

# Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais\*

INTIMATE PARTNER VIOLENCE AGAINST PREGNANT WOMEN: STUDY ABOUT THE REPERCUSSIONS ON THE OBSTETRIC AND NEONATAL RESULTS

VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO CONTRA LAS MUJERES EMBARAZADAS: ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO EN LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES

Driéli Pacheco Rodrigues<sup>1</sup>, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz<sup>2</sup>, Juliana Stefanelo<sup>3</sup>, Ana Márcia Spanó Nakano<sup>4</sup>, Juliana Cristina dos Santos Monteiro<sup>3</sup>

## RESUMO

Este estudo observacional, descritivo e analítico que objetivou identificar a prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI) entre gestantes e classificá-la quanto ao tipo e frequência; identificar resultados obstétricos e neonatais e suas associações com a ocorrência da VPI na gestação atual. Foi desenvolvido com 232 gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal em uma maternidade pública. Os dados foram coletados por entrevista estruturada e nos prontuários e analisados com o programa SAS® 9.0. Entre as participantes, 15,5% sofreram VPI durante a gestação, sendo que 14,7% sofreram violência psicológica, 5,2%, violência física e 0,4%, violência sexual. As mulheres que não desejaram a gestação tiveram maior chance de sofrer VPI ( $p < 0,00$ ; OR = 4,32 e IC 95% [1,77 – 10,54]). Com relação às repercussões obstétricas e neonatais, não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis investigadas. Conclui-se que para as participantes do estudo, não houve repercussões obstétricas e neonatais negativas relacionadas à VPI na gestação.

## DESCRIPTORIOS

Violência contra a mulher  
Gravidez  
Maus-tratos conjugais  
Saúde materno-infantil  
Enfermagem materno-infantil

## ABSTRACT

This observational, descriptive and analytic study aimed to identify the prevalence of IPV cases among pregnant women and classify them according to the type and frequency; identify the obstetric and neonatal results and their associations with the intimate partner violence (IPV) occurrence in the current pregnancy. It was developed with 232 pregnant women who had prenatal care at a public maternity hospital. Data were collected via structured interview and in the patients' charts and analyzed through the statistic software SAS® 9.0. Among the participants, 15.5% suffered IPV during pregnancy, among that 14.7% suffered psychological violence, 5.2% physical violence and 0.4% sexual violence. Women who did not desire the pregnancy had more chances of suffering IPV ( $p < 0.00$ ; OR = 4.32 and 95% CI [1.77 – 10.54]). With regards to the obstetric and neonatal repercussions, there was no statistical association between the variables investigated. Thus, for the study participants there were no negative obstetric and neonatal repercussions related to IPV during pregnancy.

## DESCRIPTORS

Violence against women  
Pregnancy  
Spouse abuse  
Maternal and child health  
Maternal-child nursing

## RESUMEN

Estudio observacional, descritivo y analítico que buscó identificar la prevalencia de violencia del compañero íntimo (VCI) en mujeres embarazadas y clasificarla según tipo y frecuencia e identificar los resultados obstétricos y neonatales y su asociación con la ocurrencia de VCI en el embarazo actual. La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas estructuradas y la revisión del historial médico de 232 mujeres que recibieron atención prenatal en un hospital público. El análisis se realizó con el programa estadístico SAS® 9.0. Se encontró que el 15,5% de las participantes sufrió VCI durante el embarazo, de éstas el 14,7% sufrió violencia psicológica, el 5,2% violencia física y el 0,4% violencia sexual. Las mujeres que no deseaban el embarazo tenían más probabilidades de experimentar VCI ( $p < 0.00$ , OR = 4,32 y IC 95% [1,77 - 10,54]). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la VCI y las repercusiones obstétricas y neonatales. Se concluyó que, para las participantes del estudio, no hubo repercusiones negativas relacionadas con la VCI.

