



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Massumi Okada, Márcia; Akiko Komura Hoga, Luiza; Vilela Borges, Ana Luiza; Sartori de
Albuquerque, Rosemeire; Belli, Maria Aparecida
Violência doméstica na gravidez

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 28, núm. 3, 2015, pp. 270-274
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307039760013>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Violência doméstica na gravidez

Domestic violence against pregnant women

Márcia Massumi Okada¹

Luiza Akiko Komura Hoga²

Ana Luiza Vilela Borges²

Rosemeire Sartori de Albuquerque²

Maria Aparecida Belli²

Descritores

Enfermagem obstétrica; Enfermagem materno-infantil; Violência doméstica; Gravidez; Fatores sociodemográficos

Keywords

Obstetrical nursing; Maternal-child nursing; Domestic violence; Pregnancy; Sociodemographic factors

Submetido

22 de Outubro de 2014

Aceito

15 de Dezembro de 2014

Autor correspondente

Márcia Massumi Okada
Avenida Celso Garcia, 2477, São Paulo,
SP, Brasil. CEP: 03015-000
marciamokada@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500045>

Resumo

Objetivo: Caracterizar violência doméstica na gravidez.

Métodos: Estudo transversal, exploratório e analítico da violência doméstica com 385 mulheres atendidas em maternidade pública. Testes de Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher foram utilizados para verificar associações e considerados significantes resultados $p < 0,05$. Dados das características sociodemográficas das mulheres, parceiros e familiares e itens do "Abuse Assessment Screen-AAS" foram coletados.

Resultados: A violência doméstica acometeu 36,9% das mulheres em algum momento da vida e 34,6% na gravidez. As prevalências foram para violência psicológica (97,1%), física (48,7%) e sexual (4,9%) e o parceiro foi o principal agente. Houve associação significante da violência doméstica com religião protestante ($p=0,0022$), ausência de planejamento da gravidez ($p=0,0196$), baixa renda familiar ($p=0,0215$) e hábito do etilismo do parceiro ($p=0,0002$).

Conclusão: A violência doméstica deve ser investigada sistematicamente na gravidez, com atenção especial nas grávidas protestantes, sem planejamento da gravidez e as mulheres cujos parceiros são etilistas.

Abstract

Objective: To characterize domestic violence in pregnancy.

Methods: Cross-sectional, exploratory and analytical study of domestic violence with 385 women who attended a public maternity. The Chi-square test of Pearson and Fisher exact test were used to verify associations and considering significant results $p < 0.05$. Data of the sociodemographic characteristics of women, partners and family members and items of "Abuse Assessment Screen-AAS" were collected.

Results: Domestic violence compromised 36.9% of women at some point in life and 34.6% during pregnancy. Prevalence rates were due to psychological (97.1%), physical (48.7%) and sexual (4.9%) violence and the partner was the main aggressor. The following variables were significantly associated with domestic violence: protestant religion ($p=0.0022$), lack of planning of pregnancy ($p=0.0196$), low family income ($p=0.0215$) and partner drinking habit ($p=0.0002$).

Conclusion: Domestic violence should be systematically investigated during pregnancy, with special attention to protestant pregnant women, women who did not plan their pregnancy and women whose partners are alcoholics.

¹Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A violência, em seu sentido geral, está amplamente disseminada em todos os países do mundo e representa um problema de saúde pública de graves dimensões. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em mais de 80 países, constatou que, mundialmente, 35% das mulheres sofrem violência física e ou sexual por um parceiro íntimo ou violência sexual por uma pessoa sem vínculo afetivo. A maioria dos casos de violência doméstica é praticada em sua maioria no ambiente doméstico.⁽¹⁾ A prevalência de violência doméstica contra a mulher grávida varia amplamente na literatura, de 1,2% a 66%. Esta variação provavelmente deve-se às diferenças nas metodologias adotadas nos estudos empíricos, nos aspectos culturais e nas definições sobre violência doméstica empregadas nos mesmos, que dificultam comparar seus resultados.^(2,3)

A violência doméstica pode resultar em diversos danos à saúde das mulheres, como gestação indesejada, aborto,⁽⁴⁾ baixo peso ao nascer e prematuridade.⁽⁵⁾ A depressão e a síndrome de estresse pós-traumático⁽⁶⁾ podem ser contabilizados como desdobramentos da violência doméstica. Quando as gestantes são vitimadas pela violência física e sexual, além das intercorrências citadas, elas têm chances estatisticamente significantes para apresentar sangramento vaginal e não ter desejos sexuais.⁽⁷⁾

Profissionais de saúde possuem condições privilegiadas para detectar a problemática da violência contra mulheres. No entanto, o registro das ocorrências de violência contra as mulheres no Brasil é escasso e pouco fidedigno. São problemas derivados do medo das consequências da formalização de denúncias.⁽⁷⁾ O objetivo deste estudo foi caracterizar a violência doméstica na gravidez.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, exploratório e analítico, sobre frequência e características da violência contra a mulher em algum momento de sua vida e na gravidez. Ele foi desenvolvido em uma ma-

ternidade filantrópica, vinculada ao sistema público de saúde, localizada na cidade de São Paulo, Brasil.

