

OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES QUE TIVERAM PARTO PREMATURO

OCCURRENCE OF DOMESTIC VIOLENCE IN WOMEN WHO HAD PREMATURE BIRTH

OCURRENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LAS MUJERES QUE TUVIERON PARTO PREMATURO

Chalana Duarte de Sena¹
 Normélia Maria Freire Diniz²
 Milca Ramaiane da Silva Caryalho³
 Daiane Santos Oliveira⁴
 Jeane Freitas Oliveira⁵
 Maria da Luz Aguiar Oliveira Campos⁶

A violência doméstica na gravidez incrementa os riscos à saúde das mulheres, podendo desencadear parto prematuro. Estudo com o objetivo de identificar a ocorrência de violência doméstica em mulheres que tiveram parto prematuro. Estudo quantitativo, descritivo, envolvendo 100 mulheres com parto prematuro em um hospital de Salvador (BA), dentre as quais 27 afirmaram sofrer violência doméstica. Realizaram-se entrevistas mediante a aplicação de formulário com questões abertas e fechadas entre julho e outubro de 2009. Os resultados revelam que, entre as que sofreram violência, a maioria era adulta jovem, negra, de baixa escolaridade, usava bebida alcoólica, vivia em união consensual, sem renda própria, primigesta, realizou pré-natal e informou aborto em gestações anteriores. Concluiu-se que a reprodução da violência contra mulher está associada à violência doméstica na gestação com a ocorrência de parto prematuro.

PALAVRAS-CHAVE: Violência doméstica. Gestação. Parto prematuro.

Domestic violence during pregnancy increases the risks to women's health and can trigger premature labor. This study aimed to identify the occurrence of domestic violence in women who had preterm delivery. Quantitative, descriptive, conducted with 100 women with preterm birth in a hospital in Salvador, Bahia, Brazil, among which 27 reported suffering from domestic violence. Interviews were conducted by applying a form with open and closed questions between July and October 2009. The results show that, among those who have experienced violence, most were young adult, black, low schooling, used alcohol, lived in a consensual union without their own income, primiparous, who had prenatal care and abortion reported in previous pregnancies. It was concluded that the reproduction of violence against women is associated with domestic violence during pregnancy with preterm delivery.

KEY WORDS: Domestic violence. Pregnancy. Premature delivery.

La violencia doméstica durante el embarazo aumenta los riesgos para la salud de las mujeres y puede desencadenar un parto prematuro. Estudio con el fin de identificar los casos de violencia doméstica en las mujeres que tuvieron un parto prematuro. Investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo, con 100 mujeres que tuvieron parto prematuro

¹ Especialista. Professora Auxiliar da Universidade Estadual da Bahia (UNEB). chalanaduarte@gmail.com.

² Doutora. Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia (UFBA). normelia.diniz@gmail.com

³ Mestre. Professora Auxiliar da UNEB. milca_enf@hotmail.com

⁴ Enfermeira. daianesantosoliveira@gmail.com

⁵ Doutora. Professora Adjunta da UNEB. jeanefreitas@ig.com.br

⁶ Mestre. Professora da União Metropolitana de Educação e Cultura. luzaguiar@hotmail.com

en un hospital en Salvador (BA), entre los cuales, 27 reportaron sufrir violencia doméstica. Las entrevistas se llevaron a cabo mediante la aplicación de formulario con preguntas abiertas y cerradas, entre julio y octubre de 2009. Los resultados muestran que, entre las que sufrieron la violencia, la mayoría eran adulta joven, negra, de baja escolaridad, consumía alcohol, vivía en unión libre y sin ingresos propios, de primer embarazo, realizo el prenatal e informó sobre aborto en embarazos anteriores. Se concluye que la reproducción de la violencia contra la mujer está asociada con la violencia doméstica durante el embarazo con la ocurrencia de parto prematuro.

