

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000810017>

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: ESTUDO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO¹

Karina Fardin Fiorotti², Maria Helena Costa Amorim³, Eliane de Fátima Almeida Lima⁴, Cândida Caniçali Primo⁵, Maria Aparecida Vasconcelos Moura⁶, Franciele Marabotti Costa Leite⁷

¹ Artigo extraído da dissertação - Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 2016.

² Mestre em Enfermagem. UFES. Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: karinafiorotti@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFES. Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: mhcamorim@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFES. Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: elianelima66@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFES. Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: candidaprino@gmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Email: maparecidavas@yahoo.com.br

⁷ Doutora em Epidemiologia. Professora do Departamento de Enfermagem da UFES. Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: francielemarabotti@gmail.com

RESUMO

Objetivo: descrever as prevalências dos tipos de violência doméstica entre puérperas atendidas em uma maternidade de alto risco e examinar a associação desses agravos com variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas.

Método: estudo transversal, realizado com 302 puérperas. Os dados foram coletados por meio de entrevistas a partir de roteiro estruturado com questões acerca da caracterização das participantes e instrumento para identificação de violência *Abuse Assessment Screen*.

Resultados: entre as entrevistadas, 43% relataram ter vivenciado situações de maus-tratos ao longo da vida, 7,6% foram vítimas de violência física no último ano e 4,6% estiveram em situação de violência física durante a gestação. Mulheres com idade entre 31-43 anos (RP: 1,5; 1,1-2,1), com três ou mais gestações (RP: 1,8; IC95%: 1,2-2,7) e evangélicas (RP: 1,6 IC95%: 1,1-2,3) vivenciaram mais frequentemente maus-tratos na vida. A ausência de companheiro esteve associada à história de violência física no último ano e na gestação ($p < 0,05$).

Conclusão: este estudo reafirma que a violência constitui um fenômeno presente na vida da mulher, inclusive no período gestacional, e se mostrou associado à condição demográfica e obstétrica da mulher.

DESCRITORES: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Gestantes. Mulheres agredidas. Maus-tratos conjugais. Estudos transversais.

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH DOMESTIC VIOLENCE: STUDY IN A HIGH-RISK MATERNITY HOSPITAL¹

ABSTRACT

Objective: to describe the prevalence of domestic violence among postpartum women treated at a high-risk maternity hospital, and to examine the association of these conditions with the demographic, socioeconomic and reproductive variables.

Method: cross-sectional study, carried out with 302 postpartum women. The data were collected through interviews from a structured script with questions about the characterization of the participants and an instrument to identify violence, the Abuse Assessment Screen.

Results: among the interviewees, 43% reported experiencing mistreatment throughout their lives, 7.6% were victims of physical violence in the last year, and 4.6% were in a situation of physical violence during their pregnancy. Women aged between 31-43 years old (PR: 1.5; 1.1-2.1), having three or more gestations (PR: 1.8; 95% IC: 1.2-2.7) and evangelical women (PR: 1.6 95% CI: 1.1-2.3) more often experienced mistreatment in life. The absence of a partner was associated with a history of physical violence in the last year and during gestation ($p < 0.05$).

Conclusion: this study reaffirms that violence is a phenomenon that is present in women's lives, including during the gestational period, and it has been associated with the demographic and obstetric condition of the woman.

DESCRIPTORS: Violence against women. Domestic violence. Pregnant women. Assaulted women. Marital mistreatment. Cross-sectional studies.

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA: ESTUDIO EN UNA MATERNIDAD DE ALTO RIESGO

RESUMEN

Objetivo: describir las prevalencias de los tipos de violencia doméstica entre púerperas atendidas en una maternidad de alto riesgo y examinar la asociación de esos agravios con variables demográficas, socioeconómicas y reproductivas.

Método: estudio transversal, realizado con 302 púerperas. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas a partir de un itinerario estructurado con preguntas acerca de la caracterización de las participantes e instrumento para identificación de violencia Abuse Assessment Screen.

Resultados: entre las entrevistadas, el 43% relató haber experimentado situaciones de maltrato a lo largo de la vida, el 7,6% fueron víctimas de violencia física en el último año y el 4,6% estuvieron en situación de violencia física durante la gestación. Las mujeres con edad entre 31-43 años (RP: 1,5, 1,1-2,1), con tres o más gestaciones (RP: 1,8, IC95%: 1,2-2,7) y evangélicas RP: 1,6 IC95%: 1,1-2,3) experimentaron más a menudo maltrato en la vida. La ausencia de compañero estuvo asociada a la historia de violencia física en el último año y en la gestación ($p < 0,05$).

Conclusión: este estudio reafirma que la violencia constituye un fenómeno presente en la vida de la mujer, incluso en el período gestacional, y se mostró asociado a la condición demográfica y obstétrica de la mujer.

