



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Ferrari Audi, Celene Aparecida; Segall-Corrêa, Ana M.; Santiago, Silvia M.; Andrade, Maria da Graça G.; Pérez-Escamilla, Rafael

Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados

Revista de Saúde Pública, vol. 42, núm. 5, outubro, 2008, pp. 877-885

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240170013>

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

redalyc.org

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

Celene Aparecida Ferrari Audi^I
Ana M Segall-Corrêa^I
Silvia M Santiago^I
Maria da Graça G Andrade^I
Rafael Pérez-Escamilla^{II}

Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados

Violence against pregnant women: prevalence and associated factors

RESUMO

OBJETIVO: Identificar os fatores associados à violência doméstica contra gestantes.

MÉTODOS: Foram entrevistadas 1.379 gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde acompanhadas em unidades básicas de saúde no município de Campinas (SP). Foram analisadas a primeira e a segunda entrevistas de um estudo de coorte, aplicando-se questionário estruturado sobre violência doméstica validado no Brasil, de julho de 2004 a julho de 2006. Foram realizadas análise descritiva e regressão logística múltipla dos dados.

RESULTADOS: Do total da amostra, 19,1% (n=263) das gestantes reportaram violência psicológica e 6,5% (n=89) violência física/sexual. Os fatores associados à violência psicológica foram: parceiro íntimo adolescente ($p<0,019$) e gestante ter presenciado agressão física antes dos 15 anos ($p<0,001$). Foram associados à violência física/sexual: dificuldade da gestante em comparecer às consultas de pré-natal ($p<0,014$), parceiro íntimo fazer uso de drogas ($p<0,015$) e não trabalhar ($p<0,048$). Os fatores associados à violência psicológica e física/sexual foram: baixa escolaridade da gestante ($p<0,013$ e $p<0,020$, respectivamente), gestante ser responsável pela família ($p<0,001$ e $p=0,017$, respectivamente) gestante ter sofrido agressão física na infância ($p<0,029$ e $p<0,038$, respectivamente), presença de transtorno mental comum ($p<0,001$) e parceiro íntimo consumir bebida alcoólica duas ou mais vezes por semana ($p<0,001$).

CONCLUSÕES: Constataram-se altas prevalências das diferentes categorias de violência doméstica praticada pelo parceiro íntimo durante o período gestacional, assim como, com os diversos fatores a elas associados. Mecanismos apropriados para identificação e abordagem da violência doméstica na gestação são necessários, especialmente na atenção primária.

DESCRITORES: Violência contra a Mulher. Gestantes. Mulheres Maltratadas. Maus-Tratos Conjugais. Violência Doméstica. Fatores de Risco. Estudos Transversais.

^I Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{II} Center for Eliminating Health Disparities Among Latinos. University of Connecticut. Storrs, CN, USA

Correspondência | Correspondence:
Celene Aparecida Ferrari Audi
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Pós-Graduação em Saúde Coletiva
R. Tessália Vieira Camargo No 126
Cidade Universitária "Zeferino Vaz" Unicamp
13084-270 Campinas, SP, Brasil
E-mail: celenefaudi@yahoo.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the factors associated with domestic violence against pregnant women.

METHODS: Interviews were conducted with 1,379 pregnant women undergoing antenatal care in basic health care units of the Brazilian Health System, within the municipality of Campinas (Southeastern Brazil). A structured questionnaire on domestic violence, validated in Brazil, was applied between July 2004 and July 2006. The first and second interviews in a cohort study were analyzed. Descriptive and multiple logistic regression analysis of the data were conducted.

RESULTS: Psychological violence was reported by 19.1% (n=263) of the total sample of pregnant women and physical/sexual violence was reported by 6.5% (n=89) of them. The factors associated to psychological violence were: adolescent intimate partner ($p<0.019$) and the pregnant woman had witnessed physical aggression before she was 15 years old ($p<0.001$). The factors associated to physical/sexual violence were: difficulties encountered by the pregnant woman in attending her antenatal appointments ($p<0.014$), intimate partner uses drugs ($p<0.015$) and does not work ($p<0.048$). The factors associated to psychological and physical/ sexual violence were: low level of education of the interviewee ($p<0.013$ and $p<0.020$, respectively), the pregnant woman being responsible for the family ($p<0.001$ and $p=0.017$, respectively) pregnant woman had suffered physical aggression during childhood ($p<0.029$ and $p<0.038$, respectively), presence of common mental disorder ($p<0.001$) and intimate partner consumes alcoholic beverage twice or more weekly. ($p<0.001$).