A população do estudo consistiu de 385 puérperas que receberam assistência ao parto na instituição. Os pais biológicos dos filhos gerados por elas foram denominados como "parceiros". O critério de inclusão foi ter tido parceiro íntimo nos últimos 12 meses, independente de coabitAÇÃO. A recusa para participar do estudo, por qualquer motivo, e ter déficit mental foram, os critérios de exclusão estabelecidos.

A coleta dos dados foi feita mediante uso de formulário estruturado que continha, além das características sociodemográficas das mulheres, seus familiares e parceiros, os itens do instrumento "*Abuse AssessmentScreen-AAS*", traduzido e validado para a cultura brasileira.

Os dados foram analisados por meio do Programa R para *Linux* versão 2.1.1. Análises descritivas e multivariadas foram feitas para verificar a existência de associações entre as características da violência doméstica sofrida pelas mulheres e as características sociodemográficas referentes às mulheres vitimadas, seus familiares e agressores. Os testes Qui-Quadrado de *Pearson* e Exato de *Fisher* foram feitos para comparar valores de significância estatística (p), tendo sido considerados significantes os resultados $p < 0,05$.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Quanto às características das mulheres, a maioria era jovem, casada, com escolaridade entre 9 e 11 anos, da religião Católica, moradora em casa própria, sem trabalho remunerado, e o parceiro era o principal provedor familiar. Seus parceiros tinham características similares em relação à idade e escolaridade, porém, a maioria tinha trabalho remunerado.

Quanto às características da gravidez, a maioria (58,2%) não mudou o tipo de vínculo com o parceiro depois da ocorrência da gravidez e dentre as que mudaram de vínculo, 68,3% tinham se casado.

Em 55,6% dos casos, não houve planejamento da gravidez, apesar de os casais estarem usando algum tipo de método anticoncepcional (55,6%). A maioria dos parceiros (93,5%) e demais membros da família (96,4%) aceitaram a gravidez.

Dados sobre a ocorrência da violência doméstica segundo o momento, o tipo, o agressor e a mudança na frequência da violência doméstica com o advento da gravidez estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Violência doméstica

Momento/Tipo/Agressor/Aumento com a gravidez	n(%)
Em algum momento da vida (n1=385)	
Não	243(63,1)
Sim	142(36,9)
Tipo (n2=142)	
Psicológica	138(97,1)
Parceiro	68(49,3)
Alguém da família da mulher	34(24,6)
Alguém da família do parceiro	2(1,5)
Alguém não pertencente à família	34(24,6)
Física	41(48,7)
Parceiro	20(48,8)
Alguém da família da mulher	7(4,9)
Alguém não pertencente à família	14(34,2)
Sexual	7(4,9)
Parceiro	4(57,2)
Desconhecido	2(28,6)
Não respondeu	1(14,2)
Durante a gravidez (n2=142)	
Não	93(65,4)
Sim	49(34,6)
Tipo (n3=49)	
Psicológica	35(71,4)
Parceiro	22(62,9)
Alguém da família da mulher	8(22,9)
Alguém não pertencente à família	5(14,2)
Física	17(34,6)
Parceiro	8(47,1)
Alguém da família da mulher	5(29,4)
Alguém não pertencente à família	4(23,5)
Sexual	3(6,1)
Parceiro	3(100,0)
Freqüência da violência na gravidez (n2=142)	
Diminuiu	54(38,0)
Aumentou	36(25,3)
Continuou a mesma	35(24,7)
Cessou	4(2,8)
Não respondeu	13(9,2)

Por meio desta tabela, é possível verificar que a maioria das mulheres não sofreu violência doméstica em algum momento da vida (63,1%) ou na gravidez (65,4%). Das 142 participantes deste estudo, 36,9% tinham sofrido violência doméstica em algum momento da vida, e praticamente todas

(97,1%) referiram ter sofrido violência psicológica, quase a metade (48,7%) sofreu violência física e sete mulheres (4,9%) referiram ter sofrido violência sexual. Os principais agentes dos três tipos de violência sofrida em algum momento da vida foram os próprios parceiros, embora parte delas (38,0%) tenha referido que a frequência da violência diminuiu depois da gravidez.

