult and Teenage Women. Obstet Gynecol 1994; 84: 323-8.

Parsons LH, Zaccaro D, Wells B, Stovall TG. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 381-7.

Pena MVJ, Correia MC, Bronkhorst BV, Oliveira IR. A questão de gênero no Brasil. 2ª ed; Rio de Janeiro: Banco Mundial; 2005. p 171.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Informação Demográfica e Socioeconômica n19. Estudo & Pesquisa. Sintese de Indicadores Sociais, 2006. IBGE Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/populacao>. [acessado em 10/08/2006].

Perez-Escamilla R, Himmelgreen D, Segura-Milla S et al. Prenatal and perinatal factors associated with breast-feeding initiation among inner-city Puerto Rican women. *J Am Diet Assoc*. 1998; 98:657-663.

Pessis Am, Martín G. Das Origens da Desigualdade de Gênero. In Martín Castilho M, Oliveira S, Org. Marcadas a Ferro. Violência contra a mulher. Uma visão multidisciplinar. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 17-34p.

Petersen R, Gazmararian J, Sptiz A, Rowley DL, Goodwin MM, Saltzman LE, et al. Violence and adverse Pregnancy outcomes: A Review of the literature and directions for future research. *Am J Prev Med* 1997; 13:366-73 .

Pintaguy J, Miranda D. As Mulheres e os Direitos humanos. In: O Progresso das Mulheres no Brasil. Brasília: Fundação Ford, UNIFEM, CEPIA; 2006. p.14-32.

Pimentel S, org. Violência de Gênero no Brasil. Considerações preliminares sobre o tema sob uma abordagem sócio-jurídica. Projeto Violência – CLADEM Regional; 1999. 32 p.

Portal Violencia Contra a Mulher. Disponível em: URL: <http://www.copodeleite.rits.org.br>. [acesso em 17 de maio de 2006]

Quinlivan JA, Evans SF. A Prospective Cohort Study of the Impact of Domestic Violence on Young Teenage Pregnancy Outcomes. *J Pediatric Adolesc Gynecol* 2001; 14:17-23.

Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *European J of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2002; 103: 26-29.

Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Ted Greiner. Determinants of Breastfeeding Pattern Among Working Women in São Paulo. *J Hum Lact* 1999; 15: 233-239.

Rodriguez RJC, Guerra PMC. Mujeres de Guadalajara y Violência Doméstica: resultados de um estudo piloto. *Caderno de Saúde Pública* 1996; 12 (3): 222-228.

Rothberg AD, Lits B. Psychosocial support for maternal stress during pregnancy: Effect on birth weight. *Am J Obstet gynecol* 1991; 165-403-7.

Saffioti HIB. Gênero e Patriarcado: A Necessidade da Violência. In Martín Castilho M, Oliveira S, Org. Marcadas a Ferro. Violência contra a mulher. Uma visão multidisciplinar. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 35-76p.

119-Saffioti, HB. Gênero e Patriarcado. In Venturi G, Recamán M, Oliveira S, Org. A Mulher Brasileira nos Espaços Público e Privado. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004. 42-59p.

Schei B, Bakketeig LS. Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse: a study of a random sample of Norwegian women. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96: 1379-1383.

Schoeman J, Grové DV, Odendaal HJ. Are Domestic Violence and the Excessive Use of Alcohol Risk Factors for Preterm Birth? 2004; *J Tropical Pediatrics* (51) 1: 49-51.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (N Esp): 112-20.

Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Pinho AA, Hanada H, Felicíssimo A, Kiss Lb, Durand JG. Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher, São Paulo-FMUSP 2003 (Relatório Final da Pesquisa a FAPESP, Processo n. 98/14070-9).

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos-Novas Questões para o Campo da Saúde. Coletivo Feminista e saúde. Departamento de Medicina Preventiva Faculdade de medicina USP. Ed 2ª apoio Fundação Ford e do CREMESP. 2003 36 pags.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(4): 470-77.

Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1996. 198 p.

Shumway J, O'Campo P, Gielen A, Witter FR, Khouzami AN, Blakemore KJ. Preterm labor, placental abruption and premature rupture of membranes in relation to maternal violence or verbal abuse. *The Journal of Maternal-fetal Medicine* 1999; 8:76-80.

Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate Partner Violence around the Time of Pregnancy: Association with Breastfeeding behavior. *Journal of Women's Health* 2006; 15 (8):934-940.

Silverman JG, Decker MR, Reed E, Reed E, Raj A. Intimate Partner Violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Association with maternal and neonatal health. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2006; 195: 140-8.

Simard I, O'Brien HT, Beaudoin A, Turcotte D, Damant D, Ferland S et al. Factors Influencing the Initiation and Duration of Breastfeeding Among Low-Income Women Followed by the Canada Prenatal Nutrition Program in 4 Regions of Quebec. *J Human Lactation* 2005; 21 (3): 327-337.

Smith BW, Weisner C. Women and Alcohol Problems: A critical analysis of the literature and Unanswered questions. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24(8):1320-1321.

Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *Can Med Assoc J* 1993; 149(9): 1257-63.

Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence-Opening Pandora's Box. *JAMA* 1992; 267:3157-60.

Taft AJ, Watson LF. Violence against young Australian women and association with reproductive events: a cross-sectional analysis of a national population sample. *Aust NZJ public Health* 2004; 28: 324-9.

Tan LH, Quilivan JA. Domestic violence, single parenthood, and fathers in the setting of teenage pregnancy. *Journal of Adolescent Health* 2006; 38: 201-207.

Tuten M, Jones HE, Tran G, Svikis DS. Partner violence impacts the psychosocial and psychiatric status of pregnant, drug-dependent women. *Addict Behav* 2004; 1029-34.

UNIFEM. Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. O Brasil cria lei específica de combate à violência contra a mulher. <http://www.unifem.org.br> acesso 07/01/2007.

UNIFEM. Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. Ford Foundation CEPIA Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Saúde O Progresso das Mulheres no Brasil. Brasília, 2006. 297 p.

Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre MC. La Violencia Doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996; 38: 352-362.

Valladares E, Peña R, Persson LA, Hogberg U. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005; 112: 1243-48.

Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em município do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Saúde Pública* 2002; 36 (3): 318-8.

Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brasil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition* 2005; 9(1): 40-6.

Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99 (3): 445-453.

Victora CG, Barros FC, Halpern R, Menezes AMB, Horta BL, Tomasi E et al. Estudo longitudinal da população materna-infantil da região urbana do sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. *Revista de saúde Pública* 1996; 30:34-45.

Victora GG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SMC, Gigante LP, Smith PG et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2:319-22.

Watts C, Zimmerman. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002; 359: 1232-37.

Wold AE, Adlerberth I. Breastfeeding and the intestinal microflora of the infant: implication for protection against infectious diseases. *Adv Exp Med Biol* 2000; 478:77-93.

World Bank. Violence Against Women: the hidden health burden. Washington DC: WB; 1994. 86 p. (World Bank discussion papers, 255)

World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic Reviews and Meta-Analyses. Geneva: WHO; 2006. 57p.

World Health Organization. Pan American Health Organization. Violence Against Women: The Health Sector Responds. Washington DC. WHO; 2003. 131 pgs (Occasional Publication n 12)

World Health Organization. Global Strategy for infant and Young Child Feeding. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva. WHO, 2001.

World Health Organization. Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. New York: Unicef, 1990.

World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Geneva: WHO; 2005.164p.

Yost PN, Steven LB, McIntire DD, Leveno KJ. A Prospective Observational Study of Domestic Violence during Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106:61-65.

Zapata BC, Rebolledo A, Atalah E, Newman B, King MC. The Influence of Social and Political Violence on the Risk of Pregnancy Complications. *American Journal of Public Health* 1992; 82(5): 685-90.

Zucchi M. Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epistemológicos da investigação. *Cad de Saúde Pública* 1999; 15(1): 89-97.

10- APÊNDICES

Tabela 1- Autor, ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, prevalência, fatores associados à violência doméstica na gestação, pesquisados de violência doméstica contra a gestante

Autor, Ano, País	Desenho do estudo/Instrumento Momento do estudo	Amostra	Objetivo	Achados
Tan, 2006.	Análise transversal de um estudo de Coorte prospectiva. Questionário com várias perguntas e inclui VD. Uma entrevista no pré-natal.	Gestantes 56 < =19 a e 60 > 19.	Explorar impacto relativo aos aspectos demográficos e relação interpessoal familiar, entre gestantes adolescentes, comparadas com gestante com mais de 19 anos	Fatores associados com: história de separação dos pais quando crianças, gestantes exposta à violência familiar, quando crianças, apresentaram associação com a violência na gestação.
Lovisi, 2005 Índia	Transversal, Krause-Markides Index (suporte social) 3º trimestre de gestação.	234 gestantes	Estimar a prevalência e fatores de risco para depressão durante a gravidez.	Prevalência 19,1% Fator de risco divorciadas/viúvas, alto nível de educação, história de depressão, perda do relacionamento íntimo, dificuldade financeira.
AnjuHuria, 2005 Índia	Coorte prospectiva. Questionário não padronizado. Momento do parto.	991 gestantes	Observar a Incidência da VD. Identificar o perpetrador e as características que predispõe essa violência.	Incidência de 28,4%. Baixo Nível de escolaridade do PI, consumo de álcool, mastiga ou fuma tabaco. Gestante sem suporte social. Nível educacional da mulher e trabalho não teve efeito sobre a VD. Perpetuador PI 48,2%, mãe do PI 61,3% e a irmã do PI 22,6%. Abuso mais de 1 pessoa.
Bowen 2005. Inglaterra.	Coorte Prospectiva. 2 perguntas sobre a VD e FAI Familiy Adversity Index. 18 semanas de gestação, 8, 21 e 33 semanas pós parto.	13.799 mulheres.	Examinar as taxas da VD reportada durante e após a gestação. Avaliar a importância adversidade familiar.	Prevalência: Gestação VF 1%, VP 4,8%, qualquer viol 5,1%. Pós-parto (33 ms) VF 2,9%, VP 10,8%, 11% qualquer violência. Mulheres com nível alto de adversidade social durante a gestação e pós-parto, são mais prováveis de sofrerem VD.
Valladares, 2005. Nicarágua.	Estudo Transversal. WHO Multi-Contry Stdud on Women's Health and Life Events. Durante a gestação.	478 gestantes.	Estimar a prevalência e características do PI e fatores associados, a violência.	Prevalência VP 32,4%, VF 13,4% e VS 6,7%. Qualquer violência 17%. Abuso repetido (2/3), ½ tiveram socos e pontapés no abdômen, 93% tiveram ferimentos, muitas não buscaram cuidados de saúde em relação aos ferimentos, mas são hospitalizadas. Fatores associados: jovem, acesso precário a recurso social, alto nível de stress emocional,

Autor, Ano, País	Desenho do estudo/Instrumento Momento do estudo	Amostra	Objetivo	Achados
WHO, 2005 Bangladesh, Brazil, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Tailândia, Etiópia, Sévia e Montenegro, Tanzânia	Estudo Multicentrico. WHO- Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women.	24097	Verificar a Prevalência da VD, durante a gravidez e no ano anterior a gravidez.	VF ao menos em uma gestação 1% no Japão 28% no Peru (província). Maioria dos países entre 4% e 12%. Nem todos, os países, com taxas elevadas de VD, apresentaram prevalência aumentada durante a gravidez. A menor prevalência de violência durante a gestação foi de 8% Japão, Sibéria e Montenegro 13%, província da Tailândia 11%. A mais alta Pernambuco 32% e província do peru 44%.
Tuten, 2004. Baltimore.	Transversal Spouse Abuse Scale. Durante o Pré-natal.	102 gestantes	Comparar 2 grupos de gestantes que sofrem VD e usam drogas e aqueles.	O abuso é mais severo na gestante que usa álcool, drogas ilícitas. Famílias que tem problemas social, psiquiátrico.
Malcoe, 2004. Oklahoma.	Estudo Transversal CTS Conflict Tactics Scales. Durante a gestação, nos últimos 12 meses e em algum momento da vida.	312 gestantes	Determinar a Prevalência. Associação Com os Fatores socioeconômico	Prevalência 58,7% VFS na vida. VF severa 39,1%, VS 12,2%. Lesões no corpo 40,1%. Ano que passou VFS 30,1%, VF severa 15,8%, VS 3,3%, Lesões 16,4%. Durante a gestação VFS 9,3%. Na gestação não está associada com o ano que passou. No ano que passou 42,8% score baixo
Johnson, 2003. Inglaterra.	Estudo Transversal. AAS Abuse Assessment Screen. Pré-natal	500 Gestantes	Determinar a prevalência da VD em uma população de gestantes.	VD 17%, VD durante a gestação 3,4%, VP 14,3% e VF 14,7%. Foi alta no grupo de 26- 30 anos. Tapas e empurrão a maioria dos eventos, 10% das que sofreram VD sofreram VS. Referem ter medo de alguém, 27% das entrevistadas.
Arcos G, 2003. Valdivia.	Estudo transversal. Questionário Estruturado. Durante a gestação.	131 gestantes.	Dimencionar a VD remota e recente em gestantes. Perfil sociodemografico e familiar das gestantes vítimas de VD	Prevalência da VD remota emocional foi de 55%, física com exposição a mais de um ano 26,0%. Na gravidez 13,0%. VF no ultimo ano 55,9%. Perfil gestante: gravidez não planejada. Percepção da relação entre a parceira e constituição da família é mais negativa entre aquelas que sofrem VD.
Castro, 2003. México.	Transversal. ISA Index Spouse Abuse SVAW Severity of Violence Against Women Scale. Clínica de pré-natal	914 gestantes.	Identificar a prevalência VD e se diferença entre as diferentes culturas. Morelos e Califórnia,	Altas prevalências entre as Mexicanas, quando comparadas com Califórnia. Idade do PI adolescente foi associada com ambos os países, mas é diferente a associação renda. Mulher com alta renda tem alto odds na Califórnia e baixo odds em Morelos, mulheres que sofreram violência antes da gestação e quando crianças é 25 vezes mais provável de sofrer violência na atual gestação.