PALABRAS-CLAVE: *Violencia doméstica. Embarazo. Parto prematuro.*

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como qualquer “[...] ação que tenha o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra o outro ou contra um grupo, que resulte ou possa resultar em qualquer dano psicológico, deficiência, lesão ou morte” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002). Estudos apontam que a violência está presente em populações de diferentes níveis socioeconômicos, etnias, religiões e culturas, apresentando-se como fenômeno universal, entretanto os grupos sociais mais vulneráveis são crianças, adolescentes e mulheres (GOMES et al., 2006).

Segundo a Lei n. 11.340, a violência doméstica é tida como qualquer ação ou omissão ocorrida em espaço de convívio, com ou sem vínculo familiar, inclusive em relações esporádicas (BRASIL, 2006). Em relação à magnitude da violência contra a mulher, dados da Secretaria de Políticas para as Mulheres apontam que cerca de 40 mil mulheres são agredidas todos os dias no Brasil; em 68,8% dos casos, os agressores são pessoas com relação de conjugalidade (BRASIL, 2010a).

É importante destacar a ocorrência da violência durante a gestação. Segundo Maldonado (2000), a gravidez como fenômeno natural traz transformações psicológicas, sociais e corporais, presentes ao longo do ciclo gravídico-puerperal, que provocam mudanças de papéis sociais e de identidade para mulheres e homens. Tais modificações levam a uma crise de ajustamento que torna a mulher mais vulnerável, podendo culminar em conflitos e episódios de violência.

Para melhor compreender este fenômeno, estudo multicêntrico realizado pela OMS assinalou

que 11% a 44% das mulheres já sofreram algum tipo de violência durante a gestação, e que, destas, 25% a 50% relataram vivenciar violência por meio de tapas e pancadas no abdome, tendo como principais consequências a ocorrência de abortos espontâneos ou provocados. Em relação ao perpetrador, a maioria das mulheres informou já ter vivenciado violência do companheiro antes da gravidez, e que durante o período gestacional 90% das injúrias e lesões tinham como autor pessoas com relação de conjugalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Estudos nacionais e internacionais revelam também que a incidência de violência no período gestacional variou entre 17% e 33,8%, superando outros agravos decorrentes da própria gestação, como diabetes gestacional (7,6%), síndromes hipertensivas (7,5%), síndromes hemorrágicas (10% a 15%) e abortamento (LOURENÇO, 2006).

Neste contexto, torna-se preocupante a ocorrência da violência contra a mulher durante a gestação. Menezes et al. (2003) trazem em sua pesquisa a possibilidade de a gravidez ser um fator de risco para a violência conjugal, podendo ter início depois da gestação ou neste período tornar-se mais frequente e acentuada, desencadeando sérios agravos à saúde materna e neonatal. Tais agravos podem variar desde queixas ginecológicas até consequências obstétricas diversas, nas quais se inclui o parto prematuro. Neste contexto, a violência doméstica durante a gestação é assumida como um grave problema de saúde pública.

Moraes, Arana e Reichenheim (2010) adicionam que as gestantes em vivência de violência iniciam o pré-natal mais tardiamente,

dificultando a identificação dos comportamentos de riscos que desencadeiam complicações maternas e fetais, tais como: tabagismo, uso de drogas, ocorrência de patologias pregressas ou relacionadas à gestação. Logo, a ocorrência de parto prematuro tem sido registrada. Em relação à prematuridade, Lourenço (2006) complementa que, em suas pesquisas, o baixo peso ao nascer, parto prematuro e lesão fetal estiveram relacionados à violência durante a gestação.

Considerando os fatores que podem estar envolvidos na ocorrência de parto prematuro, ressalta-se a importância de se investigar o fenômeno da violência na gestação. Segundo Cascaes et al. (2008), apesar das inúmeras causas apontadas como responsáveis pela ocorrência do parto prematuro, na maioria das vezes sua etiologia não é identificável.