DESCRIPTORES: Violencia contra la mujer. Violencia doméstica. Mujeres embarazadas. Mujeres maltratadas. Maltrato conyugal. Estudios transversales.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher, na perspectiva de gênero, ou violência conjugal, possui por definição o uso da força física ou verbal que afeta e prejudica a vida da mulher, em seus diversos aspectos físico, emocional e sexual. Somado a isso, a coerção é utilizada como elemento de perpetuação da subordinação feminina, sendo o autor desse agravo o parceiro com quem se estabeleceu ou estabelece relação íntima.¹

É fato que a violência contra a mulher em qualquer momento da sua vida é um grave problema de saúde pública a ser enfrentado. Todavia, ao acontecer em um momento de grande fragilidade física e emocional, como na gestação, exige atenção especial dos serviços de saúde,² uma vez que esse agravo, seja ele de ordem física, sexual ou psicológica, pode desencadear danos para a saúde da mãe e do filho.³

Estudos têm apontado que a vivência de violência na gestação pode levar a agravos potenciais como cefaleia, problemas obstétricos, ruptura prematura de membranas, infecção de trato urinário, sangramento vaginal e desmame precoce do aleitamento materno, além da possibilidade de associação com a mortalidade perinatal e neonatal.⁴⁻⁷

São consideradas formas de violência contra a mulher as violências física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.⁸ É interessante destacar que a ocorrência desse evento se apresenta de forma diferenciada no mundo. Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra prevalências de violência na gestação variando de 8% no Japão a 44% no Peru, estando o Brasil com preocupantes 32% de relatos de agressões durante a gravidez.⁹ Somando-se a isso, pesquisas nacionais têm mostrado diferentes valores de prevalências de violência. A exemplo disso, foram encontrados estudos sobre

violências física e sexual com intervalos entre 2,5% e 48,7% e entre 2,1% e 4,9%, respectivamente.^{5,10-11} Essas diferenças podem ser atribuídas às diversas concepções de violência das populações estudadas, bem como ao método e aos instrumentos utilizados.²

Outra questão que merece ser pontuada são os fatores associados à experiência da violência doméstica na gestação. Nota-se nas pesquisas que a vivência desse fenômeno tem sido associada às características da mulher, tais como história prévia de violência, idade da coitarca, transtorno mental comum, baixa escolaridade, pré-natal irregular, ser a responsável pela família e ter história de tentativa de abortamento.^{2,5}

Assim posto, considerando a necessidade de novos estudos para o melhor entendimento da violência doméstica, bem como o seu impacto na vida das mulheres, justifica-se este estudo, que teve por objetivo descrever as prevalências dos tipos de violência doméstica entre púerperas atendidas em uma maternidade de alto risco e examinar a associação desses agravos com variáveis socioeconômicas e reprodutivas.

MÉTODO

Trata-se de estudo epidemiológico, observacional, do tipo transversal, realizado em uma maternidade de alto risco de um hospital-escola vinculado ao Sistema Único de Saúde da cidade de Vitória, Espírito Santo (Brasil). Foram convidadas a participar da pesquisa as púerperas que estiveram internadas no período de junho a setembro de 2016 e que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. Para inclusão no estudo era necessário ter pelo menos 24 horas pós-parto de feto vivo (acima de 500 gramas), independente da via de parto. A amostra final foi composta por 302 mulheres.

Foram selecionados e treinados três estudantes de graduação do sexo feminino para participarem do estudo como entrevistadoras, bem como um digitador para registro dos dados. Vale destacar que, antes da coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto com 32 puérperas que atendiam aos critérios de inclusão com o intuito de identificar os ajustes necessários, porém essas entrevistas não foram incluídas como parte do estudo.

Antes da entrevista, a participante era orientada quanto aos objetivos do estudo, às questões éticas, ao sigilo e à liberdade de desistência da participação na pesquisa a qualquer momento. Além disso, somente após concordância em participar do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era iniciada a coleta de dados. Vale pontuar que as entrevistas foram realizadas em local privativo, contendo apenas a entrevistada (com ou sem o recém-nascido) e a entrevistadora, e tinham duração, em média, de 30 minutos. Ao final de cada entrevista, foi entregue às puérperas um folder com informações sobre os tipos de violência, as formas de enfrentamento e o contato das redes de apoio, independente do resultado do rastreamento. Aquelas identificadas em situação de violência foram encaminhadas aos serviços de apoio de acordo com a singularidade de cada caso.

O primeiro instrumento utilizado na coleta de dados, contendo variáveis independentes, apresentava questões socioeconômicas e reprodutivas. Para dados socioeconômicos, as participantes foram questionadas quanto à idade (13-23; 24-30 e 31-43 anos), religião (católica, evangélica, espírita e sem religião), situação conjugal (possui ou não parceiro atualmente), escolaridade (até oito anos e mais de oito anos de estudo) e trabalho remunerado (se possui ou não). Em relação às variáveis reprodutivas, o formulário continha perguntas sobre número de gestações (1, 2 e 3 ou mais), idade da coitarca (menor ou igual a 15 anos e maior que 15 anos), número de filhos vivos (1, 2 e 3 ou mais), número de consultas de pré-natal (menos que 6 e 6 ou mais), história de abortamento (sim ou não), gravidez planejada (sim ou não) e gravidez desejada (sim ou não). Para a variável socioeconômica foi utilizada a classificação elaborada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), categorizada em classes econômicas A/B, C e D/E.¹²

Para o rastreamento dos desfechos em estudo (maus-tratos ao longo da vida, violência física no último ano e na gestação) foi aplicado o instrumento intitulado *Abuse Assessment Screen* (AAS). Esse instrumento foi elaborado em 1989 nos Estados Unidos pelo

Nursing Research Consortium on Violence and Abuse.¹³ No ano 2000, Reichenheim, trouxe equivalência semântica da versão em português do instrumento para a identificação da violência contra a mulher durante a gestação.¹⁴ O AAS consiste de um instrumento pouco extenso, composto por cinco questões que identificam as experiências de maus-tratos ao longo da vida, violência física no último ano e na gestação.