Autor, Ano, País	Desenho do estudo/Instrumento Momento do estudo	Amostra	Objetivo	Achados
Harrykissoun, 2002. Texas.	Coorte prospectiva. AAS Abuse Assessment Scale modificado. 48 hs pós-parto e retornando em mais 4 a 5 vezes depois do nascimento.	570 adolescentes Americanas Mexicanas, Africana, Européia	Examinar a prevalência, frequência, severidade e VPI, durante os 1os 24 meses pos parto em uma coorte de adolescente	Prevalência alta nos 3 meses pós parto, diminuiu nos 24 meses. Violência severa foi de 40% e 62% nesses períodos. 75% relataram VD durante a gestação e nos 24 meses. VD 78% durante os 1os 3 meses pos parto, não registram VD antes do parto. Diferença VD são observadas 3, 6 e 18 meses pós parto.
Moraes, 2002. Rio de Janeiro	Estudo Transversal CTS Conflict tactics Scales. No momento do Parto.	526 gestantes	Estimar a prevalência da VD durante a gestação e grupo de risco para VD.	VF 33,8%, VF severa 15,6 %, VP 78,3%, VS 9,9% e lesão pelo corpo 15,6%. VF adolescente, baixa escolaridade, não trabalhar fora de casa, poucas visitas ao pré-natal e baixo suporte social. Famílias com mais de 5 crianças, uso de álcool, drogas e baixa escolaridade PI.
Bullock, 2001 EUA	Transversal. PPP Prenatal, Psychosocial Profile. AAS Abuse Assessment Screen CTS Conflict Tactics Scale. ISA Index os Spouse Abuse. DAS Danger Assessment Scale. Pós-Parto.	299 puérperas	Determinar a magnitude do fumo entre gestantes residentes na zona rural Observar a associação entre stress e fumo durante a gestação.	Gestantes fumantes são mais estressadas. Gestantes com dificuldades financeiras, problemas familiares e violência doméstica.
Martin, 2001. Carolina do Norte.	Estudo Transversal. Risk Assessment Monitoring System. Registros de nascimento e pergunta as mulheres	3542 gestantes.	Examinar o padrão da violência física, antes, durante e após a gestação.	Prevalência antes da gestação 6,9%, durante 6,1%, no pós- parto 3,2% (3.6 meses), Abuso durante a gestação foi associado ao abuso antes. Mulheres (77%) que sofreram abuso no pós- parto tiveram lesões, 23% buscou ajuda medicamentosa. Cuidado com o RN, não tem diferença entre abusadas e não abusadas.
Muthal- Rathore, 2001. Nova Delli.	Transversal. AAS Abuse Assessment Screen. 48-72 horas pós-parto.	822 puéperas.	Avaliar a prevalência da VD durante a gestação e fatores associados.	Prev de qualquer violência 168 (21%). Fat assoc: grav não planejada, cuidados pré-natal inadequado, baixa escolaridade, Preval 23,8% sofreram agressão 1ª vez. Dentre 168 gestantes 93,5% abuso recorrente, 7,7% registra aumento, 21,4% diminuiu 47,02% nenhuma mudança, 4,61% Necessitou de trat médico e 1,19% hospital, uma PP e outra queimadura pelo corpo. Perpetrador marido, madrasta. BP apresentou associação

Autor, Ano, País	Desenho do estudo/Instrumento Momento do estudo	Amostra	Objetivo	Achados
Hedin, 2000. Suécia.	Transversal. SVAW severity of Violence Against Women Scale. Durante o Pré-natal.	207 gestantes	Estimar a prevalência do abuso físico usa álcool, fumo, aborto, ameaça devido a VDG e comparar os fatores sócios econômico entre mulheres abusadas e não abusadas.	VD (15%) atual gestação. O mais freqüente braço, antebraço, face e pescoço. 95% sofreram abuso antes da gestação. 4,3% sofreram abuso grave. São mais entre as jovens, e nascimento único, baixas renda e educação, 1 ou mais aborto. Fumo e álcool foram relacionados com o abuso.
Irion, 2000. Genova.	Transversal. AAS Abuse Assessment Screen. Pós-parto.	271 gestantes.	Determinar as prevalências das violências emocionais (VP), físicas (VF) ou sexuais (VS).	Prevalência VP, VFS durante a vida 18%. Na atual gestação 7%. VP; 5%, VF 3%, VS 2%; qualquer viol 7%. Viol antes da gestação VP 12%, VF 10%, VS 6% e qualquer viol 18%. Antes e durante VP 13%, VF 11%, VS 6% qualquer viol 18%. PI 84% foi o perpetrador. A VD não apresentou associação com primiparidade, hemorragia, aborto, baixa escolaridade, religião características sociodemográfico.
Matson, 1999. EUA/México.	Quantitativo/ Qualitativo. AAS abuse Assesment Screen. CTS Conflict Tactics Scale. ISA Index Spouse Abuse. Momento e pós-parto.	450 puéperas	Prevalência e tipo de abuso da VD em gestantes latinas. Cultura e fatores relacionados com a auto-estima	Prevalência 8,8% VD. No ano que passou 6,2%. Auto-estima 23,7% x 25 não abusadas (p< 0001). Nenhuma diferença entre idade, status marital, tempo que iniciou o pré-natal. Embriaguez como fator que precede o abuso. Permanecem com o PI crianças. Historia de VD na família de origem, ciúmes, amante do PI.
Leung, 1999. China.	Transversal. AAS Abuse Assesment Scale Durante o Pré-natal.	631 gestantes	Prevalência da VD durante a gestação.	VD no ano anterior 15,7%, na gestação 4,3%, VS 9,4%. PI perpetuador. Violência maior na gestação é a psicológica. Fatores de risco: gravidez não planejada, PI desempregado ou só a mulher trabalha, é mais comum entre as chinesas, do que os imigrantes, história de abuso durante a vida.
Gazmararian, 1996	Revisão da literatura. Medline, Popline, Psychological Abstracts, Sociological Abstracts 1963-1995	13 estudos foram selecionados	Verificar os métodos e achados dos estudos de VD contra a gestante.	Prevalência variou de 0,9% a 20,1%. Medidas da violência, amostra população e método de estudo variaram entre os estudos, esses fatores podem afetar os resultados. Estudos em que perguntaram mais de uma vez na gestação ou no 3º trimestre de gravidez registraram maiores prevalências. Baixa prevalência foi verificada em gestantes que foram atendidas em clinica particular ou auto-responderam e quando o entrevistador era pessoa que não trabalhava na área da saúde.

Autor, Ano, País	Desenho do estudo/Instrumento Momento do estudo	Amostra	Objetivo	Achados
Martin, 1996. Carolina do Norte.	Transversal. AAS Abuse Assement Scale Durante o Pré-natal.	2092 gestantes	Examinar a proporção de mulheres que tem sido violentada pelos seus PI que usam substâncias: cigarros, álcool, drogas ilícitas, antes e durante a gestação e a relação entre VD e o uso dessas substâncias.	VD 26% em algum momento de sal vida. 62% usaram 1 ou mais substâncias antes da gestação. Durante a gestação 31% usaram substâncias. Em ambas situações é mais provável de usar várias substâncias. Gestantes VD são mais prováveis entre as gestantes que usaram antes e durante a gestação.
MacFarlene, 1992. Houston, Texas e Baltimore	Coorte Prospectiva. AAS Abuse Assessment Screen. Momento da visita ao pré-natal até o momento do parto.	691 gestantes.	Avaliar a ocorrência, frequência e severidade do abuso físico durante a gestação associada com início das consultas de pré-natal.	Prevalência 17% VFS. Abuso recorrente em 60% das gestantes (2 ou mais episódios de abusos). Local cabeça. Frequências, severidade e risco para homicídio eram piores nas gestantes brancas. As gestantes abusadas iniciam o pré-natal no 3º trimestre de gestação.

Tabela 2- Autor, ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, prevalência, fatores associados e principais resultados na saúde materna e infantil, pesquisados de violência doméstica contra a gestante

Autor, Ano, País	Desenho do estudo/Instrumento Momento do estudo	Amostra	Objetivo	Achados
Martin, 2006. EUA	Transversal. CES-D (para pesquisar depressão antes e durante gestante), CTS 2 (violência) 6 a 7 meses de gestação.	95 gestantes	Verificar a associação entre as várias formas de violência e sintomas depressivos antes e durante a gestação	Vítimas de violência física/sexual antes ou durante a gestação tem altos níveis de sintomas depressivos quando comparados com mulheres não depressivas.
Ahemed 2006. Índia	Transversal. PERFORM system of Indicators Survery of women and the Male Reproductive health Survery. Em alguma gestação nos últimos 3 anos.	2199 mulheres	Examinar o efeito da violência física durante a gestação e mortalidade perinatal em crianças pequenas.	Prevalência de VD na gestação passada 8%. VD fator de risco p mortalidade neonatal e perinatal. Sem associação VD pos-neonatal e crianças pequenas.
Bacchus, 2006.	Qualitativo Economic and Social Research Council Violence Research Program (VRP) Até 14 meses pós-parto.	18 gestantes	Examinar qualitativamente a experiência da VD durante a gestação.	Aumento de sentimento de insegurança, ciúmes e posse de seu PI na atual gestação. Abuso em relação à chegada do RN, dificuldade financeira. Redução da habilidade física e emocional, durante a gestação, falta de suporte emocional entre o casal, dúvida de paternidade.
Kaye, 2006. Uganda.	Coorte Prospectiva. AAS Abuso Assessment Screen. 2º trimestre de gestação	612 gestantes	Verificar se a VD na gestação é fator de risco para internação hospitalar antes do parto e Baixo Peso (BP).	Incidência 27,7% Sem diferença entre as características sociodemografico. Diferença significativa, entre as gestantes que tem pouca decisão dentro de casa, mora com outros familiares, gestação não planejada. A média do peso ao nascer foi de 186 gr menos entre as que sofrem VD. Risco aumentado (37%) risco em ter complicações Hipert arterial, anemia, ruptura prematura de membrana e hospitalização antes do parto.
Panareto, 2006. Townsville e Islander	Coorte Prospectivo. TAIHS Townsville Aboriginal and Islander Health Services 2000/2003. Pré-natal.	456	Avaliar as características dos nascimentos indígenas e fatores de risco para Baixo Peso (BP), prematuro(PM), (PIG) pequeno para idade gestacional.	PM (8,7%), BP (11,1%), PIG (8,3%). VD (15,1%) na 1ª visita do pré-natal. Preditores para: PM: história prévia de PM, Baixa massa corpórea, <3 consulta de pré-natal. BP: Baixa massa corpórea, história de nascido morto, inetrecao com Infecção de urina. PIG baixo índice de massa corpórea, tabaco e hipertensão. Interação com infecção de urina e uso de álcool.
Silverman 2006. EUA	Transversal. PRAMS Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. 2 e 6 meses pós-parto.	118.579 26 estados Americano	Avaliar a associação entre VD e amamentação.	Prevalência da VD 5,8%. Na análise ajustada por característica sociodemograficas e fumo, sem associação entre VD/AM. Taxa cru VD no ano anterior a gestação; na gestação, mas não no ano anterior, estão associados ao AM. Gestantes que tiveram VD entre os dois períodos são menos provável de AM. Mulheres que tiveram VD na gravidez são mais provável de desmamar nas las 4 semanas pós -parto.

Autor, Ano, País	Desenho do estudo/Instrumento Momento do estudo	Amostra	Objetivo	Achados
Yost, 2005. Dallas, EUA	Transversal. HITS. Pós-parto.	16.041 puérperas.	Avaliar se mulheres que relatam VD tem risco aumentado de resultados adversos na gestação.	Prevalência de 6%. Incidência de BP maior entre as mulheres vítimas de VD verbal (7,6% x 5,1%). Abuso físico relacionado com morte neonatal (1,5% x 0,2%). Mulheres que não quiseram ser entrevistado aumento de BP (12,8% x 5,1%), pré-termo até 32 semanas (5,3% x 1,2%). PP e internação na UTI neonatal.
Schoeman, 2004.	Transversal. AAS Abuse Assessment Screen. Momento do Nascimento.	229 (130 PM, 99 baixo risco)	Examinar se mulher vítimas de VD tem alto risco para eventos adversos e Prematuridade (PM).	O grupo de gestantes vítimas de VD, e tiveram PM experimentaram durante sua vida mais violência, também no ano que passou e na atual gestação. Esse grupo fuma mais cigarros por dia, álcool e tem alta incidência de sífilis. Somente a violência não foi causa direta de PM, mas é parte do estilo de vida e baixa condição socioeconômica.
Watson 2004. Austrália.	Coorte prospectiva. ABS Australian Bureau of Statistics. Qualquer momento na vida.	2.561 gestantes	Investigar a associação entre violência e mulheres adolescentes e eventos reprodutivo.	Prevalência 38%. A gestação aumentou a prevalência da violência. Associado com hemorragia, interrupção da gestação.
Nasir, 2004 EUA.	Revisão da literatura. MEDLINE, POPLINE, WHO Reproductive Health database, Population Council. 1996-2001	6 estudos em países em desenvolvimento.	Estimar a magnitude e prevalência da VD durante a gestação em países em desenvolvimento. Explorar os fatores de risco em tais comportamentos. Examinar o impacto dos resultados adversos da VD na gestação.	Prevalência 4% a 29%. Apenas 1 estudo mostrou aumento de 8% da VD na gestação atual ou em outras. Mulheres que sofreram abuso são de baixa escolaridade, múltipara, gravidez não planejada. Baixa escolaridade do parceiro. e uso de álcool. Associação da VD com BP, perda ou morte fetal.
Coker, 2004. Columbia, Carolina do Sul	Transversal. AAS Abuse Assessment Scale modificado. Gestante ou não gestante.	1580 mulheres.	Investigar se existe associação entre abuso físico e psicológico durante a gestação morte perinatal, BP e PM.	Das 755 mulheres pesquisadas que tiveram nascidos vivos e morte fetal 14,7% sofreram abuso durante a gestação. Esse abuso foi significativamente associado com o aumento do risco de morte perinatal nascidos com BP e PM.
Jasinski, 2004. EUA.	Revisão da literatura. Sociological, Abstracts, PsychINFO, CINAHL, Medline, Social Services Abstracts and Ageline. Depois de 1996.	18 artigos	Verificar as publicações após 1996. Prevalência, fatores de risco, gestação é fator de risco para VD.	Prevalência 3,2% a 66,0%. A VD está correlacionada com baixo status socioeconômico, baixo nível de suporte social, gravidez não planejada, 1ª gravidez, raça/etnia, idade mais velha e mais jovem, uso de álcool, entretanto stress pode perpassar por toda essa situação e contribuir com o aumento de risco para VD. Fatores de risco: Ainda não tem um corpo de pesquisa que sustente ser a gravidez fator de risco para a VD, entretanto, o que se observa são as gestantes que presenciaram ou foram vítimas de violência é mais provável de sofrer violência na atual gestação. Consequências: entrada tardia no pré-natal, BP, PM, comportamento não saudável da mulher, trauma fetal, assunto de saúde para a mulher. Resultados negativos na saúde da mulher, intervalo intergestacional, existe um mix de estudos onde se encontra ou não associação.