Este estudo tem o objetivo identificar a ocorrência de violência doméstica em mulheres que tiveram parto prematuro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva, recorte do projeto de pesquisa vinculado ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), Escola de Enfermagem (EE), Universidade Federal da Bahia (UFBA), intitulado “Vivência de violência doméstica em mulheres que tiveram parto prematuro”.

O lócus da pesquisa foi um Hospital Geral de Salvador (BA), referência no atendimento ambulatorial, de urgência e emergência, serviços de apoio de diagnósticos e terapia e internamento de média e alta complexidade. É considerado também serviço de atendimento à gestação de alto risco e de urgência e emergência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2010b).

Foram entrevistadas 100 mulheres que tiveram parto prematuro na referida instituição, estando internas no alojamento conjunto ou acompanhando o neonato na Unidade de Terapia Intensiva ou de cuidados intermediários neonatais. Do total de participantes, 27 mulheres referiram vivência de violência durante a gestação, constituindo a amostra descrita no presente estudo.

Como critério de inclusão, estabelecemos que seriam as mulheres com diagnóstico médico de parto prematuro, que se encontravam em condições físicas e emocionais para responder a pesquisa. A coleta de dados ocorreu de forma sistemática, com visitas semanais à maternidade nos meses de julho a outubro de 2009, abrangendo todas as mulheres que contemplavam os critérios de inclusão. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados, a entrevista acompanhada por um formulário estruturado com perguntas abertas e fechadas e análise documental dos prontuários das participantes.

As variáveis independentes foram: sociodemográficas (idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, trabalho e dependência financeira); uso de drogas lícitas e ilícitas; e história obstétrica da paciente. Como variável dependente selecionou-se a vivência de violência doméstica antes e durante a gestação atual.

Os dados foram organizados e tabulados nos programas Word e Excel e apresentados sob a forma de tabelas e percentuais descritivos. O embasamento teórico para análise dos dados dar-se-á na perspectiva dos estudos de gênero, violência doméstica, gravidez e parto prematuro.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) sob o protocolo CEP/Parecer n. 0902/2009 e foram respeitados os aspectos éticos e legais baseados na Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) que norteia a prática das pesquisas em seres humanos. Todas as participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e as menores de 18 anos necessitaram também do consentimento assinado pela(o)s mães/pais e/ou responsável.

RESULTADOS

Nesta sessão são apresentados os resultados referentes às 27 mulheres com história de parto prematuro e vivência de violência durante a gestação.

Características sociodemográficas, da saúde reprodutiva e da violência

Na Tabela 1, pode-se observar que 47,1% encontram-se na faixa etária de 19 e 24 anos, seguida de 29,4% na faixa etária de 25 e 30 anos e 23,5% menores de 19 anos. Com relação à variável cor, 47,1% autodeclararam-se como pardas, 29,4% como pretas, totalizando 76,5% de mulheres negras, de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), e 23,5% brancas. Quanto ao grau de escolaridade, o 1º grau incompleto aparece com 52,9%, seguido do 2º grau incompleto com 23,5% e completo com 11,8%; uma mulher declarou ter o terceiro grau incompleto. No que tange ao estado civil, 11,8% declararam-se casadas, 52,9%

referiram ser solteiras, enquanto 35,3% das participantes tinham união consensual. Pôde-se constatar que 47,1% viviam com o companheiro. No que concerne à situação financeira, 41,2% ocupavam-se com trabalho doméstico não remunerado e 58,8% referiram ter uma ocupação remunerada. Nesta Tabela 1 são apresentados também os aspectos comportamentais das mulheres no que se refere ao uso de drogas lícitas e ilícitas. Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, 41,2% das mulheres referiram fazer uso, sendo que, destas, 71,4% utilizavam pelo menos uma vez na semana. O consumo de tabaco foi revelado por 5,9% das entrevistadas e 17,7% informaram fazer uso de alguma droga ilícita diariamente (maconha, *crack*, cocaína).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e hábitos de vida de mulheres que tiveram parto prematuro em um Hospital Geral – Salvador (BA) – 2009

