



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

LUCIANA MAIA SANTOS VIDAL

**FATORES ASSOCIADOS A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GESTAÇÃO EM
ADOLESCENTES E ADULTAS, EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

FEIRA DE SANTANA - BA
2017

LUCIANA MAIA SANTOS VIDAL

**FATORES ASSOCIADOS A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GESTAÇÃO EM
ADOLESCENTES E ADULTAS, EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde de grupos populacionais específicos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosely Cabral de Carvalho

FEIRA DE SANTANA - BA
2017

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado

V691

Vidal, Luciana Maia Santos

Fatores associados a violência doméstica na gestação em adolescentes e adultas, em Feira de Santana, Bahia / Luciana Maia Santos Vidal. – 2017. 89 f.

Orientadora : Rosely Cabral de Carvalho.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Violência doméstica. 2. Gestação - adolescentes e adultas. 3. Feira de Santana, Bahia. I. Carvalho, Rosely Cabral de, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 362.7-053.6-053.8-055.2(814.22)

LUCIANA MAIA SANTOS VIDAL

**FATORES ASSOCIADOS A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GESTAÇÃO EM
ADOLESCENTES E ADULTAS, EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia
Feira de Santana - BA, 04 de abril de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Rosely Cabral de Carvalho
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Profa. Dra. Normélia Maria Freire Diniz
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Profa. Dra. Rita de Cássia Rocha Moreira
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Dedico esta dissertação a todas as mulheres que um dia já sofreram violência doméstica e acreditam que podem vencer todos os obstáculos e prejuízos decorrentes deste agravo com o resgate do respeito e dignidade pela vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, por ser o meu sustento nas horas mais difíceis e pela fé que tenho em poder alcançar qualquer objetivo traçado por mais distante que esteja.

Ao meu marido Matheus, amor da minha vida, seu apoio e companheirismo nessa jornada foram imprescindíveis, sonhando junto comigo sempre, ter você ao meu lado me faz feliz e me faz tentar ser melhor a cada dia.

Ao meu filho Pedro, por me ensinar a ter paciência e brotar em mim um amor que transborda na alma.

As minhas sogras Carmem e Neuza, obrigado pelo amor de mãe que tem comigo, toda dedicação, cuidado com a minha família, sem vocês tudo seria mais difícil, são meus anjos da guarda. Amo vocês!

A minha orientadora, Rosely Cabral de Carvalho, por existir em minha vida, acreditar em meu potencial, ter permitido o nosso reencontro no mestrado, fui muito feliz com você nesta caminhada e não consigo mensurar o carinho, respeito e admiração que tenho, a melhor orientadora de todos os tempos!

A minha mãe Jacy, por ter me ensinado a ser guerreira nos obstáculos da vida e ao meu pai Luis, por não ter poupado esforços em me oferecer a melhor educação. Amo vocês meus tesouros!

As minhas irmãs Juliana e Mariana, pela união, incentivo e amor e meu sobrinho Felipe por tantos sorrisos lindos.

A minha avó Maria (*in memoriam*), pelos ensinamentos, alegria, todo projeto traçado em minha vida lembro de você, saudades eternas.

Aos colegas do mestrado pelas experiências partilhadas tornando a caminhada mais prazerosa e divertida, muito bom ter convivido com vocês.

Ao professor Carlos Lima, pelo auxílio na análise dos dados.

A banca examinadora em especial, Profa. Dra. Normélia Diniz por contribuições valiosas na qualificação, fundamentais para desenvolvimento da pesquisa.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação pelos aprendizados de grande importância para construção do trabalho e também para a vida.

A Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística e aos alunos de iniciação científica em especial Benvinda, Valéria, Thayná, Mariedna, Duda, Gabriel,

Roan, Jordyr, Laila e Irene, obrigado pelo grande apoio na coleta e digitação dos dados, tenho certeza que cada um deu o seu melhor com compromisso e responsabilidade.

Ao mestrando Gil, por toda ajuda nas sensibilizações que antecederam a coleta de dados.

A UEFS e a CAPES pelo apoio institucional e financeiro para execução desse trabalho.

A toda equipe do Hospital da Mulher em especial Alessandra e Gléssia pela amizade, acolhimento, disponibilidade e carinho.

E por fim, as mulheres, protagonistas da pesquisa, merecedoras de uma vida digna e feliz, me ajudaram a compreender melhor meu objeto de estudo, amadurecer com histórias de vida marcantes e comoventes e me ensinaram o exercício da escuta sem julgamentos.

RESUMO

A dissertação tem como objetivo analisar a prevalência e os fatores associados a violência doméstica na gestação em maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia. Trata-se de um estudo de corte transversal com 324 mulheres atendidas no Hospital da Mulher após 24 horas pós-parto. Realizou-se análise bivariada com Qui Quadrado de Pearson considerando possíveis associações com presença da violência doméstica e variáveis socioeconômicas, demográficas, gineco-obstétricas e uso de drogas por parentes com valor de $p < 0,05$ e análise multivariada com modelo de regressão logística com ajustes de variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$. Dentre os resultados, a prevalência encontrada da violência doméstica foi de 21%, antes da gestação 48,5% e durante a gestação 51,5%. As proporções dos tipos de violência foram psicológica 34,3%, moral 23,8%, física 19,3%, patrimonial 11,6% e sexual 11%. O principal agressor foi o parceiro íntimo. A presença de violência doméstica indicou associação com estado civil ($p 0,000$), trabalho fora de casa ($p 0,001$), ocupação da mulher ($p 0,002$), dependência financeira da mulher ($p 0,000$), idade do companheiro ($p 0,007$), ocupação do companheiro ($p 0,032$), número de gestações ($p 0,007$), presença de aborto ($p 0,024$), número de partos ($p 0,035$), uso de drogas pelo ex-companheiro ($p 0,000$) e violência psicológica sob forma de insulto, chantagem e ridicularização ($p 0,010$), na regressão logística apresentaram associação estatisticamente significativa com presença de violência doméstica as variáveis estado civil (OR=0,44; IC 95%=0,21-0,90; $p=0,026$), dependência financeira da mulher (OR=0,43; IC 95%=0,19-0,98; $p=0,046$), presença de aborto (OR=0,43; IC 95%=0,19-0,96; $p=0,041$). Conclui-se que, a violência doméstica nesses achados incorpora relações de gênero dentro da estrutura familiar e deve ser investigada nos serviços de pré-natal. Nessa perspectiva, reflete a necessidade de serviços e ações voltadas a prevenção em diferentes aspectos pessoais, sociais e culturais de mulheres, agressores e famílias.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Gestação; Prevalência; Fatores Associados

ABSTRACT

The dissertation aims to analyze the prevalence and the associated factors of domestic violence in gestation at a referral maternity, in Feira de Santana, Bahia. It is a cross-sectional study with 324 women treated at the Women's Hospital after 24 hours postpartum. A bivariate analysis was performed with Pearson's Chi Square considering possible associations with presence of domestic violence and socioeconomic, demographic and gynecological-obstetric variables and drug use by relatives with p value <0.05 and multivariate analysis with logistic regression model With adjustments of variables that presented p value <0.05 . Among the results, the prevalence of domestic violence was 21%, before gestation 48.5% and during gestation 51.5%. The proportions of the types of violence were psychological 34.3%, moral 23.8%, physical 19.3%, patrimonial (11.6%) and sexual (11%). The main offender was former companion. The presence of domestic violence indicated association with marital status (p 0.000), work away from home (p 0.001), occupation of women (p 0.002), women's financial dependency (p 0,000), partner's age (p 0.007), occupation (P0.032), number of births (p0.035), use of drugs by the former partner (p = 0.000), and psychological violence in the form of insult (OR = 0.44, 95% CI = 0.21 to 0.90, p = 0.026), and the mean age of the patients was significantly higher than that observed in the regression analysis. (OR = 0.43, 95% CI = 0.19-098, p = 0.046), presence of abortion (OR = 0.43, 95% CI = 0.19-096, p = 0.041). It is concluded that domestic violence in these findings incorporates gender relations within the family structure and should be investigated in prenatal services. From this perspective, it reflects the need for services and actions aimed at prevention in different personal, social and cultural perspectives of women, aggressors and families.

Key words: Domestic Violence; Pregnancy; Prevalence; Associated factors

LISTA DE TABELAS

Artigo I

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas de mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Tabela 2. Características socioeconômicas e demográficas associadas a presença da violência doméstica em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Tabela 3. Características gineco - obstétricas associadas a presença da violência doméstica em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Tabela 4. Odds ratio (OR) da associação entre a presença da violência doméstica com as variáveis socioeconômicas, demográficas e gineco-obstétricas em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Artigo II

Tabela 1. Características da violência doméstica em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Tabela 2. Associação da violência doméstica e uso de drogas por parentes de mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Tabela 3. Associação da presença violência doméstica e expressões da violência em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Abuse Assessment Screening
CEDAW	Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para Mulheres
CRMQ	Centro de Referência Maria Quitéria
DEAM	Delegacia Especializada de Atenção a Mulher
HIPS	Hospital Inácia Pinto dos Santos
OEA	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção à Saúde da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
PNPM	Planos Nacionais de Políticas para Mulheres
SEDIM	Secretaria de Estado de Direitos da Mulher
SSAEE	Sala de Situação de Análise Estatística e Epidemiológica
SPSS	Programa Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
VIVA	Sistema de Vigilâncias de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 GERAL	18
3.2 ESPECÍFICOS	18
4 REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	19
4.2 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GESTAÇÃO	22
4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	27
5 MATERIAIS E MÉTODOS	31
5.1 DESENHO DE ESTUDO	31
5.2 LOCAL DE ESTUDO	31
5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E CÁLCULO DA AMOSTRA	32
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	33
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	33
5.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	33
5.7 FONTES E INSTRUMENTOS	34

5.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO	34
5.9 ANÁLISE DOS DADOS	35
5.10 ASPECTOS ÉTICOS	36
6 RESULTADOS	38
6.1 ARTIGO I	38
6.2 ARTIGO II	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MULHERES	74
APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE 18 ANOS	76
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RESPONSÁVEL	77
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DO HOSPITAL DA MULHER	78
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	79
ANEXO C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	84

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A violência doméstica presente nas relações sociais entre homens e mulheres está profundamente arraigada às raízes históricas de assimetrias de poder, naturalizada nos segmentos sociais devido à invisibilidade de suas consequências e a forma de estruturação familiar, relacionada a questões de gênero, com ocorrência em todas as classes sociais, etnia/raça, religião, faixa etária, escolaridade e culturas (GOMES, 2007; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Nesse sentido, pode-se entender a violência contra a mulher, como uma violência de gênero, de caráter multifatorial, revelando altas prevalências e se manifestando nos diversos meios sociais, independente de etnia, idade e condições socioeconômicas (BRASIL, 2002; AMARAL et al, 2013). No Brasil, na última década, estimou-se a ocorrência de 50 mil feminicídios, o que equivale a 5.000 mortes por ano e um terço deles ocorreram no próprio domicílio, portanto, acredita-se que a maior parte desses óbitos foi em decorrência da violência doméstica e familiar contra a mulher (GARCIA et al, 2013).

A violência tornou-se um fenômeno de grave repercussão, como problema de saúde pública e na qualidade de vida das pessoas, passando a ser entendida pela Organização Mundial de Saúde, como “uso intencional da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (Organização Mundial de Saúde, 2002, p.5).

Vale salientar que contra mulher, a violência caracteriza-se por repercussões prejudiciais à saúde da vítima e dos filhos, com consequências não fatais, sob a forma de lesões físicas, transtornos mentais, problemas crônicos de dor, hipertensão, artrites, doenças cardíacas, distúrbios de sono, alimentação e consequências fatais (PUCCIA, 2012).

Pesquisas apontam que uma em cada três mulheres sofre algum tipo de violência durante a vida, o que pode iniciar desde a concepção e perdurar até o envelhecimento, inclusive no período gestacional, sendo as formas mais comuns os abusos sexuais, emocionais e físicos, e na maioria das vezes são praticados pelos parceiros íntimos e/ou familiares (CHADE, 2004).

Nesse sentido, têm-se observado que adolescentes e mulheres fazem parte dos grupos de maior vulnerabilidade social¹ e conseqüentemente mais atingidos por este agravo. As notificações do Sistema de Vigilâncias de Violência e Acidentes (ficha VIVA) destacam as mulheres, em todas as faixas etárias, como as principais vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, com 75.033 casos, equivalente a um percentual de 69,8%. As mulheres jovens e adultas de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos são apontadas com maior percentual de violência, com registros de 24,4% e 18,9% das agressões, respectivamente. Adolescentes de 10 a 19 anos de idade, sofreram em sua maior parte violência física com 65,3% (BRASIL, 2013a). Na Bahia, foram notificados 5.665 casos de violência doméstica em 2014, destacando a cidade de Salvador como responsável por 44% dessas notificações (BAHIA, 2014).

A violência contra mulher na gestação, tema desta pesquisa, tem uma relação direta com a violência por parceiro íntimo, devido ao estresse e às mudanças de vida do casal, muitas vezes provocando maiores conflitos, podendo levar ao aumento da violência sexual neste período e, reincidências de agressão no pós-parto (SILVA, 2011).

A violência doméstica atua como modelo negativo ao ambiente familiar, gerando comportamentos prejudiciais à interação social e à saúde mental das crianças e adolescentes que convivem com estes modelos. No caso de famílias em situação de violência, podem ocorrer relatos de ações que identifiquem negligência, maus tratos físicos e psicológicos, uso / abuso de drogas e dificuldade de diálogo entre os membros. (HABIGZAND et al, 2005; AQUINO, 2009; SA et al, 2010).

A dissertação em seus dois artigos busca identificar a prevalência e os fatores associados a violência doméstica na gestação, assim como descrever as mulheres entrevistadas na maternidade de referência em Feira de Santana e as expressões de violência (psicológica, física, sexual, moral e patrimonial).

O referencial teórico aborda os aspectos mais relevantes ao objeto de estudo: a violência doméstica como uma violação aos direitos humanos e problema de saúde pública, destacando definição, caracterização, principal agressor, conseqüências e prevalências em diferentes locais. O outro capítulo atende as necessidades da violência doméstica na gestação onde discute as prevalências de alguns estudos importantes e os fatores que estão associados a esse agravo, assim como as conseqüências prejudiciais à

¹ Vulnerabilidade social é o termo utilizado para descrever situações em que os sujeitos da pesquisa não conseguem se precaver contra ameaças à própria saúde e estão suscetíveis à violação dos direitos como cidadãos (BRASIL, 2010).

mulher e a criança desde a idade fetal até outras faixas etárias e mudanças em seu comportamento. E o último diz respeito as políticas públicas de enfrentamento a violência contra mulher, o que foi implementado pelo poder público nos diversos setores como forma de combate e prevenção a esse agravo.

O método para responder aos objetivos propostos foi um estudo de corte transversal com utilização do instrumento Abuse Assessment Screening validado a nossa realidade brasileira, a coleta de dados foi feita no Hospital da Mulher, maternidade pública de referência em Feira de Santana, no período de maio a julho de 2016 com população de 324 mulheres atendidas com mais de 24 horas pós-parto.

Os resultados da dissertação foram apresentados em formato de 2 artigos:

Artigo I: Fatores associados a violência doméstica em Feira de Santana, Bahia.

Artigo II: Perfil da violência doméstica na gestação em adolescentes e adultas.

Desse modo, as considerações finais apontam para limitações do presente estudo e contribuições na perspectiva de aumentar a visibilidade da violência doméstica, notificação de casos e atentar para a rede de enfrentamento existente no município.

A compreensão sobre as necessidades da formação, enquanto pesquisadora em saúde coletiva e da ampliação do tema surgiu após a vivência, reflexão e análise sistemática de uma série de fatos, são eles: lacunas de pesquisas relacionadas ao tema violência doméstica na gestação em nossa realidade local; entendimento sobre a gravidade e consequências da violência na vida de mulheres, crianças e na sociedade; trabalho como bolsista de iniciação científica, no Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA), durante o curso de graduação em enfermagem, na UEFS; participação em projetos na linha de pesquisa “Riscos e vulnerabilidade na infância e adolescência.

Considerando a complexidade do tema que envolve mudanças nas questões culturais, socioeconômicas e governamentais da sociedade, a contribuição dos resultados da pesquisa possibilita a visibilidade, descrição e a análise do padrão da violência doméstica em mulheres atendidas na maternidade de referência no município de Feira de Santana, podendo promover a sensibilização da discussão de políticas de promoção e melhoria da qualidade de vida destas mulheres e seus filhos.

2 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

- Qual a prevalência e os fatores associados à violência doméstica na gestação de mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia?

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar a prevalência e os fatores associados à violência doméstica na gestação em mulheres, atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever características socioeconômicas e demográficas de mulheres, atendidas em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia;
- Estimar a prevalência das expressões de violência doméstica (física, psicológica, sexual, patrimonial e moral) em mulheres, atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia;
- Caracterizar a violência doméstica na gestação em mulheres, atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A violência doméstica, devido à magnitude e repercussões sociais e na saúde das mulheres tornou-se uma preocupação das autoridades mundiais. Ademais, por representar também uma violação aos direitos humanos (SCHRAIBER et al, 2002). Estimativas apontam que, 63% das vítimas são mulheres e 70% dos agressores são os maridos/companheiros. Nesta perspectiva, a violência provoca mais óbitos às mulheres de 15 a 44 anos que outras doenças graves, como o câncer, a malária e até mesmo os acidentes de trânsito e as guerras (BRASIL, 2005).

Em algumas capitais brasileiras, os homicídios foram a primeira causa violenta de morte de mulheres. A cidade de Recife, em 2000, atingiu uma taxa de homicídios de 10,12 por cem mil mulheres; de São Paulo, 7,64 por cem mil; São Luís, 3,45 por cem mil e Salvador, 2,09 por cem mil (BRASIL, 2005).

A violência doméstica contra mulher é entendida como as ações ou omissões, baseadas nas relações desiguais de gênero, que cause a esta qualquer tipo de dano físico, sexual, emocional e patrimonial (BRASIL, 2006). Dados de uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2004) constatou que um terço de 2.502 mulheres de 24 estados brasileiros, equivalente a 33%, sofreram violência em algum momento da vida e 43% foram agredidas por homens, sendo o parceiro íntimo apontado como principal agressor, com 53 a 70% das ocorrências para qualquer tipo de violência pesquisada, com exceção do assédio. Diante da realidade citada, 50% das mulheres não procuram ajuda e raramente fazem denúncias públicas (BRASIL, 2005).

Neste tipo de agravo, a identidade do agressor e da vítima não se restringe somente ao homem e mulher, pode se estender aos próprios membros familiares, na busca pelo controle na relação de submissão. Isso ocorre de forma disseminada, em todas as classes sociais, com maior visibilidade em situações de desestruturação familiar, miséria, pobreza, fatores estressores e comportamentos agressivos. Se caracteriza por abuso físico, sexual, emocional ocorrentes no ambiente doméstico, perpetrada por um membro da família ou por alguém que não tenha relação de

consanguinidade com a vítima, gerando um desequilíbrio de poder familiar e uma camuflagem de todas as expressões de violência por ser um ambiente privado (MARINHEIRO, 2004).