Autor, Ano, País	Desenho do estudo/Instrumento Momento do estudo	Amostra	Objetivo	Achados
Núñez-Rivas, 2003. Costa Rica.	Transversal. Questionário estruturado. Pós parto.	118 puérperas.	Determinar a prevalência da violência física, psicológica e sexual durante a gravidez e sua associação com o baixo peso ao nascer.	Filhos de mães vítimas de violência pesam 449,4gr menos que as outras crianças. Relação direta violência sofrida pela gestante e relação indireta aumento de peso da gestante.
Menezes, 2003. Pernambuco.	Transversal. AAS Abuse Assessment Screen. Puerpério.	420 puérperas.	Determinar a VDF em gestantes, estudar os fatores de risco e determinar os resultados perinatais.	Prevalência antes da gestação 13,1% e durante 7,4%. Em 43,7% das gestantes, diminuiu em 27,3% durante a gestação, aumento foi de 11% dos casos. Baixa escolaridade, história familiar de violência da mulher, consome de álcool e desemprego do PI. Elevado índice de morte perinatal em filhos de mulheres vítimas de VD.
Rachana, 2002	Transversal. Revisão sistemática. 1º trimestre de gestação, dados avaliados entre os anos 1996-1999.	7557 gestantes	Avaliar a incidência da violência física na gestação e descrever a associação com complicação fetal e resultados no nascimento.	VF 21%, dessas 40% tiveram hospitalização antes do parto. Trabalho de parto prematuro, trauma devido a chute no abdômen com ruptura uterina, placenta prévia e infecção de urina. Cesárea e sofrimento fetal e nascimento pré-termo.
Leung, 2002. China.	Coorte prospectiva. AAS Abuse Asssessment Scale. EPDS Edinburg Postnatal Depression Scale. Pré-natal, Pós-natal.	838 gestantes e puérperas.	Avaliar a relação entre VD e depressão pós-natal.	16,6% tem sido, abusada no ano antes, 10,4% durante a atual gestação. PI, namorados, Madrasta colegas são os mais comuns. Fatores de risco gestação não planejada. Depressão associação com a VD. O efeito da VD na população chinesa é principalmente no seu psicológico e auto-estima.
Bacchus, 2002. Londres	Pesquisa Qualitativa. Semi estruturado. Pós-parto.	10 mulheres que já sofreram VD, incluindo na gravidez e no último ano. 6 mulheres que tiveram VD no último ano, mas não na gestação, 16 mulheres com nenhuma história de VD.	Examinar a percepção e experiência da VD em inquérito rotina em uma maternidade.	Rotina de perguntar sobre VD em maternidade é aceitável pelas mulheres, se conduzido de maneira segura, confidencial e profissional da saúde treinado que seja enfático sem julgamento. A efetividade do inquérito é lícito e a história da VD é influenciada pelos fatores tais como: falta de tempo; de conselheiro confidencial, cuidado contínuo, treinamento e avaliação de recursos.
Edin, 2002. Västerbotten, Suíça	Pesquisa Qualitativa. Pesquisa semi-estruturada, 15 questões em relação a experiência no pré-natal, 16 específicas de VD e o AAS, e questões relacionada a rotina. Clínica de pré-natal.	51 enfermeiras obstétricas. Janeiro e fevereiro 1999.	Avaliar a experiência, conhecimento, atitudes e rotinas em relação à violência contra a gestante, trabalham com as parteiras em clínica de pré-natal.	A parteira tem muito conhecimento em relação ao assunto, são sensíveis as gestantes e suas necessidades. Raramente revelam a ocorrência de VD. Sinais e sintomas do abuso pode variar e não são fáceis de ser reconhecido. As parteiras estimam uma frequência de casos de abuso físico e sexual antes 2,3% e durante a atual gestação de 0,6%. Não existe nenhuma diretriz para perguntar sobre a VD, nenhum atendimento se encontrar, não se faz nenhuma pergunta.
Murphy, 2001. Canadá.	Metanálise. Medline (1966-1999), Cinahl (1982-1997), Cochrane Library.	537 artigos, 14 foram eleitos para a análise e 8 foram analisados.	Determinar a força de associação entre Violência psicológica, Física e Sexual durante a gestação e BP	Um estudo apresentou associação entre BP e VD. Gestantes que referiram VD durante a gestação são mais provável de ter filhos com BP ao nascer.(1,4 IC 1,1-1,8)

Autor, Ano, País	Desenho do estudo/Instrumento Momento do estudo	Amostra	Objetivo	Achados
Bullock, 2001. EUA	Caso Controle. AAS Abuse Assessment Screen. Menos de 28 semanas de gestação	212 gestantes.	Mulheres vítimas de VD são menos prováveis de AM	Nenhuma associação foi encontrada entre VD e escolha da AM.
Quinlivan, 2001. Austrália.	Coorte Prospectiva. Questionário estruturado e Screening relativo a VD. Pré-natal.	537 gestantes.	Incidência da VD entre as gestantes jovens, e o impacto desse abuso nos resultados dessa gravidez.	Incidência 29,7%. Gestantes jovens, fumantes, usam álcool ou drogas ilícitas. Alta incidência de infecção e morbidade, patologia psicológica, Alta incidência de morbidade puerperal e neonatal.
Hedin, 2000. Suécia.	Descritivo. SVAW Severity of Violence Against Women Scale. 1º e 3º trimestre de gestação.	270 gestantes.	Examinar a prevalência da violência física, uso de álcool, tabaco, aborto e hemorragias devido a VD durante a gestação e comparar os fatores sócio-demográficos entre as VD e não vítimas.	Violência séria (4,3%), o abuso é maior nas gestantes jovens, solteiras, baixa renda e educação, tiveram aborto e hemorragia. 95% das gestantes que sofreram violência antes da gravidez tiveram na atual gestação.
Jagoe 2000. Mississippi.	Coorte prospectiva Gestação.	28 casos e 56 controles	Determinar o efeito do abuso físico durante a gestação e seus resultados.	A história do abuso físico não resultou em eventos adversos na gestação, entretanto admissão na UTI neonatal é mais provável nos filhos de mulheres abusadas.
Covington, 2000. Carolina do Norte	Coorte prospectiva. March of Dimes e Nursing Research Consortium on Violence and abuse. 1ª visita do pré-natal e até 60 dias pós-parto	545 gestantes.	Examinar a severidade, manifestação e consequência da VD entre adolescente e gestante adulta.	Gestante adolescente Violência moderada (16,1%), (9,4%) registro severo. Adulto 11,6% registraram violência no pré-natal, 4,8% severa Jovens mais provável de ter tido trauma abdominal, viol perpetrada por parente, uso de álcool, pré-termo. Adulta não teve relação com BP, PT.
Leung, 2000. China.	Transversal. Questionário estruturado. Pré-natal.	584 gestantes.	Verificar os efeitos da VD na gestação.	Violência 15,9%. Nenhuma diferença foi constatada entre o grupo de gestantes abusadas e não abusadas. A diferença de peso ao nascer entre os 2 grupos foi de 61 gramas.
Cokkinides, 1999. Carolina Sul.	Transversal. Questionário estruturado. Pré-natal, durante e após o nascimento.	6143 mulheres.	Avaliar a VD durante 12 meses antes do parto, complicação materna e resultados do nascimento.	VD física 11,1% entre as gestantes. 54% brigas, 46% tiveram lesão do parceiro e marido. VD associado com cesárea, hospitalização antes do parto, infecção de urina, trabalho pré-maturo, trauma devido a queda e soco abdominal.

Autor, Ano, País	Desenho do estudo/Instrumento Momento do estudo	Amostra	Objetivo	Achados
Grimstad, 1997. Noruega	Caso Controle. CTS Conflict Tactis Scales. Crianças com menos de 18 meses idade 1992-1994, e entrevista logo após o nascimento.	Casos (86) mulheres que tiveram crianças com BP e controle (92) aquelas que tiveram peso maior ou igual a 2.500 gr.	Avaliar se o abuso físico durante a gestação está associado com o BP.	Prevalências 17% já sofreram VD. 7% no ano antes da gestação e 1 mulher durante a gestação. Casos (BP) 20% VD e 15% controles (BP), mas a associação não foi significativa. O consumo de álcool e cigarro foi maior entre vítimas VD comparada com as não abusadas.
Valdez-Santiago, 1996. Morelos.	Transversal. Estruturado com perguntas sobre violência. Pós-parto.	110 gestantes	Determinar a prevalência da VD durante a gravidez, assim como sua associação com o peso ao nascer, complicações do parto e pós parto imediato.	Mulheres vítimas de VD, durante a gestação tem 3x mais chance de ter complicações durante o parto e pós-parto imediato. Tem 4x mais chance de ter BP, quando comparadas com as não abusadas.
Peterson, 1997	Revisão da literatura. Medline, Popline, Psychological Abstract, Sociology Abstract 1995 a 1996	7 artigos.	Verificar a VD durante a gestação e resultados adversos, mecanismos pelos quais a violência pode influenciar a gestação e sugerir pesquisas.	Nenhum resultado consistente foi encontrado entre a VD e eventos adversos na gestação. Trama propõe percepção dos efeitos da viol pode ter nos resultados da gestação. Stress potencial mecanismo através do qual a VF pode indiretamente afetar a gestação. Pesquisa quali e quantitativa.
Parker, 1994. Texas, Baltimore	Coorte prospectiva. AAS Abuse Assessment Screen e ISA Index Spouse Abuse e DAS Danger Assessment Screen. Pré-natal.	1203 gestante.	Determinar a incidência do abuso físico e sexual em gestantes adultas e adolescentes, e verificar o efeito do abuso no peso ao nascer.	24% abuso físico/sexual no ano que passou, sendo maior nas adolescentes(20,6%). Mulheres que sofrem abuso entram no pré-natal atrasada. Risco para BP ao nascer, pouco ganho de peso da gestante, infecção, anemia, fumo, uso de álcool ou drogas.
Zapata, 1992. Chile.	Transversal. 1ª entrevista no 1º trimestre de gestação e 2ª entrevista no 2º ou 3º trimestre	179 Gestantes.	Avaliar o efeito na saúde da gestante exposta a alto nível de violências política e social	Gestantes que residem em áreas com alto nível de violência são significativamente mais prováveis de ter complicações na gravidez.

Estrutura da Secretaria de Saúde do Município de Campinas - São Paulo

Unidades Integrantes do Distrito de Saúde Sudoeste

Centro de Saúde DIC I, Centro de Saúde DIC III, Centro de Saúde Jardim Aeroporto, Centro de Saúde Jardim Campo Elíseos (Tancredão), Centro de Saúde Jardim Capivari, Centro de Saúde Jardim Itatinga, Centro de Saúde Jardim Santa Lúcia, Módulo de Saúde Kaíque, Centro de Saúde Jardim São Cristóvão, Centro de Saúde Jardim Vista Alegre, Centro de Saúde União de Bairros, CAPS Centro de Atenção Psico-Social Aeroporto, Ambulatório de especialidade Ouro Verde, Laboratório de Análise Clínica, Coordenadoria Distrital de Vigilância à Saúde.

Centro de Saúde DIC I

Área de Abrangência: Ocupação 10 de março (limite com 18), Ocupação 13 de junho, Aeroporto de Viracopos, Conjunto Habitacional DIC I (Monsenhor L. Fernando de Abreu), Ocupação DIC I (Serra), Conjunto Habitacional DIC VI, Parque Dom Pedro I, Parque Dom Pedro II, Núcleo Residencial Ipora, Ocupação Mafhuz, Jardim Melina Conjunto Habitacional Monsenhor Luiz Fernando Abreu (DIC I), Ocupação Novo DIC I, Ocupação Jardim Ouro Verde, Jardim Represa, Jardim São Pedro de Viracopos, Favela Tancredo Neves, Vila Tancredo Neves, Parque Universitário de Viracopos.