Além disso, o AAS permite qualificar o tipo de agressão, a área afetada e quem foi o perpetrador, bem como, rastrear o abuso sexual nos últimos 12 meses e o medo atual do parceiro ou de alguém próximo. Essas variáveis foram trabalhadas como variáveis independentes, apresentadas somente de forma descritiva.

A análise dos dados foi realizada com o *software* Stata® 13.0. A prevalência de violência durante a gestação foi definida por respostas positivas às questões do AAS. Para a análise bivariada entre as variáveis socioeconômicas e reprodutivas e os desfechos do estudo, foram utilizados os testes do Qui-quadrado (χ^2) e o Exato de Fisher, e considerado um nível de confiança de 5%. Segundo um modelo hierárquico, onde as características socioeconômicas encontram-se entre os fatores mais distais, ao passo que as características reprodutivas mantêm uma relação mais proximal com a violência doméstica, foi realizada a análise ajustada, controlando para os possíveis fatores de confusão. Para a inclusão no modelo múltiplo, não se limitou um valor de p para evitar a exclusão de variáveis potencialmente confundidoras, sendo mantidas no modelo as variáveis que apresentavam significância estatística ($p < 0,05$). A regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada. A medida de efeito foi a Razão de Prevalência (RP).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, estando registrado sob o número 55247716.5.0000.5071.

RESULTADOS

Das 314 puérperas que procuraram a maternidade no período da pesquisa, e que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, 12 se recusaram a participar do estudo, totalizando uma amostra de 302 participantes.

Verifica-se que, na sua maioria, as puérperas se encontravam na faixa entre 24 e 30 anos (35,4%), eram evangélicas (53,0%), coabitavam com seus parceiros (69,2%), possuíam até oito anos de estudo (55,0%), pertenciam à classificação econômica C (61,3%) e não tinham trabalho remunerado (59,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das características socioeconômicas segundo as experiências de violência. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2016. (n=302)

Características socioeconômicas	N	%	Maus tratos na vida (N=130)			Violência física no último ano (N=23)			Violência física na gestação (N=14)		
			N	%	<i>p-valor</i>	N	%	<i>p-valor</i>	N	%	<i>p-valor</i>
Idade (anos)											
13 - 23	102	34	34	33,3	0,024	7	6,9	0,899	3	2,9	0,605
24-30	107	35	47	43,9		8	7,5		6	5,6	
31 - 43	93	31	49	52,7		8	8,6		5	5,4	
Religião											
Católica	66	22	21	31,8	0,026	2	3	0,166	2	3	0,671
Evangélica	160	53	81	50,6		13	8,1		7	4,4	
Espírita	59	20	20	33,9		5	8,5		4	6,8	
Sem religião	17	5,6	8	47,1		3	17,7		1	5,9	
Situação conjugal											
Sem companheiro	93	31	41	44,1	0,808	12	12,9	0,022	9	9,7	0,009
Com companheiro	209	69	89	42,6		11	5,3		5	2,4	
Escolaridade (anos)											
Até oito anos	166	55	72	43,4	0,496	14	8,4	0,427	8	4,8	0,434
Mais de oito anos	136	45	58	42,7		9	6,6		6	4,4	
Classe econômica											
A/B	40	13	15	37,5	0,386	1	2,5	0,487	1	2,5	0,372
C	185	61	77	41,6		16	8,9		7	3,8	
D/E	77	25	38	49,6		6	7,8		6	7,8	
Trabalho remunerado											
Sim	122	40	56	45,9	0,409	9	7,4	0,541	6	4,9	0,528
Não	180	60	74	41,1		14	7,8		8	4,4	

Quanto às características reprodutivas, 42% referiam três gestações ou mais e a coitarca foi após os 15 anos (52,7%). Além disso, 86,0% foi submetida a seis consultas ou mais de pré-natal, cerca de 76%

negou história de abortamento prévio e a maioria não planejou a gravidez atual (67,9%), entretanto, a mesma foi desejada (86,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características reprodutivas segundo a experiência de violência. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2016. (n=302)

Características reprodutivas	Total (N=302)	Maus tratos na vida (N=130)		Violência física no último ano (N=23)		Violência física na gestação (N=14)	
	N (%)	N (%)	<i>p-valor</i>	N (%)	<i>p-valor</i>	N (%)	<i>p-valor</i>
Número de gestações							
1	95 (31,5)	28 (29,5)	0	09 (9,5)	0,119	05 (5,3)	0,883
2	80 (26,5)	31 (38,8)		02 (2,5)		04 (5,0)	
3 ou mais	127 (42,0)	71 (55,9)		12 (9,5)		05 (3,9)	
Coitarca*							
≤15	142 (47,3)	57 (40,1)	0,343	09 (6,3)	0,275	06 (4,2)	0,474
>15	158 (52,7)	72 (45,6)		14 (8,9)		08 (5,1)	
Número de consultas de pré-natal							
<6	42 (14,0)	16 (38,1)	0,505	04 (9,5)	0,409	01 (2,4)	0,389
≥6	257 (86,0)	112 (43,6)		19 (7,4)		13 (5,1)	
História de abortamento							
Sim	74 (24,5)	42 (56,8)	0,006	08 (10,8)	0,172	05 (6,8)	0,24
Não	228 (75,5)	88 (38,6)		15 (6,6)		09 (4,0)	