A agressão física é a mais visível e percebida, por se caracterizar pelo uso da força física ou algum tipo de arma que possa causar lesões corporais, como tapas, empurrões, socos, chutes, mordidas, estrangulamento, lesões por arma de fogo/branca ou por objetos. A psicológica é a mais prevalente e invisível, porque não apresenta lesões perceptíveis e é a mais naturalizada no ambiente familiar, traduzida por insultos, humilhações, omissões, restrições de liberdade, ameaças, intimidações, repercutindo em medo, vergonha e insegurança nas vítimas (BRASIL, 2002).

A sexual é a imposição da prática de relações sexuais, por meio de aliciamento, ameaças e agressões físicas, causando sérios problemas à vítima, como gravidez indesejada, abortamentos, doenças sexualmente transmissíveis e perda da autonomia do próprio corpo (BRASIL, 2002).

No setor saúde, essa violência se contextualiza em complicações à saúde da mulher, dentre elas estão os danos físicos como lesões no corpo, hematomas, dores crônicas, hipertensão, cefaleia, palpitações, além dos sintomas de ordem sexual, caracterizados por dor pélvica, corrimento vaginal crônico, disfunção sexual. As sequelas psicológicas são consideradas de maior gravidade que os danos físicos e sexuais, se manifestam por meio de transtornos mentais (depressão, suicídio, transtorno do pânico, síndrome do estresse pós-traumático, uso/abuso de álcool, drogas ilícitas e calmantes) assim como problemas na autoestima da mulher (MOTA, 2004; MARINHEIRO, 2004).

Diniz et al. (2007), estudando mulheres queimadas por maridos/companheiros, em hospital de referência em Salvador, apresentaram achados de 83% de mulheres com história de violência, 51,2% têm como principais agressores os parceiros íntimos. Nesta pesquisa, 11,7% das lesões corporais por queimaduras em mulheres foram causadas pela violência física; 8,3% estavam internadas com queimaduras, por tentativa de suicídio devido à violência conjugal, antecedida ao atentado. Os dados encontrados caracterizam o transtorno do estresse pós-traumático presente em mulheres que sofrem violência doméstica.

Essas vítimas geralmente procuram atendimento médico nos serviços de saúde, porque indicam a necessidade de um cuidado integral e que os profissionais estejam

aptos a reconhecer e notificar os casos. Entretanto, é preocupante os resultados de alguns estudos que constataam o medo dos profissionais em se envolver com o assunto, prestando uma assistência incompleta, restringindo-se apenas a atenção físico-biológica, em detrimento da integralidade da atenção à saúde, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a qual envolve dimensões interdisciplinares. (D'OLIVEIRA, 2000; VIEIRA et al, 2009).

Atualmente, observa-se no Brasil um reconhecimento da magnitude do problema, após sancionamento da Lei Maria da Penha, em agosto de 2006. A violência deixa de ser um fenômeno puramente de resolução familiar, em ambiente privado, para a necessidade da intervenção do poder público, com medidas protetivas, encorajamento à denúncia e encaminhamentos devidos às vítimas da violência, tendo como fundamento legal e legítimo a exigência de políticas públicas e sociais, direito garantido na Constituição Federal através da Lei 11.340 (BAHIA, 2008).

Nas décadas de 70 e 80, em decorrência das lutas do movimento feminista, a violência doméstica contra a mulher tornou-se mais visível, com a criação das Delegacias Especializadas no atendimento às mulheres (DEAMS), as casas abrigo e os Centros de Referências multiprofissionais, o que resultou em medidas importantes para o reconhecimento deste fenômeno na sociedade (BRASIL, 2011). Vale salientar, no setor saúde, a criação do Programa de atenção integral a saúde da mulher (PAISM), com a finalidade de atender às necessidades globais de saúde da mulher, dando respaldo aos profissionais de saúde, no cuidado individualizado deste grupo (BRASIL, 2004).

As percepções das relações de gênero e presença da violência doméstica são imprescindíveis para entender o contexto da ocorrência, motivo do desencadeamento da violência, perfil do agressor e vítima. Assim sendo, a construção da violência no ambiente doméstico não tem relação com as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas sobretudo está associada a um modelo familiar patriarcal, em que os papéis e atributos de gênero são desiguais, ocorrendo valorização do homem em detrimento da mulher (GOMES et al, 2007).

Dados divulgados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), as despesas econômicas causadas pela violência mostram o Brasil com custos extremamente elevados, representando uma perda de 10,5% do seu Produto Interno Bruto (PIB), aproximadamente US\$ 84 bilhões anuais. Na América Latina, representam 14,2% do Produto Interno Bruto (PIB) dos países da região, o que significa cerca de

US\$ de 168 bilhões, anualmente (HEISE, PITANGUY, GERMAIN, 1998 apud BRASIL 2003).

Esse fenômeno abrange todo ciclo familiar, necessitando de uma assistência voltada diretamente ao agressor, vítimas e todos os membros envolvidos e/ou que presenciam o agravo. Na tentativa de minimização desses efeitos, o poder público, por meio de respaldo legal, garante subsídios para o rompimento desta violência e melhoria da qualidade de vida das mulheres (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde estabelece alguns princípios em relação à promoção dos direitos das mulheres que podem nortear os profissionais nos encaminhamentos e no diagnóstico do problema, como criação de grupos de mulheres para trabalhar as questões de gênero, poder, violência, fortalecimento da autonomia e formas alternativas de resolução de conflitos; facilidade no acesso a uma rede de apoio social, buscando a inclusão desta mulher e enfatizando sua condição de cidadania; criação de grupos de homens para propiciar a discussão sobre a violência, relações de gênero, fortalecimento da autoestima e formas alternativas de resolução de conflitos (BRASIL, 2011).

4.2 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GESTAÇÃO

A violência doméstica contra a mulher pode ocorrer em qualquer fase da vida e na gestação acarreta problemas à saúde materno-fetal por trazer estresse físico e mental para as mães com interferências nos cuidados e educação dos filhos (LOURENÇO E DESLANDES, 2008).

Esse agravo é entendido pela Organização Panamericana de Saúde (2007) como violência ou ameaça de violência física, sexual ou psicológica à mulher grávida. No Brasil, alguns estudos de prevalências indicam estimativas variando entre 13,1% a 33,8% (MORAES; REICHENHEIM, 2002; MENEZES et al, 2003; DURAND; SCHRAIBER, 2007; AUDI et al, 2008).

Em adolescentes grávidas do município de São Francisco do Conde, Bahia, verificou-se uma prevalência de 41,2% das entrevistadas que vivenciaram violência doméstica em algum momento de suas vidas e 57,2% dos perpetradores eram parceiros íntimos, os outros 42,8% dos casos corresponderam à violência intrafamiliar, cometida pelos pais, mais especificamente a mãe. Dentre estas adolescentes que vivenciaram a

violência, a maioria a sofreu na forma psicológica, com humilhações e xingamentos, acusações e violação do direito de ir e vir. A agressão física atingiu percentual de 70% e se manifestou por meio de socos, empurrões, ferimento por arma branca e a violência sexual também se fez presente com 28,6% dos casos relatados. Com relação à ocorrência da violência doméstica na gravidez, o percentual assumiu 15% do total de adolescentes, no entanto, se considerar as adolescentes com história prévia de violência doméstica, o percentual aumenta para 35,7% (MOTA et al, 2013).

Dados de uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, em atendimentos pré-natal, constatou prevalência de violência doméstica na gravidez, em adolescentes de 5,1% somando-se a uma elevada frequência de todas as expressões de violência, associado ao medo do agressor, ainda foram encontrados fatores relacionados à história psiquiátrica eventos de depressão, antes e durante a gestação, assim como uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, inclusive com maior prevalência para o tabaco, o que tem impacto direto na saúde materno-infantil (SANTOS et al, 2010).

Pereira et al. (2010), estudando gestantes adolescentes no Rio de Janeiro, verificaram maior prevalência de depressão na gestação em adolescentes, 21%, com história de violência doméstica por parceiro íntimo e a perpetração caracterizou-se sob forma de abuso sexual, 25%, com intimidação e medo do agressor em 30% dos relatos. Esses dados atentam para uma atenção maior na saúde desse público e para as grandes proporções de sequelas psicoemocionais causadas pela violência doméstica contra a mulher.

Destacam-se nos resultados encontrados em Santos et al. (2010), eventos estressantes como fatores associados à história de abuso sexual, assim como história de separação/divórcio, conflitos matrimoniais e com pessoas próximas. Dentre as variáveis obstétricas deste estudo, não foram verificadas significância com o evento da violência durante a gravidez, mas sim doenças gestacionais atuais como a ruptura prematura de membrana. A violência com mulheres multíparas, em situação de maus tratos ao longo da vida está relacionada a repercussões diretas na saúde da criança como baixo peso ao nascer e prematuridade.

Menezes et al. (2003) discutem na pesquisa com mulheres grávidas em situação de violência, em uma maternidade no Recife, fatores relacionados com marido/companheiro e a ocorrência da violência, como a embriaguez do parceiro, em qualquer frequência, aumentando o risco quase seis vezes, ausência de trabalho remunerado do

parceiro com risco duas vezes maior, a baixa escolaridade e história familiar de violência da mulher com risco maior de três vezes. A baixa escolaridade tanto do homem quanto da mulher gera baixa qualificação no mercado de trabalho e incapacidade de aquisição de condições mínimas de sobrevivência ou desemprego, esse processo desencadeia aumento de tensões, seguido de frustrações e agressões.

No que tange às mulheres com história de violência familiar ou ter testemunhado atos violentos entre seus pais, existe uma tendência à tolerância e aceitação da violência, com naturalidade, como forma de resolução dos conflitos conjugais. Este fator aumenta o risco de problemas de ordem emocional, baixa autoestima e permite a repetição de padrões familiares, como mulheres que se envolvem com parceiros com comportamentos semelhantes aos de seus pais agressores (BUVINIC et al, 2000).

O uso / abuso de álcool têm grande destaque na ocorrência e intensificação de todas as expressões de violência contra a mulher, em qualquer fase da vida. No sexo masculino, está associada com comportamentos agressivos, mesmo o uso sendo frequente ou eventual, e encontrou-se presente em 38,1% dos casos de mulheres violentadas pelo parceiro íntimo em um estudo domiciliar, sendo o maior número de doses consumidas atrelado a uma maior intensidade da violência (ZALESKY et al, 2010). Os episódios são repetitivos e progressivamente mais graves, caracterizados por situação de cronicidade e crescente periodicidade (VAIZ BONIFAZ; NAKANO, 2004).

Em relação aos fatores associados à violência doméstica em gestantes adolescentes e adultas jovens, acompanhadas em maternidades no Rio de Janeiro, chama atenção o baixo nível de escolaridade, consumo de bebidas alcoólicas, uso de tabaco e outras drogas, falta de apoio durante a gestação, vontade de interrupção da gravidez, baixa adesão às consultas de pré-natal. A ausência de apoio do parceiro na gestação tem relação direta com início tardio do pré-natal, perda da autoestima e o desinteresse aos cuidados da sua saúde e da criança (VIELLAS et al, 2013).

Vale salientar que mulheres vítimas da violência doméstica na gestação apresentam consequências desfavoráveis tanto para a sua saúde como a do filho, seja no período intrauterino, recém-nascido ou até mesmo no seu primeiro ano de vida (SILVA et al, 2011). As crianças que presenciam e são vítimas da violência doméstica têm desenvolvimento afetado e poderão aprender que a violência é a forma de resolver conflitos inerente aos relacionamentos humanos (SAGIM, 2008).

As repercussões da violência na saúde materna para o recém-nascido, destaca-se a associação deste agravo com uma variedade de riscos obstétricos, como síndrome de estresse pós-traumático, déficit de autocuidado, uso e abuso de tabaco, álcool e outras substâncias, infecção sexualmente transmissível, vulvovaginites, abortamento, infecção do trato urinário, déficit de ganho ponderal na gestação. Quando a violência é de maior gravidade, há relatos de descolamento prematuro de placenta, ruptura uterina, síndromes hipertensivas, corioamnionite e mortes violentas na gravidez, tudo isto com agravante de ingresso tardio do pré-natal (PUCCIA, 2012; SHARPS, 2008). Os desfechos negativos para a saúde da criança em decorrência da violência vivenciada pelas mães estão relacionados ao crescimento fetal restrito, natimortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil (COKER et al, 2004).

Em estudos nacionais sobre as repercussões prejudiciais da violência na gravidez sobre a saúde fetal, destaca-se Menezes et al. (2003) que explicam em seus resultados, a associação entre óbito neonatal e estresse pós-traumático, decorrente da violência. Viellas et al. (2013) chamam a atenção que este óbito neonatal aumenta em duas vezes as chances e em três vezes, no período pós-neonatal, quando as mulheres são vítimas de agressão física durante a gestação, reforçando a necessidade de uma assistência de pré-natal humanizada e de qualidade como forma de proteção à violência na gestação.

As consequências causadas pela vivência da violência em crianças e adolescentes são inúmeras, tais como: físicas caracterizadas por hematomas, pequenas cicatrizes, fraturas, doenças somáticas crônicas, até danos cerebrais e morte, distúrbios relativos ao sistema neurológico e psicoemocional, refletindo em autoestima baixa, comportamento agressivo, isolamento, dificuldade de convivência, depressão, pensamentos de suicídio, de homicídios, sentimento de culpa, rejeição, distúrbio do sono, distúrbios de ordem cognitiva e intelectual, evidenciado por retardo do desenvolvimento cognitivo, motor e de linguagem, baixo rendimento escolar, entre outros. (GERSHOFF, 2002; SAGIM, 2008).

A presença da violência doméstica está indireta e diretamente associada com o comportamento dos filhos. Mães que vivenciam violência sofrem um impacto na saúde mental e afeta a forma de cuidado com os filhos com exteriorização de irritabilidade, tristeza, indiferença no processo educativo e diretamente porque os filhos apresentam comportamentos agressivos em ter presenciado a violência com a mãe e mais fortemente ter vivenciado violência na infância. Estes fatores são prejudiciais à saúde

mental das crianças devido ao efeito traumático causado no psicológico da mãe e interferem na qualidade, interação e organização do ambiente familiar (DURAND et al, 2011).

Tratando-se de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica num serviço especializado de um município brasileiro, existem achados de alta prevalência em torno de 65,5%, sendo mais frequente nas faixas de 8 a 11 anos 73,5% e 12 a 16 anos 65,4%.

O estudo verificou problemas de condutas emocionais nestes grupos, com sintomas de depressão e ansiedade com dificuldades nos relacionamentos, problemas de atenção, concentração e hiperatividade com prevalências em torno de 66,3% a 45,6%, de comorbidades relacionadas aos problemas de saúde mental, que sendo avaliadas precocemente possibilitarão um desenvolvimento social e cognitivo com maior qualidade de vida. A pesquisa chama atenção para a mãe como principal perpetradora da violência e 96,8% dos responsáveis pelas crianças e adolescentes foram vítimas da violência na infância e adolescência reproduzindo o ciclo na família (HILDEBRAND et al, 2015).

É importante ressaltar que o ambiente doméstico e familiar é um local de aprendizado de princípios morais, éticos e sociais. Com a presença da violência doméstica, a família pode se desestruturar em sua função social e protetora, gerando problemas psicoemocionais, principalmente em adolescentes por se tratar de uma fase de várias mudanças acrescidas de todo processo gestacional. Neste contexto, pesquisas comprovam a influência e os prejuízos da violência contra a mulher no comportamento dos filhos e nas relações de mãe-filho-família.

Os serviços de pré-natal são de extrema importância na identificação, notificação e no cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na gravidez, pelo fato de ter um maior acompanhamento do profissional e do agente comunitário de saúde neste período e até mesmo o estabelecimento de uma relação de confiança entre mulheres e profissionais. As equipes necessitam estar atentas e capacitadas, porque nem sempre a violência deixa marcas visíveis e detectáveis. É necessário criar estratégias para inserção dos maridos/companheiros e familiares envolvidos na agressão em programas de enfrentamento e prevenção da violência (SANTOS et al, 2010).

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

O poder público tem um compromisso efetivo na implementação de políticas públicas no combate à violência contra a mulher cada vez maior, diante dos prejuízos causados ao desenvolvimento pessoal e social e o iminente risco de vida para essas mulheres. Ao longo das últimas décadas, devido às grandes proporções da violência de gênero na esfera mundial foram desenvolvidas ações com o propósito de assegurar os direitos humanos das mulheres, bem como para a eliminação de todas as formas de discriminação e da violência contra a mulher (UNODC, 2011).

Em destaque, pode ser citada a Assembléia Geral das Nações Unidas (1979) que legitimou a “Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher” (Cedaw), conhecida como a Lei Internacional dos Direitos da Mulher, a qual representou um marco histórico no comprometimento dos governos com a promoção e proteção dos direitos das mulheres. Essa Convenção visou a promoção dos direitos da mulher na busca da igualdade de gênero, assim como a repressão de quaisquer discriminações e foi ratificada em 1984, pelo Congresso Nacional Brasileiro (UNODC, 2011).

No Brasil, na década de 80, as implementações de políticas públicas devem-se às conquistas do movimento feminista pelas discussões e denúncias acerca das relações discriminatórias e desiguais em que viviam as mulheres e o combate à violência por se tratar de violação aos direitos humanos tornando-a visível no meio social (BRASIL, 2011).

Em 1985, foi inaugurada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher e criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), com respaldo da Lei nº 7.353/85, com a finalidade de promoção das políticas que assegurassem condições de igualdade às mulheres. No ano posterior, criou-se a primeira Casa-Abrigo para mulheres em situação de risco de morte pela Secretaria de Segurança Pública de São Paulo (BRASIL, 2011).

A década de 1990 foi um período de avanços na inclusão dos direitos das mulheres e nas iniciativas governamentais sobre o tema. Dentre os eventos que tiveram grande contribuição para o alicerce das políticas de enfrentamento da violência de gênero, no âmbito mundial destacaram-se: Conferência de Viena e seu Programa de Ação (1993) que enfatizou o reconhecimento dos direitos das mulheres como parte dos

direitos humanos; Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (1993), que define a violência em suas múltiplas formas de manifestação e reconhece sua prática no âmbito público e privado; Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e sua Plataforma de Ação, que destaca a existência de desigualdades sociais; IV Conferência da Mulher em Beijjing e a Plataforma de Ação Mundial da Mulher (1995), que impulsionou novo enfoque sobre os direitos das mulheres, a partir do conceito de gênero, a noção de empoderamento e da transversalidade de gênero. Ainda nesse contexto, nos Estados Americanos, destacou-se a Convenção Interamericana (Convenção de Belém do Pará, de 1994) para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (UNODC, 2011).