CONCLUSIONS: A high prevalence of different categories of domestic violence by an intimate partner during pregnancy was found as well as different factors associated with them. Appropriate mechanisms are necessary, particularly in primary health care, to identify and deal with domestic violence during pregnancy.

DESCRIPTORS: Violence Against Women. Pregnant Women. Battered Women. Spouse Abuse. Domestic Violence. Risk Factors. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é amplamente reconhecida como grave problema de saúde pública. Estudo multicêntrico sobre violência doméstica coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) constatou que as prevalências de violência perpetrada por parceiro íntimo em algum momento da vida variam entre 15% no Japão a 71% na Etiópia e no último ano a prevalência física/sexual foi de 4% a 54% respectivamente.⁴

Gestantes não estão livres de violência doméstica: em revisão de literatura, foram observadas prevalências de 0,9% a 20,1%. Essa variação de prevalências é atribuída à heterogeneidade na definição de violência, aos diferentes tamanhos e processos de seleção da amostra e aos métodos de estudo.⁵

Algumas situações de vida da mulher têm sido descritas como fatores associados à violência doméstica: baixo nível socioeconômico, baixo nível de suporte social, raça/etnia negra e ser jovem.^{3,13} Em relação à história

reprodutiva da mulher, foram observados: idade da primeira relação sexual antes dos 19 anos, gravidez não planejada, recusa do uso de preservativo pelo parceiro e uso de drogas lícitas e ilícitas.^{3,13} Gestantes que presenciaram ou sofreram violência quando jovens são mais suscetíveis a sofrer violência durante a gestação.^{3,5} Entretanto, não há consenso sobre a gravidez ser fator de risco para esse tipo de violência.⁵

A violência durante o período gestacional pode trazer consequências graves para a saúde da mulher, entre elas hemorragia e interrupção da gravidez.¹⁸ Com relação à saúde da criança, foram constatados aumento do risco de morte perinatal e de nascidos com baixo peso e prematuridade.²

Estudos que venham a aprofundar o entendimento dessa questão são fundamentais para seu enfrentamento e para a definição de novas abordagens, especialmente nos serviços de saúde.

O objetivo do presente estudo foi identificar os fatores associados à violência doméstica, caracterizada pela violência psicológica e física e/ou sexual, perpetrada por parceiro íntimo durante o período gestacional.

MÉTODOS

Foi utilizada uma análise de corte transversal, da primeira e da segunda entrevista de um estudo de coorte, iniciado em março de 2004 e concluído em julho de 2006. As entrevistas foram realizadas com gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em acompanhamento pré-natal em unidades básicas de saúde do município de Campinas (SP).

Adotou-se questionário validado por Schraiber^a (2003) no Brasil, com questões referentes à violência psicológica caracterizada por insulto, humilhação, intimidação e ameaça; violência física, quando há tapa, empurrão, soco, chute, estrangulamento ou ameaça com arma de fogo; e sexual, quando há relato de relação sexual forçada ou por medo e prática forçada de algum tipo de relação sexual não desejada.

Após levantamento bibliográfico, contatou-se a importância de se investigar histórico de violência presenciada ou sofrida na adolescência. Assim, foi perguntado às entrevistadas: "Antes dos 15 anos a senhora presenciou algum tipo de agressão física na família? Antes dos 15 anos a senhora sofreu algum tipo de agressão física por familiar? Antes dos 15 anos a senhora se lembra se alguém tocou na senhora sexualmente ou obrigou-a a alguma atividade sexual que a senhora não queria?"

O questionário incluiu variáveis relacionadas a: características demográficas e socioeconômicas da gestante e do parceiro íntimo, história reprodutiva materna e situação da gravidez atual, situação do pós-parto e alimentação infantil, tabagismo, consumo de álcool e drogas ilícitas pelo parceiro íntimo. Parceiro íntimo foi considerado o marido/companheiro, namorado ou pai da criança que mulher estava gerando com o qual mantinha relação sexual.