Gravidez planejada							
Sim	97 (32,1)	40 (41,2)	0,662	08 (8,3)	0,47	06 (6,2)	0,272
Não	205 (67,9)	90 (43,9)		15 (7,3)		08 (3,9)	
Gravidez desejada							
Sim	260 (86,1)	108 (41,5)	0,188	19 (7,3)	0,401	12 (4,6)	0,605
Não	42 (13,9)	22 (52,4)		04 (9,5)		02 (4,8)	

*n=300

Em relação às prevalências de violência, observa-se que 43% das entrevistadas relataram ter vivenciado situações de maus tratos ao longo da vida, sendo que 7,6% foram vítimas de violência física nos 12 meses anteriores à entrevista, e um percentual um pouco menor (4,6%) esteve em situação de violência física durante a gestação. É interessante pontuar, no que tange às características da agressão, que a violência física no último ano ou na gestação tem como principal perpetrador o próprio marido (39,1% e 35,7%, respectivamente) e o ex-marido (39,1% e 35,7%, respectivamente). Quanto ao tipo de agressão, na gestação, o tapa e o empurrão (50,0%) são os mais cometidos, e a área mais afetada do corpo é a cabeça (71,4%) (dados não apresentados em tabela).

Já a violência sexual no último ano e o medo atual, foram relatadas por 1,3% e 1,0% das participantes, respectivamente (dados não apresentados em tabela).

Conforme a tabela 1, as associações entre maus tratos ao longo da vida e as variáveis socioeconômicas que se mostraram estatisticamente significantes ($p < 0,05$) foram: ter entre 31 e 43 anos de idade ($P=52,7\%$; $p=0,023$) e ser de religião evangélica ($P=50,6\%$; $p=0,026$). As demais variáveis em estudo (situação conjugal, escolaridade, classe econômica e trabalho remunerado) não apresentaram significância estatística. Outros desfechos avaliados foram violência física nos últimos 12 meses e violência física na gestação, observando-se maior prevalência desses agravos entre as mulheres que relataram

não ter companheiro ($P=12,9\%$; $p=0,022$; $P=9,7\%$; $p=0,009$; respectivamente).

No que diz respeito às características reprodutivas das puérperas associadas à experiência de maus-tratos ao longo da vida, constatou-se que houve significância estatística em ter vivenciado três ou mais gestações ($P=42,0\%$, $p=0,000$) e referir história prévia de abortamento ($P=56,8\%$, $p=0,006$). As violências físicas no último ano e na gestação não apresentaram associação com as variáveis reprodutivas das puérperas (Tabela 2).

Nas análises bruta e ajustada das associações entre as características das puérperas e a história de maus-tratos na vida (Tabela 3) observa-se uma associação significativa com as variáveis idade, religião e número de gestações, que se manteve mesmo após o ajuste para os potenciais fatores de confusão. O mesmo não aconteceu com a variável história de abortamento, que na análise bruta aparecia fortemente associada ($p=0,003$), porém quando realizada análise ajustada, a associação deixou de existir ($p=0,317$).

Os resultados mostram que mulheres com idade entre 31 a 43 anos e que tiveram três ou mais gestações possuem 50,0% e 80,0%, respectivamente, mais prevalência de relato de maus-tratos ao longo da vida, quando comparadas às que estão na faixa dos 13 aos 23 anos, e àquelas que engravidaram uma única vez. Nesse mesmo sentido, nota-se, entre as que se declararam evangélicas, uma frequência 60,0% maior de maus-tratos em relação às católicas.

Tabela 3 - Análise bruta e ajustada das associações entre características socioeconômicas e reprodutivas e a maus-tratos na vida. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2016. (n=302)

Características das puérperas	Maus tratos na vida			
	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	RP Bruta (IC 95%)	Valor de p	RP Ajustada (IC 95%)	Valor de p
Idade (anos)				
13 - 23	1,0	0,027	1,0	0,036
24 - 30	1,3 (0,9-1,9)		1,3 (0,9-1,8)	
31-43	1,6 (1,1-2,2)		1,5 (1,1-2,1)	