Equipes de Saúde: 4 equipes de programa de Saúde da Família, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, odontologia, pediatria, ginecologista, obstetra.

Serviços Disponíveis: atendimento médico, enfermagem, odontologia, exames de apoio e diagnóstico, vigilância em saúde, atividades externas e outros serviços.

Centro de Saúde DIC III

Área de Abrangência: Núcleo 5 de março, Jardim Acadêmico, Conjunto Habitacional Antônio Mendonça de Barros (DIC II), Ocupação Aruana, Ocupação Parque Carlos Marighela (antigo El Shadar / Rua 71 / DIC V), Conjunto Habitacional Chico Mendes (DIC V), COHAB, Conjunto Habitacional DIC II (Antônio Mendonça de Barros), Conjunto Habitacional DIC III (Ruy Moraes), Ocupação DIV IV, Conjunto Habitacional DIC IV (Lech Walesa), Conjunto Habitacional DIC V, Conjunto Habitacional DIC VI, Bairro Distrito Industrial, Ocupação Eldorado dos Carajás, Jardim Guararapes, Conjunto Habitacional Lech Walesa (DIC IV), Jardim Palmeiras, Ocupação Jardim Rosalina, Conjunto Habitacional Ruy Novaes (DIC III), Jardim Santa Cândida, Ocupação Jardim Santo Antônio, Ocupação Santos Dumont/Tooling, Ocupação Vila Todescan, Vila Todescan, Ocupação Parque Vista Alegre, Parque Vista Alegre e Ocupação Zumbi dos Palmares.

Equipes de Saúde: 5 equipes de programa de Saúde da Família, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, odontologia, pediatria, ginecologista e obstetra.

Serviços Disponíveis: atendimento médico, enfermagem, odontologia, exames de apoio e diagnóstico, vigilância em saúde, atividades externas e outros serviços.

Centro de Saúde Jardim Aeroporto

Área de Abrangência: Ocupação Aeroporto de Viracopos, Favela Vila Aeroporto, Vila Aeroporto (I, II, III), Ocupação Borgh, Jardim Cristina, Conjunto Habitacional DIC VI, Chácara Formosa, Favela Vila Itapura, Sítio Jatobá, Favela Jossiara, Favela Jardim Ouro Verde, Jardim Paraíso de Viracopos, Ocupação Jardim Paraíso de Viracopos, Chácara Santa Letícia, Jardim São Francisco, Ocupação São Francisco, Chácara São José e Proj. Uruguai.

Equipes de Saúde: 3 equipes de programa de Saúde da Família, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, odontologia, pediatra, ginecologista e obstetra.

Serviços Disponíveis: atendimento médico, enfermagem, odontologia, exames de apoio e diagnóstico, vigilância em saúde, atividades externas e outros serviços.

Centro de Saúde Campos Elíseos (Tancredão)

Área de Abrangência: Jardim 14 Bis, Jardim Aerocontinental, Jardim das Bandeiras, Chácara Campos Elíseos, Parque Canadá, Country Ville, Jardim Indianópolis, Parque Industrial Lisboa, Jardim Maria Eugênia, Favela Jardim Maria Rosa, Vila Mimosa, Jardim Montreal, Loteamento Nossa Senhora da Conceição, Jardim Novo Campos Elíseos Parte 1, Jardim Novo Campos Elíseos Parte 3, Jardim Novo Campos Elíseos Parte 5, Jardim Paraíso de Viracopos, Jardim Petrópolis, Jardim Santa Amália, Ocupação Santa Terezinha, Parque Santos Dumont, Chácara São Francisco de Aeroporto, Conjunto Residencial Souza Queiroz e Jardim Telesp.

Equipes de Saúde: 3 equipes de programa de Saúde da Família, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, odontologia, pediatra, ginecologista e obstetra.

Serviços Disponíveis: atendimento médico, enfermagem, odontologia, exames de apoio e diagnóstico, vigilância em saúde, atividades externas e outros serviços.

Centro de Saúde Jardim Capivari

Área de Abrangência: Favela Jardim Alvorada, Jardim Alvorada, Jardim das Amoreiras, Jardim Ayres da Costa, Ocupação Jardim das Bandeiras I-B, Jardim Bordon, Ocupação Jardim Bordon, Chácara Campos Elíseos, Favela Jardim Capivari, Jardim Capivari, Jardim Dona Emília, Parque Ipiranga,

Vila Lovato, Jardim Márcia, Vila Mingone, Jardim Morumbi, Favela Vila Nova Independência, Favela Nova República, Jardim Novo Campos Elíseos Parte 1, Favela Vila Palácio, Vila Palácios, Ceram. Santa Lúcia, Bairro São João, Ceram. São José e Jardim Yeda.

Equipes de Saúde: 3 equipes de programa Saúde da Família, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, odontologia, pediatra, ginecologista e obstetra.

Serviços Disponíveis: atendimento médico, enfermagem, odontologia, exames de apoio e diagnóstico, vigilância em saúde, atividades externas e outros serviços.

Centro de Saúde Jardim Itatinga

Área de abrangência: Jardim Itatinga, Parque São Paulo, Jd. Telesp e Jd. Maria Rosa.

Equipes de Saúde: 1 equipe de programa Saúde da Família, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, odontologia, pediatra, ginecologista e obstetra.

Serviços Disponíveis: atendimento médico, enfermagem, odontologia, exames de apoio e diagnóstico, vigilância em saúde, atividades externas e outros serviços.

Centro de Saúde Jardim Santa Lúcia

Área de Abrangência: Ocupação 2 de julho, Núcleo Residencial 21 de abril, Ocupação Jardim Bordon, Núcleo Residencial Cristo Redentor, Ocupação Filadelfia, Jardim Novo Campos Elíseos Parte 2, Jardim Novo Campos Elíseos Parte 5, Jardim Santa Lúcia, Chácara São Pedro, Núcleo Residencial Parque União, Parque Residencial Vila União e Jardim Yeda.

Equipes de Saúde: 4 equipe de programa Saúde da Família, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, odontologia, pediatra, ginecologista e obstetra.

Serviços Disponíveis: atendimento médico, enfermagem, odontologia, exames de apoio e diagnóstico, vigilância em saúde, atividades externas e outros serviços.

Centro de Saúde São Cristóvão

Área de Abrangência: Ocupação 28 de fevereiro, Ocupação Jardim Adhemar de Barros, Jardim Adhemar de Barros, Jardim Aeronave, Jardim Aeroporto de Campinas, Jardim Atlântico, Jardim Aviação, Parque Azul, Jardim Califórnia, Parque Central Viracopos, Jardim Columbia, Vila Congonhas, Jardim Cruzeiro do Sul, Jardim Esplanada, Sítio Estrela, Jardim Guarany, Jardim Guayanila, Jardim Hangar, Parque Imperial Viracopos, Favela Parque das Indústrias, Jardim Interland Paulista, Jardim Internacional Rural, Parque Internacional Viracopos, Jardim Novo Itaguacu, Ocupação Novo Planalto, Jardim Planalto de Viracopos, Ocupação Jardim Planalto de Viracopos, Núcleo Primavera III (Jd. Ademar De Barros), Favela Vila Princesa (antiga: Favela Jardim da Esplanada), Jardim Santa Maria I, Jardim Santos, Chácara Santos Dumont, Jardim São Cristóvão, Jardim São Jorge, Jardim São Pedro de Viracopos, Ocupação São Pedro de Viracopos e Jardim Vera Cruz.

Equipes de Saúde: 3 equipe de programa Saúde da Família, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, odontologia, pediatra, ginecologista e obstetra.

Serviços Disponíveis: atendimento médico, enfermagem, odontologia, exames de apoio e diagnóstico, vigilância em saúde, atividades externas e outros serviços.

Centro de Saúde Jardim Vista Alegre

Área de Abrangência: Jardim Aeroporto de Viracopos, Núcleo Residencial Parque Dom Pedro II, Fazenda Estiva, Fazenda Friburgo, Jardim Marajó, Jardim Maria Helena, Ocupação Mauro Marcondes, Residencial Mauro Marcondes, Jardim Mercedes, Sítio Morada dos Pinheiros, Núcleo Residencial Novo Parque, Favela Novo Sol, Fazenda Possas, Favela Santa Isabel, Fazenda São Francisco, Residencial São José, Jardim Shangai, Ocupação Jardim Shangai, Recanto do Sol I, Ocupação Recanto do Sol II, Recanto do Sol II, Ocupação Três Estrelas / Mandioccal, União da Vitória, Favela Parque Universitário, Ocupação Universitário, Parque Universitário de Viracopos, Conjunto Habitacional Vida Nova, Chácara Vista Alegre, Jardim Vista Alegre, Favela Vista Nova, Ocupação Vila Vitória I e Ocupação Vila Vitória II

Equipes de Saúde: 4 equipe de programa Saúde da Família, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, odontologia, pediatra, ginecologista e obstetra.

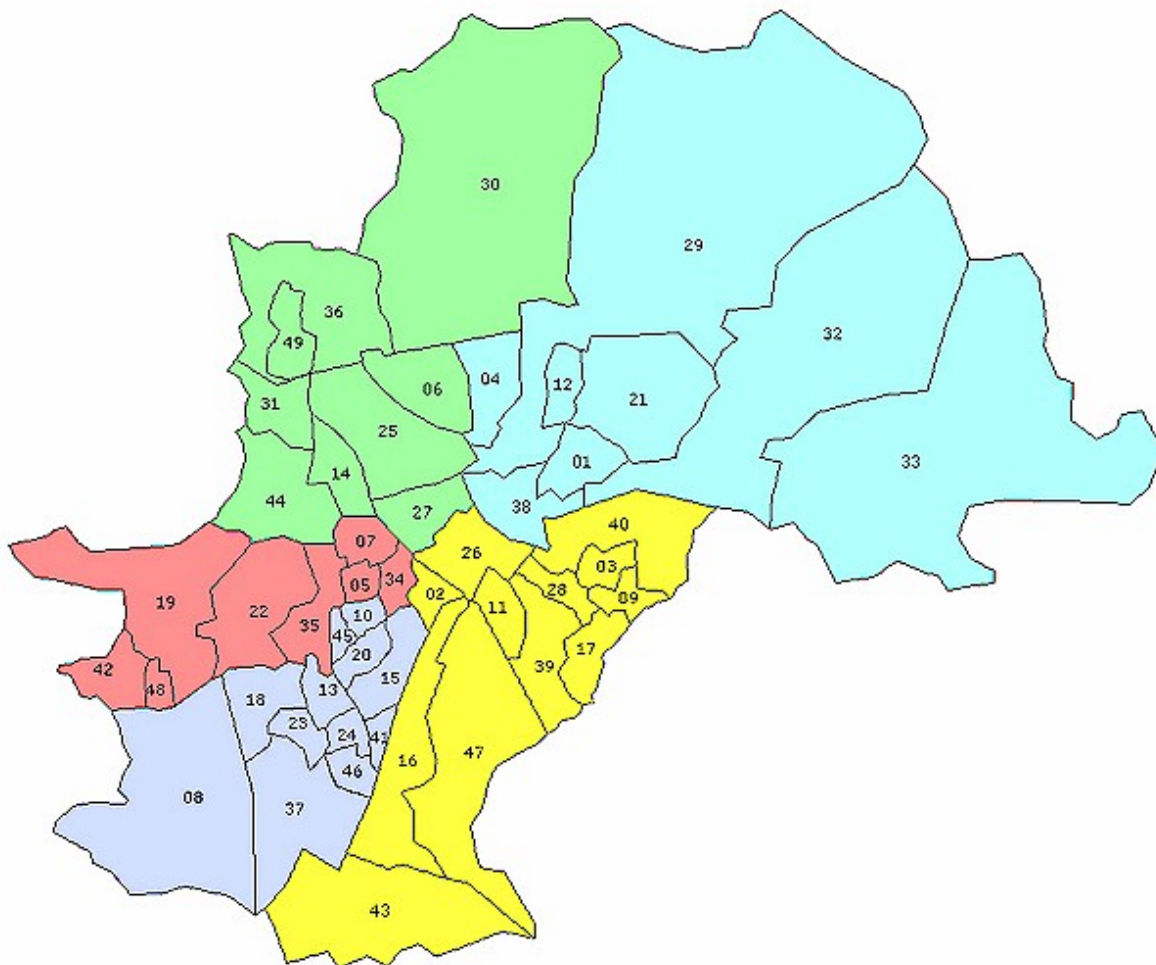
Serviços Disponíveis: atendimento médico, enfermagem, odontologia, exames de apoio e diagnóstico, vigilância em saúde, atividades externas e outros serviços.

Centro de Saúde União dos Bairros

Área de Abrangência: ainda não definida.

Equipes de Saúde: 3 equipe de programa Saúde da Família, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, odontologia, pediatra, ginecologista e obstetra.

Serviços Disponíveis: atendimento médico, enfermagem, odontologia, exames de apoio e diagnóstico, vigilância em saúde, atividades externas e outros serviços.



Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste
6- Santa Mônica 14- Boa Vista 25- Eulina 27- Aurélia 30- Barão Geraldo 31- Anchieta 36- São Marcos 44- Sta. Bárbara 49- Cássio Raposo do Amaral	2- Vila Rica 3- Orosimbo Maia 9- Esmeraldina 11- Figueira 16- São José 17- São Vicente 26- Faria Lima 28- Santa Odila 39- Ipê 40- Parapanema 43- São Domingos 47- Carvalho de Moura	1- Conceição 4- Costa e Silva 12- São Quirino 21- 31 de março 29- Taquaral 32- Sousas 33- Joaquim Egídio 38- Centro	8- União dos Bairros 10- Santa Lúcia 13- Aeroporto 15- Campos Elíseos (Tancredão) 18- Vista Alegre 20- Capivari 23- Dic I 24- Dic III 37- São Cristóvão 41- Itatinga 45- V. União / CAIC 46- Santo Antônio	5- Perseu 7- Integração 19- Valença 22- Florence 34- Pedro Aquino (Balão) 35- Ipaussurama 42- Floresta 48- Itajaí

Mapa 2- Área de Abrangência de cada Região Distrital e suas respectivas Unidades Básicas de Saúde, que compõe o Serviço Municipal de Saúde. Campinas, 2004



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DMPS

PROJETO: VIDOMGRA

Profa. Dra Ana Maria Segall Corrêa

Profa. Dra Silvia Santiago

Celene Aparecida Ferrari Audi

APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DA FCM

PROJETO NO 116/2004

CAMPINAS - SP

PROJETO: VIDOMGRA

MÓDULO GESTANTE

O (a) entrevistador (a) deve cumprimentar a pessoa a ser entrevistada e iniciar a pesquisa do seguinte modo: Meu nome é _____, e gostaria de conversar com a Sra. sobre uma pesquisa que estamos fazendo pela UNICAMP. (LER A CARTA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO).

(Se a entrevistada consentir em participar, ela deve assinar a carta; caso contrário, agradeça e encerre a entrevista).

001- Centro de Saúde _____ 002 - Entrevistador: _____

003- Data da 1ª entrev ____/____/____ 004- Idade Gestacional ____ semanas

005- Data da 2ª entrev ____/____/____ 006- Idade Gestacional ____ semanas

007- Data da 3ª entrev ____/____/____ 008- Idade Gestacional ____ semanas

009- Data da 4ª entrev ____/____/____ 010- Idade em dias do recém-nascido ____ dias

I- IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

011- Nome da gestante _____

012- Rua _____ 13- Nº. _____

014- Bairro _____ 015- Telefone _____

016- Data de nascimento ____/____/____ 017- Idade em anos: _____

(ENTREVISTADOR, SE POSSÍVEL PEGUE OUTRO TELEFONE/ENDEREÇO PARA CONTATO CASO A GESTANTE MUDE DE ENDEREÇO OU NÃO COMPAREÇA MAIS AO PRENATAL)

018- Situação conjugal

1- casada	2- solteira	3- união consensual estável
4- desquitada/divorciada	5- viúva	6- separada
7- namora com vida sexual		9- NS/NR

019- Qual é a sua cor? **(leia as alternativas)**

1- branca	2- negra	3- parda
4- amarela/oriental	5- indígena	9- NS/NR

020- Qual é a sua religião?

0- sem religião	
1- Católica (Apostólica Romana, Católica ortodoxia, Apostólica Brasileira, Católica não determinada),	2- Espírita ou espiritualista (Kadecista, Umbanda, Candomblé ou outra religião de origem africana).
3- Protestante Cristã Reformada (Luterana, Presbiteriana, Metodista, Batista, Congregacional, Adventista, Episcopal Anglicana, Menonita, Evangélica tradicional não determinada, Evangélica tradicional, outras)	4- Crente evangélico (Assembléia de Deus, Congregação Cristã do Brasil, O Brasil para cristo, Evangelho Quadrangular, Universal do Reino de Deus, Casa da Bênção, Casa da Oração, Deus é amor, Maranata, Tradicional Renovada, Evangélica Pentecostal não determinada, Evangélica Pentecostal, outras)
5- Outra Qual: _____	9- NS/NR

021- A Sra. sabe ler e escrever?

0- não (passe para a questão 24)	1- sim
----------------------------------	--------

022- A Sra. está estudando atualmente?

0- não	1- sim
--------	--------

023- Qual foi o curso mais elevado que freqüentou ou que a sra. está freqüentando?

1- Regular do ensino fundamental ou de 1º grau	2- Regular do ensino médio ou de 2º grau	3- Supletivo de ensino fundamental ou de 1º grau
4- Supletivo de ensino médio ou de 2º grau.	5- Superior (Universitário)	6- Alfabetização de adulto
7- Curso técnico	8- Mestrado ou Doutorado	9- NS/NR

024 - Atualmente, a Sra. está trabalhando?

0- não (incluir trabalho doméstico) (PASSE P/ O Nº 27)	1- sim, remunerado com carteira assinada	2- sim, remunerado sem carteira assinada
3- outro		

025- **(SE A MULHER TRABALHAR)**

A sra acha que seu trabalho oferece algum risco para a saúde da sra e/ou do bebê?

0- não	1- sim
--------	--------

026- Se, **sim**, quais_____

027- Se **não está trabalhando**, antes de engravidar a sra. trabalhava?

0- não (PASSE PARA OUTRO BLOCO DE PERGUNTAS)	1- sim
---	--------

028- Se **sim**, porque deixou o serviço?(**MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA**)

1- Engravidou e o companheiro não quis que a sra trabalhasse mais...	0- não	1- sim	9- NS/NR
2- Engravidou e teve problema de saúde relacionado com a gravidez	0- não	1- sim	9- NS/NR
3- A sra acha que mulher grávida não deve trabalhar	0- não	1- sim	9- NS/NR
4- Foi dispensada porque ficou grávida	0- não	1- sim	9- NS/NR
5- Foi dispensada por motivo não relacionado com a gravidez	0- não	1- sim	9- NS/NR
6- A sra. não quis mais trabalhar Se sim por que? _____	0- não	1- sim	9- NS/NR
7- Outro familiar não permitiu que a sra trabalhasse	0- não	1- sim	9- NS/NR
8- Outro:	0- não	1- sim	9- NS/NR

II- HISTÓRIA REPRODUTIVA MATERNA E GRAVIDEZ ATUAL

Com que idade foi sua 1ª rel. sexual? _____ anos 99 - NS/NR

029- Quantos anos a Sra. tinha quando ficou grávida pela primeira vez?_____ 99 - NS/NR

030- Quantas vezes a Sra. ficou grávida contando com essa?_____ vezes 99 - NS/NR

031- Com quantas semanas de gestação, a sra começou a fazer o pré-natal _____ semanas.
99- NS/NR (verificar no prontuário ou cartão gestante)

032- A sra tem alguma dificuldade para fazer o pré-natal

0- não	1- sim
--------	--------

033- Se, **SIM**

1- problemas financeiros	0- não	1- sim	9- NS/NR
2- não consegue agendar consulta	0- não	1- sim	9- NS/NR
3- não tem com que deixar outros filhos	0- não	1- sim	9- NS/NR
4- não gosta do atendimento do (s) profissional (is) da unidade	0- não	1- sim	9- NS/NR
5- não acha importante fazer o pré-natal	0- não	1- sim	9- NS/NR
6- Deixar o serviço para fazer o pré-natal	0- não	1- sim	9- NS/NR
7- Outros	0- não	1 - sim	9- NS/NR

034- Quantos filhos vivos a Sra. têm? _____ filhos. (**colocar 0 se não tiver filhos**)

99- NS/NR

(Entrevistador, nessa pergunta considera-se aborto a interrupção da gestação até 22 semanas (5 meses e meio) ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção (feto) pesando menos de 500g.)

035- Teve aborto, isto é, perdeu algum bebê quando estava grávida? abortos

99- NS/NR (**colocar 0 se não teve aborto**)

036- Teve algum bebê que nasceu vivo com peso abaixo de 2500g? bebês

99- NS/NR (**colocar 0 se não teve filho com Baixo Peso**)

037- Teve algum bebê vivo que nasceu antes do tempo? bebês

99- NS/NR (**colocar 0 se não teve filho prematuro**)

038- Se SIM, de quanto tempo nasceu? meses ou semanas

_____ meses ou _____ semanas

_____ meses ou _____ semanas

_____ meses ou _____ semanas

_____ meses ou _____ semanas

039- Teve algum bebê que nasceu morto? _____ bebês

99- NS/NR (colocar 0 se não teve natimorto)

040- Se sim, sabe dizer os motivos? _____

Agora, vou ler algumas frases sobre essa gravidez, e gostaria que a sra respondesse aquilo que é mais verdadeiro para a sra: Em relação a essa gravidez a sra: (Entrevistador marque as respostas que a gestante disser, pode ser uma ou mais).

042- A sra estava tentando engravidar	0- não	1- sim	9- NS/NR
043- O companheiro da sra queria que a sra engravidasse	0- não	1- sim	9- NS/NR
044- A sra gostaria de esperar mais tempo	0- não	1- sim	9- NS/NR
045- A sra não queria ter mais filho, mas já que aconteceu..., tudo bem....	0- não	1- sim	9- NS/NR
045A- O seu companheiro ficou descontente/aborrecido com essa gravidez?	0- não	1- sim	9- NS/NR
- Outros	0- não	1- sim	9- NS/NR

046 - A sra tem filhos que não é de seu atual companheiro?

0- não	1- sim
--------	--------

A Sra. teve/tem nesta gravidez algum problema de saúde?

047- Pressão alta descoberta durante a gravidez	0- não	1- sim	9- NS/NR
048- Sangramento pela vagina	0- não	1- sim	9- NS/NR
049- Problemas ginecológicos (corrimento, coceira, ardor, ferida, verruga vaginal, dor na relação sexual, dor em baixo ventre).	0- não	1- sim	9- NS/NR
050- Perda de líquido	0- não	1- sim	9- NS/NR
051- Infecção urinária	0- não	1- sim	9- NS/NR
052- Outra infecção	0- não	1- sim	9- NS/NR
053- Problemas de coração	0- não	1- sim	9- NS/NR

054- Obesidade	0- não	1- sim	9- NS/NR
055- Diabetes	0- não	1- sim	9- NS/NR
056- Fraturas	0- não	1- sim	9- NS/NR
057- Enxaqueca (dor de cabeça)	0- não	1- sim	9- NS/NR
058- Asma	0- não	1- sim	9- NS/NR
059- DST/AIDS	0- não	1- sim	9- NS/NR
060- Falta de desejo sexual	0- não	1- sim	9- NS/NR
061- Comportamento sexual de risco (sexo sem camisinha, vários, parceiros, transar com pessoas doentes)	0- não	1- sim	9- NS/NR
062- Outros_____			

063- Algum desses problemas necessitou de atendimento hospitalar?

0- não	1- sim
--------	--------

064 - Foi solicitado para sra o teste para AIDS (**verifique no prontuário/cartão da gestante**)

0- não	1- sim, fiz o exame	2- sim, não fiz o exame
99-NS/NR		

065- Se **não fez o exame**, qual foi o motivo? _____

III- AS PERGUNTAS ABAIXO ESTÃO RELACIONADAS AO PAI DESSA CRIANÇA QUE A GESTANTE ESTÁ ESPERANDO

066- Qual é a idade do pai dessa criança que a sra está esperando?_____anos
99- NS/NR

067- A sra. mora com o pai dessa criança que está esperando?

0- não	1- sim
--------	--------

068- **Se sim**, há quanto tempo?_____anos

0- menos de um ano	99- NS/NR
--------------------	-----------

069- **Se não**, porque não mora? _____

070- **Se não**, com quem mora?_____

071- O pai, dessa criança que a sra. está esperando, trabalha?

0- não	1- sim	9- NS/NR
--------	--------	----------

072- Ele sabe ler e escrever?

0- não (siga 075)	1- sim
-------------------	--------

073- Ele está estudando atualmente?

0- não	1- sim	9- NS/NR
--------	--------	----------

074- Qual foi o curso mais elevado que frequentou ou que ele está frequentando?

1- Regular do ensino fundamental ou de 1º grau	2- Regular do ensino médio ou de 2º grau	3- Supletivo de ensino fundamental ou de 1º grau
4- Supletivo de ensino médio ou de 2º grau.	5- Superior (Universitário)	6- Alfabetização de adulto
7- Curso técnico	8- Mestrado ou Doutorado	9- NS/NR

075- Quem a Sra. considera como o responsável pela família?

1- seu companheiro	2- a sra.
3- os dois	4- outro familiar

Atualmente é muito comum a pessoa fumar, beber bebida alcoólica ou até usar algum tipo de droga como cocaína e/ou maconha. As próximas perguntas são referentes ao possível uso dessas substâncias, pelo seu **COMPANHEIRO**. Para nossa pesquisa é muito importante que a sra responda essas perguntas. Gostaria de lembrá-la que essas assim como todas as outras perguntas são confidenciais e serão utilizadas apenas para a pesquisa, isto é, as respostas serão vistas somente pelos pesquisadores.

076- O seu companheiro usa bebida alcoólica	0 - não	1 - sim	9 - NS/NR
---	---------	---------	-----------

077- Se, sim com que frequência:

1- 1 vez/semana	2- 2 a 3 vezes/semana	3- todos os dias	4- Mais de uma vez por dia
5- Uma vez por mês ou menos			

078- O seu companheiro fuma cigarro	0- não	1- sim	9- NS/NR
079- O seu companheiro usa maconha	0- não	1- sim	9- NS/NR
080- O seu companheiro usa cocaína	0- não	1- sim	9- NS/NR
081- O seu companheiro usa cola de sapateiro/lança perfume	0- não	1- sim	9- NS/NR
082- Outros tipos de drogas_____	0- não	1- sim	9- NS/NR

IV- CONDIÇÕES DE MORADIA, PRESENÇA DE REDE SOCIAL E APOIO SOCIAL

As próximas perguntas são sobre outros aspectos de sua vida com a família e amigos.

083- A Sra. está recebendo algum tipo de ajuda?