O setor saúde destacou-se pela implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, na perspectiva de incorporação da integralidade e promoção a saúde e consolidação dos avanços relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos, focados na melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento e combate da violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

No período de 1985 a 2002, a criação de Delegacia Especial de Atenção a Mulher e de Casas-Abrigo foi o principal eixo da política de enfrentamento, dando ênfase à segurança pública e à assistência social. Esse foco também foi a base do Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher (2002), sob gerência da Secretaria de Estado de Direitos da Mulher (SEDIM) e vinculada ao Ministério da Justiça. Em 1998, pode-se destacar mais um avanço nessa temática com a elaboração da Norma Técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, pelo Ministério da Saúde, que determinava a garantia de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Em 2003, foi promulgada a Lei 10.778/03 que institui a Notificação Compulsória dos casos de violência contra as mulheres atendidas nos serviços de saúde, públicos ou privados. Neste sentido, a notificação dos casos se torna uma ferramenta importante em posse dos profissionais de saúde para aumentar a visibilidade da violência (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013b).

Em 2006, o Ministério da Saúde se preocupa em melhorar as informações sobre violência e implanta o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), para analisar a tendência das violências e acidentes e descrever as características das

violências interpessoais ou autoprovocadas e dos acidentes de trânsito, quedas, queimaduras e outros atendidos em unidades de urgência e emergência. Nessa perspectiva, os resultados das notificações direcionariam as políticas em saúde pública com possibilidades de prevenção (BRASIL, 2013b).

Com a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (2003), a política de enfrentamento à violência passa a ter um maior investimento, com o objetivo de promover a criação de novos serviços e redes de atendimento as mulheres em situação de violência. Na constituição da rede, muitos serviços funcionam como Portas de Entrada: centros de referência; serviços de apoio jurídico; serviços policiais: delegacias da mulher, outras delegacias, polícia militar; postos de saúde, serviços de emergência, escolas e órgãos comunitários; ouvidorias; organizações não-governamentais e conselhos. É importante ressaltar que, cada um desses locais tem uma função imprescindível no combate, na assistência e no processo de erradicação da violência contra a mulher (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011).

A partir da I e II Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (I e II CNPM) e da construção coletiva de dois Planos Nacionais de Políticas para Mulheres (PNPM), o enfrentamento à violência de gênero passa a ser consolidado como um eixo intersetorial e prioritário no campo das políticas para as mulheres, não mais se detendo aos setores da segurança pública e assistência social, no sentido de garantir melhores condições de vida a essas mulheres vítimas da violência (BRASIL, 2011).

No dia 07 de agosto de 2006, foi sancionada no Brasil a lei 11.340/2006 conhecida como “Lei Maria da Penha”, em homenagem a uma cearense que ficou paraplélica, por causa de violência doméstica, praticada pelo marido que só foi preso oito anos após o crime. Este caso de violência foi levado ao conhecimento da Comissão Interamericana de Direitos humanos (OEA) a qual recomendou que o Brasil tomasse providências para romper o ciclo da violência contra mulher (BAHIA, 2008).

A lei Maria da Penha foi criada para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra mulher por meio de um conjunto articulado de ações da União, estados, Distrito Federal, municípios e de ações não-governamentais. Esta lei foi uma conquista na consolidação do combate e prevenção à violência por se tratar de uma lei específica à violência perpetrada contra a mulher (BAHIA, 2008).

Logo após, em agosto de 2007, é criado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Foi um marco importante no desenvolvimento das

políticas públicas dessa temática. O Pacto fez parte da Agenda Social do Governo Federal e se fundamentou numa estratégia de integração entre governo federal, estadual e municipal no combate à violência de gênero e de descentralização das políticas públicas referentes à temática, por meio de um acordo federativo, que tem por base a transversalidade de gênero, a intersetorialidade e a capilaridade das ações referentes à temática (BRASIL, 2011).

A violência doméstica é, pois, um fenômeno complexo, que está enraizado nas estruturas socioeconômicas, necessita de ampliação das políticas públicas incluindo ações integradas de normas e rotinas para atendimento à mulher, aperfeiçoamento da legislação, ampliação das redes de atendimento e maior divulgação de medidas protetivas representam possibilidades de redução nos índices de violência contra a mulher (BRASIL, 2011).

É de fundamental importância o trabalho em diversos setores sociais e órgãos federais para a construção de um compromisso de respeito e igualdade nas relações de gênero, tendo em vista uma maior percepção das rotas críticas percorridas pelas mulheres em situação de violência e o fortalecimento das Redes de Atendimento preconizadas.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DESENHO DE ESTUDO

Estudo transversal com mulheres adolescentes e adultas, atendidas no Hospital da Mulher, no município de Feira de Santana, Bahia. Trata-se de um diagnóstico situacional de evento específico na população, em tempo e espaços determinados, contribui para descrição e detecção de grupos vulneráveis a agravos frequentes, podendo avaliar a associação entre exposição e efeito (razão de prevalência), de baixo custo, sendo, portanto, adequado aos objetivos aqui propostos (MEDRONHO et al, 2009).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Inácia Pinto dos Santos, no município de Feira de Santana, segunda maior cidade do Estado da Bahia, com população em torno de 562.466 habitantes e distando 108 km da capital – Salvador. Tem uma população de 211.298 de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos. O município é considerado o maior entroncamento rodoviário do Norte e Nordeste do Brasil e ainda se destaca pela forte atividade comerciária da região (DATASUS, 2015).

O Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS), conhecido como Hospital da Mulher, foi inaugurado em 30 de janeiro de 1992, pelo prefeito Colbert Martins. O seu nome foi uma homenagem à mãe do ex-prefeito falecido, Francisco Pinto. O HIPS é uma fundação pública, com nível de atenção de média complexidade ambulatorial e hospitalar, especializado em urgência e emergência obstétrica, com a proposta de assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal e aos recém-nascidos. Administrado pela Fundação Hospitalar de Feira de Santana, é considerado hospital de referência do município e atende demanda espontânea e referenciada da zona urbana e rural de Feira de Santana e de 88 municípios pactuados.

O Hospital está localizado na Rua da Barra, n 705, bairro Jardim Cruzeiro. Com funcionamento nas 24 horas ininterruptas, oferece atendimentos ambulatorial, internação, urgência, obstetrícia, cirurgia geral especializada, neonatologia, pediatria clínica, dentre outros. O quadro de funcionários é constituído por estatutários e

terceirizados. A estrutura física conta com 01 recepção, ambulatório, 01 consultório de atendimento médico, 01 sala de acolhimento e classificação de risco, 01 centro obstétrico / centro cirúrgico, 01 unidade de cuidados intermediários neonatal, 01 UTI neonatal, 03 enfermarias, casa da puérpera, mãe canguru, laboratório, central de material esterilizado, serviço de nutrição e dietética, sala de radiologia, 01 necrotério, lavanderia e rouparia, banco de leite humano, educação continuada.

O total de partos ocorridos nesta maternidade durante todo o ano de 2015 totalizaram 5.888 distribuídos entre parto normal (3.095) e parto cesáreo (2.793) (FEIRA DE SANTANA, 2015).

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E CÁLCULO DA AMOSTRA

A população de estudo foi constituída por mulheres atendidas no Hospital da Mulher, em Feira de Santana, no segundo trimestre de 2016. Foram consideradas adolescentes mulheres com faixa etária compreendida entre 10 a 19 anos, adultas jovens, entre 20 a 24 anos e adultas a partir de 25 anos segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (1995).

A estimativa do tamanho da amostra (n) de mulheres foi calculada a partir da amostragem casual simples. Sendo aplicado o fator de correção dessa população, a partir da fórmula proposta por referência (ano), obtendo uma população de 5.888 mulheres contabilizadas a partir do número total de partos ocorridos no HIPS (SILVANY NETO, 2008; FEIRA DE SANTANA, 2015).

n^0 : tamanho da amostra / n: correção da população / N: tamanho da população

$$n = n^0 \times N / n^0 + (N - 1)$$

Para tanto, assumiu-se uma prevalência esperada de 24,3%, para casos de violência doméstica na gestação (SENA, 2014). O erro aceitável de 5%, intervalo de confiança de 95% (Z= 1,96) e poder do estudo de 80%. Foram acrescidos 20% ao tamanho da amostra, devido a eventuais perdas (SILVANY NETO, 2008). O cálculo amostral final foi de 324 mulheres adolescentes e adultas. Segue a fórmula do cálculo:

Z: nível de confiança de 95% / ϵ : erro aceitável de 0,05/ P: prevalência da violência

$$n^0 = Z^2 \times P(1-P) / \epsilon^2$$

Por fim, para a garantia da aleatoriedade, foi realizada através do sorteio de 10 puérperas internadas nas enfermarias em dias alternados de coleta de dados. As mulheres sorteadas que preencheram qualquer um dos critérios de exclusão imediatamente era realizado outro sorteio para reposição.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Mulheres internadas nas enfermarias com 24 horas pós-parto em condições de responder as perguntas.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Mulheres com déficit mental ou em estado psicológico de impedimento (ansiosa, chorosa, relatos de medo do encaminhamento, do agressor e da denúncia e sintomas de depressão no puerpério), para aplicação do instrumento de pesquisa.

5.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O passo inicial foi apresentação do projeto à Diretoria do Hospital da Mulher, com a solicitação de autorização para o desenvolvimento da pesquisa no local e, posteriormente, aprovação do Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Na etapa seguinte após aprovação no CEP, houve preparação da equipe de coleta de dados, sensibilização e apoio aos profissionais de saúde do Hospital da Mulher, através de capacitações para entendimento do objeto e objetivos da pesquisa e oficinas sobre o tema com equipe de coletadores.

Após esta etapa, o questionário foi aplicado em mulheres, atendidas no Hospital da Mulher, no período de maio a julho de 2016.

5.7 FONTES E INSTRUMENTOS

Os dados do estudo foram obtidos através de fonte primária, por um questionário devidamente identificado por número. As mulheres foram entrevistadas após 24 horas pós-parto, em condições físicas de deambular até uma sala reservada.

O instrumento do estudo foi Abuse Assessment Screening (AAS) validado no Brasil por Reichenheim (2000), adaptado e validado para a população em estudo em Maternidade de referência na cidade de Salvador por Sena (2014) que tem como objetivo o rastreamento de violência doméstica contra mulher na gestação. (ANEXO C).

As mulheres que aceitaram participar da pesquisa responderam um instrumento dividido em dois blocos:

Bloco I: perguntas relacionados à identificação das mulheres, perfil socioeconômico e demográfico, família, marido/companheiro e da gestação (ANEXO C).

Bloco II: perguntas relacionadas à ocorrência da violência doméstica (SENA, 2014). Nesta etapa, responderam somente as mulheres com relatos de vivência da violência doméstica (ANEXO C).

5.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Esse projeto identificou fatores associados à violência doméstica na gestação. As variáveis dependentes foram:

- Presença de violência doméstica: sim ou não;
- Período que sofreu a violência: antes da gestação ou durante a gestação

As variáveis independentes foram divididas em: socioeconômicas e demográficas, gineco-obstétricas, uso de drogas por parentes.

- **Variáveis sócioeconômicas e demográficas:** idade (em anos), raça/cor (autodeclarada), estado civil, grau de escolaridade, trabalho fora de casa, ocupação, dependência financeira, renda familiar; dados do companheiro (idade, ocupação).
- **Variáveis gineco-obstétricas:** início da vida sexual, número de gestações e partos, presença de aborto, acompanhamento pré-natal, intercorrências na gestação atual.

- **Uso de drogas por parentes:** pai, mãe, irmão, companheiro, ex-companheiro, familiares.
- **Variáveis relacionadas à violência:** agressor, expressões da violência (psicológica, física, moral, patrimonial e sexual), locais mais atingidos pela violência (face, membros superiores, abdômen, membros inferiores, pescoço, tronco, barriga na gravidez, região dorsal), sentimento das mulheres após violência (humilhação, vergonha, vítima, nojo seu corpo), problemas de saúde em decorrência da violência (cefaleias constantes, falta de apetite, diminuição da libido, depressão, contrações na barriga, hipertensão arterial, problemas gástricos, sangramento/hemorragia, outras).
- **Expressões da violência doméstica:** psicológica (insulto, chantagem e ridicularização; constrangimento; ameaça; controle de ações e comportamentos; limitação do direito de ir e vir; vigiar e perseguir; aprisionar), física (empurrões; tapas; chutes; espancamento; arma branca; arma de fogo e outras), patrimonial (retenção de objetos; bens; valores; direitos; recursos econômicos; documentos pessoais e instrumentos de trabalho), sexual (forçar sexo, matrimônio, gravidez, ou aborto; fazer sexo sem vontade; exploração sexual; impedir o uso de métodos contraceptivos), moral (prática de calúnia; difamação ou injúria).

5.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados no programa Epidata, armazenados e processados utilizando o Programa Statistical Package for Social Science / SPSS, versão 20.0 for Windows. Foram construídos dois bancos de dados no mesmo programa, digitados duplamente, por técnicos diferentes, para validação dos resultados, com a finalidade de minimizar os erros de digitação.

A análise estatística descritiva foi realizada para as variáveis qualitativas, através da distribuição de frequências absolutas e relativas e para as variáveis quantitativas serão calculadas medidas, como médias e desvio padrão.

Para análise bivariada, a variável desfecho foi categorizada em dois níveis distintos: sofreu violência doméstica ou não, ocorrência da violência antes e durante a gestação e os possíveis fatores associados às variáveis independentes (socioeconômicas

e demográficas, gineco – obstétricas e uso de drogas por parentes), tendo como medida de significância estatística, o Teste Qui-quadrado de Pearson (X^2) com valor de $p < 0,05$.

A análise multivariada foi realizada no programa estatístico STATA, versão 10.0, através do modelo de regressão logística e com ajuste de variáveis que obtiveram o valor de $p < 0,05$, tendo como medida de efeito razão de chances (OR), com IC 95% e logo após foi realizado testes para diagnóstico do modelo da regressão logística com resultados satisfatórios.

5.10 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação do CEP da UEFS, conforme regulamentação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado com CAAE 51273915.0.0000.0053 e número de protocolo 1.524.705 (BRASIL, 2012).

Para a aplicação do instrumento foi enviado ofício para o Diretor do Hospital da Mulher, assim como Termo de Assentimento e autorização dos responsáveis para as mulheres adolescentes, as adultas, maiores de 18 anos, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A, B, C e D).

Os benefícios diretos dos resultados dessa pesquisa possibilitaram a visibilidade da violência e fortalecimento de políticas públicas, em Feira de Santana, voltadas às mulheres, através do conhecimento da prevalência e fatores associados do fenômeno estudado. As mulheres que durante a entrevista solicitaram maiores informações da rede de enfrentamento da violência contra mulher, no município foram informadas sobre o Centro de Referência Maria Quitéria² (CRMQ), caso aceitassem acompanhamento por uma equipe interdisciplinar de serviço jurídico e psicológico.

Dessa forma, foram garantidos como benefícios indiretos o acesso a um serviço especializado no acolhimento de mulheres e filhos em situação de violência. Essa rede articulada se deve à parceria da UEFS, através da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) com o CRMQ. Vale salientar outra repercussão positiva desta pesquisa: as capacitações realizadas com profissionais que trabalham na

² Centro de Referência Maria Quitéria é um centro especializado fundado em Feira de Santana sob a gestão da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social para atender demanda espontânea ou encaminhamentos de outras Instituições de mulheres em situação de violência no próprio município e em outros pactuados.

instituição, para melhorar a qualidade de atendimento, através da notificação e dos encaminhamentos necessários.

Os riscos desta pesquisa estiveram relacionados ao constrangimento, ansiedade, lembranças de momentos difíceis vivenciados, choro, medo do encaminhamento, do agressor de ter conhecimento do relato e da denúncia e exposição à depressão no puerpério. Entretanto, todas as participantes tiveram a garantia do anonimato e acompanhamento por serviço especializado de referência, desde quando estavam de acordo. A abordagem individual foi realizada em local privado e a participante orientada sobre todas as etapas da pesquisa, inclusive que poderia desistir em qualquer momento. Todas as mulheres, com relato de violência foram esclarecidas sobre a possibilidade de encaminhamento ao CRMQ, com a confirmação de agendamento com equipe interdisciplinar e em casos de decisão de denúncia, a garantia de apoio jurídico também presente no CRMQ.

É importante destacar que, no momento da aplicação do instrumento, em sala reservada da instituição, tiveram suporte psicológico, durante e após o período da pesquisa, as mulheres que demonstraram ansiedade, choro e tristeza. Entende-se todos os riscos citados, entretanto, a violência é um fenômeno de repercussões negativas no binômio mãe-filho, sendo muitas vezes invisível no ambiente hospitalar, tornar esse fenômeno visível favorece um acolhimento mais precoce dessa mulher em situação de violência.

Os resultados da pesquisa poderão ser utilizados em congressos, seminários e publicados em revistas. Os dados do estudo estão sob a guarda da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE).

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO I

Fatores associados à violência doméstica em Feira de Santana, Bahia

Factors associated with domestic violence in Feira de Santana, Bahia

Fatores associados à violência doméstica em FSA, BA

Luciana Maia Santos Vidal ^I

Rosely Cabral de Carvalho ^{II}

Carlos Alberto Lima Silva ^{III}

I Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia. Enfermeira, Bolsista Capes Mestrado Acadêmico.

II Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), UEFS, Feira de Santana, Bahia. Professora Titular do Departamento de Saúde (DSAU).

III Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), UEFS, Feira de Santana, Bahia. Professor Adjunto do Departamento de Saúde (DSAU).

Autor Correspondente: Luciana Maia Santos Vidal, email: luluzinha_maia@hotmail.com.

Agradecimentos: À CAPES, UEFS – PPGSC/ Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística e a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana – Hospital da Mulher.

Protocolo Comitê de Ética em Pesquisa: 1.524.705/ 2016.

Conflito de interesses: Nada a declarar/ Fonte de financiamento: Nenhuma.

Luciana Maia Santos Vidal e Rosely Cabral de Carvalho: participaram de todas as etapas da pesquisa e artigo. Carlos Alberto Lima Silva: Participou da etapa de metodologia e análise dos resultados.

Resumo

O objetivo do estudo é estimar a prevalência e identificar os fatores associados à violência doméstica em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia. Estudo transversal, com 324 mulheres atendidas no Hospital da Mulher. Realizou-se análise bivariada com Qui Quadrado de Pearson, considerando possíveis associações com presença da violência doméstica e variáveis socioeconômicas, demográficas e gineco-obstétricas com valor de $p < 0,05$ e análise multivariada com modelo de regressão logística, com ajustes de variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$. A prevalência da violência doméstica foi de 21,0%. A presença de violência doméstica indicou associação com estado civil ($p 0,000$), trabalho fora de casa ($p 0,001$), ocupação da mulher ($p 0,002$), dependência financeira da mulher ($p 0,000$), idade do companheiro ($p 0,007$), ocupação do companheiro ($p 0,032$), número de gestações ($p 0,007$), presença de aborto ($p 0,024$), número de partos ($p 0,035$). Na regressão logística apresentaram associação estatisticamente significativa com presença de violência doméstica as variáveis: estado civil (OR=0,44; IC 95%=0,21-0,90; $p=0,026$), dependência financeira da mulher (OR=0,43; IC 95%=0,19-0,98; $p=0,046$), presença de aborto (OR=0,43; IC 95%=0,19-0,96; $p=0,041$). A violência doméstica nesses achados incorpora relações de gênero dentro da estrutura familiar e exposição a uma maior paridade e presença de aborto. Além disso, reflete a necessidade de serviços e ações voltadas a prevenção em diferentes perspectivas pessoais, sociais e culturais de mulheres, agressores e famílias.