Religião				
Católica	1,0	0,038	1,0	0,007
Evangélica	1,6 (1,1-2,3)		1,6 (1,1-2,3)	
Espírita	1,1 (0,6-1,8)		1,1 (0,7-1,9)	
Sem religião	1,5 (0,8-2,7)		2,2 (0,9-3,1)	
Situação Conjugal				
Sem Companheiro	1,1 (0,8-1,4)	0,807	1,0 (0,8-1,4)	0,567
Com Companheiro	1,0		1,0	
Escolaridade				
Até 8 anos	1,0	0,899	1,0	0,305
Mais de 8 anos	0,9 (0,8-1,3)		0,8 (0,6-1,3)	
Classe Econômica				
A/B	1,0	0,373	1,0	0,478
C	1,2 (0,7-1,7)		1,1 (0,7-1,6)	
D/E	1,3 (0,8-2,1)		1,2 (0,8-2,0)	
Trabalho remunerado				
Sim	1,1 (0,9-1,4)	0,407	1,0 (0,8-1,4)	0,884
Não	1,0		1,0	
Número de Gestações				
1	1,0	0,000	1,0	0,006
2	1,3 (0,9-2,0)		1,3 (0,8-1,9)	
3 ou mais	1,9 (1,3-2,7)		1,8 (1,2-2,7)	
Coitarca*				
≤15	1,0	0,346	1,0	0,397
>15	1,1 (0,9-1,5)		0,9 (0,7-1,1)	
Número de Consultas de Pré-natal				
<6	1,0	0,521	1,0	0,421
≥6	1,1 (0,7-1,7)		0,9 (0,7-1,1)	
História de Abortamento				
Sim	1,5 (1,1-1,9)	0,003	1,1 (0,8-1,5)	0,375
Não	1,0		1,0	
Gravidez Planejada				
Sim	0,9 (0,7-1,2)	0,666	1,0 (0,7-1,3)	0,927
Não	1,0		1,0	
Gravidez Desejada				
Sim	0,8 (0,6-1,1)	0,159	0,7 (0,6-1,0)	0,090
Não	1,0		1,0	

*n=300; Testes Qui-quadrado (χ^2); Exato de Fisher

Na tabela 4 verificam-se as análises bruta e ajustada das associações entre as características das puérperas e a violência física nos últimos 12 meses, onde a variável situação conjugal apresentou asso-

ciação com o desfecho em questão. Observa-se que a mulher que atualmente não possui companheiro tem 2,3 vezes mais prevalência de violência física no último ano do que as que declararam ter companheiro.

Tabela 4 - Análise bruta e ajustada das associações entre características socioeconômicas e reprodutivas e a violência física nos últimos 12 meses. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2016. (n=302)

Características das puérperas	Violência física no último ano			
	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	RP Bruta (IC 95%)	Valor de p	RP Ajustada (IC 95%)	Valor de p
Idade (anos)				
13 - 23	1,0	0,899	1,0	0,622
24 - 30	1,1 (0,4-2,9)		1,3 (0,5-3,5)	
31-43	1,3 (0,5-3,3)		1,6 (0,6-3,9)	

Religião				
Católica	1,0	0,246	1,0	0,439
Evangélica	2,7 (0,6-11,6)		2,6 (0,6-13,2)	
Espírita	2,8 (0,6-12,9)		2,5 (0,5-14,9)	
Sem religião	5,8 (1,1-32,2)		5,6 (1,1-38,5)	
Situação Conjugal				
Sem Companheiro	2,5 (1,1-5,4)	0,025	2,3 (1,2-5,1)	0,043
Com Companheiro	1,0		1,0	
Escolaridade				
Até oito anos	1,0	0,556	1,0	0,789
Mais de oito anos	0,8 (0,3-1,8)		1,0 (0,4-2,1)	
Classe Econômica				
A/B	1,0	0,474	1,0	0,453
C	3,5 (0,5-25,4)		2,9 (0,3-18,9)	
D/E	3,1 (0,4-25,1)		2,4 (0,5-19,2)	
Trabalho remunerado				
Sim	0,9 (0,4-2,1)	0,898	0,9 (0,3-2,2)	0,965
Não	1,0		1,0	
Número de Gestações				
1	1,0	0,189	1,0	0,173
2	0,3 (0,1-1,2)		0,2 (0,1-1,1)	
3 ou mais	1,0 (0,4-2,3)		0,9 (0,3-2,4)	
Coitarca*				
≤15	1,0	0,416	1,0	0,565
>15	1,4 (0,6-3,1)		1,1 (0,9-2,3)	
Número de Consultas de Pré-natal				
<6	1,0	0,630	1,0	0,495
≥6	0,8 (0,3-2,2)		0,7 (0,2-2,0)	
História de Abortamento				
Sim	1,6 (0,7-3,7)	0,234	2,0 (0,9-4,6)	0,108
Não	1,0		1,0	
Gravidez Planejada				
Sim	1,1 (0,5-2,6)	0,776	1,3 (0,6-3,0)	0,538
Não	1,0		1,0	
Gravidez Desejada				
Sim	0,9 (0,3-2,1)	0,614	0,8 (0,3-2,9)	0,841
Não	1,0		1,0	

*n=300; Testes Qui-quadrado (χ^2); Exato de Fisher

Verifica-se na tabela 5 uma associação significativa entre a variável situação conjugal e a violência física na gestação. Puérperas que referiram não ter um companheiro durante a gestação apresentam

4,6 vezes mais ocorrência desse tipo de violência se comparadas às mulheres que tiveram um companheiro no período gestacional.