Para estratificação social das gestantes, utilizou-se classificação elaborada pela Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (ANEPE). O *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)¹⁵ foi aplicado para o conhecimento sobre o uso de álcool pela gestante na primeira entrevista. Para identificação de possível transtorno mental foi usado o SQR-20-*Self-Report Questionnaire* na primeira e na segunda entrevistas.⁹

As entrevistadoras tinham idade superior a 20 anos e segundo grau completo.

Calculou-se amostra de 1.400 gestantes para o estudo de coorte. Destas, foram incluídas 1.379 mulheres, selecionadas não aleatoriamente por ocasião da consulta pré-natal. Adotou-se nível de significância de 5% e erro amostral de 1%.

As gestantes foram incluídas no estudo entre julho de 2004 e julho de 2006, quando compareciam às unidades básicas de saúde para atendimento pré-natal. Nesta ocasião, eram convidadas a participar, informadas sobre os objetivos e os procedimentos do estudo, bem como solicitada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No caso de gestante com idade igual ou inferior a 18 anos e legalmente dependente dos pais ou responsável, esse Termo era assinado por ela e pelo responsável.

As entrevistas foram realizadas com todas as gestantes que aceitaram participar do estudo, independentemente da idade gestacional.

Foi realizada somente uma entrevista com gestantes em idade gestacional superior a 28 semanas ou até 28 semanas que tenham relatado na primeira entrevista ter sofrido violência física e/ou sexual na gestação atual. Foram realizadas duas entrevistas com as gestantes com até 28 semanas de gestação e que não haviam relatado na primeira entrevista qualquer episódio de violência física e/ou sexual durante a atual gestação.

A realização de mais de uma entrevista durante o pré-natal e principalmente no último trimestre de gestação foi realizada com o objetivo de minimizar as respostas falsas negativas e verificar nas gestantes entrevistadas nos primeiros trimestres da gravidez eventos de violência que ocorreram após a primeira entrevista.

Durante todo o período de coleta de dados foram feitas reuniões quinzenais com as entrevistadoras e a coordenadora de campo, contando com supervisão e orientação de uma psicóloga.

Foram, inicialmente, realizados procedimentos descritivos para cálculo das prevalências e testes bivariados para estimativas de riscos não ajustados, considerando os tipos de violência (violência psicológica e violência física/sexual) como variáveis dependentes e as características sociodemográficas e de estilo de vida como variáveis independentes. Seguiram-se a estas análises os procedimentos de modelagem múltipla por meio de regressão logística, incluindo no modelo todas as variáveis independentes que mostraram associação com as duas variáveis dependentes – violência psicológica e física e/ou sexual –, em nível de significância de 10%.

Foi utilizado procedimento *stepwise forward* para a elaboração do modelo múltiplo, permanecendo a variável

^a Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Pinho AA, Hanada H, Felicíssimo A, Kiss LB, Durand JG. Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher [Relatório Científico]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2003. (Projeto FAPESP: Linha Políticas Públicas, nº 98/14070-9).

no modelo se $p \leq 0,05$. A força de associação entre as variáveis independentes e dependentes foi expressa em valores estimados de *odds ratios* (OR) brutos e ajustados, com intervalo de confiança de 95%. Os ajustes foram feitos considerando as variáveis independentes já descritas e incluindo, também, as variáveis raça/cor e situação conjugal, que diferiam entre gestantes acompanhadas e aquelas não acompanhadas no estudo. Os dados foram digitados no EpiInfo versão 6.04. Foram conferidos todos os questionários inseridos, assim como, a consistências dos dados. Para sua análise, utilizou-se o programa SPSS, versão 13.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Processo nº 116/2004).

RESULTADOS

Os dados descritivos e da análise bivariada dos fatores sociodemográficos associados às violências psicológica e física/sexual contra a gestante e perpetrada pelo parceiro íntimo estão apresentados na Tabela 1.

Na primeira entrevista, 16,3% ($n=225$) das gestantes relataram ter sido vítima de violência psicológica, 5,7% ($n=79$) física e 1,3% ($n=18$) sexual. Na segunda entrevista com participantes com menos de 28 semanas de gestação e sem relato de violência na primeira entrevista ($n=806$), observou-se violência psicológica em 8,3% ($n=114$) das gestantes, física em 1,7% ($n=24$) e sexual em 0,8% ($n=11$). Somando-se as ocorrências relatadas nas duas entrevistas, observaram-se prevalências de 19,1% de violência psicológica ($n=263$) e 6,5% ($n=89$) de violência física/sexual.