Palavras-chave: violência doméstica; prevalência; fatores associados

Abstract

The goal of this study is estimate the prevalence and identifying associated factors with domestic violence in women attending a referral hospital in Feira de Santana, Bahia. Cross-sectional study with 324 postpartum women attended at the Hospital da Mulher. To do so we have performed a bivariate analysis with Pearson's Qui Square considering possible associations with presence of domestic violence and socioeconomic, demographic and gynaeco obstetric variables with p value <0.05 and multivariate analysis with logistic regression model with adjustments of variables that presented value of $p < 0.05$. The prevalence of domestic violence was 21%. The occurrence of domestic violence indicated association with: marital status ($p = 0,000$), work outside the home ($p = 0,001$), occupation of the woman ($p = 0,002$), financial dependence of the woman ($p = 0,000$), age of the partner ($p = 0,007$), occupation of the partner ($p = 0,032$), number of pregnancies ($p = 0,007$), occurrence of abortion ($p = 0,024$), number of births ($p = 0,035$), In logistic regression it has been found a statistically significant association with the occurrence of domestic violence showed in such variables: marital status (OR=0,44; IC 95%=0,21-0,90; $p = 0,026$), financial dependence of the women (OR=0,43; IC 95%=0,19-0,98; $p = 0,046$), occurrence of abortion (OR=0,43; IC 95%=0,19-0,96; $p = 0,041$). Thus, domestic violence in these findings incorporates gender relations within the family structure and exposure to greater parity and presence of abortion. As a conclusion, we have pointed to the need of preventive services and actions in women's different personal, social and cultural perspectives, as well as those of the aggressors and families.

Key words: domestic violence; prevalence; associated factors

INTRODUÇÃO

A violência doméstica presente nas relações sociais entre homens e mulheres está profundamente arraigada às raízes históricas de assimetrias de poder, naturalizada nos segmentos sociais, devido à invisibilidade de suas consequências e à forma de estruturação familiar, além de estar relacionada a questões de gênero, com ocorrência em todas as classes sociais, etnia/raça, religião, faixa etária, escolaridade e culturas¹⁻².

Entendida como a prática de ações ou omissões, baseadas na desigualdade de gênero, que cause à mulher qualquer tipo de dano físico, sexual, emocional e patrimonial, sendo considerada como um problema grave, complexo e multifacetado de saúde³.

Estudos realizados em cidades de São Paulo mostraram prevalências elevadas de violência por parceiro íntimo, com variação de 50% a 60%⁴⁻⁶. Em Recife, a prevalência encontrada foi de 33,3%. A psicológica se destaca como a mais prevalente, com 52,7%, seguida da física, 46,1% e sexual, 13,6%⁷.

Dados mostram que 70% dos agressores possuem relação de conjugalidade com as mulheres e um ciclo de violência ao longo da vida, sobretudo durante a gestação, com repercussões na saúde mental (estresse, depressão, consumo maior de álcool e drogas e outras comorbidades), com associação desses sintomas a aborto provocado⁸. Assim, encontra-se a necessidade de estudos que discutam a associação da violência com aborto provocado, apesar de serem variáveis com alta complexidade de abordagem.

Este artigo tem como objetivo estimar a prevalência e identificar os fatores associados à violência doméstica em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia.

METODOLOGIA

Estudo de corte transversal, realizado no Hospital da Mulher, referência em urgências e emergências obstétricas, em Feira de Santana, Bahia.

Participaram do estudo mulheres com 24 horas pós-parto, atendidas na referida Instituição, tendo como critérios de exclusão mulheres no pós-parto imediato, óbitos fetais e as que tinham problemas psiquiátricos. Trabalhou-se com uma amostra de 324 mulheres calculada a partir do total de 5.888 partos, no ano de 2015, com frequência

esperada de 24,3% da violência doméstica na gestação. Erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram coletados entre os meses de maio a julho de 2016, por meio de um questionário adaptado⁹, aplicado em sala reservada, contendo variáveis socioeconômicas e demográficas (faixa etária da mulher e companheiro, escolaridade, estado civil, trabalho fora de casa, ocupação da mulher e companheiro, dependência financeira da mulher, renda familiar), variáveis gineco-obstétricas (início da vida sexual, presença de aborto, número de gestações e partos, consultas pré-natal, intercorrências obstétricas). A variável dependente foi a presença de violência doméstica ou não. As questões relacionadas à violência doméstica foram formuladas, utilizando-se como referência o questionário padronizado e validado no Brasil Abuse Assessment Screening (AAS)¹⁰ e adaptado e revalidado para a população em estudo, em maternidade de referência na cidade de Salvador, Bahia⁹.

Os dados foram digitados duplamente com realização de validação no Epidata, armazenados, utilizando-se o pacote estatístico IBM SPSS, versão 20. Foi realizada uma análise descritiva, com distribuição das frequências para variáveis qualitativas, cálculo de média, mediana e desvio padrão para variáveis quantitativas. Na análise bivariada, foi aplicado teste Qui quadrado de Pearson, para identificar associações estatísticas entre as variáveis de estudo com um nível de significância de 5% e IC 95%.

A análise multivariada foi realizada no programa estatístico STATA, versão 10.0, através do modelo de regressão logística e com ajuste de variáveis que obtiveram o valor de $p < 0,05$, tendo como medida de efeito razão de chances (OR), com IC 95% e logo após, realizado testes para testes para diagnóstico do modelo de regressão logística com resultados satisfatórios com resultados satisfatórios.

Esta pesquisa é resultado de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), que recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, com CAAE 51273915.0.0000.0053 e n. de protocolo 1.524.705.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta análise descritiva da participação de 324 mulheres, com idade variando de 12 a 42 anos (média=26,1, mediana=25, desvio padrão=6,7). As

adolescentes representaram pequeno percentual na amostra (17,9%). Declararam-se pretas e pardas 297 (92%), a maioria eram casadas ou viviam em união estável 255 (78,7%). Quanto à escolaridade, a maior parte cursou ensino médio, 191 (59%) e não trabalhavam fora de casa, 202 (62,3%). Tinham como ocupação dona de casa, / estudante 166, (51,3%), com dependência financeira, 254 (78,4%). A renda familiar foi de até um salário mínimo em 164 (50,6%) das entrevistadas.

Os parceiros íntimos apresentaram idade variando de 16 a 59 anos (média=32,7, mediana=29, desvio padrão=15) e em sua maioria apresentaram ocupação remunerada com destaque ao trabalho informal 147 (47,1%).

Em relação à presença de violência doméstica, 68 (21%) mulheres sofreram algum tipo de violência. A psicológica estava presente em sua maioria (34,3%), moral (23,8%), física (19,3%), patrimonial (11,6%), sexual (11%).

A tabela 2 mostra uma análise bivariada das variáveis socioeconômicas e demográficas, com a presença de violência doméstica. Sofreram violência doméstica, em sua maior parte, as mulheres maiores de 19 anos (82,2%), pretas e pardas (89,7%), casadas e que viviam em união estável (64,7%), cursaram ensino médio (55,9%), trabalhavam fora de casa (54,4%), tinham outras ocupações (estudante e dona de casa) (36,8%), dependência financeira (60,3%), renda familiar até um salário mínimo (41,2%). Praticaram violência doméstica os companheiros com uma média de idade de 29 anos, com ocupação remunerada, através do trabalho formal (45,9%). Dentre as variáveis socioeconômicas e demográficas, apresentaram significância estatística para presença de violência doméstica estado civil ($p=0,000$), trabalho fora de casa ($p=0,001$), ocupação da mulher ($p=0,002$), dependência financeira da mulher ($p=0,000$), idade do companheiro ($p=0,007$), ocupação do companheiro ($p=0,032$).

Quando analisadas, as variáveis gineco-obstétricas e presença de violência doméstica, as mulheres que as sofreram, em sua maioria, tinham até 19 anos (89,7%), tiveram de 2 a 4 gestações (48,6%) e mais de 2 partos (63,2%), não praticaram aborto (72,1%), com presença de acompanhamento pré-natal (95,6%) e ausência de intercorrências obstétricas (70,6%). Encontrou-se associação estatisticamente significativa para presença de violência doméstica, número de gestações ($p=0,007$), presença de aborto ($p=0,024$), número de partos ($p=0,035$) (Tabela 3).

A tabela 4 traz uma análise multivariada ajustada para presença de violência doméstica. Apresentaram associação estatisticamente significativa as variáveis: estado

civil (OR=0,44; IC 95%=0,21-0,90; p=0,026), dependência financeira (OR=0,43; IC 95%=0,19-0,98; p=0,046), prática de aborto (OR=0,43; IC 95%=0,19-0,96; p=0,041).

DISCUSSÃO

A violência doméstica tornou-se uma preocupação das autoridades mundiais, devido à magnitude, repercussões sociais e na saúde das mulheres, além de representar violação aos direitos humanos^{2,9,11-12}. Esse fenômeno, de caráter complexo, enraizado nas estruturas socioeconômicas, necessita de efetivação de políticas públicas de ações integradas de normas e rotinas, para atendimento à mulher, aperfeiçoamento da legislação, ampliação das redes de atendimento e maior divulgação de medidas protetivas. Essas iniciativas representam possibilidades de redução nos índices de violência contra a mulher¹³.

Nos resultados desse estudo, a prevalência da violência doméstica revelou-se em 21%, dados similares em uma pesquisa em Recife, com mulheres maiores de 19 anos, onde a prevalência encontrada foi de 27,5% entre abuso físico, emocional e/ou sexual do qual a mulher tenha sido vítima, no período dos últimos doze meses da pesquisa realizada¹².

Estudos apontam prevalências maiores, como pesquisa realizada em uma maternidade pública de Salvador, cujos achados foram de 41%, nas cidades de Recife 37% e São Paulo 29% em pesquisa multicêntrica realizada em dez países^{9,14}. Essas prevalências dependem de fatores relacionados às condições socioeconômicas das mulheres e seus companheiros, concepções pessoais, cenários socioculturais, onde existam uma legitimação em baixo ou alto grau da hierarquia de gênero, o que pode proporcionar um aumento ou diminuição dos relatos de experiências da violência¹⁵.

A violência psicológica, com 34,3% dos relatos, foi mais prevalente nesse estudo, seguido da física 19,3% e da sexual 11%. Resultados próximos foram encontrados na Tanzânia, em mulheres grávidas com 31% de casos da violência psicológica, 12,4% da física e 9% da sexual¹⁶. Entretanto, foram encontrados achados na Nigéria, com valores menores de violência psicológica 24,3% e semelhantes na física 18,6% e sexual 11,4%¹⁷. No Brasil, em um estudo multicêntrico, foram encontrados em Recife e São Paulo percentuais de violência física 34% e 28% e sexual 10% e 15%, respectivamente¹⁴.

Na distribuição da população estudada, foram encontrados maiores percentuais de mulheres negras e com faixa etária maior que 19 anos. Na associação das variáveis raça e idade e a presença de violência doméstica, os achados foram de maior proporção para essas características. Em estudos realizados em Recife, a violência se mostrou mais frequente em mulheres negras e em todas as faixas etárias, com um declínio nas mulheres com idade mais avançada^{12,19}. Quando se trata de raça/cor, a hipótese de alguns autores sobre a associação de maior prevalência pode estar relacionada a condições socioeconômicas desfavoráveis. Entretanto, é indicada uma investigação do significado dessa variável, na violência doméstica¹⁹.

Resultados de pesquisa no México encontraram elevados percentuais de violência doméstica em mulheres de 25 a 44 anos. A análise multivariada mostrou um declínio com o avanço da idade. Entretanto, distribuição da idade e outras características sociodemográficas (escolaridade, estado civil) apontam diferenças nas faixas etárias, mas a violência foi presente em todo o ciclo de vida das mulheres²⁰.

Na análise bivariada das variáveis socioeconômicas e demográficas, as que apresentaram significância estatística para presença de violência doméstica foram: estado civil ($p=0,000$), trabalho fora de casa ($p=0,001$), ocupação da mulher ($p=0,002$), dependência financeira da mulher ($p=0,000$), idade do companheiro ($p=0,007$), ocupação do companheiro ($p=0,032$) e das variáveis gineco-obstétricas, somente número de gestações ($p=0,007$), presença de aborto ($p=0,024$) e número de partos ($p=0,035$) foram estatisticamente significante para a presença da violência doméstica. Na análise multivariada, só permaneceram com significância estatística as variáveis: estado civil (OR=0,44; IC 95%=0,21-0,90; $p=0,026$), dependência financeira da mulher (OR=0,43; IC 95%=0,19-0,98; $p=0,046$), presença de aborto (OR=0,43; IC 95%=0,19-0,96; $p=0,041$).

Na associação da violência com faixa etária do companheiro, não se identificou diferenças na distribuição dos casos, podendo ocorrer em qualquer idade. A presença da violência está mais relacionada com as estruturas sociais marcadas pelas diferenças de gênero⁹.

A interpretação da variável ocupação do companheiro está relacionada diretamente à renda familiar e destaca-se dentre outras variáveis por apresentar um componente de vulnerabilidade social do ciclo da violência, relacionado a questões de gênero e de violação dos direitos humanos.

Estudos afirmam que um dos principais motivos que explicam a permanência das mulheres em relações marcadas pela violência é a ausência de autonomia econômica e estrutura familiar assentada na hierarquia patriarcal, onde o homem é o provedor da família e tem direito de tomar decisões, exercendo autoridade sobre companheira e filhos, atitudes que se tornam invisível pela sociedade. A independência econômica permite às mulheres um maior controle de suas vidas e segurança para rompimento de relações abusivas de poder²¹. Dados de uma pesquisa na Arábia Saudita são concordantes com o presente estudo, confirmando na análise multivariada que as mulheres com dependência financeira estão mais vulneráveis a sofrer violência doméstica²².

Nos resultados do estado civil da mulher, estudos corroboram com achados dessa pesquisa, apresentando significância estatística da violência doméstica com esta variável. Pesquisas relatam um maior risco de mulheres casadas serem vítimas da violência por ser o companheiro o principal agressor e o ambiente doméstico como local de maior ocorrência ^{9,23}. Entretanto, outras pesquisas constataam que as mulheres solteiras, com parceiros, mas sem coabitação apresentam maior prevalência de violência do que as que convivem com os parceiros ²⁴⁻²⁵.

Em relação às variáveis gineco-obstétricas, número de gestações e filhos vivos, foram encontradas associações entre mulheres que vivem em situação de violência com as chances de maior paridade, do que as que não sofrem violência ²⁴⁻²⁵. Resultados diferentes sugerem interpretação de paridade e violência como uma situação de causalidade reversa, ou seja, antes do elevado número de filhos, a violência é considerada fator de risco para se ter mais filhos, além de dificultar a adoção de métodos contraceptivos²⁶.

Os achados da associação de aborto provocado com a violência doméstica têm consistência em estudo realizado em maternidade pública de Salvador, 80% das mulheres tem relatos de história de violência com maior prevalência sob a forma psicológica e, 67% das que sofreram na gestação atual praticaram aborto, em decorrência da violência doméstica perpetrada pelo companheiro. Além dos problemas físicos que podem ser causados pela violência e prática do aborto, foram constatados sintomas mais expressivos de transtorno por estresse pós-traumático nas gestantes em situação de violência, tornando-as mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas psicológicos⁸.

A violência dentro do ambiente doméstico revela relações sociais desiguais, de poder e força e funciona como um mecanismo de controle nas relações pessoais e familiares, com exigências de resposta mais complexas e a utilização de diversas áreas do conhecimento para atendimento das vítimas, integração e efetividade dos serviços públicos ²⁷.

A violência deixa de ser um fenômeno puramente de resolução familiar para exigir a necessidade da intervenção do poder público, com medidas protetivas, como a institucionalização da Lei Maria da Penha, implantação de Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres (DEAMS), de casas abrigo e Centros de Referências Multiprofissionais; na saúde, com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. ^{2,13,28}

CONCLUSÃO

Os dados deste estudo devem ser interpretados com cautela, apesar da validação do instrumento utilizado e a calibração na coleta dos dados. Trata-se de um tema complexo e de difícil abordagem, por tratar-se de mulheres no período puerperal e pela exposição à violência das mulheres entrevistadas que podem ter omitido informações. Deve-se considerar também que estudos de prevalência não permitem inferências dos resultados para população geral. O presente estudo representa o perfil e os fatores associados de mulheres atendidas em uma maternidade pública de referência, em um município do interior da Bahia.

A melhoria da visibilidade da violência, notificação de casos e propostas de ajustes dos serviços de atendimento voltados às mulheres em situação de violência constituem-se nas contribuições desse estudo.

Nessa perspectiva, entendem-se as políticas públicas como imprescindíveis na prevenção, combate e notificação dos casos de violência, com a integração, qualificação, adequação dos horários de funcionamento da rede de atendimento em benefício ao acesso nos serviços, enfrentamento do agravo e rompimento do ciclo, com enfoque na estimulação do autocuidado das vítimas para evitar consequências psicológicas.

REFERENCIAS

1. Schraiber, LB; D'Oliveira, AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface (Botucatu)* 1999; 3 (5): 13-26.
2. Gomes, NP et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta paul. Enferm*, 2007; 20(4): 504-508.
3. Brasil. Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006: Dispõe sobre a violência doméstica contra a mulher. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2006.
4. Marcacine, KO et al. Prevalence of intimate partner violence reported by puerperal women. *Acta Paul. Enferm*, 2013; 26(4): 395-400.
5. Barros, C, Schraiber, LB, França-Junior, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev. Saúde Pública*, 2011; 45(2): 365-372.
6. Osis, MJD, Duarte, GA, Faúndes, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública*, 2012; 46(2): 351-358.
7. Barros, EN et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*, 2016; 21(2): 591-598.
8. Diniz, NMF et al. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. *Rev. bras. Enferm*, Brasília, 2011; 64 (6):1010-15.
9. Sena, CD. Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública, Salvador [dissertação de mestrado] apresentada a Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Acadêmico em Enfermagem, UFBA. Salvador, BA. 2014.
10. Reichenheim, ME et al. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida *Rev. Saúde Pública*, 2000; 34 (6): 610-16.
11. Schraiber, LB et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], 2002; 36 (4): 470-47.
12. Silva, MA et al. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad Saúde Publica* 2010; 26(2):264-272.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Brasília, 2011.