Tabela 5 - Análise bruta e ajustada das associações entre características socioeconômicas e reprodutivas e a violência doméstica na gestação. Vitória, Espírito Santo, Brasil 2016. (n=302)

Características das puérperas	Violência física na gestação			
	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	RP Bruta (IC 95%)	Valor de p	RP Ajustada (IC 95%)	Valor de p
Idade (anos)				
13 - 23	1,0	0,619	1,0	0,395
24 - 30	1,9 (0,4-7,4)		2,3 (0,5-9,1)	
31-43	1,8 (0,4-7,5)		2,5 (0,6-10,5)	

Religião				
Católica	1,0	0,789	1,0	0,491
Evangélica	1,4 (0,3-6,8)		1,1 (0,2-5,7)	
Espírita	2,2 (0,4-11,8)		1,7 (0,3-9,8)	
Sem religião	1,9 (0,2-20,2)		1,4 (0,1-16,2)	
Situação Conjugal				
Sem Companheiro	4,0 (1,4-11,8)	0,010	4,6 (1,5-13,9)	0,001
Com Companheiro	1,0		1,0	
Escolaridade				
Até 8 anos	1,0	0,867	1,0	0,999
Mais de 8 anos	0,9 (0,3-2,6)		1,0 (0,3-3,2)	
Classe Econômica				
A/B	1,0	0,312	1,0	0,912
C	1,5 (0,2-12,0)		1,4 (0,2-13,2)	
D/E	3,1 (0,4-25,1)		3,4 (0,4-28,4)	
Trabalho remunerado				
Sim	1,1 (0,4-3,1)	0,848	0,9 (0,3-2,7)	0,876
Não	1,0		1,0	
Número de Gestações				
1	1,0	0,884	1,0	0,794
2	0,9 (0,3-3,4)		0,9 (0,2-3,2)	
3 ou mais	0,7 (0,2-2,5)		0,6 (0,1-2,9)	
Coitarca*				
≤15	1,0	0,732	1,0	0,963
>15	1,2 (0,4-3,4)		1,0 (0,8-1,3)	
Número de Consultas de Pré-natal				
<6	1,0	0,463	1,0	0,369
≥6	2,1 (0,3-15,9)		2,2 (0,4-12,7)	
História de Abortamento				
Sim	1,7 (0,6-5,0)	0,322	2,3 (0,8-6,7)	0,129
Não	1,0		1,0	
Gravidez Planejada				
Sim	1,6 (0,6-4,5)	0,382	1,9 (0,7-5,5)	0,199
Não	1,0		1,0	
Gravidez Desejada				
Sim	1,0 (0,2-4,2)	0,967	1,9 (0,2-5,0)	0,894
Não	1,0		1,0	

*n=300; Testes Qui-quadrado (χ^2); Exato de Fisher

DISCUSSÃO

Nota-se o quanto a violência doméstica encontra-se presente na vida e no cotidiano das mulheres. Os achados revelam que, de cada dez mulheres entrevistadas, cerca de quatro já haviam sido vítimas de maus-tratos ao longo da vida; prevalência próxima à encontrada em estudos realizados no Rio de Janeiro (42,6%)¹¹ e em São Paulo (36,9%),¹⁰ bem como no sul da Suécia (44,3%),¹⁵ o que exemplifica a dimensão global que a violência possui e a sua magnitude enquanto grave problema de saúde pública. Além disso, as altas taxas encontradas podem ser reflexo de um movimento contínuo de menor aceitabilidade da violência e conseqüente maior sensibilidade e visibilidade do tema.¹

Em relação à violência física nos últimos 12 meses, o estudo mostra uma prevalência de 7,6%, com queda no número de relatos quando perguntado sobre violência física na gestação atual (4,6%). Estudos com metodologias semelhantes trazem valores aproximados, como em pesquisas no Rio de Janeiro (9,4% e 5,1%, respectivamente)¹¹ e em Recife (13,1% e 7,4%, respectivamente).¹⁶ Vale pontuar que, apesar de não haver consenso entre os pesquisadores,^{10,17} a menor proporção de vítimas de violência na gestação conduz a uma reflexão acerca da possibilidade da gravidez ter uma característica protetora na ocorrência da violência doméstica.¹⁶ Todavia, considerando os danos na saúde das mulheres, é importante refletir que a experiência desse fenômeno durante o ciclo gravídico-puerperal pode levar a complicações obstétricas e neonatais.¹⁸⁻²¹

A respeito do relato de violência sexual no último ano, encontrou-se prevalência de 1,3%, percentual próximo ao revelado em outro estudo brasileiro que mostrou prevalência de 2,1%.¹¹ Quanto ao medo atual, apenas 1,0% das participantes responderam positivamente, resultado inferior ao observado em pesquisas realizadas no Rio de Janeiro (5,4% e 8,3%).^{11,22}

Os resultados deste estudo confirmam o companheiro ou o ex-companheiro como os principais responsáveis pela agressão, dado que evidencia as questões de gênero que a violência doméstica traz consigo. A relação de conjugalidade que essas mulheres possuem com o seu agressor aponta para o direito socialmente aceito do homem dispor da vida da mulher, bem como para a invisibilidade e a naturalização do fenômeno.²³⁻²⁴ Sobre o tipo de agressão, predominaram neste estudo o tapa e o empurrão, semelhante ao encontrado em pesquisa no Recife.¹⁶ Além das marcas físicas deixadas no corpo da mulher, esse tipo de violência pode desencadear sentimentos de vergonha, culpa, medo, queda da autoestima e isolamento social, além de ansiedade e depressão.²⁵