## DESCRIPTORES

Violencia contra la mujer  
Embarazo  
Maltrato conyugal  
Salud materno-infantil  
Enfermería materno-infantil

\* Extraído da dissertação "Violência por parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões obstétricas e neonatais", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013. <sup>1</sup> Mestranda do Programa Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. drieli@prodigios.com <sup>2</sup> Professora Associada, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. <sup>3</sup> Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. <sup>4</sup> Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) é amplamente reconhecida como um grave problema de saúde pública, sendo que a forma mais frequente de abuso é a violência praticada por parceiro íntimo (VPI). Pode ser definida como ameaça ou abuso físico real, sexual e psicológico por parte do companheiro ou ex-companheiro, com os quais as mulheres vivem ou viveram, independentemente de união formal ou coabitação<sup>(1-2)</sup>.

A violência durante o período gestacional pode trazer consequências físicas graves para a saúde da mulher, do feto e, posteriormente, do neonato, como início tardio do pré-natal, hemorragias, dores pélvicas, partos prematuros, interrupção da gravidez, intercorrências no período intra-parto, aumento do risco de morte perinatal, trauma fetal e baixo peso do recém-nascido ao nascimento<sup>(3)</sup>.

A gestação como uma das condições que pode levar a mulher a utilizar os serviços de saúde com maior frequência<sup>(4)</sup> e sua presença mais constante nesses serviços pode atuar como facilitador na construção de vínculo com a equipe de saúde e favorecer a identificação de casos de violência.

Este estudo justifica-se pela importância de conhecer e analisar os aspectos relacionados às repercussões obstétricas e neonatais das gestantes que vivenciam situação de VPI e busca responder à seguinte indagação: Quais os resultados obstétricos e neonatais que estão associados a ocorrência de violência na gestação?

Seus objetivos foram identificar a prevalência de casos de VPI entre gestantes usuárias do serviço de pré-natal de uma maternidade pública de Ribeirão Preto-SP e classificá-la quanto ao tipo e frequência; identificar as características obstétricas e os resultados obstétricos e neonatais e suas associações com a ocorrência de VPI contra a mulher na gestação atual.

## MÉTODO

Estudo observacional, descritivo e analítico, desenvolvido em uma maternidade pública de baixo risco e um hospital universitário, ambos situados no município de Ribeirão Preto-SP, região sudeste do Brasil.

A população de referência foi constituída por todas as gestantes que receberam assistência pré-natal na maternidade. Os critérios de inclusão foram: gestantes com idade entre 15 e 49 anos em seguimento de pré-natal e que mantiveram relacionamento com parceiro íntimo durante a gestação, independente de coabitação. Os critérios de exclusão foram: gestantes com deficiência auditiva, visual ou cognitiva; desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoa; com gestação múltipla ou gestantes que declararam não ser alfabetizadas, independente da escolaridade.

O cálculo amostral foi realizado com informações de prevalência sobre VPI na gestação<sup>(5)</sup>. Utilizando o programa *Power Analysis and Sample Size* (PASS) versão 2002, foi calculada uma amostragem sistemática probabilística, com base em uma população finita de 1.600 gestantes em atendimento no período de coleta de dados de maio a dezembro de 2012 e as seguintes informações: a prevalência de 30,7% de VPI na gestação, precisão de 5%, estimativa com 95% de confiança e calculando-se 15% a mais para perdas.