Variável	n	%
Idade		
> 19 anos	6	23,5
Entre 19 e 24 anos	13	47,1
Entre 25 e 30 anos	8	29,4
Cor		
Pardas	13	47,1
Pretas	8	29,4
Branças	6	23,5
Grau de Escolaridade		
1º incompleto	15	52,9
2º incompleto	7	23,5
2º completo	5	19,9
3º incompleto	1	3,7
Estado Civil		
Casadas	3	11,8
Solteiras	14	52,9
União consensual	10	35,3
Trabalho		
Trabalho doméstico não remunerado	11	41,2
Trabalho remunerado	16	58,8
Hábitos de Vida		
Usuárias de álcool	11	41,2
Usuárias de tabaco	2	5,9
Usuárias de drogas ilícitas	5	17,7

Fonte: Elaboração própria.

Nos dados concernentes à saúde reprodutiva (Tabela 2), incluíram-se os números de gestações, partos prematuros e abortos, bem como informações sobre o pré-natal, gestação e parto atual. O estudo revelou uma predominância de 47,1% para primigestas, 41,2% estavam na segunda ou terceira gestação e 11,8% na quarta gestação ou

mais. Em relação ao aborto, 29,4% das mulheres referiram antecedentes, sendo 80% provocados e 20% espontâneos. Quanto ao acompanhamento do pré-natal, 88,2% afirmaram ter realizado, sendo que 33,4% participaram de até quatro consultas, 53,3% de cinco a seis consultas, e 13,7% sete ou mais consultas. Entretanto, o Ministério da Saúde

(BRASIL, 2005) preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas, sendo pelo menos uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. Assim, percebe-se que 33,4% não cumpriram o calendário de acompanhamento pré-natal. Em relação aos dados da idade gestacional de ocorrência do parto atual, percebe-se maior incidência de parto prematuro na idade gestacional de 31 a 35 semanas (70,6%),

seguida por 24 a 30 semanas (23,5%) e 36 semanas (5,9%). Em relação ao fator desencadeante para ocorrência do parto prematuro, 82,3% das mulheres apresentaram intercorrências, tais como amniorrex prematura (35,2%), síndromes hipertensivas (29,4%), alterações no volume do líquido amniótico (11,8%), mielomeningocele (5,9%). Não foram encontrados fatores causais em 17,7% das mulheres.

Tabela 2 – Características obstétricas de mulheres que tiveram parto prematuro em um Hospital Geral – Salvador (BA) – 2009

Variável	n	%
Número de Gestações		
Primigestas	13	47,1
Secundigesta e tercigesta	11	41,2
Multigesta	3	11,8
Números de Abortos	8	29,4
Provocados	6	80,0
Espontâneos	2	20,0
Total de mulheres que realizaram consulta de pré-natal		88,2
Número de Consultas de Pré-natal		
Até quatro consultas	9	33,4
Entre cinco e seis consultas	14	53,3
Sete ou mais consultas	4	13,7
Idade Gestacional de ocorrência do parto		
Entre 24 e 30 semanas	6	23,5
Entre 31 e 35 semanas	19	70,6
36 semanas	2	5,9
Diagnóstico para o parto prematuro	22	82,3
Amniorrex prematura	10	35,2
Síndromes hipertensivas	8	29,4
Alterações no volume do líquido amniótico	3	11,8
Mielomeningocele	1	5,9

Fonte: Elaboração própria

Em relação à violência doméstica, os dados apresentados na Tabela 3 informam que 27 mulheres referiram ter vivenciado algum tipo. Destas, 37,0% informaram que o fenômeno esteve presente antes da gestação atual, 40,7% durante a gestação atual e 20,3% antes e durante a gestação atual. Quanto ao autor da violência, em 77,8%

dos casos, o companheiro ou ex-companheiro foi o principal perpetrador. Em relação à expressão da violência, 100% das mulheres relataram ter vivenciado violência psicológica, sendo que 23,0% a referiram de forma isolada, 52,0% associada à violência física, 15,0% à sexual e 10,0% vivenciaram outras expressões (Tabela 3).