Neste estudo, mulheres com idade de 31 a 43 anos, e com três gestações ou mais, apresentaram mais frequentemente relatos de maus-tratos. De maneira geral, mulheres mais velhas possuem mais experiências de vida se comparadas às mulheres jovens, inclusive quando se trata de situações de violência; além disso, acredita-se que aquelas com maior número de filhos sejam mais suscetíveis à violência doméstica pelo estresse gerado no cotidiano familiar, bem como por sua situação de submissão e entrega à família, o que diminui o seu poder de negociação e a sua autonomia sobre questões básicas como contracepção e gravidez.²⁶

Ainda sobre a ocorrência de maus-tratos na vida, nota-se maior ocorrência entre as mulheres que relataram ser da religião evangélica. Estudo recente revela que a religião pode produzir na mulher que experimenta a violência um sentimento de culpa, de tal maneira que as mulheres tornam-se frágeis e pensam muito mais antes de tomar qualquer atitude concernente ao rompimento da relação.²⁷

Nesta pesquisa, não ter companheiro esteve associado à violência conjugal. Mulheres que relataram no momento da entrevista não possuir companheiro apresentaram prevalência 2,3 vezes maior de violência física no último ano e 4,6 vezes mais ocorrência de violência física na gestação. Estudos apontam que mulheres sem companheiro estão mais propensas à violência doméstica na gestação

quando comparadas àquelas que possuem.^{15,28} O aparente efeito protetor do relacionamento estaria associado à existência de valores comuns entre os parceiros e ao comprometimento com a formação e a relação familiar; contrário àquelas em situação conjugal mais frágil.²⁹

Apesar da escolaridade, da classe econômica e do trabalho remunerado não se apresentarem associados a nenhum dos desfechos em estudo, outros autores relacionam a violência doméstica na gravidez ao menor nível educacional da mulher e à situação financeira desfavorável. Condições socioeconômicas precárias e baixa escolaridade da mulher são fatores que podem interferir no relacionamento interpessoal familiar e conseqüentemente dificultar o manejo de problemas cotidianos, gerando como consequência reações violentas.^{4,15-16}

Da mesma maneira, outros estudos encontraram associação entre a violência doméstica na gestação e variáveis ligadas à saúde reprodutiva das mulheres. As violências física e sexual foram fortemente associadas a problemas obstétricos.^{4,20} Mulheres que não planejaram a gravidez e que não frequentaram as consultas do pré-natal adequadamente tiveram mais chances de sofrer violência.^{5,10} Esses achados apontam para o papel primordial dos profissionais de saúde na assistência ao pré-natal de qualidade, tanto na prevenção quanto no enfrentamento à violência.⁵

Diante dos resultados aqui apresentados, evidencia-se a violência contra a mulher como um fenômeno presente ao longo da vida, assim como durante a gestação. Somado a isso, características socioeconômicas e reprodutivas podem estar associadas à maior prevalência desse agravo. Esse fato implica na necessidade de um acolhimento e assistência às mulheres com foco na humanização e no rastreamento da violência. Ainda, a prática de enfermagem deve focar nas demandas da mulher e da sua família, com ações de prevenção e educação acerca da valorização da mulher, bem como na promoção do vínculo familiar, ações fundamentais no enfrentamento da violência.³⁰

Como limitação do estudo, vale pontuar que o delineamento, por ser a pesquisa de corte transversal, não possibilita estabelecer uma relação de causalidade entre os desfechos e as associações estabelecidas, devido à temporalidade dos fatos. Outro fator limitante deste estudo refere-se à falta de informações sobre o parceiro, o que limita a análise de algumas características do relacionamento que podem influenciar nas situações de violência. Sugere-se a realização de novos estudos para aprofundar

a compreensão sobre os diversos fatores individuais, sociais, culturais e a interação entre eles, relacionados ao risco de agressão por parceiros íntimos, assim como a proposição de medidas de intervenção.

CONCLUSÃO

A violência constitui um fenômeno presente na vida da mulher, inclusive no período gestacional, e se mostrou associado às condições socioeconômicas e obstétricas da mulher. Ainda, por meio dos resultados, esta pesquisa possibilitou identificar o perfil de mulheres gestantes vitimadas e, por conseguinte, reafirmar a importância de ações educativas de prevenção e enfrentamento, principalmente nos momentos em que as mulheres acessam os serviços de saúde mais corriqueiramente, como durante o pré-natal e nas maternidades.

Nesse contexto, os profissionais de enfermagem possuem um papel relevante em todos os âmbitos da assistência, não somente no rastreamento, mas também na promoção de estratégias de enfrentamento e ruptura desse ciclo, nas abordagens das consultas de pré-natal e no atendimento às gestantes e puérperas nas maternidades e centros especializados. Deste modo, faz-se necessário o uso de instrumentos apropriados para a identificação da violência doméstica e a inserção da temática no cotidiano assistencial para a adequada promoção de cuidados às vítimas.