0- não	1- sim	9- NS/NR
--------	--------	----------

084- Se **sim**, que tipo de ajuda_____

(dinheiro/tickt, cestas básica, bolsa escola, bolsa alimentação, vale gás, leite)

085- De quem_____ (vizinhos associação de bairro, prefeitura, serviço de saúde, programas do governo)

086- A sra. ou algum membro da sua família sofreu algum tipo de violência nos últimos 3 meses?

0- não	1- sim	9- NS/NR
--------	--------	----------

087- A sra. considera o bairro onde mora violento?

0- não	1- sim	9- NS/NR
--------	--------	----------

088- A sra. se sente segura no local onde mora?

0- não	1- sim	9- NS/NR
--------	--------	----------

089- A sra se sentiu rejeitada ou intimidada, de alguma forma, pelo fato de estar grávida?

0- não	1- sim, pelos colegas da escola	2- sim, pelos professores, funcionários da escola
3- sim, pelos familiares	4- sim, pelo meu companheiro	5- sim, no trabalho
6- sem, outros	9- NS/NR	

090- Contando com a Sra., quantas pessoas moram na sua casa?_____pessoas.

091- Quantos cômodos são usados para dormir?_____ cômodos.

A família possui:

	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
092- Televisão em cores	0	2	3	4	5
093- Rádio	0	1	2	3	4
094- Banheiro	0	2	3	4	4
095- Automóvel	0	2	4	5	5
096- Empregada mensalista	0	2	4	4	4
097- Aspirador de pó	0	1	1	1	1
098- Máquina de lavar roupa	0	1	1	1	1
099- Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
100- Geladeira	0	2	2	2	2
101- Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1
ESCORE TOTAL					

102- Qual é a escolaridade do responsável pela família?

0- Analfabeto / Primário incompleto	1- Primário completo / Ginásial incompleto
2- Ginásial completo / Colegial incompleto	3- Colegial completo / Superior incompleto
5- Superior completo	

V- USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELA GESTANTE

Atualmente é muito comum a pessoa fumar, beber bebida alcoólica ou até usar algum tipo de droga como cocaína e/ou maconha. As próximas perguntas são referentes ao uso dessas substâncias que podem ser utilizadas pela sra. Para nossa pesquisa é muito importante que a sra responda essas perguntas. Gostaria de lembrá-la que essas assim como todas as outras perguntas são confidenciais e serão utilizadas apenas para a pesquisa, isto é, somente serão vistas pelos pesquisadores, e nada acontecerá com a sra. Ou outras pessoas

108- Nesta gravidez a sra. está fumando?

0- não	1- sim
--------	--------

109- **Se não** está fumando:

1- já não fumava antes de engravidar	2- parou por causa da gravidez
--------------------------------------	--------------------------------

110- **Se sim**:

1- começou fumar depois que engravidou	2- diminuiu depois que ficou grávida
3- não alterou depois que ficou grávida	99- NS/NR

111- Antes de engravidar a sra consumia bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça etc...)?

1- sim	2- não
	99- NS/NR

(Entrevistador as perguntas abaixo refere a ESSA GRAVIDEZ...)

112- Com que frequência a sra. consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc...)?

0- Nunca	1- Uma vez por mês ou menos	2- 2 a 4 vezes por mês
3- 2 a 3 vezes por semana	4- 4 ou mais vezes por semana	ESCORE

113- Quantas doses, contendo álcool, a sra consome num dia em que normalmente bebe?

1- 1 a 2	2- 3 a 4	3- 5 a 6
4- 7 a 9	5- 10 ou mais	ESCORE

114- Com que frequência que a sra consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

115- Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

116- Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra deixou de fazer algo ou atender a um compromisso devido ao uso de bebidas alcoólicas?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

117- Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

118- Com que frequência a sra sentiu-se culpada ou com remorso depois de beber?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

119- Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra não conseguiu lembra-se do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

120- A sra ou alguma outra pessoa já se machucou devido a alguma bebedeira?

0- Nunca	2- Sim, mas não nos últimos doze meses	4- Sim, nos últimos doze meses	ESCORE
----------	--	--------------------------------	---------------

121- Alguns parentes, amigos, médicos ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que a sra diminuísse a quantidade?

0- Nunca	2- Sim, mas não nos últimos doze meses	4- Sim, nos últimos doze meses	ESCORE
----------	--	--------------------------------	---------------

122 - ESCORE TOTAL: _____

(Entrevistador as perguntas abaixo refere ao ÚLTIMO ANO ANTES DA MULHER GRAVIDAR...)

112a- Com que frequência a sra. consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc...)?

0- Nunca	1- Uma vez por mês ou menos	2- 2 a 4 vezes por mês
3- 2 a 3 vezes por semana	4- 4 ou mais vezes por semana	ESCORE

113a- Quantas doses, contendo álcool, a sra consome num dia em que normalmente bebe?

1- 1 a 2	2- 3 a 4	3- 5 a 6
4- 7 a 9	5- 10 ou mais	ESCORE

114a- Com que frequência que a sra consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

115a- Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

116a- Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra deixou de fazer algo ou atender a um compromisso devido ao uso de bebidas alcoólicas?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

117a- Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

118a- Com que frequência a sra sentiu-se culpada ou com remorso depois de beber?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

119a- Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra não conseguiu lembra-se do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?

0- Nunca	1- Menos que mensalmente	2- Mensalmente
3- Semanalmente	4- Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

120a- A sra ou alguma outra pessoa já se machucou devido a alguma bebedeira?

0- Nunca	2- Sim, mas não nos últimos doze meses	4- Sim, nos últimos doze meses	ESCORE
----------	--	--------------------------------	---------------

121a- Alguns parentes, amigos, médicos ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que a sra diminuísse a quantidade?

0- Nunca	2- Sim, mas não nos últimos doze meses	4- Sim, nos últimos doze meses	ESCORE
----------	--	--------------------------------	---------------

122a- ESCORE TOTAL: _____

123- A sra faz uso de maconha?

0- Nunca	1- Uma vez por mês ou menos	2- 2 a 4 vezes por mês
3- 2 a 3 vezes por semana	4- 4 ou mais vezes por semana	ESCORE

124- A sra faz uso de cocaína?

0- Nunca	1- Uma vez por mês ou menos	2- 2 a 4 vezes por mês
3- 2 a 3 vezes por semana	4- 4 ou mais vezes por semana	ESCORE

125- A sra faz uso de cola de sapateiro, lança perfume?

0- Nunca	1- Uma vez por mês ou menos	2- 2 a 4 vezes por mês
3- 2 a 3 vezes por semana	4- 4 ou mais vezes por semana	ESCORE

126- A sra faz uso de algum tranqüilizante? (valium, lorax, diempax, diazepam, ou outros).

0- não	1- sim	9- NS/NR
--------	--------	----------

127- Usa algum outro tipo de droga, que não foi mencionado à cima?

0- não	1- sim	9- NS/NR
--------	--------	----------

128- Se, sim qual _____

VII- PROBLEMAS EMOCIONAIS E TRANSTORNOS MENTAIS (SQR20)

As próximas perguntas são relacionadas com problemas comuns que talvez a tenham incomodado nas últimas 4 semanas, se você teve problemas nas últimas 4 SEMANAS, RESPONDA SIM, SE NÃO, RESPONDA NÃO.

129- A Sra. tem dores de cabeça freqüentes?	0- não	1- sim
130- Tem falta de apetite?	0- não	1- sim
131- Dorme mal?	0- não	1- sim

132- Assusta-se com facilidade?	0- não	1- sim
133- Tem tremores nas mãos?	0- não	1- sim
134- Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	0- não	1- sim
135- Tem má digestão?	0- não	1- sim
136- Tem dificuldade em pensar com clareza?	0- não	1- sim
137- Tem se sentido triste ultimamente?	0- não	1- sim
138- Tem chorado mais do que de costume?	0- não	1- sim
139- Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas tarefas diárias?	0- não	1- sim
140- Tem dificuldade para tomar decisões?	0- não	1- sim
141- Tem dificuldades no serviço?(seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento).	0- não	1- sim
142- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0- não	1- sim
143- Tem perdido o interesse pelas coisas?	0- não	1- sim
144- A sra se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	0- não	1- sim
145- Tem tido idéia de acabar com a vida?	0- não	1- sim
146- Sente-se cansada o tempo todo?	0- não	1- sim
147- Tem sensações desagradáveis no estômago?	0- não	1- sim
148- A sra se cansa com facilidade?	0- não	1- sim

149- ESCORE TOTAL_____

VIII- AS PERGUNTAS RELACIONADAS ABAIXO SÃO EM RELAÇÃO AO ASPECTO DE VIOLÊNCIA PERCEBIDA E SOFRIDA PELA GESTANTE

Gostaria de falar com a Sra. um pouco sobre violência que, às vezes, temos que passar com as pessoas, dentro de nossa própria casa. (Entrevistador, todas as perguntas sobre violência refere ao período da atual gravidez e de 12 meses antes da mulher engravidar) GOSTARIA DE SABER SE SEU ATUAL COMPANHEIRO NESSA GRAVIDEZ E NO ÚLTIMO ANO ANTES DA SRA ENGRAVIDAR TRATOU A SRA DA SEGUINTE FORMA:

SEU COMPANHEIRO:	NESSA GRAVIDEZ	FREQUÊNCIA (circule a resposta referida pela mulher)	NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR	FREQUÊNCIA (circule a resposta referida pela mulher)
150- Insultou-a ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	151- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	152- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	153- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
154- Xingou ou humilhou a sra diante de outras pessoas?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	155- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	156- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	157- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
158- Fez coisas p/ assustá-la ou intimidá-la de propósito (p. ex, a forma como ele olha, como ele grita, como ele quebra as coisas/objetos pessoais, jogou fora a comida que a sra havia preparado)	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	159- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	160- 0- não 1- sim (pergunte frequência) 9- NR/NS	161- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
162- Ameaçou machucá-la ou machucar alguém ou algo de que(m) a sra gosta (p.ex. filhos, parentes objetos, animais de estimação)	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	16- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	164- 0- não 1- sim (pergunte frequência) 9- NR/NS	165- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
166- Deu-lhe um tapa ou jogou algo na sra que poderia machucá-la?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	167- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	168- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	169- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
170- Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	171- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	172- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	173- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
174- Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	175- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	176- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	177- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
178- Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou a sra?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	179- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	180- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	181- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
182- Estrangulou ou queimou a sra de propósito?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	183- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	184- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	185- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes

SEU COMPANHEIRO:	NESSA GRAVIDEZ	FREQUÊNCIA (circule a resposta referida pela mulher)	NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR	FREQUÊNCIA (circule a resposta referida pela mulher)
182- Estrangulou ou queimou a sra de propósito?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	183- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	184- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	185- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
186- Ameaçou a usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra a sra?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	187- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	188- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	189- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
190- Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando a sra não queria?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	191- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	192- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	193- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
194- A sra teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	195- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	196- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	197- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
198- Forçou a um tipo de relação sexual que a sra não queria?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	199- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	200- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	201- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes

202- (Quando a mulher durante o período gestacional relatar ter sofrido alguma agressão física e/ou sexual, perguntar): Essa foi a 1ª vez que sra. foi agredida?

0- não	1- sim
--------	--------

203- (Quando a mulher relatar agressão durante a gravidez perguntar): Qual foi o local do corpo agredido? _____

204- (Quando a mulher relatar agressão física e/ou sexual no último ano antes da gravidez, perguntar): Bem, agora que a sra. está grávida como ficou essa situação de agressão:

1- melhorou	2- piorou	3- continua a mesma coisa	4- NR/MS
-------------	-----------	---------------------------	----------

Gostaria de saber se ALGUMA OUTRA PESSOA já tratou a sra da seguinte maneira:

202- **NESSA GRAVIDEZ:** Alguém insultou, xingou ou humilhou a sra, ou fez com que sra se sentisse mal?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

203- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

204- **NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR:** Alguém insultou, xingou ou humilhou a sra, ou fez com que sra se sentisse mal?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

205- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu?

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

206- **NESSA GRAVIDEZ** alguém bateu, deu tapas, chutou ou machucou a sra fisicamente ou de outra forma?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

207- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

208- **NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR** Alguém bateu, deu tapas, chutou ou machucou a sra fisicamente ou de outra forma?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

209- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

210- **NESSA GRAVIDEZ** alguém forçou a sra a ter relação sexual contra a sua vontade?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

211- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

212- **NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR** Alguém forçou a sra a ter relação sexual contra a sua vontade?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

213- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

(ENTREVISTADOR SE A GESTANTE TIVER UMA RESPOSTA POSITIVA EM RELAÇÃO A QUALQUER TIPO DE AGRESSÃO, PERGUNTE):

214- Na(s) ocasião (ões), em que a sra foi agredida, o agressor estava alcoolizado?

0- não	1- sim
--------	--------

215- A sra procurou ajuda, após ter sofrido a agressão?

0- não	1- sim
--------	--------

216- **Se sim**, de quem_____

217- **Se não**, porque_____

218- A sra se sentiu culpada, por ter sido agredida?

0- não	1- sim
--------	--------

219- Você tem medo de alguém próximo de você?

0- não	1- sim
--------	--------

220- **Se SIM**, de quem?

1- marido/companheiro	2- pai/pai adotivo	3- mãe/mãe adotiva	4- irmãos/ãs	5- filhos
6- vizinhos	7- amigos/trabalho/escola	8- outros familiares	9- NS/NR	9-Outros

221- Durante uma discussão, **NESSA GRAVIDEZ**, a sra bateu em alguém?

0- não	1- marido/companheiro	2-pai/pai adotivo	3- mãe/mãe adotiva	4- irmãos/ãs	5- filhos
6- vizinhos	7- amigos/trabalhos/escola	8- outros familiares	9- NR/NS	9- Outros	

222- Durante uma discussão, **NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR**, a sra já bateu em alguém?