Tabela 3 – Vivência de violência de mulheres que tiveram parto prematuro em um Hospital Geral – Salvador (BA) – 2009 (continua)

Variável	n	%
Vivência de violência doméstica		
Vivenciaram	27	27,0
Não vivenciaram	73	73,0
Período de vivência de violência		
Antes da gestação atual	10	37,0
Durante a gestação atual	11	40,7
Antes e durante a gestação atual	6	20,3

Tabela 3 – Vivência de violência de mulheres que tiveram parto prematuro em um Hospital Geral – Salvador (BA) – 2009 (conclusão)

Variável	n	%
Autor da violência		
Companheiro ou ex-companheiro	21	77,8
Outros	6	22,2
Formas de expressão da violência		
Violência psicológica	27	100
Violência física	14	52,0
Violência sexual	4	15,0
Outras	3	10,0

Fonte: Elaboração própria.

Considerando a abordagem de violência doméstica pelos profissionais de saúde, vale destacar que apenas 6% das participantes referiram ter sido questionadas sobre o assunto em algum momento do acompanhamento de pré-natal. Destas, 50% referiram ser uma enfermeira a profissional a abordar a temática.

DISCUSSÃO

Atualmente a violência doméstica tem sido apontada como fator de risco para agravos à saúde física e mental das mulheres. Desta forma, quando associada a uma gravidez, a violência repercute diretamente na saúde reprodutiva e sexual, colaborando com o aumento de estresse psicológico e, com isso, maior exposição para a mãe e o conceito. A despeito desta compreensão, percebe-se que poucos estudos realizados no Brasil buscaram identificar o impacto da violência ocorrida durante o período gestacional e as situações de estresse que provocam na mulher repercussões sobre a ocorrência do parto prematuro (AUDI et al., 2008a, 2008b).

Em relação à faixa etária, resultados semelhantes ao deste estudo foram divulgados na Pesquisa Nacional de Desenvolvimento e Saúde (PNDS), revelando que a taxa de fecundidade total, nos anos anteriores à entrevista, era a mais alta na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, caracterizando uma população de adultas jovens (BRASIL, 2009).

Em se tratando de cor da pele, a maioria das mulheres (76,5%) autodeclararam-se negras, o que pode ser explicado pela característica racial do país, principalmente na Bahia, refletindo a maioria da população local. Estudos que avaliam as características biológicas das pacientes em situação de

violência também mostram uma predominância de mulheres negras, sugerindo que a maior prevalência entre estas esteja associada às condições socioeconômicas desfavoráveis (D'OLIVEIRA et al., 2009; RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Quanto à situação de conjugalidade, a maioria das mulheres afirmou estar casada ou viver em união consensual. Entretanto, embora os parceiros tenham sido apontados como principais agressores, a situação conjugal não determina maior ou menor risco de sofrer violência, pois as mulheres que se declararam solteiras também tiveram estas vivências. Corroboram estes achados o estudo de Aquino et al. (2009) sobre a associação de violência sexual com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes, ao referir que 69,8% das mulheres tinham um companheiro estável. Pesquisa em serviços de saúde revelou prevalência anual de violência contra a mulher cometida pelo parceiro íntimo entre 4% a 23% e de 33% a 39%, quando considerada a violência no período total de vida dessas mulheres (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

Ainda de acordo com as características sociodemográficas, o baixo nível de escolaridade, a idade e a cor das participantes concorrem para a situação de dependência financeira em relação aos parceiros. Diante de tais condições, uma porcentagem significativa de mulheres não trabalha fora de casa e as que trabalham são sub-remuneradas. Santi, Nakano e Lettiere (2010) ressaltam que o baixo nível socioeconômico e o baixo nível de suporte social constituem fatores associados à violência contra a mulher.