14. Garcia-Moreno, C et al .WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 2006; 368 (9543):1260-69.
15. Silva, EP et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2011; 45 (6):1044-1053.
16. Mahenge, B. et al. A Physical, Sexual, Emotional and Economic Intimate Partner Violence and Controlling Behaviors during Pregnancy and Postpartum among Women in Dar es Salaam, Tanzania, 2016; *PLoS One*, 11 (10).
17. Olayanju, L. Statistical Modelling of Intimate Partner Violence in Nigeria: Magnitude, Risk Factors and Costs Implications. Unpublished PhD Thesis. Coventry: Coventry University, 2014.
18. Rodrigues, CS et al. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela - Brasil, 2009. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2012; 17(9): 2319-2329.
19. D'Oliveira, AFPL et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saúde Pública* 2009; 43: 299-311.
20. Gómez-Dantés, H; Vázquez-Martínez JL; Fernández-Cantoón; SB. La Violencia en las mujeres usuárias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA, *Salud Pública de México*. 2006; (48) 2: 279-287.
21. Cheron, C; Severo, EE. Apanhar ou passar fome? A difícil relação entre dependência financeira e violência em Porto Alegre-RS. In: *Fazendo Gênero 9*, 2010, Florianópolis. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos.
22. Wafa, MKF. Factors associated with domestic violence: a cross-sectional survey among women in Jeddah, Saudi Arabia. *BMJ*. 2014; 4(2):004242.
23. Gomes, NP et al. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, 2012; 33 (2):109-116.
24. Coker, AL et al. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*.USA,2004; 18 (4): 260-69.
25. Durand, JG; Schraiber, LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Epidemiol*. São Paulo, 2007; 10 (3):310-22.
26. Ellsberg, MC et al .Wife Abuse among Women of Childbearing Age in Nicaragua. *Am J Public Health* 1999; 89: 241-4.
27. Bandeira L; Almeida, TMC. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres. *SER social* 2008; 10(22):183-212.

28. Brasil. Ministério da Saúde. 2004 ano da mulher / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Tabela 1 Características socioeconômicas e demográficas de mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Table 1 Socioeconomic and demographic characteristics of women assisted at a referral maternity in Feira de Santana, Bahia in 2016.

Variável	n	%
Idade da mulher em anos (n=324)		
≤ 19	58	17,9
>19	266	82,1
Raça/cor (n=323)		
Negra (preto + parda)	297	92,0
Outras (branca + amarela)	26	8,0
Estado Civil (n=324)		
Casada + União estável	255	78,7
Solteira	67	20,7
Outros	02	0,6
Escolaridade (n=324)		
Ensino fundamental	112	34,6
Ensino Médio	191	59,0
Ensino Superior	21	6,4
Trabalho fora de casa (n=324)		
Sim	122	37,7
Não	202	62,3
Ocupação da mulher (n=324)		
Desempregada	30	9,2
Trabalho informal	63	19,4
Trabalho formal	65	20,1
Outros	166	51,3
Dependência financeira da mulher (n=324)		
Independente	70	21,6
Parcialmente dependente	78	24,1
Totalmente dependente	176	54,3
Renda familiar (salários mínimos) (n=281)		
≤ 1	164	50,6
1-2	105	32,4
>2	55	17,0
Idade do companheiro (n=309)		
≤ 29	171	55,3
>29	138	44,7
Ocupação do companheiro (n=312)		
Desempregado	25	8,0
Trabalho informal	147	47,1
Trabalho formal	130	41,7
Outros	10	3,2

Tabela 2 Características socioeconômicas e demográficas associadas à presença de violência doméstica, em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Table 2 Socioeconomic and demographic characteristics of women attending at a referral maternity associated to the occurrence of domestic violence in Feira de Santana, Bahia, in 2016.

Variáveis	Presença de violência				Valor de p
	Sim n	%	Não n	%	
Idade da mulher (em anos)					
≤ 19	08	11,8	50	19,5	0,138
>19	60	82,2	206	80,5	
Raça/Cor					
Negra (preto + parda)	61	89,7	236	92,5	0,444
Outras (branca + amarela)	07	10,3	19	7,5	
Estado Civil					
Casada + União estável	44	64,7	211	82,4	0,000
Solteira	22	32,3	45	17,6	
Outros	02	3,0	-	-	
Escolaridade					
Ensino fundamental	25	36,8	87	34,0	0,836
Ensino Médio	38	55,9	153	59,8	
Ensino Superior	05	7,3	16	6,2	
Trabalho fora de casa					
Sim	37	54,4	85	33,2	0,001
Não	31	45,6	171	66,8	
Ocupação da mulher					
Desempregada	04	5,9	26	10,2	0,002
Trabalho informal	15	22,0	48	18,7	
Trabalho formal	24	35,3	41	16,0	
Outros	25	36,8	141	55,1	
Dependência financeira da mulher					
Independente	27	39,7	43	16,8	0,000
Parcialmente dependente	11	16,2	67	26,2	
Totalmente dependente	30	44,1	146	57,0	
Renda familiar (salários mínimos)					
≤ 1	28	41,2	136	53,1	0,189
1-2	25	36,8	80	31,3	
>2	15	22,0	40	15,6	
Idade do companheiro					
≤ 29	30	50,0	141	56,6	0,005
>29	30	50,0	108	43,4	
Ocupação do companheiro					
Desempregado	05	8,2	20	8,0	0,032

Trabalho informal	26	42,6	121	48,2
Trabalho formal	28	45,9	102	40,6
Outros	02	3,3	08	3,2

Tabela 3 Características gineco- obstétricas associadas à presença de violência doméstica em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Table 3 Gynaeco obstetric features associated to the occurrence of domestic violence against women assisted at a referral maternity in Feira de Santana, Bahia, in 2016.

Variáveis	Presença de violência				Valor de p
	n	Sim %	n	Não %	
Início da vida sexual					
≤19	61	89,7	217	85,1	0,544
>19	07	10,3	38	14,9	
Número de gestações					
Até 1	19	27,9	116	45,3	0,007
2-4	33	48,6	111	43,4	
>4	16	23,5	29	11,3	
Aborto					
Sim	19	27,9	41	16,0	0,024
Não	49	72,1	215	84,0	
Número de partos					
Até 1	25	36,8	131	51,2	0,035
≥2	43	63,2	125	48,8	
Acompanhamento pré-natal					
Sim	65	95,6	252	98,4	0,151
Não	03	4,4	04	1,6	
Intercorrências na gestação atual					
Sim	48	70,6	183	71,5	0,885
Não	20	29,4	73	28,5	

Tabela 4 Odds ratio (OR) da associação entre a presença da violência doméstica com as variáveis socioeconômicas, demográficas e gineco-obstétricas, em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, Feira de Santana, Bahia, 2016.

Table 4 Odds ratio of the association between the occurrence of domestic violence and the socioeconomic, demographic and gynaeco obstetric among women assisted at a referral maternity in Feira de Santana, Bahia, in 2016

Variáveis	n/N	%	OR	IC 95%	Valor de p
Estado Civil					
Casada	44/255	17,3	0,44	0,21-0,90	0,026
Solteira	24/69	34,8			
Trabalho fora de casa					
Sim	37/122	30,3	1,09	0,50-2,39	0,820
Não	31/202	15,3			
Ocupação da mulher					
Trabalho formal	24/65	36,9	0,56	0,23-1,35	0,199
Outros	44/259	17,0			
Dependência financeira da mulher					
Independente	27/70	38,6	0,43	0,19-0,98	0,046
Dependente	41/254	16,1			
Idade do companheiro					
≤ 29	30/171	17,5	1,00	0,97-1,03	0,882
>29	30/138	21,7			
Ocupação do companheiro					
Trabalho formal	28/130	21,5	1,01	0,99-1,02	0,082
Outros	33/182	18,1			
Número de gestações					
≤ 2	42/232	18,1	1,03	0,43-2,47	0,930
>2	26/92	28,3			
Aborto					
Sim	19/60	31,7	0,43	0,19-0,96	0,041
Não	49/264	18,6			
Número de partos					
Até 1	25/156	16,0	2,09	0,98-4,43	0,054
≥2	43/168	25,6			

6.2 ARTIGO II

Perfil da violência doméstica na gestação em adolescentes e adultas

Luciana Maia Santos Vidal ^I

Rosely Cabral de Carvalho ^{II}

Benvinda Matias Dantas Neta ^{III}

I Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia. Enfermeira, Bolsista Capes Mestrado Acadêmico.

II Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), UEFS, Feira de Santana, Bahia. Professora Titular do Departamento de Saúde (DSAU).

III Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), UEFS, Feira de Santana, Bahia. Discente do curso de medicina e bolsista de Iniciação Científica FAPESB.

Autor Correspondente: Luciana Maia Santos Vidal, email: luluzinha_maia@hotmail.com.

Agradecimentos: À CAPES, UEFS – PPGSC/ Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística e a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana – Hospital da Mulher.

Protocolo Comitê de Ética em Pesquisa: 1.524.705/ 2016.

Conflito de interesses: Nada a declarar/ Fonte de financiamento: Nenhuma.

Luciana Maia Santos Vidal e Rosely Cabral de Carvalho: participaram de todas as etapas da pesquisa e artigo. Carlos Alberto Lima Silva: Participou da etapa de metodologia e análise dos resultados.

Resumo

Objetivo: Caracterizar a violência doméstica em mulheres antes e durante gestação.

Método: Estudo transversal com 324 mulheres atendidas em maternidade de referência. Foi utilizado teste Qui Quadrado de Pearson para possíveis associações com valor de $p < 0,05$. Foram coletados dados socioeconômicos, demográficos, gineco-obstétricos das mulheres e itens do Abuse Assessment Screening (AAS).

Resultados: A prevalência da violência doméstica foi de 21%, antes da gestação 48,5% e durante a gestação 51,5%. As proporções das expressões de violência foram psicológica 34,3%, moral 23,8%, física 19,3%, patrimonial 11,6% e sexual 11%. O principal agressor foi parceiro íntimo. Houve significância estatística em uso de drogas pelo ex-companheiro ($p 0,000$) e violência psicológica sob forma de insulto, chantagem e ridicularização ($p 0,010$).

Conclusão: A violência doméstica na gestação deve ser investigada nos serviços de pré-natal atentando para psicológica e consequências clínicas prejudiciais à saúde materno-infantil.

Palavras-chave: violência doméstica; gestação; saúde da mulher, drogas, prevalência

INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher pode ocorrer em qualquer fase da vida e na gestação acarreta problemas à saúde materno-fetal por trazer estresse físico e mental para as mães com interferências nos cuidados e educação dos filhos¹. Na Nicarágua, autores encontraram associação entre vivência da violência antes e durante a gestação com mortalidade infantil². Compreende-se violência na gestação como qualquer ameaça de violência física, sexual ou psicológica à mulher grávida³.

No Brasil, alguns estudos de prevalências indicam estimativas variando entre 13,1% a 33,8%⁴⁻⁷.

A família, dentro do contexto da violência, pode se desestruturar em sua função social e protetora, gerando problemas psicoemocionais, principalmente em adolescentes por se tratar de uma fase de várias mudanças acrescidas de todo processo gestacional.

Os serviços de pré-natal são de importância na identificação, notificação e no cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na gestação, por se tratar de um acompanhamento contínuo e estabelecimento de vínculo de confiança entre mulheres e profissionais. Desse modo, torna-se necessário, além da atenção as mulheres em situação de violência, programas de combate, enfrentamento e prevenção dessa violência voltados para parceiros e familiares⁸.

O objetivo desse estudo é caracterizar a violência doméstica em mulheres antes e durante a gestação em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia.

METODOLOGIA

Estudo de corte transversal realizado no Hospital da Mulher, referência em urgências e emergências obstétricas em Feira de Santana, Bahia.

Participaram do estudo mulheres após 24 horas pós-parto atendidas nesta Instituição tendo como critérios de exclusão mulheres que tiveram óbitos fetais e problemas psiquiátricos. Trabalhou-se com uma amostra de 324 mulheres calculada a partir do total de 5.888 partos no ano de 2015 com frequência esperada de 24,3% da violência doméstica na gestação, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram coletados entre os meses de maio a julho de 2016, por meio de um questionário adaptado, aplicado em sala reservada contendo variáveis socio

econômicas e demográficas (idade da mulher, raça/cor, escolaridade, estado civil, dependência financeira, renda familiar), variáveis gineco-obstétricas (número de gestações e partos), variáveis que caracterizam a violência (expressões de violência, agressor, problemas de saúde, locais mais atingidos) e uso de drogas por parentes. A variável dependente foi a presença de violência doméstica e período de ocorrência da violência. As questões relacionadas à violência doméstica foram formuladas utilizando-se como referência o questionário padronizado e validado no Brasil Abuse Assessment Screening⁹, adaptado e revalidado para a população em estudo em maternidade de referência na cidade de Salvador¹⁰.

Os dados foram digitados duplamente com realização de validação no Epidata, armazenados utilizando o pacote estatístico IBM SPSS, versão 20. Foi realizada uma análise descritiva com distribuição das frequências para variáveis qualitativas, cálculo de média, mediana e desvio padrão para variáveis quantitativas. Na análise bivariada foi aplicado teste qui quadrado de Pearson para identificar associações estatísticas entre as variáveis de estudo com um nível de significância de 5% e IC 95%.

Esta pesquisa é resultado de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), que recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, com CAAE 51273915.0.0000.0053 e n. de protocolo 1.524.705.

RESULTADOS

A amostra dessa pesquisa foi composta por 324 puérperas com idade variando de 12 a 42 anos (média=26,1, mediana=25, desvio padrão=6,7). As adolescentes representaram a minoria (17,9%). Declararam-se pretas e pardas 297 (92%), a maioria era casada ou vivia em união estável 255 (78,7%). Enquanto a escolaridade, em sua maior parte cursou ensino médio 191 (59%) e eram dependentes financeiramente 254 (78,4%). A renda familiar foi de até um salário mínimo em 164 (50,6%) das entrevistadas. Em relação as variáveis obstétricas as maiores proporções de mulheres tiveram de 2 a 4 gestações (48,6%) e mais de 2 partos (63,2%).

A tabela 1 apresenta que do total da amostra 68 (21%) mulheres afirmaram ter sofrido violência doméstica, 33 (48,5%) antes da gestação e 35 (51,5%) durante a gestação. Em relação as expressões da violência, a psicológica esteve presente em sua

maioria (34,3%), moral (23,8%), física (19,3%), patrimonial (11,6%) e sexual (11%). O agressor da violência em sua maioria foi parceiro íntimo (75,9%), locais do corpo mais atingidos pelo agravo foram face (39,3%) seguido de membros superiores (19,7%), os problemas de saúde mais frequentes foram sintomas de cefaleias constantes e falta de apetite (20,5%) e diminuição da libido (16,9%) e a humilhação (33,4%) foi o sentimento mais frequente das mulheres após a ocorrência da violência.

Tabela 1. Características da violência doméstica em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Variável	n	%
Presença da violência (n=324)		
Sim	68	21,0
Não	256	79,0
Agressor (n=79)		
Parceiro Íntimo	60	75,9
Mãe	05	6,4
Pai	02	2,5
Irmão	02	2,5
Outros	10	12,7
Período de ocorrência da violência (n=68)		
Antes da gestação	33	48,5
Durante a gestação	35	51,5
Tipos de violência (n=181)		
Psicológica	62	34,3
Moral	43	23,8
Física	35	19,3
Patrimonial	21	11,6
Sexual	20	11,0
Locais mais atingidos pela violência (n=61)		
Face	24	39,3
Membros superiores	12	19,7
Abdômen	08	13,2
Membros inferiores	06	9,8
Pescoço	03	4,9
Tronco	03	4,9
Barriga na gravidez	03	4,9
Região dorsal	02	3,3
Sentimento das mulheres após violência (n=159)		
Humilhada	53	33,4
Envergonhada	49	30,8
Vítima	47	29,6
Nojo do seu corpo	10	6,3
Problemas de saúde em decorrência da violência (n=83)		

Cefaleias constantes	17	20,5
Falta de apetite	17	20,5
Diminuição da libido	14	16,9
Depressão	10	12,1
Contrações na barriga	06	7,2
Hipertensão Arterial	05	6,0
Problemas gástricos	04	4,8
Sangramento/ hemorragia	04	4,8
Outras	06	7,2

Questões com respostas múltiplas

Na análise bivariada, as variáveis que apresentaram significância estatística foram uso de drogas pelo ex-companheiro ($p= 0,000$) na tabela 2 e violência psicológica sob a forma de insulto, chantagem e ridicularização ($p = 0,010$) na tabela 3.

Tabela 2 Associação de violência doméstica e uso de drogas por parentes de mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Uso de drogas (n=324)	Presença da violência				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Pai	23	17,5	83	20,0	0,827
Mãe	14	10,6	58	14,0	0,715
Companheiro	34	25,8	125	30,2	0,864
Irmão	18	13,6	60	14,5	0,603
Ex companheiro	32	24,2	34	8,3	0,000
Familiares	11	8,3	54	13,0	0,368

Questões com respostas múltiplas

Tabela 3 Associação da presença da violência doméstica e expressões da violência em mulheres atendidas em uma maternidade de referência, em Feira de Santana, Bahia, 2016.

Expressões de violência	Presença da violência				Valor de p
	Antes da gestação		Durante a gestação		
	n	%	n	%	
Psicológica (n=189)	28	33,3	34	35,0	0,074
Insultou, chantageou, ridicularizou	19	22,9	30	28,3	0,010
Constrangeu	20	24,1	26	24,6	0,228
Ameaçou	13	15,6	17	16,0	0,446
Controlou ações, comportamentos	11	13,3	13	12,3	0,743
Limitou direito de ir e vir	11	13,3	05	4,7	0,064
Vigiu e perseguiu	06	7,2	10	9,4	0,313
Aprisionou	02	2,4	02	1,9	0,952

Explorou	01	1,2	03	2,8	0,332
Física (n=83)	17	20,3	18	18,6	0,994
Empurrões	13	35,2	15	32,6	0,772
Tapa	10	27,0	11	23,9	0,920
Chutes	04	10,8	07	15,2	0,378
Outras	05	13,5	05	10,9	0,920
Espancamento	03	8,1	06	13,1	0,327
Arma branca	01	2,7	02	4,3	0,590
Arma de fogo	01	2,7	-	-	-
Patrimonial (n=33)	08	9,5	13	13,4	0,250
Reteve e destruiu objetos	07	53,8	12	60,0	0,230
Reteve bens, valores, direitos ou recursos econômicos	02	15,4	06	30,0	0,156
Reteve documentos pessoais	04	30,8	01	5,0	0,144
Reteve instrumento de trabalho	-	-	01	5,0	-
Sexual (n=33)	10	11,9	10	10,3	0,876
Forçou sexo	06	33,3	02	13,3	0,111
Fazia sexo sem vontade para agradar	05	27,8	08	53,3	0,419
Explorou sexualmente	06	33,3	-	-	-
Forçou matrimônio, gravidez e aborto	01	5,6	04	26,7	0,185
Impediu de usar métodos contraceptivos	-	-	01	6,7	-
Moral (n=43)	21	25,0	22	22,7	0,947
Calúnia, difamação e/ou injúria	21	100,0	22	100,0	0,947

Questões com respostas múltiplas

DISCUSSÃO

Os limites desse estudo estão relacionados ao delineamento transversal que não permite inferências para outras populações, restringindo-se a população investigada e apesar de toda cautela na calibração da coleta de dados e da utilização de instrumento validado e adaptado para população de estudo, a violência se destaca como um tema complexo e de difícil abordagem. Desse modo, pode ter ocorrido omissão nas informações das mulheres entrevistadas pela exposição ao tema no período puerperal.

As contribuições desse estudo foram a visibilidade da violência, notificação dos casos e nos atendimentos voltados às vítimas na perspectiva de fortalecer as políticas públicas e redes de enfrentamento, combate e prevenção da violência doméstica. Ademais, essa violência precisa ser compreendida em suas diferentes formas para a busca de um cuidado integral na proteção materno-infantil.