0- não	1- marido/companheiro	2- pai/pai adotivo	3- mãe/mãe adotiva	4- irmãos/ãs	5- filhos
6- vizinhos	7- amigos/trabalhos/escola	8- outros familiares	9- NR/NS	9- Outros	

223- Antes dos 15 anos a sra. presenciou algum tipo de agressão física na família?

0- não	1- sim
--------	--------

224- Antes dos 15 anos a sra. sofreu algum tipo de agressão física por familiar?

0- não	1- sim
--------	--------

225- Antes dos 15 anos a sra. se lembra se alguém tocou na sra. sexualmente ou obrigou-a a alguma atividade sexual que a sra. não queria?

0- não	1- sim
--------	--------

226- Durante essa entrevista conversamos sobre alguns assuntos difíceis. Como a sra se sente após conversarmos sobre essas coisas?

1- bem/melhor	2- mal/pior	3- indiferente/não sei
---------------	-------------	------------------------

227- Agradecemos por ter colaborado com a nossa pesquisa. Gostaria de receber um informe dos locais que oferecem ajuda a mulheres que sofrem violência?

0- não	1- sim
--------	--------

X- AS PERGUNTAS ABAIXO ESTAO RELACIONADAS COM SEGURANÇA ALIMENTAR DA GESTANTE E DA FAMÍLIA

CARACTERÍSTICAS DE IDADE DOS MORADORES

228- Das pessoas que moram com a sra na mesma casa, quantas são menores de 20 anos?

Nenhuma	Se tem menores de 20 anos (ANOTAR NÚMERO)			NS/NR
---------	---	----------------------	----------------------	-------

229- Quantas destas pessoas são menores de 6 anos?

Nenhuma	Se tem menores de 6 anos (ANOTAR NÚMERO)			NS/NR
---------	--	----------------------	----------------------	-------

CARACTERÍSTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR/FOME

Agora vou ler para a senhora algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que a senhora responda todas elas.

O ENTREVISTADOR DEVE NOMEAR OS ÚLTIMOS 3 MESES PARA SITUAR MELHOR A MULHER.

230- Nos últimos 3 meses a senhora teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que a senhora tivesse condição de comprar ou receber mais comida?

1- Sim (siga 231)	3- Não (passe p/a 232)	5- Não sabe (passe p/a 232)
-------------------	------------------------	-----------------------------

231- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

232- Nos últimos três meses a comida acabou antes que a senhora tivesse dinheiro, para comprar mais comida?

1- Sim (siga 233)	3- Não (passe p/a 234)	5 - Não sabe (passe p/a 234)
-------------------	------------------------	------------------------------

233- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

234- Nos últimos 3 meses a senhora ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

1- Sim (siga 235)	3- Não (passe p/a 236)	5- Não sabe (passe p/a 236)
-------------------	------------------------	-----------------------------

235- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

(ENTREVISTADOR ESSA PERGUNTA FAZER SOMENTE, SE TIVER MORADOR COM MENOS DE 20 ANOS MORANDO NA CASA COM A GESTANTE)

236- Nos últimos 3 meses a senhora teve que se arranjar com apenas alguns alimentos para alimentar algum morador com menos de 20 anos (crianças e adolescentes) porque o dinheiro acabou ou não pode produzir?

1 - Sim (siga 237)	3- Não	5- Não sabe
--------------------	--------	-------------

(Se em todos os quesitos 230, 232, 234 e 236 estiver assinalada a quadrícula correspondente ao código NÃO ou NÃO SABE, ENCERRE A ENTREVISTA. Caso contrário, siga).

237- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

Os quesitos 238 a 260 devem ser respondidos apenas por moradores que tenham respondido SIM em pelo menos um dos quesitos 230, 232, 234 ou 236.

(ENTREVISTADOR ESSA PERGUNTA FAZER SOMENTE, SE TIVER MORADOR COM MENOS DE 20 ANOS MORANDO NA CASA COM A GESTANTE)

238- Nos últimos 3 meses a senhora não pode oferecer a algum morador com menos de 20 anos de idade uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro?

1- Sim (siga 239)	3- Não (passe p/a 240)	5- Não sabe (passe p/a 240)
-------------------	------------------------	-----------------------------

239- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

(ENTREVISTADOR ESSA PERGUNTA FAZER SOMENTE, SE TIVER MORADOR COM MENOS DE 20 ANOS MORANDO NA CASA COM A GESTANTE)

240- Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 20 anos de idade não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro, para comprar mais comida?

1- Sim (siga 241)	3- Não (passe p/a 242)	5- Não sabe (passe p/a 242)
-------------------	------------------------	-----------------------------

241- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

242- Nos últimos 3 meses a senhora ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições ou deixaram de fazer refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

1- Sim (siga 243)	3- Não (passe p/a 244)	5- Não sabe (passe p/a 244)
-------------------	------------------------	-----------------------------

243- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

244- Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?

1- Sim (siga 245)	3- Não (passe p/a 246)	5- Não sabe (passe p/a 246)
-------------------	------------------------	-----------------------------

245- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

(siga)

246- Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?

1- Sim (siga 247)	3- Não (passe p/a 248)	5- Não sabe (passe p/a 248)
-------------------	------------------------	-----------------------------

247- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

248- Nos últimos 3 meses, a senhora perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida (ou produzir)?

1- Sim (siga 249)	3- Não (passe p/a 250)	5- Não sabe (passe p/a 250)
-------------------	------------------------	-----------------------------

249- A quantidade de peso que perdeu foi:

1- Pouca	3- Média	5- Muita	7- Não sabe
----------	----------	----------	-------------

250- Nos últimos 3 meses, a senhora ou algum adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?

1- Sim (siga 251)	3- Não (passe p/a 252)	5- Não sabe (passe p/a 252)
-------------------	------------------------	-----------------------------

251- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5 - Em apenas 1 ou 2 dias	7 - Não sabe
---------------------------	-------------------	---------------------------	--------------

(ENTREVISTADOR ESSA PERGUNTA FAZER SOMENTE, SE TIVER MORADOR COM MENOS DE 20 ANOS MORANDO NA CASA COM A GESTANTE)

252- Nos últimos 3 meses a senhora alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 20 anos de idade (criança e /ou adolescente), porque não havia dinheiro o suficiente para comprar a comida?

1- Sim (siga 253)	3- Não (passe p/a 254)	5- Não sabe (passe p/a 254)
-------------------	------------------------	-----------------------------

253- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

(ENTREVISTADOR ESSA PERGUNTA FAZER SOMENTE, SE TIVER MORADOR COM MENOS DE 20 ANOS MORANDO NA CASA COM A GESTANTE)

254- Nos últimos 3 meses, alguma vez a senhora teve que deixar de fazer uma refeição de algum morador com menos de 20 anos de idade (criança ou adolescentes) porque não havia dinheiro para comprar a comida?

1- Sim (siga 255)	3- Não (passe p/a 256)	5- Não sabe (passe p/a 256)
-------------------	------------------------	-----------------------------

255- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

(ENTREVISTADOR ESSA PERGUNTA FAZER SOMENTE, SE TIVER MORADOR COM MENOS DE 20 ANOS MORANDO NA CASA COM A GESTANTE)

256- Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 20 anos de idade (criança ou adolescentes) teve fome, mas a senhora simplesmente não podia comprar mais comida?

1- Sim (siga 257)	3- Não (passe p/a 258)	5- Não sabe (passe p/a 258)
-------------------	------------------------	-----------------------------

258- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

(ENTREVISTADOR ESSA PERGUNTA FAZER SOMENTE, SE TIVER MORADOR COM MENOS DE 20 ANOS MORANDO NA CASA COM A GESTANTE)

258- Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 20 anos de idade (criança ou adolescentes) ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar a comida?

1- Sim (siga 260)	3- Não	5- Não sabe
-------------------	--------	-------------

259- Com que frequência isto ocorreu?

1- Em quase todos os dias	3- Em alguns dias	5- Em apenas 1 ou 2 dias	7- Não sabe
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

MÓDULO PARTURIENTE/LACTENTE:

Nº. do questionário



Nesse módulo o entrevistador irá anotar os dados dos prontuários e checar com a parturiente algumas informações que forem necessárias.

260- Data da entrevista ____/____/____ 261- Entrevistador_____

262- Hospital de Nascimento_____

263- Unidade de Saúde:_____

Confirmar endereço da mãe que está no início da ficha

264- Fez pré-natal?

0- não	1- sim
--------	--------

265- Peso pré-gestacional_____Kg 266- Altura da mãe_____cm

267- Medidas de peso durante o pré-natal (Pegar no cartão de gestante ou no prontuário da parturiente)

DATA DA MEDIDA	PESO (Kg)	DATA DA MEDIDA	PESO (Kg)
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	

268- Data do parto / /

269- Número da DNV

270- Tipo de parto

1- vaginal	2- cesárea	3- fórceps
------------	------------	------------

271- Sexo do bebê:

0- masculino	1- feminino
--------------	-------------

272- Peso do bebê ao nascer:_____g 273- Comprimento do bebê ao nascer:_____cm

274- Apgar 5' _____ 275- Idade gestacional _____ semanas no dia do nascimento
(método de _____)

276- A sra teve algum problema durante o parto?

0- não	1- sim	9- NS/NR
--------	--------	----------

277- **Se sim:** O que _____

278- O bebe teve algum problema durante o parto?

0- não	1- sim	9- NS/NR
--------	--------	----------

279- **Se sim:** O que _____

280- Depois que a sra entrou em trabalho de parto, isto é, depois que começou a contrações mais forte quanto tempo o bebe levou para nascer?

1- menos de uma hora	2- de 1 a 2 horas	3- 3 a 4 horas
4- de 5 a 6 horas	5- de 7 a 8 horas	6- mais de 8 horas
9- NS/NR		

281- O bebê saiu do hospital junto com a mãe

0- não o bebê precisou ficar internado	1- não, a mãe precisou ficar internada	2- sim
--	--	--------

Motivo da internação:

282- RN _____

283- Mãe _____

284- Assim que o bebê nasceu (ainda na sala de parto) ele foi colocado para mamar no peito da sra.?

0- não	1- sim
--------	--------

285- O bebê ficou no quarto com a sra. depois do parto?

0- não	1- sim
--------	--------

286- **Se não:**

1- ficou em berçário o tempo todo	2- ficou na UTI
	3- ficava com a sra. durante o dia e à noite voltava para o berçário

287 A Sra. sabe dizer se foi dado, no hospital, algum líquido para o bebê tomar?

0- não	1- sim	9- NS/NR
--------	--------	----------

288- **Se sim**, o que? _____

289- **Se sim**, a sra. sabe se esse líquido foi dado por:

1- mamadeira/chuquinha	2- seringa	3- colher
4- copinho	5- outro	9- NS/NR

290- Com quantas horas após o parto a sra. teve alta?_____horas

291- O bebê está mamando **SOMENTE NO PEITO?**

0- não	1- sim (passar para 306)	9- NS/NR
--------	--------------------------	----------

292- **Se não**, até com quantos dias de vida, **MAMOU SOMENTE NO PEITO?**

_____dias

A Sra. dá ao seu bebê: (Quando positivo perguntar quando introduziu tal alimento)

293- Água	0- não	1- sim	_____dias
294- Chá	0- não	1- sim	_____dias
295- Suco	0- não	1- sim	_____dias
296- Leite (em pó ou fluido)	0- não	1- sim	_____dias
297- Papinha (doce /salgada)	0- não	1- sim	_____dias
298- Alimentos da família	0- não	1- sim	_____dias
299- Vitamina (com leite)	0- não	1- sim	_____dias
300- Fruta	0- não	1- sim	_____dias
301- Outro:	0- não	1- sim	_____dias

302- Qual (is) os motivos que levou (aram) a Sra. dar outros alimentos para o bebê?

1- doença da mãe. Qual?_____	2- uso de medicamento por parte da mãe	3- problemas com as mamas (mama cheia, ingurgitada, bico invertido, bico rachado etc.)
4- doença do bebê. Qual?_____	5- trabalho materno	6- bebê chora muito
7- o companheiro não quis que amamentasse	8- outro problema. Qual?_____	9- NS/NR

303- Esse bebê usa mamadeira/chuquinha?

0- não	1- sim
--------	--------

304- **Se sim**, com quantos dias de vida começou usar a mamadeira/chuquinha? ____ dias

999- NS/NR

305- **Se sim**, porque começou a usar mamadeira/chuquinha? _____

306- Esse bebê usa chupeta?

0- não	1- sim
--------	--------

307- Se sim, com quantos dias de vida começou a usar chupeta? _____ 999- NS/NR

308- **Se sim**, porque começou a usar chupeta? _____

309- A Sra. está com algum problema de saúde?

0- não	1- sim
--------	--------

310- Se SIM, qual? _____

311- Após o nascimento, o bebe teve problema de saúde? Qual

0- não	2- pneumonia
1- diarreia	4- outro _____
3- icterícia	_____

REPETIR AS PERGUNTAS EM RELAÇÃO AO ASPECTO DE VIOLÊNCIA PERCEBIDA E SOFRIDA PELA GESTANTE E O SQR20.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DMPS

PROJETO: VIDOMGRA

Nome da mulher: _____

Nº do questionário: _____

Unidade de saúde: _____

Data da entrevista: _____

Idade gestacional: _____

APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FCM

PROJETO NO 116/2004

CAMPINAS - SP

VII- PROBLEMAS EMOCIONAIS E TRANSTORNOS MENTAIS (SQR20)

As próximas perguntas são relacionadas com problemas comuns que talvez a tenham incomodado nas últimas 4 semanas, se você teve problemas nas últimas 4 SEMANAS, RESPONDA SIM, SE NÃO, RESPONDA NÃO.