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

Das entrevistadas, 5,5% declararam-se como economicamente responsáveis pela família. A prevalência do uso de álcool durante a gestação foi de 1,4%, 13,6% eram tabagistas. A prevalência de gestantes que relataram alguma experiência com violência na infância foi de 55,8% entre elas 31,3% presenciaram violência física na família, 17,8% foram vítimas e 6,7% sofreram algum tipo de abuso sexual. Não houve associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre qualquer tipo de violência e idade da gestante, sua raça/cor declarada,

seu trabalho atual e tabagismo. Por outro lado, foram considerados fatores de risco para violência doméstica (psicológica e física/sexual) contra a gestante sua baixa escolaridade, a união não estável, ser a gestante ou ambos responsáveis pela família e ter na infância presenciado ou sofrido algum tipo de violência. Pertencer à religião católica apresentou-se como fator de proteção para violência psicológica, mas não permaneceu no modelo de regressão logística. O uso de bebida alcoólica pela gestante aumentou em quatro vezes a chance de sofrer violência física/sexual e mais de duas vezes em situação conjugal não estável (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra as variáveis que compuseram a história reprodutiva e saúde mental dessas gestantes e as análises bivariadas com seus respectivos OR, intervalos de confiança e valores de p . Mais da metade das gestantes teve a primeira relação sexual com 16 anos ou menos e 23,4% ficaram grávidas pela primeira vez com essa idade. A maioria (79,2%) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Menos de 7% referiram dificuldade para comparecer às consultas de pré-natal. Cerca de 20% tinham filhos com outro parceiro íntimo que não o atual, enquanto 45% eram primíparas. A presença de transtorno mental comum foi relatada por mais da metade das entrevistadas.

Ter tido a primeira relação sexual e a primeira gravidez antes dos 16 anos, a dificuldade para comparecer a consultas de pré-natal, ser primípara e apresentar transtorno mental comum constituíram situações que elevam a chance de ocorrência de violência física/sextual e/ou psicológica.

O parceiro íntimo tinha em média 27,6 anos, sendo 8,5% adolescentes. Da mesma forma que as gestantes, eles tinham baixa escolaridade: 53,8% possuíam o ensino fundamental e 2,1% ensino superior. A maioria trabalhava (87,5%) e 81,9% morava com suas companheiras, dos quais 26,3% há menos de um ano e 21,2% tinham filhos com outro homem. Foram altas as prevalências de tabagismo entre gestantes (33,4%) e de uso de bebida alcoólica pelo parceiro íntimo (30% bebia com freqüência igual ou superior a duas vezes por semana). Seis por cento dos parceiros íntimos faziam uso de drogas ilícitas. Exceto o tempo de moradia com a gestante, as demais variáveis apresentaram associação com a violência perpetrada contra a companheira. (Tabela 3)

Estão apresentados na Tabela 4 os resultados da análise de regressão logística. Baixa escolaridade – até oito anos de estudo – aumentou em 1,5 vez a chance de violência psicológica e de quase o dobro de violência física e sexual. Apresentar transtorno mental comum acrescentou mais que uma vez e meia a chance de violência psicológica e quase o triplo para violência física e sexual. Ter presenciado na família ou vivenciado violência antes dos 15 anos de idade também aumentaram

Tabela 1. Análise bivariada das características sociodemográficas, hábitos de vida não saudáveis e situações vivenciadas pela gestante. Campinas, SP, 2004-2006. N=1.379

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

* Missing

** Ambos: gestante e parceiro íntimo são relatados pela gestante como responsáveis pela família

quase o dobro para violência psicológica e mais de uma vez e meia as chances de violência física e sexual na atual gestação. A chance de sofrer violência psicológica e violência física/sexual foi mais que o dobro quando a gestante era responsável pela família.

O relato de dificuldades para o comparecimento às consultas de pré-natal aumentou em mais de duas vezes a chance da gestante ser vítima de violência física e sexual. A freqüência do consumo de bebida alcoólica pelo parceiro íntimo de duas ou mais vezes por semana aumentou em mais de duas vezes a chance de violência psicológica e de violência física e sexual. Da mesma forma, o consumo de drogas ilícitas aumentou em mais que o dobro a chance de perpetrar violência física e sexual contra a gestante.