A vivência de violência foi encontrada em mulheres independentemente do nível de escolaridade e da ocupação, porém é certo que o

suporte social é inversamente proporcional ao risco, uma vez que o empoderamento da mulher para o enfrentamento da violência também é perpassado por questões relacionadas à dependência financeira associada ao nível de escolaridade. De acordo com os dados coletados, a maioria das mulheres não tem o ensino fundamental completo, dado que vai ao encontro do estudo realizado por Garcia et al. (2008), no qual 52,6% das mulheres vítimas de violência possuíam menos de oito anos de estudo.

Ainda em relação a esta variável, Audi et al. (2008b) afirmam que o baixo nível de escolaridade, frequência no uso de álcool, dependência econômica e baixa renda tanto das gestantes quanto de seus parceiros são fatores associados à violência doméstica. No Brasil, e em todo o mundo, a ocorrência de violência doméstica não encontra limites de idade, condição social, etnia e religião. Suas manifestações são variadas e encontram fortes raízes socioculturais. Este achado é congruente com a literatura pertinente ao tema, na qual são apontados vários dos fatores aqui descritos como associados ao risco de ocorrência da violência.

Estudo de Cavalcanti (2005) demonstra que, no Brasil, a perspectiva de direitos humanos não tem se mostrado suficiente para que o ordenamento jurídico assegure a equidade desejada entre homens, mulheres, brancos, índios e negros. O problema está pautado na desigualdade social e econômica cujas consequências intensificam a prática da violência doméstica e outras violações aos direitos. Tal desigualdade está indicada nos dados socioeconômicos da sociedade brasileira. Quando considerados indicadores de raça/etnia, renda e gênero, essas diferenças ganham novos contornos e as desigualdades são ampliadas, sobretudo quando se observa a situação de grupos historicamente excluídos, tendo como exemplo as mulheres negras e pobres.

As diferenças de gênero evidenciadas entre o feminino e o masculino são transformadas em desigualdades hierárquicas por meio de discursos masculinos sobre a mulher, os quais incidem especificamente sobre o corpo da mulher (SANTOS; IZUMINO, 2005). Desta forma constitui-se a caracterização da condição feminina,

que se naturaliza com base na concepção de maternidade, tendo o homem a visão de poder, dominação e opressão sobre a mulher, legitimando, assim, a violência de gênero.

No tocante à saúde da mulher, a associação entre a violência contra a mulher e a sua saúde tem se tornado cada vez mais evidente. Na gravidez, especificamente, a mulher torna-se vulnerável a vários agravos de ordem biológica, psicológica, social e cultural que afetam sua saúde e do seu feto. Dentre esses agravos, a violência doméstica necessita de atenção especial por se constituir numa ação historicamente construída que demarca desigualdades de gênero. A violência durante a gravidez requer uma atenção diferenciada pelos profissionais de saúde, devendo estar incluída na organização dos serviços de saúde para atender especificidades apresentadas pela população feminina que sofre tais agravos. A ocorrência de violência na gestação pode ocasionar problemas como depressão, baixa autoestima, hemorragias, ameaça de trabalho de parto prematuro, aborto, entre outros (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

Relacionado à ocorrência do aborto, Souza e Diniz (2011) afirmam que histórias que inter-relacionam a ocorrência de aborto provocado e violência doméstica evidenciam a negligência dos direitos femininos e a omissão por parte do companheiro, da família ou da sociedade.