As associações entre a ocorrência da violência doméstica na gravidez e variáveis relativas às características sociodemográficas das mulheres, seus parceiros e membros da família, que se mostraram estatisticamente significantes ($p<0,05$) (Teste Exato de Fisher) foram: ser da religião evangélica ($p=0,0022$), ter renda familiar abaixo de R\$ 1.000,00 na época da coleta dos dados ($p=0,0215$), não ter planejado a gravidez ($p=0,0196$) e ter parceiro com hábito de consumir bebida alcoólica ($p=0,0002$). As demais variáveis das mulheres (idade, anos de estudo, número de filhos, existência de trabalho remunerado, tipo de vínculo com o parceiro, moradia própria, alugada ou emprestada e dependência financeira), dos parceiros (anos de estudo e aceitação da gravidez) e outros membros da família (aprovação da gravidez) e suas associações com a vitimização pela violência doméstica não indicaram existência de significância estatística.

Discussão

Os limites deste estudo estão relacionados ao delineamento transversal, que não permitiu o estabelecimento de relações de causa e efeito. Os resultados limitaram-se à amostra investigada, não permitindo generalizações a outras populações.

As diferenças de aspectos culturais, sociais sobre a violência doméstica aumentaram o risco de subnotificação. A violência doméstica é muito influenciada pelos costumes culturais de cada comunidade e, assim sendo, nenhuma estratégia a ser adotada é capaz de equacionar o problema de forma universal.⁽⁸⁾

Embora a violência doméstica seja influenciada por aspectos culturais e sociais, este estudo destaca a importância dos profissionais de saúde destinarem

esforços de modo à identificar e responder à violência doméstica sofrida pelas mulheres atendidas nos serviços de pré-natal.⁽⁶⁾

As participantes deste estudo e seus parceiros eram, na maioria, jovens, casados, católicos e com escolaridade média, donas de casa e dependentes financeiramente dos parceiros, sendo estes os principais provedores das famílias. Embora 27,5% delas fossem adolescentes, não foram vitimadas com maior frequência pela violência doméstica, se comparadas às adultas.

A gravidez não foi, para mais da metade (58,2%) dos casais, motivo para mudar o tipo de vínculo. Entre as que mudaram o tipo de vínculo depois da gravidez, o seu fortalecimento mediante casamento prevaleceu em 68,3%.

Quanto ao uso de métodos anticoncepcionais no momento da gravidez, 44,4% não estava usando, e a maioria (55,6%) não planejou a gravidez. O estabelecimento do vínculo marital como consequência da gravidez não planejada pode ocasionar desgastes para as pessoas envolvidas. Apesar da ocorrência da gravidez não planejada em cerca de metade das mulheres, a maioria dos parceiros (93,5%) e demais membros da família (96,4%) aceitou o fato.

Foram vítimas da violência doméstica em algum momento da vida e durante a gravidez 36,9% e 34,6% respectivamente. Esta proporção foi maior se comparada aos resultados obtidos por pesquisa realizada em Londres, na qual a proporção de mulheres que tinham sofrido algum tipo de violência doméstica ao longo da vida foi de 23,5%.⁽⁹⁾

Ao contrário de outros estudos,⁽¹⁰⁾ a gravidez não foi um fator protetor para a violência doméstica. A literatura não é consistente quanto à diminuição da violência quando a mulher fica grávida.⁽¹¹⁾ Resultados de estudos realizados em 19 países (Africanos, Latino-Americanos, Asiáticos e Europeus) identificaram a ocorrência de altos índices de violência perpetradas pelos parceiros, mas as mulheres vitimadas não necessariamente relataram altos índices de violência durante a gravidez. Este fato indica que fatores culturais podem ser determinantes importantes da denúncia da violência perpetrada pelos parceiros durante a gravidez.⁽¹¹⁾ Estudos anteriores também

indicaram que a violência pelo parceiro poderia começar durante a primeira gravidez.⁽¹²⁾

Quanto ao tipo de violência doméstica sofrida pelas mulheres, a psicológica apresentou maior frequência, sendo semelhante ao estudo realizado no sudeste da Nigéria.⁽¹³⁾ A violência física nesta amostra foi maior do que em outras partes do mundo.⁽¹⁴⁾

Com relação ao agente da violência doméstica, o parceiro foi citado como o principal, seguido por membro da família. Este resultado evidencia que a violência doméstica contra a mulher representa um problema presente na maioria das sociedades.^(7,9)

As mulheres cujos parceiros tinham o hábito de consumir bebida alcoólica, as protestantes, as que não tinham planejado a gravidez e as que tinham renda familiar mensal menor que R\$ 1.000,00 apresentaram risco significativamente maior ($p<0,05$) de sofrer violência doméstica na gravidez. É de conhecimento que o consumo de bebida alcoólica está relacionado à menor coesão e à menor organização no ambiente familiar, bem como aos altos níveis de violência doméstica,^(8,12) fato que indica a necessidade de incluir dados sobre hábitos pessoais e familiares no histórico de saúde na assistência pré-natal. Especial atenção deve ser direcionada à percepção sobre o medo da mulher que tenta ocultar o problema do etilismo do parceiro. Diante da situação de medo e de dependência econômica, a maioria das mulheres busca ajuda de familiares ou amigos, mas outras permanecem em silêncio.^(15,16)