A idade do parceiro íntimo apresentou associação positiva com a violência psicológica. O fato de o parceiro íntimo estar desempregado aumentou em 77% a chance de violência física e sexual.

DISCUSSÃO

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

Este é o primeiro estudo de coorte realizado no Brasil que acompanhou gestantes que realizaram pré-natal nas unidades básicas de saúde. Na presente análise, foram utilizadas duas entrevistas feitas com gestantes durante o período gestacional, portanto, uma análise de corte transversal. No presente estudo, em torno de 2% das entrevistadas relataram ter sofrido violência física na segunda entrevista. Nas investigações em que se perguntava a respeito de violência doméstica, por mais de uma vez durante a gestação ou no curso do seu terceiro trimestre, foram encontradas prevalências mais altas, variando de 7,4% a 20,1%.⁵

Tabela 2. Análise bivariada das características da saúde reprodutiva e condições relacionadas à saúde mental da gestante. Campinas, SP, 2004-2006. N=1.379

Característica da gestante	Violência por parceiro íntimo									
	Total		Psicológica (n=263; 19,1%)			Física e sexual (n= 89; 6,5%)			p	
	n	%	n	OR	IC	n	OR	IC		
Idade da 1ª relação sexual										
≤16	818	59,3	172	1,38	1,03;1,84	0,03	26	1,72	1,05;2,82	0,03
>16	561	40,7	91				63			
Idade da 1a gravidez										
≤16	322	23,4	182	1,62	1,19;2,20	<0,001	36	2,38	1,50;3,08	<0,001
>16	1057	76,6	81				53			
Início da consulta pré-natal (semanas)										
≤12	1092	79,2	205		0,65;1,28	0,64	1	0,92;2,54	0,106	
>12	287	20,8	58	0,91			64	1,53		
Dificuldade em fazer pré-natal*										
Sim	91	6,6	25	1,67	1,00;2,77	0,048	15	3,24	1,69;6,11	<0,001
Não	1288	93,4	238	1			74	1		
Filho com outro homem										
Sim	293	21,2	55	0,98	0,69;1,37	0,949	30	1,99	1,22;3,22	0,004
Não	1086	78,8	208	1			59	1		
Primípara										
Sim	619	44,9	113	0,91	0,69;1,20	0,53	30	0,61	0,38;0,97	0,037
Não	760	55,1	150	1			59	1		
Número de filhos										
>2	298	21,6	63	1,18	0,85;1,64	0,345	29	1,83	1,21;2,98	0,013
≤1	1081	78,4	200	1			60			
Transtorno mental comum										
Sim	723	52,4	178	2,19	1,64;2,94	<0,001	72	4,16	2,36;7,41	<0,001
Não	656	47,6	85	1			17			

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

Tabela 3. Análise bivariada das características sociodemográficas, hábitos de vida não saudáveis do parceiro íntimo da gestante. Campinas, SP, 2004-2006. N=1.379

Característica do parceiro íntimo	Violência por parceiro íntimo									
	Total		Psicológica (n=263; 19,1%)			Física e sexual (n=89 ; 6,5%)			p	
	n	%	n	OR	IC	n	OR	IC		
Idade (anos)										
≤19	117	8,5	32	1,68	1,07;2,64	0,023	79	1,4	0,66;2,89	0,443
>19	1262	91,5	231	1			10	1		
Nível de escolaridade										
Fundamental	743	53,8	137	1,24	0,57;1,06	0,116	54	1,89	1,18;2,98	0,006
Médio/Universitário	636	46,2	126	1			35	1		
Trabalha atualmente										
Não	172	12,5	43	1,49	1,01;2,21	0,045	25	3,03	1,80;5,09	<0,001
Sim	1205	87,5	220	1			64	1		
Mora com parceiro íntimo										
Não	249	18,1	58	1	0,52;1,03	0,074	26	1	0,31;0,84	0,007
Sim	1130	81,9	205	0,73			63	0,51		
Tempo que mora com parceiro										
≤1 ano	363	26,3	76	1,17	0,86;1,60	0,329	24	1,1	0,62;1,72	0,985
>1 ano	1016	73,7	187	1			65	1		
Freqüência semanal de uso de álcool										
≤1 vez	313	62,4	55	1	1,68;4,00	<0,001	13	1	2,14;9,12	<0,001
2 vezes ou mais	194	29,6	69	2,59			31	4,39		
Tabagista										
Sim	461	33,4	117	1,8	1,35;2,39	<0,001	45	2,15	1,37;3,38	<0,001
Não	918	66,6	146	1			44	1		
Usuário de drogas ilícitas										
Sim	83	6,0	28	2,31	1,39;3,79	<0,001	19	5,2	2,84;9,46	<0,001
Não	1296	94,0	235	1			70	1		