Neste estudo, os fatores desencadeantes para o trabalho de parto prematuro, tais como síndromes hipertensivas, alterações no volume do líquido amniótico, amniorrhex prematura podem estar associados a situações de estresse. Neste sentido, o estresse contínuo influencia na saúde da mãe e do conceito por meio de alterações no comportamento dos indivíduos, alterando respostas fisiológicas. O comportamento individual pode ser comprometido em diferentes formas, como interferir sobre a capacidade da mulher de manter seu estado nutricional satisfatório, repouso e procura pelo atendimento em saúde. Paralelamente, podem ser assumidos os ditos "comportamentos de risco" que, sabidamente, interferem nos resultados perinatais, como o tabagismo e o uso de drogas lícitas e ilícitas.

Pesquisa realizada por Adeodato et al. (2005) reforça a correlação de maior incidência de episódios violentos e ingestão alcoólica, ao concluir que, antes da agressão, 70% dos parceiros ingeriram álcool e 11% consumiram drogas ilícitas. O autor coloca que o agressor, devido a alterações do humor provocadas por essas substâncias, assume condutas socialmente reprováveis.

O estudo de Gomes e Diniz (2005), porém, demonstra que a violência no ambiente doméstico não está somente associada ao uso da bebida alcoólica de forma isolada, uma vez que, simultaneamente a isso, há uma combinação de fatores socioeconômicos e culturais, além de envolver questões de gênero. O álcool, então, é um precipitador e potencializador dos processos agressivos, já que a agressividade faz parte da construção simbólica do homem em nossa sociedade.

Em relação às expressões da violência, todas as participantes do estudo referiram vivência da manifestação psicológica. As violências física e sexual também foram evidenciadas, porém em menor proporção. A pesquisa de Silva et al. (2011) valida tais achados, ao afirmar que a maior expressão de violência foi a psicológica tanto antes (25,2%) quanto durante (28,8%) e depois (19,3%) da gestação. A violência sexual foi a menos prevalente, especialmente no pós-parto (3,7%), e sua maior frequência foi durante a gestação (5,6%). Já em relação à violência física, foi reduzida à quase metade durante a gestação, em comparação com o período anterior a esta. Quando analisada a sobreposição das expressões de violência, a psicológica exclusiva também foi a mais frequente em todos os períodos.

Assim, no estudo supracitado, é possível depreender-se que, em algumas mulheres, a gestação corresponde a um fator de proteção à violência física, no entanto representa um potencializador da expressão psicológica e sexual. Ao estudar a violência, não se pode distinguir tipos ou tentar separá-la em diferentes categorias. Quando se fala em violência sexual, principalmente, já fica implícita a ideia de violência física e psicológica, pois não há como observar cada expressão de violência isoladamente, mas uma como consequência da outra. Desta maneira,

observa-se que a violência não se restringe à agressão física, mas envolve também expressões mais veladas que, embora não deixem marcas visíveis, podem provocar sérios danos. Ao perceber a mulher grávida, é preciso considerar a violência psicológica tão ou mais prejudicial que a física e que pode desencadear uma série de problemas à saúde da mãe e do feto.

Sendo a violência doméstica um agravo à saúde física e mental da mulher e os serviços de saúde um ambiente no qual a violência sofrida é mais visível, os profissionais de saúde têm grande responsabilidade na identificação e sinalização deste agravo. No entanto, o despreparo destes em identificar a mulher em situação de violência dificulta qualquer tipo de intervenção. Além de não perceberem a violência como um problema de saúde pública, não incluem este aspecto na assistência prestada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo aqui apresentados não visam confirmar a hipótese de que a violência perpetrada contra a mulher durante a gravidez aumenta o risco de partos prematuros, mas deixa subsídios para se analisar a associação da vivência de violência em mulheres grávidas com a ocorrência de parto prematuro. Assim, os dados ressaltam a necessidade de avaliação minuciosa de comportamentos e atitudes para identificação de riscos no atendimento ao trabalho de parto prematuro e a investigação de vários fatores de risco como parte do cuidado pré-natal.