A violência doméstica de 21% nesse estudo apresentou similaridade na ocorrência antes e durante a gestação entre 48,5% e 51,5%, respectivamente. Essa proporção de prevalência geral foi próxima de outros estudos, na Nigéria 25,9% e em Londres 23,5% de mulheres que sofreram violência doméstica em algum momento da vida¹¹⁻¹².

Os resultados em um outro estudo na Bélgica, as prevalências antes e durante a gestação foram de 14,3% e 10,6%, respectivamente. Essas proporções menores podem ser atribuídas as diferenças socioeconômicas, entretanto a presença da violência em todo ciclo de vida mulher revela que mesmo em menores percentuais apresentaram marcadores das questões de gênero¹³.

Vale ressaltar que, em estudos em 19 países revelaram a presença da violência na gravidez, assim como outras condições de saúde materna (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional) investigadas nos serviços de pré-natal e está associada a mortalidade materna no Reino Unido e Estados Unidos. Esses dados mostram que a gestação não significa fator de proteção para violência com prevalências entre 2 a 13,5%, maiores percentuais em países latino-americanos e africanos quando comparados aos asiáticos estudados¹⁴.

Quanto a expressão da violência doméstica relatada pelas mulheres, a psicológica apresentou maior frequência, 34,3% seguida da física, 19,3% e sexual 11%. Esses resultados foram parecidos com os encontrados na Tanzânia, 31% da psicológica, 12,4% física e 9% sexual em mulheres grávidas¹⁵. Entretanto, achados na Bélgica revelaram menores proporções da violência psicológica 14,9%, física 2,5% e sexual 0,9% antes e durante a gestação¹³.

Estudos brasileiros encontraram percentuais elevados relacionados as expressões da violência, psicológica 97,1%, física 48,7% e sexual 4,9% em São Paulo e em Salvador, psicológica 97,6%, física 46,1% e sexual 35,9% em todos os períodos da gestação, o que pode estar associado a metodologia utilizada^{10,16}.

Vale salientar que mulheres em situação de violência doméstica na gestação apresentam consequências prejudiciais tanto para a sua saúde como a do filho, seja no período intrauterino, recém-nascido ou até mesmo no seu primeiro ano de vida¹⁷. As repercussões da violência na saúde materna para o recém-nascido, destaca-se a associação deste agravo com riscos obstétricos, como síndrome de estresse pós-traumático, déficit de autocuidado, uso / abuso de tabaco, álcool e outras substâncias,

infecção sexualmente transmissível, vulvovaginites, abortamento, infecção do trato urinário, déficit de ganho ponderal na gestação. Quando a violência é de maior gravidade, há relatos de descolamento prematuro de placenta, ruptura uterina, síndromes hipertensivas, corioamnionite e mortes violentas na gravidez, tudo isto com agravante de ingresso tardio do pré-natal¹⁸⁻¹⁹.

O agressor da violência doméstica mais citado foi o parceiro íntimo 75,9%. Esse achado evidencia registros de uma construção histórica patriarcal de subalternidade de gênero presente no ambiente doméstico agregado a outras situações de vulnerabilidades sociais que representam um risco de violação dos direitos humanos²⁰.

O presente estudo revela a humilhação como o sentimento mais citado pelas mulheres após vivência da violência, mas todos os sentimentos abordados (envergonhada, vítima e nojo do seu corpo) têm repercussões na saúde da mulher com o desencadeamento de sintomas físicos e psicológicos pela somatização da experiência vivenciada²¹.

No que se refere aos locais de lesões mais atingidos pela violência foram face seguido dos membros superiores. Alguns estudos confirmam maiores proporções das lesões causadas pela violência em locais como face e cabeça, justificando o local como o mais visível e considerado atributo estético feminino, isso reflete sentimento de humilhação para a mulher com intencionalidade do agressor, seguida dos membros superiores podendo representar comportamento de proteção da vítima diante da agressão física sofrida^{10,22-23}.

Em relação aos problemas de saúde, os mais relatados foram cefaleias constantes e falta de apetite seguido de diminuição da libido. Dados de estudo em Campinas confirmam associação dessa violência com presença desses agravos acrescidos de sangramento vaginal, ruptura prematura de membrana e infecção do trato urinário. Diante dessas consequências clínicas a violência é um marcador importante para intercorrências na saúde reprodutiva e desfechos prejudiciais ao recém-nascido²⁴.

Dados de um estudo nos Estados Unidos associa a violência no período gestacional, especificamente a sexual com o aumento do risco de baixo peso ao nascer, prematuridade e morte perinatal, assim como no Reino Unido esse agravo está associado com mortalidade materna^{14,25}.

A presença de significância estatística no uso de drogas pelo ex-companheiro pode caracterizar um facilitador para ocorrência da violência e mudanças nos padrões de

comportamento, exacerbando o desequilíbrio de controle e poder nas relações conjugais. Entretanto, essa variável não pode ser considerada a causa direta para ocorrência da violência por esta violência estar associada a vários outros fatores^{5,7}.

O uso / abuso de drogas têm destaque na ocorrência e intensificação de todos os tipos de violência contra a mulher, em qualquer fase da vida. No sexo masculino, está associada com comportamentos agressivos repetitivos, mesmo o uso sendo frequente ou eventual, e encontrou-se presente em 38,1% dos casos de mulheres violentadas pelo parceiro íntimo em um estudo domiciliar, sendo o maior número de doses consumidas relacionado a uma maior intensidade da violência²⁶⁻²⁷.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados, a violência doméstica se apresenta como prejudicial à saúde e perdura em todo ciclo de vida da mulher, sem diferenças significativas de sua ocorrência antes e durante a gestação. Deve ser investigada nos serviços de pré-natal situações suspeitas ou relatos atentando para psicológica que se aponta em maiores proporções e qualquer intercorrência clínica que possa trazer danos à saúde materno-infantil.

REFERENCIAS

1. Lourenço, M A; Deslandes, SF. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. Rev. Saúde Pública, 2008; 42(4): 615-621.
2. Asling-Monemi, K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. Bull World Health Organ. 2003;81(1):10-6.
3. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Género, etnia y salud. 2007.
4. Moraes C.L.; Reichenheim M.E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. Int J Gynaecol Obstet, v. 2002;2(79):269-77.
5. Menezes CT et al. Violência Física Doméstica e Gestação de um Inquérito no Puerpério. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003;25(5):309-16.

6. Durand, J. G.; Schraiber, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev. bras. Epidemiol.* São Paulo, 2007;10(3):310-22.
7. Audi CAF et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, 2008; 42(5): 877-885.
8. Santos, AS et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, 2010;18(4):483-93.
9. Reichenheim, M.E et al. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida *Rev. Saúde Pública*, 2000; 34 (6): 610-16.
10. SENA, C. D. Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública, Salvador [dissertação de mestrado] apresentada a Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Acadêmico em Enfermagem, UFBA. Salvador, BA. 2014.
11. Olayanju, L. Statistical Modelling of Intimate Partner Violence in Nigeria: Magnitude, Risk Factors and Costs Implications. Unpublished PhD Thesis. Coventry: Coventry University, 2014.
12. Mezey, G et al. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG*. 2005; 112(2):197-204.
13. Parys, ASV et al. Intimate partner violence and psychosocial health, a cross-sectional study in a pregnant population *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2015, v.15:278.
14. Devries KM et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010; 18(36):158-70.
15. Mahenge, B et al. A Physical, Sexual, Emotional and Economic Intimate Partner Violence and Controlling Behaviors during Pregnancy and Postpartum among Women in Dar es Salaam, Tanzania, 2016; *PLoS One*, 11 (10).
16. Okada, MM et al. Violência doméstica na gravidez. *Acta paul. Enferm.* 2015 June; 28(3): 270-274.
17. Silva, EP et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública*, 2011; 45(6): 1044-1053.
18. Puccia, M.I.S. Violência por parceiro íntimo e morbidade materna grave. Tese de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2012, 144p.

19. Sharps, P.W et al. Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* Philadelphia. 2008;37(4):480-90.
20. Piosiadlo L. C. M, Fonseca, R. M. G. Serpa, G. R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. *Esc. Anna Nery*, 2014, 18(4): 728-733.
21. Gomes, N et al. Vivência e repercussões da violência conjugal: o discurso feminino. *Revista Enfermagem UERJ*, 2013; 20(5), 585-590.
22. Schraiber, LB et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], 2002; 36 (4): 470-47.
23. Garbin, C A S et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(12): 2567-2573.
24. Audi CA et al. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery*. 2012; 28(4):356-61.
25. Coker, A. L. et al. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. USA, 2004; 18 (4): 260-69.
26. Zaleski, M et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev. Saúde Pública*, 2010; 44(1): 53-59.
27. Vaiz Bonifaz, R G; Nakano, A M S. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2004; 12(spe): 433-438.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa dissertação possibilitam dar visibilidade a violência doméstica na gestação e identificar fatores associados para subsidiar maiores discussões acerca do tema, visto que, a abordagem é complexa, delicada e íntima, mas sobretudo um problema grave de saúde pública com sérias repercussões na saúde da mulher e da criança.

Embora a metodologia do estudo não permita a generalização dos resultados para a população geral, os mesmos possibilitam identificar o perfil das mulheres atendidas na Maternidade pública de referência, a magnitude da violência doméstica e os fatores que se relacionam com a ocorrência desse agravo.

O estudo mostra uma prevalência de 21% para presença da violência doméstica com proporções antes e durante a gestação 48,5% e 51,5%, respectivamente e destaca-se com maior frequência a violência psicológica com 34,3% e com significância estatística sob a forma de insulto, chantagem e ridicularização ($p= 0,010$) na análise bivariada. As variáveis que permaneceram associadas após a regressão logística foram estado civil, dependência financeira da mulher e presença de aborto.

Esses resultados apontam a necessidade de mais estudos em nossa realidade local para ampliação do tema, rastreamento e monitoramento dos casos de violência doméstica no pré-natal como estratégias para qualificação da assistência, detecção precoce dos casos, combate/prevenção dos riscos maternos fetais e capacitação para notificação dos casos ou suspeitas.

Vale salientar que a atenção voltada as vítimas da violência é de caráter interdisciplinar e o município respaldado nesse quesito e nas políticas públicas vigentes possui uma rede de enfrentamento ao agravo com amparo psicológico, jurídico, social e de saúde através do Centro de Referência Maria Quitéria, Casas abrigo, Delegacia da Mulher, Unidades Básicas de Saúde e Hospitais.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, N. A. et al. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. **Texto contexto – enferm**, v.22, n.4, p. 980-88, 2013.
- AQUINO, N. M. R. et al. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.6, p. 954-60, 2009.
- AUDI, C. A. F. et al. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. **Rev. Saúde Pública**, vol.42, n.5, p. 877-85. Epub July 31, 2008.
- BAHIA. Assembleia Legislativa do Estado da Bahia. **Lei Maria da Penha. Lei n.11.340, de 07 de agosto de 2006**. Comissão dos Direitos da Mulher, Salvador - Bahia, 2008.
- BAHIA. Compromisso e atitude Lei Maria da Penha, 2014. Disponível em <http://www.compromissoeatitude.org.br/ba-56-mil-casos-de-violencia-sexual-iguaimix-14082014/>. Acesso em 27/08/2015 as 09:58.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço/Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília (DF): MS; 2002.
- BRASIL. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – **Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas** / Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. – Brasília: A Secretaria, 2003.68 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **2004 ano da mulher** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.186 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.340 p.
- BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006: **Dispõe sobre a violência doméstica contra a mulher**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres**. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: VIVA/SINAN – Brasil, 2011.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Boletim Epidemiológico, v.44, n.9, 2013a, 12p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.164 p.

BUVINIC, M. et al. **La violencia em América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción.** 1ª ed. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2000.

CHADE, J. ONU alerta: 100 mil brasileiros explorados por indústria sexual. In: **Rede Feminista de Saúde** (Belo Horizonte). Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê. Belo Horizonte (MG): Rede Feminista de Saúde; 2004. p. 28.

COKER, A. L. et al. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**.USA, v.18, n.4, p.260-69, 2004.

DATASUS. Ministério da Saúde. 2015. **População residente – Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo – 2000-2015 – Brasil.** Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/pop.def>. Acessado em 22/02/2017.

DINIZ, N.M.F. et al. Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros. **Acta Paulista de Enfermagem**.v.20, n.3, p.321-5, 2007.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Violência de Gênero, Necessidades de saúde e usos de serviços em Atenção Primária.** Tese de doutorado da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 10, n. 3, p. 310-22, set. 2007.

DURAND, J. G. et al. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.2, p. 355-364. Epub Feb 11, 2011.

- FEIRA DE SANTANA. Fundação Hospitalar de Feira de Santana. **Histórico do Hospital Inácia Pinto dos Santos – Atualizado em 14 de janeiro de 2015**. Feira de Santana, 2015.
- GARCIA, P.L. et al. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. 2013.
- GERSHOFF, E.T. Corporal Punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. **Psychological Bulletin**, v. 128, n.4, p. 539-79, 2002.
- GOMES, N. P. et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 504-508, 2007.
- HABIGZANG, L. F. et al. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.21, n.3, p. 341-348, 2005.
- HILDEBRAND, N A. et al. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicol. Reflex. Crit**, v.28, n.2, p. 213-221, 2015.
- LOURENCO, M. A; DESLANDES, S. F. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 615-621, 2008.
- MARINHEIRO, A.L.V. **Violência doméstica: prevalência entre as usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto**. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Medicina Social/USP. Ribeirão Preto, 2004, 134p.
- MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- MENEZES, T. C et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v.25, n.5, p. 309-16, 2003.
- MORAES C.L.; REICHENHEIM M.E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 2; n.79, p.269-77, 2002.
- MOTA, J.C. **Violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo: estudo em um serviço de atenção especializado**. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004, 101p.
- MOTA, R.S. et al. Perfil de adolescentes grávidas com história de violência doméstica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, p. 385-393, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão (CID-10)**. São Paulo: EDUSP, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e saúde**. Genebra. 2002.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Género, etnia y salud**. 2007.

PEREIRA, P. K. et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Rev. psiquiatr. clín**, v.37, n.5, p. 216-22, 2010.

PUCCIA, M.I.S. **Violência por parceiro íntimo e morbidade materna grave**. Tese de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2012, 144p.

REICHENHEIM, M.E. et al. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.6, p. 610-16, 2000.

SA, D.G.F. et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. **Psic. Teor. E Pesq**, v.26, n. 4, p. 643-65, 2010.

SAGIM, M.B. **Violência doméstica observada e vivenciada por crianças e adolescentes no ambiente familiar**. Tese de doutorado apresentada a Faculdade de Filosofia, Ciências e letras de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, SP. 2008. 283p.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface (Botucatu)**, v.3, n.5, p. 13-26, 1999.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 470-47, 2002.

SANTOS, A.S. et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 483-93, 2010.

SENA, C. D. **Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública, salvador**. Dissertação de mestrado apresentada a Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Acadêmico em Enfermagem, UFBA. Salvador, BA. 2014, 111p.

SHARPS, P.W. et al. Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs**. Philadelphia. V.37, n.4, p.480-90, 2008.

SILVA, E. P. et al. Freqüência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.6, p. 1044-1053, 2011.

SILVANY-NETO, A. M. **Bioestatística em segredos**. Salvador. 2008. 203p.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes para Brasil e Cone Sul. **Respostas à violência baseada em gênero no Cone Sul: Avanços, desafios e experiências regionais.** Relatório regional. 2011.

VAIZ BONIFAZ, R. G.; NAKANO, M. S. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada [Special issue]. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, p. 433-38, 2004.

VIEIRA, E. M. et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Rev. bras. Epidemiol**, v.12, n.4, p. 566-77, 2009.

VIELLAS, E. F. et al. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 89, n. 1, p. 83-90, fev. 2013 .

ZALESKI, M. et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.1, p. 53-9, 2010.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mulheres

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MULHERES MAIORES DE 18 ANOS

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada de: **“Fatores associados a violência doméstica na gestação em adolescentes e adultas em Feira de Santana, Bahia”**, eu, Luciana Maia Santos, enfermeira e estudante do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva e Rosely Cabral de Carvalho, professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), somos as responsáveis pela pesquisa e queremos investigar a ocorrência e fatores associados à violência doméstica na gravidez em mulheres jovens atendidas no Hospital da Mulher em Feira de Santana. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

Você irá responder perguntas de um questionário sobre violência, e se isso provocar algum tipo de constrangimento, choro, ansiedade poderá pedir para interromper a entrevista a qualquer momento ou pedir para excluir o questionário sem quaisquer problemas, e mesmo assim poderá contar com a ajuda de um psicólogo durante e após a pesquisa, além de encaminhamento para o Centro de Referência Maria Quitéria para ser atendida por profissionais como psicólogo, advogado e pedagoga. Para sua maior privacidade as entrevistas serão realizadas entre você e o pesquisador responsável, ou mais alguém se caso desejar e autorizar, em uma sala de atendimento individualizado deste serviço e se caso não souber ler poderá chamar alguém de sua confiança para lhe dizer o que tem escrito neste documento.

Você terá que assinar este documento em duas vias e manter uma cópia com você para que possa participar da nossa pesquisa. Sua participação é voluntária, não terá pagamento em momento algum, poderá ser ressarcida por qualquer despesa gerada pela pesquisa ou até mesmo indenizada se houver qualquer dano decorrente da pesquisa, as informações serão mantidas em segredo e você não será identificada em nenhum momento. Se decidir não participar mais, mudar de ideia durante a pesquisa poderá sair a qualquer momento sem se desculpar ou se explicar.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados numa dissertação de mestrado, publicadas em revistas na forma de artigos e outros meios de divulgação científica. Também será apresentada, ao Hospital da Mulher sem a identificação dos participantes, ou seja, seu nome não será identificado, para que todos (profissionais e participantes) tenham conhecimento dos resultados da pesquisa. Os questionários serão guardados na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (Prédio de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, anexo do módulo VI) na UEFS que fica na Avenida Transnordestina, S/N, bairro Novo Horizonte, e destruídos após 5 anos.

O benefício esperado é provocar a discussão sobre o tema e identificar a ocorrência da violência doméstica na gravidez em mulheres jovens de Feira de Santana além da melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças.

A sua participação será muito importante e irá contribuir para a construção da nossa pesquisa. Você poderá pedir informações a qualquer momento sobre a pesquisa se sentir necessidade na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística na UEFS com endereço já citado no texto através do tel (75) 3161 8161 e se estiver dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa poderá pedir informações ao Comitê de Ética em Pesquisa que também se localiza na UEFS no módulo 1, MA 17 através do tel:3161-8067) ou do email: cep@uefs.br

Profª Drª Rosely Cabral de Carvalho
Professora Pesquisadora
Tel: (75) 3161-8161

Luciana Maia Santos
Estudante Pesquisadora
Tel: (75) 3161-8161

ENTREVISTADA

REPRESENTANTE LEGAL

Feira de Santana, _____ / _____ / 2016.

APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa com o título de “**Fatores associados a violência doméstica na gestação em adolescentes e adultas em Feira de Santana, Bahia**”, eu, Luciana Maia Santos, enfermeira e estudante de mestrado e Rosely Cabral de Carvalho, professora da Universidade Estadual de Feira de Santana somos as pesquisadoras responsáveis e queremos saber qual é a ocorrência e os fatores associados à violência doméstica na gravidez em mulheres jovens atendidas no Hospital da Mulher em Feira de Santana. Seus pais e/ou responsáveis já autorizaram a sua participação, mas você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

Se você quiser participar irá responder uma entrevista com algumas perguntas no questionário sobre violência, e se isso lhe provocar qualquer desconforto, choro, ansiedade, medo poderá pedir para interromper a entrevista a qualquer momento ou pedir para excluir o questionário sem quaisquer problemas, e mesmo assim poderá contar com a ajuda de um psicólogo durante e após a pesquisa, além de encaminhamento para o Centro de Referência Maria Quitéria para ser atendida por profissionais como psicólogo, advogado e pedagoga. As entrevistas serão realizadas entre você e o pesquisador responsável, ou mais alguém se você desejar e autorizar, em uma sala reservada deste serviço e se caso não souber ler poderá chamar alguém de sua confiança para lhe dizer o que tem escrito neste documento.

Você terá que assinar este documento em duas vias e manter uma cópia com você para que possa confirmar a sua participação na pesquisa. Sua participação é voluntária, não terá pagamento em momento algum, poderá ser ressarcida por qualquer despesa gerada pela pesquisa ou até mesmo indenizada se houver qualquer dano decorrente da pesquisa, ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Se decidir não participar mais, mudar de ideia durante a pesquisa poderá sair a qualquer momento sem se desculpar ou se explicar.

Os resultados da pesquisa serão utilizados numa dissertação de mestrado e publicadas em revistas na forma de artigos e outros meios de divulgação científica. Também será apresentado ao Hospital da Mulher, mas sem a identificação dos participantes, ou seja, seu nome não será identificado, para que todos (profissionais e participantes) tenham conhecimento dos resultados da pesquisa. Os questionários serão guardados na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (Prédio de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, anexo do módulo VI) na UEFS que fica na Avenida Transnordestina, S/N, bairro Novo Horizonte, e destruídos após 5 anos.

A pesquisa poderá proporcionar coisas boas como um maior conhecimento sobre o tema, a identificação da ocorrência dos casos de violência doméstica na gravidez em mulheres jovens de Feira de Santana além da melhoria da qualidade de vida destas mulheres e crianças.

A sua participação é muito importante. Caso tenha qualquer dúvida ou queira saber de mais informações sobre a pesquisa poderá procurar a Sala de Situação Epidemiológica na UEFS com endereço já citado no texto ou então ligar para o tel (75) 3161 8161 e se estiver dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa poderá pedir informações ao Comitê de Ética em Pesquisa que também se localiza na UEFS no módulo 1, MA 17 através do tel:3161-8067) ou do email: cep@uefs.br

Profª Drª Rosely Cabral de Carvalho
Professora Pesquisadora
Tel: (75) 3161-8161

Luciana Maia Santos
Estudante Pesquisadora
Tel: (75) 3161-8161

ENTREVISTADA

REPRESENTANTE LEGAL

Feira de Santana, _____ / _____ / 2016.

APÊNDICE C -Termo de autorização para menores de 18 anos

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE 18 ANOS

Prezado(a) Senhor(a), gostaríamos de pedir a sua autorização, como responsável desta adolescente, para que permita a participação dela na pesquisa com o título de **“Fatores associados a violência doméstica na gestação em adolescentes e adultas em Feira de Santana, Bahia”** tendo eu, Luciana Maia Santos, enfermeira e estudante do Mestrado e Rosely Cabral de Carvalho, professora, ambas da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como as pesquisadoras responsáveis pelo desenvolvimento deste estudo. Queremos saber a ocorrência e fatores associados à violência doméstica na gravidez em mulheres jovens atendidas no Hospital da Mulher em Feira de Santana.

Se você autorizar, a adolescente irá responder um questionário sobre violência, mas não se preocupe, pois se caso provocar algum tipo de constrangimento, choro, ansiedade, medo, ela poderá pedir para interromper a entrevista a qualquer momento ou pedir para excluir o questionário sem quaisquer problemas, independente disto poderá contar com um psicólogo durante e após a pesquisa, e se ela aceitar um encaminhamento para o Centro de Referência Maria Quitéria para ser atendida por profissionais como psicólogo, advogado e pedagoga. Para garantir a privacidade dela, as entrevistas serão realizadas entre a adolescente e o pesquisador responsável, ou mais alguém se ela desejar e autorizar, em uma sala reservada deste serviço. Caso você não saiba ler poderá chamar alguém de sua confiança para lhe dizer o que tem escrito neste documento.

Você terá que assinar este “Termo de Autorização” em duas vias com uma cópia para você, para que a adolescente possa participar da pesquisa. A participação dela é voluntária, e mesmo após sua autorização ela ainda precisa aceitar participar, não terá pagamento em momento algum, a adolescente poderá ser ressarcida por qualquer despesa gerada pela pesquisa ou até mesmo indenizada se houver qualquer dano decorrente da pesquisa, as informações coletadas serão mantidas em segredo e ela não será identificada em nenhum momento. Se caso ela decidir não participar mais ou você não quiser que ela participe mesmo após assinatura do documento, poderá sair a qualquer momento sem se desculpar ou se explicar.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados numa dissertação de mestrado, publicadas em revistas na forma de artigos e outros meios de divulgação científica. Também será apresentada, ao Hospital da Mulher sem a identificação das adolescentes, para que todos (profissionais e participantes) tenham conhecimento dos resultados da pesquisa. Os questionários serão guardados na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (Prédio de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, anexo do módulo VI) na UEFS que fica na Avenida Transnordestina, S/N, bairro Novo Horizonte, e destruídos após 5 anos.

O benefício esperado é um maior conhecimento sobre o tema e identificar a ocorrência da violência doméstica na gravidez em mulheres jovens de Feira de Santana além da melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças.

A sua autorização é fundamental para que a adolescente possa participar e contribuir na construção da nossa pesquisa. Qualquer dúvida poderá pedir informações na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística na UEFS com endereço já citado no texto através do tel (75) 3161 8161 e se estiver dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa poderá pedir informações ao Comitê de Ética em Pesquisa que também se localiza na UEFS no módulo 1, MA 17 através do tel:3161-8067) ou do email: cep@uefs.br

RESPONSÁVEL PELA ADOLESCENTE

Feira de Santana, _____ / _____ / 2016.

APÊNDICE D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Responsável

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RESPONSÁVEL PELA ADOLESCENTE MENOR DE 18 ANOS

Gostaríamos de pedir a você, responsável por esta jovem, que nos autorize a participação dela numa pesquisa intitulada de: **“Fatores associados a violência doméstica na gestação em adolescentes e adultas em Feira de Santana, Bahia”**, eu, Luciana Maia Santos, enfermeira e estudante do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva e Rosely Cabral de Carvalho, professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), somos as responsáveis pela pesquisa e queremos investigar a ocorrência e fatores associados à violência doméstica na gravidez em mulheres jovens atendidas no Hospital da Mulher em Feira de Santana.

A jovem irá responder perguntas de um questionário sobre violência, e se isso provocar a ela algum tipo de constrangimento, choro, ansiedade, medo, poderá pedir para interromper a entrevista a qualquer momento ou pedir para excluir o questionário sem quaisquer problemas, e mesmo assim poderá contar com a ajuda de um psicólogo durante e após a pesquisa, além de encaminhamento para o Centro de Referência Maria Quitéria para ser atendida por profissionais como psicólogo, advogado e pedagoga. As entrevistas serão realizadas entre a jovem e o pesquisador responsável, ou mais alguém se caso ela desejar e autorizar, em uma sala reservada deste serviço. Se você não souber ler poderá chamar alguém de sua confiança para lhe dizer o que tem escrito neste documento.

Você terá que assinar este documento em duas vias e manter uma cópia com você para que a jovem possa participar. A participação dela é voluntária, não terá pagamento em momento algum, poderá ser ressarcida por qualquer despesa gerada pela pesquisa ou até mesmo indenizada se houver qualquer dano decorrente da pesquisa, as informações serão mantidas em segredo e a jovem não será identificada em nenhum momento. Se caso ela não quiser participar mais, mudar de ideia durante a pesquisa poderá sair a qualquer momento sem se desculpar ou se explicar.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados numa dissertação de mestrado, publicadas em revistas na forma de artigos e outros meios de divulgação científica. Também será apresentada, ao Hospital da Mulher sem a identificação dos participantes, ou seja, o nome e/ou da jovem não será identificado, para que todos (profissionais e participantes) tenham conhecimento dos resultados da pesquisa. Os questionários serão guardados na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (Prédio de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, anexo do módulo VI) na UEFS que fica na Avenida Transnordestina, S/N, bairro Novo Horizonte, e destruídos após 5 anos.

O benefício esperado é conhecer mais o tema e identificar a ocorrência da violência doméstica na gravidez em mulheres jovens de Feira de Santana além da melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças.

A sua autorização é muito importante para que a jovem possa contribuir na construção da pesquisa. Em caso de dúvidas você poderá pedir informações a qualquer momento na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística na UEFS com endereço já citado no texto através do tel (75) 3161 8161 e se estiver dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa poderá pedir informações ao Comitê de Ética em Pesquisa que também se localiza na UEFS no módulo 1, MA 17 através do tel:3161-8067) ou do email: cep@uefs.br

Profª Drª Rosely Cabral de Carvalho
Professora Pesquisadora
Tel: (75) 3161-8161

Luciana Maia Santos
Estudante Pesquisadora
Tel: (75) 3161-8161

RESPONSÁVEL PELA ADOLESCENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Feira de Santana, _____ / _____ / 2016.

ANEXO A – Autorização para coleta de dados do Hospital da Mulher



Feira de Santana, 17 de Novembro de 2015.

Protocolo de autorização 022/2015

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

O serviço de Educação Permanente deste Hospital AUTORIZA a realização do projeto de pesquisa intitulado “FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GESTAÇÃO EM ADOLESCENTES E ADULTAS JOVENS EM FEIRA DE SANTANA-BA” nesta instituição. Este estudo será realizado pela pesquisadora Profa. Dra. Rosely Cabral de Curvalho e sua pesquisadora Luciana Maia do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

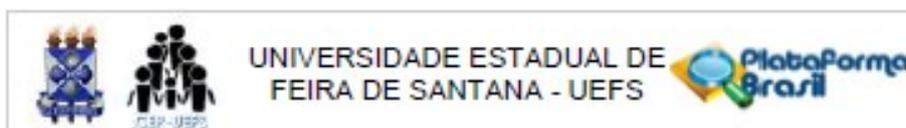
Enfocamos que a coleta de dados só poderá acontecer mediante apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa. Após estar de posse de esse parecer, o pesquisador deverá comparecer novamente a esta instituição com cópia deste documento para elaboração de escala de coleta de dados.

Atenciosamente,


Enª Anne Caroline Portugal

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente do Hospital Inácia Pinto dos Santos

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Fatores associados a violência doméstica na gestação em adolescentes e adultas jovens em Feira de Santana, Bahia

Pesquisador: Luciana Maia Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51273915.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

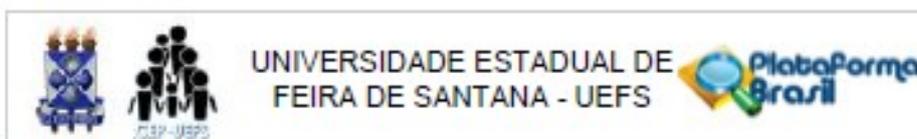
Número do Parecer: 1.524.705

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se à Emenda submetida ao projeto de pesquisa intitulado " FATORES ASSOCIADOS A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GESTAÇÃO EM ADOLESCENTES E ADULTAS JOVENS, EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA", registrado no Protocolo CEP nº (CAEE 51273915.0.0000.0053), pela pesquisadora responsável Luciana Maia Santos mestrande do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sob orientação da Profa. Drª Rosely Cabral de Carvalho. Ressalta-se que o projeto foi aprovado por este Comitê de Ética em 03/03/2016 com o parecer de nº 1.432.430.

A justificativa da Emenda segundo a pesquisadora consiste no fato de que "Em qualificação do projeto realizada no dia 24/02/2016, os membros da banca examinadora recomendaram a ampliação da população do estudo de adolescentes e adultas jovens para adolescentes e adultas considerando que a ampliação da variável faixa etária possibilitaria identificação do fenômeno na população estudada e benefícios diretos a toda população de mulher em fértil (10 a 49 anos)." Assim, a pesquisadora responsável descreve como alteração metodológica: a inclusão de mulher em fértil (10 a 49 anos). (ofício de solicitação de EMENTA).

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEMS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.524.705

Objetivo da Pesquisa:

Geral

"Analisar prevalência e fatores associados à violência doméstica na gestação em adolescentes e adultas jovens numa maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia".

Específicos:

- Descrever a produção científica nacional existente na literatura sobre prevalência e fatores associados à violência doméstica na gestação no período de 2005 a 2015.
- Descrever características sócio econômicas, demográficas de adolescentes e adultas jovens atendidas em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia.
- Estimar prevalência dos tipos de violência na gestação (física, psicológica e sexual) sofridas pelas adolescentes e adultas jovens atendidas em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia.
- Analisar fatores associados à violência doméstica na gestação segundo as características sócio econômicas e demográficas, a estrutura familiar e o vínculo com o marido/companheiro a que estão inseridas adolescentes e adultas jovens." (Informações Básicas do Projeto/Plataforma Brasil, p.4).

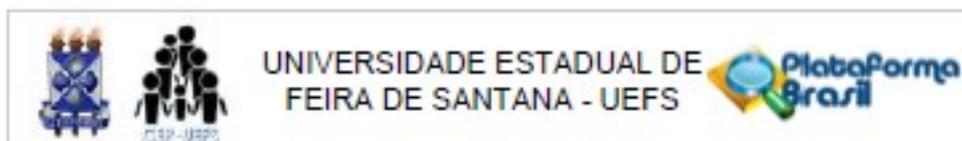
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

"Os riscos desta pesquisa estão relacionados ao constrangimento, ansiedade, lembranças de momentos difíceis vivenciados, choro, medo do encaminhamento, do agressor de ter conhecimento do relato e da denúncia e exposição a depressão no puerpério, porém todas as participantes terão a garantia do anonimato e acompanhamento por serviço especializado de referência. A abordagem individual será realizada em local privado e a participante orientada sobre todas as etapas da pesquisa, inclusive que poderá desistir em qualquer momento. Todas as adolescentes e adultas jovens, com relato de violência serão notificadas e encaminhadas ao CRMQ, com a confirmação de agendamento com equipe Interdisciplinar e em casos de decisão de denúncia a garantia de apoio jurídico também presente no CRMQ.

É importante destacar que, no momento da aplicação do instrumento, em sala reservada da Instituição terá suporte de psicólogo, as mulheres que demonstrarem ansiedade, choro e tristeza terão garantia de apoio psicológico durante e após o período da pesquisa. Entende-se todos os

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: csp@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.524.705

riscos citados, entretanto, a violência é um fenômeno de repercussões negativas no binômio mãe-filho, sendo muitas vezes invisível no

ambiente hospitalar, tornar esse fenômeno visível constitui-se uma forma de proteção à criança e de acolhimento mais precoce dessa mulher em situação de violência." (Informações Básicas do Projeto/Plataforma Brasil, p. 5).

"[...] e se isso lhe provocar algum incômodo [...]" (TCLE profissionais de saúde).

"[...] e se isso lhe provocar algum constrangimento, choro, ansiedade, medo ou receio da permissão de seu responsável [...]" (TALE).

"[...] e se isso lhe provocar constrangimento, choro, ansiedade, medo [...]" (TCLE mulheres e representante legal)

BENEFÍCIOS

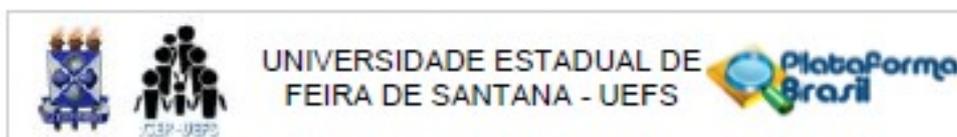
"Os benefícios diretos dos resultados dessa pesquisa serão a melhoria da visibilidade da violência e do fortalecimento de políticas públicas em Feira de Santana voltadas às mães adolescentes e adultas jovens através do conhecimento da prevalência e fatores associados ao fenômeno estudado. As puérperas que durante a entrevista solicitarem maiores informações da rede de enfrentamento da violência contra mulher no município serão encaminhadas ao Centro de Referência Maria Quitéria (CRMQ), para acompanhamento por uma equipe interdisciplinar de serviço jurídico e psicológico. Dessa forma, serão garantidos como benefícios indiretos o acesso a um serviço especializado no acolhimento de mulheres e filhos em situação de violência, essa rede articulada se deve a parceria da UEFS através da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) com CRMQ. Vale salientar outra repercussão positiva desta pesquisa serão as capacitações realizadas com profissionais que trabalham na Instituição para melhorar a qualidade de atendimento através da notificação e os encaminhamentos necessários." (Informações Básicas do Projeto/Plataforma Brasil, p.5).

"O benefício esperado é provocar a discussão sobre a temática e revelar a prevalência da violência doméstica em Feira de Santana nas gestantes adolescentes e adultas jovens e também para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres." (TCLE participantes e responsável legal/ TCLE profissionais de saúde/ TALE).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Emenda proposta fortalece a relevância social e científica do projeto já aprovado, pois inclui outros grupos populacionais (mulheres em idade fértil) que são parcela representativa das mulheres que vivem em situação de violência no município.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3181-8067 E-mail: csp@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.524.705

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo completo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Relatório Parcial Aprovado. Sem pendências.