129- A Sra. tem dores de cabeça freqüentes?	0- não	1- sim
130- Tem falta de apetite?	0- não	1- sim
131- Dorme mal?	0- não	1- sim
132- Assusta-se com facilidade?	0- não	1- sim
133- Tem tremores nas mãos?	0- não	1- sim
134- Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	0- não	1- sim
135- Tem má digestão?	0- não	1- sim
136- Tem dificuldade em pensar com clareza?	0- não	1- sim
137- Tem se sentido triste ultimamente?	0- não	1- sim
138- Tem chorado mais do que de costume?	0- não	1- sim
139- Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas tarefas diárias?	0- não	1- sim
140- Tem dificuldade para tomar decisões?	0- não	1- sim
141- Tem dificuldades no serviço?(seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento).	0- não	1- sim
142- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0- não	1- sim
143- Tem perdido o interesse pelas coisas?	0- não	1- sim
144- A sra se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	0- não	1- sim
145- Tem tido idéia de acabar com a vida?	0- não	1- sim
146- Sente-se cansada o tempo todo?	0- não	1- sim
147- Tem sensações desagradáveis no estômago?	0- não	1- sim
148- A Sra. se cansa com facilidade?	0- não	1- sim

149- ESCORE TOTAL_____

VIII- AS PERGUNTAS RELACIONADAS ABAIXO SÃO EM RELAÇÃO AO ASPECTO DE VIOLÊNCIA PERCEBIDA E SOFRIDA PELA GESTANTE

Gostaria de falar com a Sra. um pouco sobre violência que, às vezes, temos que passar com as pessoas, dentro de nossa própria casa. (Entrevistador, todas as perguntas sobre violência refere ao período da atual gravidez e de 12 meses antes da mulher engravidar)
GOSTARIA DE SABER SE SEU ATUAL COMPANHEIRO NESSA GRAVIDEZ E NO ÚLTIMO ANO ANTES DA SRA ENGRAVIDAR TRATOU A SRA DA SEGUINTE FORMA:

SEU COMPANHEIRO:	NESSA GRAVIDEZ	FREQUÊNCIA (circule a resposta referida pela mulher)	NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR	FREQUÊNCIA (circule a resposta referida pela mulher)
150- Insultou-a ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	151- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	152- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9 - NR/NS	153- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
154- Xingou ou humilhou a sra diante de outras pessoas?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	155- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	156- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	157- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
158- Fez coisas p/ assustá-la ou intimidá-la de propósito (p. ex, a forma como ele olha, como ele grita, como ele quebra as coisas/objetos pessoais, jogou fora a comida que a sra havia preparado)	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	159- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	160- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	161- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
162- Ameaçou machucá-la ou machucar alguém ou algo de que(m) a sra gosta (p.ex. filhos, parentes objetos, animais de estimação)	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	163- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	164- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	165- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes

SEU COMPANHEIRO:	NESSA GRAVIDEZ	FREQUÊNCIA (circule a resposta referida pela mulher)	NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR	FREQUÊNCIA (circule a resposta referida pela mulher)
166- Deu-lhe um tapa ou jogou algo na sra que poderia machucá-la?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	167- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	168- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	169- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
170- Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	171- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	172- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	173- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
174- Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	175- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	176- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	177- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
178- Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou a sra?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	179- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	180- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	181- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
182- Estrangulou ou queimou a sra de propósito?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	183- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	184- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	185- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes

SEU COMPANHEIRO:	NESSA GRAVIDEZ	FREQUÊNCIA (circule a resposta referida pela mulher)	NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR	FREQUÊNCIA (circule a resposta referida pela mulher)
186- Ameaçou a usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra a sra?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	187- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	188- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	189- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
190- Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando a sra não queria?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	191- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	192- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	193- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
194- A sra teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	195- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	196- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	197- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes
198- Forçou a um tipo de relação sexual que a sra não queria?	0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	199- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes	200- 0- não 1- sim (pergunte a frequência) 9- NR/NS	201- 1- sim, uma vez 2- sim, às vezes 3- sim, muitas vezes

202- (Quando a mulher durante o período gestacional relatar ter sofrido alguma agressão física e/ou sexual, perguntar): Essa foi a 1ª vez que sra. foi agredida?

0- não	1- sim
--------	--------

203- (Quando a mulher relatar agressão durante a gravidez perguntar): Qual foi o local do corpo agredido? _____

204- (Quando a mulher relatar agressão física e/ou sexual no último ano antes da gravidez, perguntar): Bem, agora que a sra. está grávida como ficou essa situação de agressão:

1- melhorou	2- piorou	3- continua a mesma coisa	4- NR/MS
-------------	-----------	---------------------------	----------

Gostaria de saber se ALGUMA OUTRA PESSOA já tratou a sra da seguinte maneira:

202- **NESSA GRAVIDEZ:** Alguém insultou, xingou ou humilhou a sra, ou fez com que sra se sentisse mal?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

203- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

204- **NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR:** Alguém insultou, xingou ou humilhou a sra, ou fez com que sra se sentisse mal?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

205- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu?

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

206- **NESSA GRAVIDEZ** alguém bateu, deu tapas, chutou ou machucou a sra fisicamente ou de outra forma?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

207- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

208- **NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR** Alguém bateu, deu tapas, chutou ou machucou a sra fisicamente ou de outra forma?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

209- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

210- **NESSA GRAVIDEZ** alguém forçou a sra a ter relação sexual contra a sua vontade?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

211- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

212- **NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR** Alguém forçou a sra a ter relação sexual contra a sua vontade?

0- não	1- pai	2- mãe	3- filhos	4- irmãos
5- outros familiares	6- vizinhos	7- estranhos	8- amigos	9- NS/NR
10- ex-companheiro				

213- **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1- uma vez	2- às vezes	3- muitas vezes
------------	-------------	-----------------

(ENTREVISTADOR SE A GESTANTE TIVER UMA RESPOSTA POSITIVA EM RELAÇÃO A QUALQUER TIPO DE AGRESSÃO, PERGUNTE):

214- Na(s) ocasião (oes), em que a sra foi agredida, o agressor estava alcoolizado?

0- não	1- sim
--------	--------

215- A sra procurou ajuda, após ter sofrido a agressão?

0- não	1- sim
--------	--------

216- **Se sim**, de quem_____

217- **Se não**, porque_____

218- A sra se sentiu culpada, por ter sido agredida?

0- não	1- sim
--------	--------

219- Você tem medo de alguém próximo de você?

0- não	1- sim
--------	--------

220- **Se SIM**, de quem?

1- marido/companheiro	2- pai/pai adotivo	3- mãe/mãe adotiva	4- irmãos/ãs	5- filhos
6- vizinhos	7- amigos/trabalho/escola	8- outros familiares	9- NS/NR	9-Outros

221- Durante uma discussão, **NESSA GRAVIDEZ**, a sra bateu em alguém?

0- não	1- marido/companheiro	2- pai/pai adotivo	3- mãe/mãe adotiva	4- irmãos/ãs	5- filhos
6- vizinhos	7- amigos/trabalhos/escola	8- outros familiares	9- NR/NS	9- Outros	

222- Durante uma discussão, **NO ÚLTIMO ANO ANTES DE ENGRAVIDAR**, a sra já bateu em alguém?

0- não	1- marido/companheiro	2- pai/pai adotivo	3- mãe/mãe adotiva	4- irmãos/ãs	5- filhos
6- vizinhos	7- amigos/trabalhos/escola	8- outros familiares	9- NR/NS	9- Outros	

223- Antes dos 15 anos a sra. presenciou algum tipo de agressão física na família?

0- não	1- sim
--------	--------

224- Antes dos 15 anos a sra. sofreu algum tipo de agressão física por familiar?

0- não	1- sim
--------	--------

225- Antes dos 15 anos a sra. se lembra se alguém tocou na sra. sexualmente ou obrigou-a a alguma atividade sexual que a sra. não queria?

0- não	1- sim
--------	--------

226- Durante essa entrevista conversamos sobre alguns assuntos difíceis. Como a sra se sente após conversarmos sobre essas coisas?

1- bem/melhor	2- mal/pior	3- indiferente/não sei
---------------	-------------	------------------------

227- Agradecemos por ter colaborado com a nossa pesquisa. Gostaria de receber um informe dos locais que oferecem ajuda a mulheres que sofrem violência?

0- não	1- sim
--------	--------

A QUEM RECORRER EM CASO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

CEAMO: Centro de referência e apoio à mulher: Av. Francisco Glicério, 1269-3º andar-Centro. Campinas-SP CEP 13012-000. Fone: 19- 32323619. Orientação: social, psicológica e jurídica. DM delegacia da Mulher: Rua Governador Pedro de Toledo, 1161. Campinas-SP - Fone: 19- 32425003; 32427608. SOS-AÇÃO MULHER: Rua Dr. Quirino, 1856-Centro. Campinas-SP. Fone: 19- 32361516. DISQUE DENÚNCIA: Fone: 19 32363040. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL IML. Fone: Rua Barão de Parnaíba, 322-Botafogo. Campinas-SP - Fone: 19-32362251. CAISM/UNICAMP: CENTRO DE ATENDIEMNTO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER. Cidade Universitária Zeferino Vaz- Barão Geraldo. Campinas-SP. Fone: 19- 37882121 ou 19- 37889333. PRONTO SOCORRO OURO VERDE: Av. Ruy Rodrigues, 3434-Jd Santa Cecília, Campinas-SP - Fone: 19- 32666503.	PRONTO SOCORRO SÃO JOSÉ. Rua José Carlos de Amaral Galvão, 184. Campinas-SP - Fone: 19 32299867. PRONTO SOCORRO MÁRIO GATTI. Fone: 19- 32299867. CRAISA-CENTRO DE ASSISTENCIA INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE. Rua Visconde de Taunay, 189/201-Vila Itapua. Campinas-SP. CAPS. ESTAÇÃO: Rua Padre José Bernardo Sampaio, 353. Botafogo-Campinas-SP - Fone 19- 32329288. INTEGRAÇÃO: Rua Francisco Xavier de Andrade Nogueira, 478. Jd. Garcia. Campinas-SP. Fone: 19- 32687885. NOVO TEMPO: Rua Marrei Júnior, 360. Jd Campos Elíseos. Campinas-SP. ANTONIO CARLOS DOS SANTOS: Rua José Soriano Souza Filho, 595. Vila Joaquim Inácio. Campinas-SP - Fone: 19- 32713277. TRANO: Rua Salomão Gebara, 136. Jd. Vista Alegre. Campinas-SP - Fone: 19- 32667878. GUARDA MUNICIPAL (ESCOLTA): Fone: 1532.
--	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada senhora,

Gostaria de contar com a sua colaboração e de seu filho, em participarem da pesquisa **“Violência Doméstica na Gravidez”**. Esta pesquisa servirá para conhecer melhor a saúde das gestantes e dos recém-nascidos que fazem o pré-natal nessa região (sudoeste). A senhora terá garantias que seus dados pessoais, de seu filho e de sua família não serão divulgados e somente os pesquisadores saberão seus nomes e endereços. Será feita entrevista com a senhora aqui no centro de saúde e em sua casa, no caso em que não possa vir à consulta de pré-natal. O entrevistador só irá à sua casa se tiver sua autorização. Também, após o nascimento de seu bebê faremos mais uma entrevista com a senhora. Essa entrevista será para conhecermos as condições de nascimento do seu bebê, como a sra está passando de saúde, a situação de sua família e a saúde de seu bebê. Os resultados da pesquisa serão usados pelos serviços de saúde e ajudarão outras gestantes e crianças. Alguns temas tratados nessa pesquisa irão abordar experiências de vida da senhora e poderão trazer lembranças difíceis e delicadas, a participação da senhora é voluntária e desejando, poderá deixar o local da entrevista, a qualquer momento. Sua saída não causará nenhum prejuízo à senhora ou a seu filho. Não haverá nenhuma ajuda financeira para participar, mas se encontrarmos algum problema de saúde com a senhora e/ou na sua família, a senhora será avisada e encaminhada ao serviço de saúde, ou a outra instituição, se for o caso e assim desejar. **Caso, a gestante tenha menos de 18 anos e não resida com o companheiro o responsável deverá assinar a autorização.**

Desde já agradeço a sua atenção e colaboração.

Pesquisador Orientador:

Pesquisadora Doutoranda:

Profª. Drª. Ana Maria Segall Corrêa

Celene Aparecida Ferrari Audi

Tel: (019) 38638243

Depto. Medicina Preventiva e Social - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Tel.: 3788 8036 / Fax: 3788 8035.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): (19) 3788 8936 (reclamações/ dúvidas):

Projeto nº 116/200

Eu _____, conheço os objetivos da pesquisa **“Violência Doméstica na Gravidez”** e concordo em participar dessa pesquisa. Caso, eu falte da consulta de pré-natal, autorizo o entrevistador ir até a minha casa.

Registro no centro de saúde: _____ (mãe) _____ (criança) _____
Nº do questionário.

Campinas, _____ de _____ de 2005.

Assinatura da Entrevistada

Assinatura do Entrevistador

AUTORIZAÇÃO

(Para gestante com menos de 18 anos de idade e que não resida com o companheiro)

Eu _____, RG _____, residente à _____, nº _____, apto _____, bairro _____, conheço os objetivos da pesquisa “**Violência Doméstica na Gravidez**” e autorizo _____ participar dessa pesquisa. Caso, ela falte da consulta de pré-natal, autorizo o entrevistador ir até a nossa casa.

Registro no centro de saúde: _____ (mãe); _____ (criança) _____ Nº do questionário.

Campinas, _____ de _____ de 2004

Assinatura da Entrevistada

Assinatura do Entrevistador