REFERÊNCIAS

1. Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Monteiro ACC, Vianna RPT, Nascimento JA. Analysis of the cycle of domestic violence against women. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 27]; 26(2):139-46 Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
2. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 Oct [cited 2016 Dec 04]; 42(5):877-85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500013
3. Organização Panamericana de Saúde (OPS). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington (US): OPS; 2002.
4. Audi CAF, 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.
5. Viellas EF, Gama SGN, Carvalho ML, Pinto LW. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2013 Fev [cited 2016 Oct 10]; 89(1):83-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000100013
6. Lourenco MA, Deslandes SF. Maternal care and breastfeeding experience of women suffering intimate partner violence. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 Aug [cited 2016 Oct 10]; 42(4):615-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400006
7. Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *Am J Public Health* [Internet]. 2006 Aug [cited 2016 Oct 10]; 96(8):1423-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1522123/pdf/0961423.pdf>
8. Brasil. Lei n. 11.340/2006: coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República; 2006.
9. Garcia-Moreno C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.
10. Okada MM, Hoga LA, Borges AL, Albuquerque RS, Belli MA. Domestic violence against pregnant women. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 Jun 2015 [cited 2016 Oct 14]; 28(3):270-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000300270&script=sci_abstract&tlng=es
11. Santos AS, Lovisi GM, Valente CCB, Legay L, Abelha L. Domestic violence during pregnancy: a descriptive study in a basic health unit in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul 12]; 18(4):483-93. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_483-493.pdf
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critérios de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2014 [cited 2017 Sep 22]. Available from: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=09&p=cb>
13. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* [Internet]. 1992 Jun [cited 2017 Sep 22]; 267:3176-8. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/397890>
14. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Semantic equivalence of the Portuguese version of the Abuse Assessment Screen tool used for the screening of violence against pregnant women.

- Rev Saúde Pública [Internet]. 2000 Dec [cited 2016 Jul 12]; 34(6):610-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000600008
15. Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2016 Aug [cited 2016 Aug 12]; 16(228):1-10. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1017-6>
 16. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A.. Domestic physical violence and pregnancy: results of a survey in the postpartum period. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet] Jun 2003 [cited 2016 Jul 12]; 25(5):309-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000500002
 17. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TVB, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Dec 06]; 45(6):1044-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600006
 18. Shneyderman Y, Kiely M. Intimate partner violence during pregnancy: victim or perpetrator? Does it make a difference? *BJOG*. 2013 Oct; 120(11):1375-85.
 19. Alhusen JL, Lucea MB, Bullock L, Sharps P. Intimate partner violence, substance use, and adverse neonatal outcomes among urban women. *J Pediatr*. 2013 Aug; 163(2):471-6.
 20. Nongrum R, Thomas E, Lionel J, Jacob KS. Domestic violence as a risk factor for maternal depression and neonatal outcomes: a hospital-based cohort study. *Indian J Psychol Med*. 2014 Apr-Jun; 36(2):179-81.
 21. Miranda AE, Pinto VM, Szwarcwald CL, Golub ET. Prevalence and correlates of preterm labor among young parturient women attending public hospitals in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012 Nov [cited 2016 Nov 22]; 32(5):330-4. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012001100002
 22. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Obstetric complications, stressful life events, violence and depression during pregnancy in adolescents at primary care setting. *Rev Psiquiatr Clín* [Internet]. 2010 [cited 2016 Dez 06]; 37(5):216-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000500006
 23. Lettiere A, Nakano MAS, Bittar DB. Violence against women and its implications for maternal and child health. *Acta Paul Enferm* [internet] 2012 [cited 2015 Nov 25]; 25(4):524-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400007
 24. Silva RA, Araújo TVB, Valongueiro S, Ludermir AB. Facing violence by intimate partner: the experience of women in an urban area of Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 28]; 46(6):1014-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600011
 25. Mattar R, Silva EYK, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Andalaft Neto J, et al. Domestic violence as a risk factor in the screening of for post-partum depression. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2007 Sep [cited 2017 Oct 04]; 29(9):470-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n9/06.pdf>
 26. Sgobero JKGS, Monteschio LVC, Zurita RCM, Oliveira RR, Freitas Mathias TAF. Intimate partner violence perpetrated during pregnancy: prevalence and several associated factors. *Aquichan* [Internet]. 2015 Jul [cited 2017 Oct 04]; 15(3). Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n3/v15n3a03.pdf>
 27. Silva GV. A violência de gênero no Brasil e o gemido das mulheres evangélicas. *Discernindo - Rev Teol Discente da Metodista*. 2013; 1(1):131-42.
 28. Doubova (Dubova) SV, Pámanes-González V, Billings DL, Torres-Arreola LP. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2007 Aug [cited 2017 Oct 04]; 41(4):582-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400012>
 29. Urquia ML, O'Campo PJ, Ray JG. Marital status, duration of cohabitation, and psychosocial well-being among childbearing women: a canadian nationwide survey. *Am J Public Health* [Internet]. 2013 Feb [cited 2017 Oct 04]; 103(2):e8-e15. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301116>
 30. Acosta, DF, Gomes VLO, Dora AF, Gomes, GC. Violence against women committed by intimate partners: (in)visibility of the problem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 20]; 24(1):121-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00121.pdf

Correspondência: Franciele Marabotti Costa Leite
 Universidade Federal do Espírito Santo - Enfermagem
 Av Marechal Campos
 29043900 - Vitória, Espírito Santo, Brasil
 E-mail: francielemarabotti@gmail.com

Recebido: 16 de fevereiro de 2016
 Aprovado: 27 de novembro de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons (CC BY).