As prevalências elevadas de violência doméstica perpetrada contra as mulheres grávidas no presente estudo corroboram os achados verificados em estudo multicêntrico realizado pela OMS. Entre os países estudados, registrou-se ampla variação nas prevalências de violência física ou sexual, sendo a menor delas observada no Japão (8%), seguida por Sibéria e Montenegro (13%), Tailândia (11%) e as maiores foram registradas no Brasil, em cidades da Zona da Mata de Pernambuco (32%), e em província do Peru (44%).⁴

Grandes variações nas prevalências também foram relatadas por outros autores em estudos de revisão da literatura sobre violência contra a mulher na gestação.^{5,8} Deve-se ter cautela na interpretação desses resultados, essas diferenças podem estar ligadas às características diversas das populações estudadas, às definições de violência e à diversidade de instrumentos e métodos de coleta de dados.

Dentre os fatores associados à violência doméstica durante o período gestacional estão baixa escolaridade,

uso freqüente de álcool, desemprego e baixa renda^{5,7,8,14} das gestantes e dos seus parceiros íntimos. Entretanto, não foram encontrados estudos que abordassem algumas variáveis estudadas na presente pesquisa e que constituíram fatores associados à violência psicológica ou física/sexual, tais como: gestante economicamente responsável pela família ou gestante com dificuldade para comparecer às consultas de pré-natal.

É possível supor que essas últimas sejam mulheres que sofram constrangimentos de várias ordens, como ciúmes, ameaças e falta de recursos financeiros, que podem resultar em restrição de sua liberdade, sendo o comparecimento às consultas de pré-natal um indicativo disso. O fato de observar maior chance de violência quando a gestante é a pessoa de referência da família pode estar relacionado ao desemprego de seu parceiro, conforme observado nesta pesquisa. Revisão de literatura⁸ aponta o desemprego do parceiro íntimo como fator de risco para a violência, assim como há relato de que esta é maior quando as mulheres começam a assumir papéis não tradicionais ou começam a trabalhar.¹⁴

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

Tipo de violência	Variável	OR Bruto	OR Ajustado	IC Ajustado	P
Psicológica	Baixa escolaridade da gestante	1,50	1,44	1,08;1,92	0,013
	Gestante responsável pela família	3,34	2,51	1,65;3,83	<0,001
	Presença de transtorno mental comum	2,19	1,77	1,31;2,38	<0,001
	Gestante presenciou agressão física na infância	2,59	1,98	1,42;2,76	<0,001
	Gestante sofreu agressão física na infância	2,65	1,52	1,04;2,22	0,029
	Idade do parceiro íntimo	1,68	1,74	1,09;2,75	0,019
Física/sexual	Uso de álcool duas ou mais vezes por semana pelo parceiro	2,59	2,61	1,84;3,71	<0,001
	Baixa escolaridade da gestante	2,17	1,77	1,09;2,86	0,02
	Gestante responsável pela família	3,63	2,05	1,13;3,72	0,017
	Presença de transtorno mental comum	4,75	2,98	1,70;5,24	<0,001
	Gestante sofreu agressão física na infância	2,54	1,71	1,03;2,85	0,038
	Gestante tem dificuldade em comparecer a consulta de pré-natal	3,24	2,31	1,18;4,51	0,014
	Parceiro íntimo não trabalha	3,03	1,77	1,00;3,10	0,048
	Uso de drogas pelo parceiro íntimo	5,20	2,28	1,17;4,42	0,015
	Uso de álcool duas ou mais vezes por semana pelo parceiro	4,39	2,76	1,63;4,68	<0,001

Outro indicador de risco freqüentemente observado é o uso freqüente de bebida alcoólica pelo parceiro íntimo. Alguns autores acreditam que o uso do álcool é um facilitador para atos violentos, uma vez que modifica os padrões de comportamento, criando condições para discussões, ofensas, xingamentos, insultos e ameaças, podendo culminar em agressões físicas e sexuais.^{11,12}