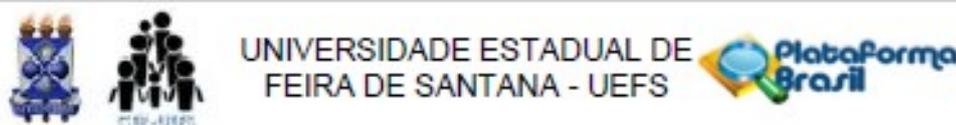
Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que a EMENDA proposta ao projeto de Pesquisa foi Aprovada e satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, pode ser iniciada a coleta de dados com novos participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme Institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_697373_E1.pdf	12/04/2016 10:16:00		Acelto
Outros	oficio_emenda_encaminhamento_modificacoes_12_04_16.doc	12/04/2016 10:10:34	Luciana Maia Santos	Acelto
Outros	oficio_encaminhamento_pendencias_10_02_2016.doc	10/02/2016 12:08:02	Luciana Maia Santos	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcles_tale_10_02_16.docx	10/02/2016 12:06:42	Luciana Maia Santos	Acelto
Outros	encaminhamentocep.jpg	25/11/2015 00:33:42	Luciana Maia Santos	Acelto
Outros	documentocrmq.jpg	25/11/2015 00:32:51	Luciana Maia Santos	Acelto
Outros	autorizacaohospital.pdf	25/11/2015 00:31:58	Luciana Maia Santos	Acelto
Outros	documentopsicologa.jpg	25/11/2015 00:28:48	Luciana Maia Santos	Acelto
Outros	instrumentodapesquisa.docx	25/11/2015 00:23:47	Luciana Maia Santos	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	termodeconsentimentoeassentimento.docx	25/11/2015 00:22:47	Luciana Maia Santos	Acelto

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3181-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.524.705

Justificativa de Ausência	termodeconsentimentoeassentimento.docx	25/11/2015 00:22:47	Luciana Mala Santos	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoviolenciagestacao.docx	25/11/2015 00:22:17	Luciana Mala Santos	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracaoorientador.jpg	25/11/2015 00:21:29	Luciana Mala Santos	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracaoluclana.jpg	25/11/2015 00:21:00	Luciana Mala Santos	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinfraestrutura.jpg	25/11/2015 00:20:36	Luciana Mala Santos	Acelto
Folha de Rosto	foihaderosto.pdf	25/11/2015 00:19:34	Luciana Mala Santos	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 02 de Maio de 2016

Assinado por:
Pollyana Pereira Portela
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: csp@uefs.br

ANEXO C – Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA
 SALA DE SITUAÇÃO E ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E ESTATÍSTICA



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
1.1	Questionário nº _____		QUEST _____
1.2	AIH nº _____		AIH _____
	Município de Residência: _____		RESIDE _____
	Iniciais nome: _____		INICIAIS _____
2. DADOS SÓCIO ECONÔMICOS			
2.1	Qual é a raça/cor da senhora?		COR <input type="checkbox"/>
	1 Preta	2 Branca	
	3 Parda	4 Amarela	
	5 Indígena	99 Não sabe	
2.2	Qual a idade da senhora?		IDADE <input type="checkbox"/>
2.3	Qual a religião da senhora?		RELIGIÃO <input type="checkbox"/>
	1 Católica	2 Evangélica	
	3 Espirita	4 Outra	
	5 Não tem	99 Não sabe	
2.4	Qual o grau de escolaridade da senhora?		ESCOLA <input type="checkbox"/>
	1 Analfabeta		
	2 Primário incompleto		
	3 Primário completo		
	4 Fundamental incompleto		
	5 Fundamental completo		
	6 Médio incompleto		
	7 Médio completo		
	8 Superior incompleto		
	9 Superior completo		
	99 Não sabe		
2.5	Qual é o estado civil da senhora?		CIVIL <input type="checkbox"/>
	1 Casada	2 Solteira	
	3 Viúva	4 União Estável	
	5 Divorciada	99 Não sabe	
2.6	Com quem a senhora mora?		MORA <input type="checkbox"/>
	1 Sozinha	2 Filhos (a)	
	3 Companheiro/Filhos	4 Companheiro	
	5 Familiares	6 Outros	

2.7	A senhora trabalha fora de casa?				TRABFORA	<input type="checkbox"/>	
	1	Sim	2	Não			
	99	Não sabe					
2.8	Qual é a ocupação da senhora?				OCUPACAOM	<input type="checkbox"/>	
	1	Desempregada	2	Autônoma			
	3	Emprego fixo	4	Estudante			
	5	Dona de casa	6	Outro			
2.9	A senhora depende financeiramente de alguém?				DEPFIN	<input type="checkbox"/>	
	1	Não, independente					
	2	Sim, parcialmente dependente					
	3	Sim, totalmente dependente					
	99	Não sabe					
2.10	Qual é a renda familiar da senhora?				RENDAF	<input type="checkbox"/>	
	99	Não sabe					
2.11	Quantas pessoas vivem dessa renda familiar?				PESSREND	<input type="checkbox"/>	
	99	Não sabe					
2.12	Quem ajuda financeiramente a senhora?				AJUDAFIN	<input type="checkbox"/>	
	1	Companheiro	2	Pai/mãe			
	3	Familiares	4	Amigos			
	5	Ninguém	88	Não se aplica			
	6	Renda de programas sociais					
3	INFORMAÇÕES DO COMPANHEIRO						
3.1	A senhora já teve quantos companheiros?				COMPANHEIROS	<input type="checkbox"/>	
3.2	Qual a idade do companheiro atual da senhora?				IDCOMP	<input type="checkbox"/>	
	88	Não se aplica		99	Não sabe		
3.3	Qual é a ocupação do companheiro da senhora?				OCUPCOMP	<input type="checkbox"/>	
	1	Desempregado	2	Autônomo			
	3	Emprego fixo	4	Outro			
	88	Não se aplica			99	Não sabe	
3.4	Quantos filhos a senhora tem com o companheiro atual?				FILHOS	<input type="checkbox"/>	
	88	Não se aplica					
4	DADOS GINECO OBSTETRICOS						
4.1	Com quantos anos a senhora menstruou pela primeira vez?				MENARCA	<input type="checkbox"/>	
	99	Não sabe					
4.2	Com quantos anos a senhora iniciou a vida sexual?				SEXUAL	<input type="checkbox"/>	
	99	Não sabe					
4.3	A senhora engravidou quantas vezes?				GESTACAO	<input type="checkbox"/>	
4.4	A senhora teve algum aborto?				ABORTO	<input type="checkbox"/>	
	1	Sim	2	Não			
4.5	Se sim, quantos abortos foram espontâneos?				ABORESP	<input type="checkbox"/>	
	88	Não se aplica		99	Não sabe		
4.6	Quantos abortos foram provocados?				ABORPROV	<input type="checkbox"/>	
	88	Não se aplica		99	Não sabe		
4.7	A senhora teve quantos partos?				PARTOS	<input type="checkbox"/>	

4.8	Quantos filhos estão vivos?				FILVIV	<input type="checkbox"/>	
4.9	A senhora realizou acompanhamento pré-natal?				PRENATAL	<input type="checkbox"/>	
	1	Sim	2	Não			
	88	Não se aplica	99	Não sabe			
4.10	Se sim, em que trimestre iniciou o acompanhamento pré-natal?				TRIMESTRE	<input type="checkbox"/>	
	1	Primeiro	2	Segundo			
	3	Terceiro	99	Não sabe			
	88	Não se aplica					
4.11	Caso resposta anterior afirmativa, quantas consultas foram realizadas?				CONSULTAS	<input type="checkbox"/>	
	1	Até 4 consultas	2	4 a 6 consultas			
	3	+ de 7 consultas	99	Não sabe			
5	USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS						
5.1	A senhora é usuária de alguma droga? Se sim, qual?						
	Alcool	1	Sim	2	Não	ALCOOLM <input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso do álcool				FREQALCM	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99
	Cigarro	1	Sim	2	Não	CIGARROM <input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso do cigarro				FREQCIGARM	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99
	Maconha	1	Sim	2	Não	MACONHAM <input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso da maconha				FREQMACOM	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99
	Cocaina	1	Sim	2	Não	COCAINAM <input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso da cocaina				FREQCOCAM	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99
	Crack	1	Sim	2	Não	CRACKM <input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso do crack				FREQCRACM	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99
	Outras	1	Sim	2	Não	OUTRASM <input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso de outras drogas				FREQOUTM	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99
	Legenda da frequência do uso de drogas						
	1	Ocasionalmente	2	1 x semana			
	3	Até 3 x semana	4	3 a 6 x semana			
	5	Diariamente	88	Não se aplica			
	99	Não sabe					
5.3	Algum familiar da senhora é usuário de drogas?						
	Pai	1	Sim	2	Não	PAIDROG <input type="checkbox"/>	
	Mãe	1	Sim	2	Não	MAEDROG <input type="checkbox"/>	
	Companheiro	1	Sim	2	Não	COMPDRG <input type="checkbox"/>	
	Irmão (a)	1	Sim	2	Não	IRMDROG <input type="checkbox"/>	
	Ex companheiro	1	Sim	2	Não	EXCOMPDRG <input type="checkbox"/>	
	Familiares	1	Sim	2	Não	FAMDROG <input type="checkbox"/>	
5.4	Se sim, qual tipo de droga utilizada pelo familiar?						
	Alcool	1	Sim	2	Não	ALCOOLF <input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso do álcool				FREQALCF	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99
	Cigarro	1	Sim	2	Não	CIGARROF <input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso do cigarro				FREQCIGARF	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99

	Maconha	1	Sim	2	Não	MACONHAF	<input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso da maconha					FREQMACOF	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99	
	Cocaína	1	Sim	2	Não	COCADNAF	<input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso da cocaína					FREQCOCOF	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99	
	Crack	1	Sim	2	Não	CRACKF	<input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso do crack					FREQCRACF	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99	
	Outras	1	Sim	2	Não	OUTRAF	<input type="checkbox"/>	
	Frequência de uso de outras drogas					FREQOUTF	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	88	99	
	Legenda da frequência do uso de drogas							
	1	Ocasionalmente	2	1 x semana				
	3	Até 3 x semana	4	3 a 6 x semana				
	5	Diariamente	88	Não se aplica				
	99	Não sabe						
6	INTERCORRENCIAS OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL							
	1	Sim	2	Não				
	Síndromes hipertensivas	1	Sim	2	Não			
	Hemorragias	1	Sim	2	Não			
	Infecções urinárias	1	Sim	2	Não			
	Vulvovaginites	1	Sim	2	Não			
	Anemia crônica	1	Sim	2	Não			
	Amniorrexe prematura	1	Sim	2	Não			
	Ameaça de aborto	1	Sim	2	Não			
	Parto prematuro	1	Sim	2	Não			
	IST	1	Sim	2	Não			
	Diabetes gestacional	1	Sim	2	Não			
						INTERCOR	<input type="checkbox"/>	
						HIPERTENSAO	<input type="checkbox"/>	
						HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	
						INFECURINA	<input type="checkbox"/>	
						VULVOVAG	<input type="checkbox"/>	
						ANEMIA	<input type="checkbox"/>	
						AMNIOREX	<input type="checkbox"/>	
						AMEABORT	<input type="checkbox"/>	
						PREMATURO	<input type="checkbox"/>	
						IST	<input type="checkbox"/>	
						DIABETES	<input type="checkbox"/>	
7	TER VIVENCIADO VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ							
7.1	A senhora já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você no seu espaço de convívio?					VIVVIOL	<input type="checkbox"/>	
	1	Sim	2	Não				
7.2	Quem praticou? A partir desse item as perguntas só serão respondidas para as mulheres que responderam sim no item anterior.					QUEMVIOL	<input type="checkbox"/>	
	Pai	1	Sim	2	Não			
	Mãe	1	Sim	2	Não			
	Irmão (a)	1	Sim	2	Não			
	Companheiro	1	Sim	2	Não			
	Ex companheiro	1	Sim	2	Não			
	Outros (a)	1	Sim	2	Não			
						PATVIOL	<input type="checkbox"/>	
						MAEVIOL	<input type="checkbox"/>	
						IRMAOVIOL	<input type="checkbox"/>	
						COMPVIOL	<input type="checkbox"/>	
						EXCOMPVIOL	<input type="checkbox"/>	
						OUTVIOL	<input type="checkbox"/>	
7.3	Quando ocorreu?					OCORRVIOL	<input type="checkbox"/>	
	1	Somente antes da gravidez						
	2	Durante a gravidez						
	3	Antes e durante a gravidez						
7.4	A pessoa que maltratou, machucou a senhora fisicamente?					VIOLFIS	<input type="checkbox"/>	
	1	Sim	2	Não				
	Tapa	1	Sim	2	Não			
	Arma branca	1	Sim	2	Não			
	Espancamento	1	Sim	2	Não			
						TAPA	<input type="checkbox"/>	
						ARBRANCA	<input type="checkbox"/>	
						ESPANC	<input type="checkbox"/>	

	Empurrões	1	Sim	2	Não		EMPUR	<input type="checkbox"/>
	Chutes	1	Sim	2	Não		CHUTE	<input type="checkbox"/>
	Arma fogo	1	Sim	2	Não		ARFOGO	<input type="checkbox"/>
	Outras	1	Sim	2	Não		OUTRA	<input type="checkbox"/>
7.5	A pessoa que maltratou a senhora já:						VIOLPSIC	<input type="checkbox"/>
	1	Sim	2	Não				
	Ameaçou	1	Sim	2	Não		AMEACOU	<input type="checkbox"/>
	Aprisionou	1	Sim	2	Não		APRISIONOU	<input type="checkbox"/>
	Explorou	1	Sim	2	Não		EXPLOROU	<input type="checkbox"/>
	Constrangeu	1	Sim	2	Não		CONSTRANGE	<input type="checkbox"/>
	Controlou suas ações, comportamentos, crenças e decisões	1	Sim	2	Não		CONTROLOU	<input type="checkbox"/>
	Vigilou e perseguiu	1	Sim	2	Não		PERSEGUITU	<input type="checkbox"/>
	Limitou seu direito de ir e vir	1	Sim	2	Não		LIMITOU	<input type="checkbox"/>
	Insultou, chantageou, ridicularizou	1	Sim	2	Não		INSULTOU	<input type="checkbox"/>
7.6	A pessoa que maltratou a senhora já:						VIOLSEX	<input type="checkbox"/>
	1	Sim	2	Não				
	Forçou sexo	1	Sim	2	Não		FORCOUSEX	<input type="checkbox"/>
	Você fazia sexo sem vontade, só para agradar, satisfazer	1	Sim	2	Não		SEXCEDIDO	<input type="checkbox"/>
	Explorou sexualmente	1	Sim	2	Não		EXPLORSEX	<input type="checkbox"/>
	Impediu de usar métodos contraceptivos	1	Sim	2	Não		IMPEDMETO	<input type="checkbox"/>
	Forçou ao matrimônio, gravidez e ao aborto	1	Sim	2	Não		FORCOMAT	<input type="checkbox"/>
7.7	A pessoa que maltratou a senhora já:						VIOLPATR	<input type="checkbox"/>
	1	Sim	2	Não				
	Reteve, subtraiu, destruiu seus objetos	1	Sim	2	Não		RETOBJ	<input type="checkbox"/>
	Reteve instrumento de trabalho	1	Sim	2	Não		RETTRAB	<input type="checkbox"/>
	Reteve documentos pessoais	1	Sim	2	Não		RETDOC	<input type="checkbox"/>
	Reteve bens, valores, direitos ou recursos econômicos	1	Sim	2	Não		RETVAl	<input type="checkbox"/>
7.8	A pessoa que maltratou a senhora já:						VIOLMOR	<input type="checkbox"/>
	Caluniou, difamou ou praticou injúria	1	Sim	2	Não			
7.9	Caso os maus tratos tenham sido físicos, qual área do corpo mais atingida							
	Face	1	Sim	2	Não		FACE	<input type="checkbox"/>
	Tronco	1	Sim	2	Não		TRONCO	<input type="checkbox"/>
	Abdômen	1	Sim	2	Não		ABDOMEN	<input type="checkbox"/>
	Membros superiores	1	Sim	2	Não		MMSS	<input type="checkbox"/>
	Barriga na gravidez	1	Sim	2	Não		BARRIGA	<input type="checkbox"/>
	Membros inferiores	1	Sim	2	Não		MMII	<input type="checkbox"/>
	Pescoço	1	Sim	2	Não		PESCOCO	<input type="checkbox"/>
	Região dorsal	1	Sim	2	Não		REGDORS	<input type="checkbox"/>

7.10	Como a senhora se sentiu após ser maltratada					
	Sentiu-se culpada	1	Sim	2	Não	CULPADA <input type="checkbox"/>
	Sentiu-se envergonhada	1	Sim	2	Não	ENVERGON <input type="checkbox"/>
	Sentiu-se humilhada	1	Sim	2	Não	HUMILHA <input type="checkbox"/>
	Sentiu-se vítima	1	Sim	2	Não	VITIMA <input type="checkbox"/>
	Sentiu nojo do seu corpo	1	Sim	2	Não	NOJO <input type="checkbox"/>
7.11	A senhora percebeu a ocorrência de algum problema de saúde em consequência da violência?				PROBSAU <input type="checkbox"/>	
	1	Sim	2	Não		
	Caso resposta afirmativa anterior, qual?				TIPROBSAU <input type="checkbox"/>	
	1	Dores de cabeça constantes				
	2	Problemas gástricos				
	3	Falta de apetite				
	4	Depressão				
	5	Aumento da pressão arterial				
	6	Diminuição da libido				
	7	Dores na barriga/contrações				
	8	Sangramento/hemorragia				
9	Outros					
88	Não se aplica					
7.12	A senhora procurou alguma Instituição de saúde por conta dos problemas em decorrência da violência? Se sim, qual?				INSTSAUDE <input type="checkbox"/>	
	1	Hospital	2	UBS		
	3	UPA	4	Outras _____		
	5	Não procurou				
	88	Não se aplica				
7.13	A senhora informou ao profissional de saúde que te atendeu que os problemas de saúde foram em decorrência da violência? Caso afirmativo responda a próxima pergunta				INFORMPROF <input type="checkbox"/>	
	1	Sim	2	Não	88 Não se aplica	
7.14	Qual o profissional que a senhora informou?				PROPSAUDE <input type="checkbox"/>	
	1	Enfermeira (o)	2	Médica (o)		
	3	Assistente Social	4	Psicóloga (o)		
	5	Técnico Enfermagem	6	Outro _____		
	88	Não se aplica				
7.15	O que esse profissional fez após voce ter informado sobre a violência?				PROFPEZVIOL <input type="checkbox"/>	
	1	Tratou apenas do problema físico				
	2	Notificou				
	3	Notificou e encaminhou para órgão específico				
	4	Encaminhou para órgão específico				
	5	Encaminhou para outro órgão				
88	Não se aplica					
7.16	A senhora conversou com alguém após sofrer violência? Se sim, quem?				CONVERSOU <input type="checkbox"/>	
	1	Pai	2	Mãe		
	3	Irmão (a)	4	Companheiro		
	5	Ex companheiro	6	Outro _____		
	7	Amiga (o)	8	Não conversou		

7.17	A senhora procurou alguma outra instituição devido a violência. Caso afirmativo responda as próximas questões				INSTITUICAO <input type="checkbox"/>
	1	Sim	2	Não	
7.18	Qual instituição?				INSTPROC <input type="checkbox"/>
	1	Delegacia de proteção a mulher			
	2	Delegacia comum			
	3	Centro de referência			
	4	Outros _____			
88	Não se aplica				
7.19	A senhora teve alguma dificuldade em realizar o pré-natal por conta da violência?				DIFICULDADE <input type="checkbox"/>
	1	Sim	2	Não	
7.20	Durante atendimento de pré-natal algum profissional de saúde falou sobre o tema violência com a senhora?				ABORDAGEM <input type="checkbox"/>
	1	Sim	2	Não	
7.21	Caso responda afirmativa anterior, qual foi o profissional?				PROFFPN <input type="checkbox"/>
	1	Enfermeira (o)	2	Médica (o)	
	3	Assistente Social	4	Psicóloga (o)	
	5	Técnico Enfermagem	6	Outro _____	
	7	ACS	88	Não se aplica	

Instrumento de coleta de dados adaptado da Dissertação de Chalana Duarte de Sena, FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM GESTANTES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA, SALVADOR. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Acadêmico em Enfermagem, 2014, 111p.