Considera-se que a violência é um problema que atinge todo o país e é resultante, principalmente, das desigualdades sociais, construídas historicamente e reproduzidas ainda nos dias atuais em muitas sociedades, inclusive no Brasil. Diante disto, torna-se necessário criar/implementar mecanismos resolutivos para identificação e abordagem da violência doméstica na gestação.

Neste estudo não se tem a pretensão de acreditar que os serviços públicos de saúde tenham toda a responsabilidade no combate à violência, entretanto a este setor cabe o envolvimento institucional, incluindo capacitação dos profissionais

de saúde, para o enfrentamento da violência, respaldados na compreensão das relações sociais. Assim, estudos que venham a aprofundar o entendimento desta questão são fundamentais para a definição de novas abordagens, especialmente nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ADEODATO, Vanessa G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.
- AQUINO, Nicole M.R. et al. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 954-960, dez. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000068>>. Acesso em: 13 mar. 2012.
- AUDI, Celene Aparecida F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-885, 2008a.
- AUDI, Celene Aparecida F. et al. Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade. *J. Pediatría*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p. 60-67, 2008b.
- BRASIL. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Estabelecimento de Saúde: Hospital Geral Roberto Santos. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=2927400003859>. Acesso em: 14 jun. 2010.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 196/1996, de 16 de outubro de 1996*. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 15-25, 1996.
- _____. *Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.html> Acesso em: 4 jun. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 6 maio 2011.
- _____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Balanco central de atendimento à mulher*. Brasília, 2010a. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2010/10/balanco-da-central-de-atendimento-a-mulher>. Acesso em: 8 set. 2011.
- CASCAES, Andreia M. et al. Prematuridade e fatores associados no estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/09.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2012.
- CAVALCANTI, Stela Valéria S.F. *A violência doméstica como violação dos direitos humanos*. Teresina, PI, nov. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7753>>. Acesso em: 26 jul. 2010.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia P.L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-311, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n2/7172.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2011.
- GARCIA, Marilúcia V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2551-2563, nov. 2008.
- GOMES, Nadirlene P.; DINIZ, Normélia Maria F. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 58, n. 2, p. 176-179, mar./abr. 2005.
- GOMES, Maria Laura M. et al. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, PE. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.6, supl.1, p.s27-s34, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000500004&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 23 maio e 8 set. 2011.
- LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia S.; RODRIGUES, Daniela Taysa. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev. Esc. Enfer. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 467-473, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a07.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2011.

- LOURENÇO, Marcia A. *A experiência da gestação e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal*. 2006. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- MALDONADO, Maria Tereza P. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.
- MENEZES, Telma C. et al. A violência física doméstica na gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.
- MORAES, Claudia L.; ARANA, Flávia D.N.; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 667-676, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/10.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Genebra (SWZ), 2002.
- _____. *Estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica – Brasil*. Genebra (SWZ), 2005. (Relatório de pesquisa).
- RISCADO, Jorge Luís de S.; OLIVEIRA, Maria Aparecida B.; BRITO, Ângela Maria B.B. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. *Saude Soc.*, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 96-108, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600010>>. Acesso em: 12 abr. 2012.
- SANTI, Liliane N.; NAKANO, Ana Márcia S.; LETTIERE, Angelina. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 417-424, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300002>>. Acesso em: 12 mar. 2012.
- SANTOS, Cecília M.; IZUMINO, Wânia P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. *Rev. Estudos Interdisc. Am. Lat. El Caribe*, Tel Aviv, v. 16, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.fag.edu.br/professores/gspreussler/Direitos%20Humanos/Viol%EAncia%20de%20G%EAnero.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2012.
- SILVA, Elisabete P. et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1044-1053, out. 2011.
- SOUZA, Zannety C.S.N.; DINIZ, Normélia Maria F. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 742-750, out./dez. 2011.

Submetido: 15/10/2012

Aceito: 13/5/2013