Ser protestante representou um risco significativo para a violência doméstica, o que torna essencial que a afiliação religiosa seja identificada na assistência pré-natal. A existência de uma íntima relação entre religiosidade e comportamentos conservadores na esfera sexual já foi demonstrada.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Este estudo confirma a importância de uma abordagem pelos profissionais de saúde para rastrear a violência doméstica e identificar as mulheres grávidas em risco de violência doméstica perpetrada pelo parceiro.⁽¹⁹⁾ Esta medida representa importante subsídio à redução do risco das mulheres serem vitimadas pelos seus parceiros e das morbidades relacionadas à gestação, do estresse emocional, cuja somatória importa para assegurar um desfecho perinatal mais positivo.⁽²⁰⁾

Conclusão

Diante do cenário obtido e o impacto negativo que a violência doméstica acarreta, devemos investigar sistematicamente a violência doméstica na atenção básica de saúde, com atenção especial direcionado às grávidas protestantes, que não planejaram a gravidez e aquelas, cujos parceiros possuem o hábito do etilismo.

Agradecimentos

Agradecemos as mulheres participantes do estudo, a assistente social Mercedes Agraso Rodrigues pela atenção e presteza com os participantes desta pesquisa e também a psicóloga Ana Lúcia Braz pelas importantes sugestões quanto aos aspectos psicológicos envolvidos no presente estudo.

Colaborações

Okada MM e Hoga LAK contribuíram com a concepção do projeto, execução da pesquisa e redação do artigo. Borges ALV cooperou com a execução da pesquisa e redação do artigo. Hoga LAK; Albuquerque RS e Belli MA colaboraram com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. World Health Organization; Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Factasheet No 239. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en>.
2. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. Trauma Violence Abuse. 2004; 5(1):47-64.
3. Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. J Epidemiol Community Health. 2005; 59(10):818-21.
4. Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. BMC Womens Health. 2014;14:63.
5. Shah PS, Shah J; Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. J Womens Health (Larchmt). 2010; 19(11):2017-31.
6. Howard LM, Oram S, Galera H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2013; 10(5):e1001452.
7. Audi CA, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Pérez-Escamilla R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. Midwifery. 2012; 28(4):356-61.
8. Golchim NAH; Hamzehgardeshi Z; Hamzehgardeshi L; Ahoodashti MS. Sociodemographic characteristic of pregnancy women exposed to domestic violence during pregnancy in an Iranian setting. Iran Red Crescent Med J. 2014; 16(4):e11989.
9. Mezey G, Bacchus L, Bewley S, White S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of child bearing women. BJOG. 2005; 112(2):197-204.
10. Bowen E, Heron J, Waylen A, Wolke D. ALSPAC Study Team. Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. BJOG. 2005; 112(8):1083-9.
11. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, Watts C. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. Reprod Health Matters. 2010; 18(36):158-70.
12. Finnbogadóttir H, Dejin-Karlsson E, Dykes AK. A multi-centre cohort study shows no association between experienced violence and labour dystocia in nulliparous women at term. BMC Pregnancy Childbirth. 2011;11:14.
13. Onoh RC; Umeora, OJU; Ezeonu PO; Onyebuchi AK; Lawani AL; Agwu UM. Prevalence, pattern and consequences of intimate partner violence during pregnancy atabakaliki southeast Nigeria. Ann Med Health Sci Res. 2013; 3(4):484-91.
14. Chu SY, Goodwin MM, D'Angelo DV. Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy, 2004-2007. Am J Prev Med. 2010; 38(3):317-22.
15. Tanya Abramsky, Charlotte H Watts, Cláudia Garcia- Moreno, Karen Devries, Lígia Beijo, Mary Ellsberg, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. BMC Public Health. 2011;11:109.
16. Visser RO, Smith AM, Richters J, Rissel CE. Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of Australian adults. Arch Sex Behav. 2007; 36(1):33-46.
17. Wafa MK Fageeh. Factors associated with domestic violence: a cross-sectional survey among women in Jeddah, Saudi Arabia. BMJ. 2014; 4(2):e004242.
18. Sharma, S. Young women, sexuality and protestant church community: oppression or empowerment. Eur J Women's Stud. 2008; 15(4):345-59.
19. Martin SL, Li Y, Casanueva C, Harris-Britt A, Kupper LL, Cloutier S. Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. Violence Against Women. 2006; 12(3):221-39.
20. Kiely M, El-Mohandes AA, El-Korazaty MN, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010; 115(2 Pt1):273-83.