No presente estudo, o consumo de álcool e de drogas ilícitas pelo parceiro íntimo representou maior chance de ocorrência de violência contra as gestantes. Tal situação pode levar ao retardamento na busca de ajuda e, consequentemente, de intervenções que poderiam minimizar os efeitos ou interromper estes atos.^{1,11}

Para Schraiber¹⁷(2003), estudos com homens e mulheres em situação de violência doméstica indicam uma condição multifatorial, que atua como precursora desse tipo de violência. Apesar do álcool e da pobreza favorecerem a violência, eles não podem ser considerados suas causas diretas. Outro fator consistentemente relacionado com o aumento do risco da violência é a mulher ter presenciado violência doméstica na sua infância.¹⁷ Tal condição observada no presente estudo pode ser indicativa de que essa violência iniciou na adolescência da gestante e pode estar sendo vivenciada como parte “natural” da vida da mulher, contribuindo para sua baixa auto-estima e falta de autonomia para criar mecanismos que contribuam para modificar essa situação.³

Observou-se na presente pesquisa que o transtorno mental comum apresentou forte associação com as características da violência pesquisada durante o período gestacional. Entretanto, por ser uma análise de corte transversal, não possibilitou verificar causalidade entre as

variáveis e as associações, também observadas em estudo realizado com mulheres, que referiram violência durante a gestação, atendidas em serviço público de saúde.³

A violência contra a mulher é um problema complexo e multidimensional que vem sendo gradativamente abordado como questão de saúde pública.¹⁰ O setor saúde tem importante papel no combate a esse tipo de violência por meio do desenvolvimento de pesquisas, notificação de casos, organização de serviços de referência para as vítimas e outras propostas de intervenção. Entretanto, nenhuma estratégia para o combate à violência pode deixar de abordar as raízes culturais desses abusos, além, evidentemente, de atender às necessidades imediatas das vítimas. Segundo Heise⁶ (1994), isso significa desafiar atitudes e crenças sociais que fundamentam a violência dos homens contra as mulheres e criar formas de negociação do poder entre os gêneros em todos os níveis da sociedade.¹⁶

Constataram-se altas prevalências das diferentes categorias da violência doméstica perpetrada pelo parceiro íntimo na gestação e sua associação com diversos fatores relacionados com as condições socioeconômicas, demográficas e da saúde da mulher e do seu parceiro íntimo. Mecanismos apropriados para identificação e abordagem da violência doméstica na gestação são necessários, especialmente na atenção primária.

AGRADECIMENTOS

À Sílvia Nogueira Cordeiro, psicóloga do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pelo apoio psicológico às entrevistadoras.

REFERÊNCIAS

1. Audi CAF, Corrêa AMS, Turato E, Santiago SM, Andrade MGG Rodrigues MSP. Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas-SP. *Rev Cienc Saude Coletiva*. 2007[citado 2007 dez 12]. Disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1092
2. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2004;18(4):260-9.
3. 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*. 2007;10(3):310-22. DOI: 10.1590/S1415-790X2007000300003
4. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, 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.
5. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of Violence Against Pregnant Women. *JAMA*. 1996;275(24):1915-20.
6. Heise L. Violência e gênero: uma epidemia global. *Cad Saude Publica*. 1994;10(Supl 1):135-45. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000500009
7. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(8):625-30.
8. Jasinsk JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2004;51(1):47-64.
9. Mari JJ, Willians P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SQR-20) in Primary Care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
10. Martín FM. La Violencia en la pareja. *Rev Panam Salud Pública*. 1999;5(4/5):245-57. DOI: 10.1590/S1020-49891999000400008
11. Menezes CT, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência Física Doméstica e Gestação de um Inquérito no Puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(5):309-16.
12. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;79(3):269-77.
13. Nasir K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence. *Eur J Public Health*. 2003;13(2):105-7.
14. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra; 2002.
15. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
16. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence Opening Pandora's Box. *JAMA*. 1992;267(23):3157-60.
17. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saude Publica*. 2006;40(Spec N):112-20. DOI: 10.1590/S0034-89102006000400016
18. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*. 2002;359(9313):1232-7.

Financiado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciências e Tecnologia (SCTIE/DECIT) e Fundo Setorial de Saúde (CT-Saúde)/CNPq(CT-Saúde/CNPq) Processo n. 505273/2004-7.