Ao longo da coleta houve perda amostral de três participantes, sendo uma devida à ocorrência do parto em outra instituição, outra por desistência da participante e a terceira porque a participante apresentou-se desorientada ao longo da entrevista. Assim, a amostra contou com 232 gestantes.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal, cinco estudantes de pós-graduação e duas estudantes de graduação que realizavam iniciação científica, sendo que todas receberam treinamento prévio. Foram utilizados dois instrumentos: o primeiro foi adaptado para o estudo tendo como base o modelo proposto e adaptado por outros autores<sup>(6)</sup>. Este primeiro instrumento de coleta de dados foi constituído por uma primeira parte relativa às características sociodemográficas da gestante e seu parceiro e características obstétricas, e uma segunda contendo questões relacionadas à violência. O segundo instrumento foi construído especificamente para este estudo, com as variáveis relacionadas aos resultados obstétricos e neonatais das mulheres participantes. Antes de ser utilizado, foi submetido à validação de conteúdo por juízes especialistas.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: no dia da primeira consulta de pré-natal da gestante no serviço, ocasião em que foi convidada a participar do estudo e, após o aceite foi aplicado o primeiro instrumento de coleta de dados. O segundo encontro ocorreu no pós-parto imediato e informações foram obtidas dos prontuários das mulheres participantes do estudo e de seus filhos recém-nascidos, tendo sido usado o instrumento de coleta que versava sobre os resultados obstétricos e neonatais.

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel, por meio de digitação dupla, o que possibilitou a validação dos dados digitados para eliminar possíveis erros e garantir confiabilidade na compilação dos dados. A análise foi realizada com a utilização do programa estatístico *Statistical Analysis System SAS*® 9.0. Para caracterizar a amostra, a análise dos dados foi fundamentada na estatística descritiva. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, a técnica estatística utilizada foi o teste Exato de Fisher. Além disso, a quantificação dessa associação foi mensurada por meio de modelos de regressão logística, tendo sido calculado o *odds ratio* bruto (OR), com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Para todas as análises estatísticas foram considerados significativos valores de *p* menores que 0,05.

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado sob nº 1383/2011. As entrevistas foram realizadas em local privativo e sem a presença de acompanhantes, após as participantes receberem as informações sobre os objetivos da pesquisa, concordarem em participar e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída em sua maioria por mulheres com idade média de 25 anos ( $dp=6,20$ ), de cor preta ou parda (40,1%), com média de 9,6 anos de estudo ( $dp=2,43$ ), católicas (42,3%), sem ocupação remunerada (59,0%), ou seja, donas de casa, desempregadas ou estudantes; não fumantes (94,0%), que não faziam uso de bebida alcoólica (86,6%) ou drogas ilícitas (98,7%), solteiras (65,5%), que coabitavam com parceiro íntimo (78,0%) e tinham renda familiar média de 2,5 salários mínimos ( $dp=1,34$ ), tendo o parceiro como provedor da família (47,9%).

Com relação à caracterização obstétrica das participantes, a média do número de gestações (incluindo a atual) foi de 2,1 ( $dp=1,27$ ) e a média de filhos de foi de 1,6 ( $dp=0,99$ ), sendo que 35 (15,0%) referiram aborto anterior e 106 (45,7%) declararam não ter nenhum filho vivo (desconsiderando-se a gestação atual). A maioria ( $n=156$ ; 67,2%) informou que a atual gestação não foi planejada, no entanto, 206 (88,8%) declararam que foi desejada.

Foram obtidos dados sobre o início do pré-natal de 190 participantes, sendo que 119 (62,6%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Quanto ao número de consultas de pré-natal, foram obtidos dados de 229 mulheres, sendo que 220 (96,0%) realizaram 6 ou mais consultas ao longo da gestação.

Com relação às intercorrências obstétricas, 99 mulheres (42,7%) tiveram alguma intercorrência durante a gestação, 11 (4,7%) tiveram alguma intercorrência no trabalho de parto, 83 (35,8%), no parto e 89 (38,4%), no período pós-parto. Dezenove participantes (8,2%) foram encaminhadas para resolução da gestação no Hospital Universitário. A maioria das participantes do estudo teve parto normal (146 - 62,9%).

Das 99 participantes que tiveram intercorrências na gestação, 52 (52,5%) tiveram infecção do trato urinário, 28 (28,3%), vulvovaginite; 14 (14,1%), hipertensão arterial gestacional; 8 (8,1%), bolsa rota prematura; 6 (6,0%), algum tipo de sangramento; 4 (4,0%), trabalho de parto prematuro; 4 (4,0%), diabetes gestacional; 4 (4,0%) alguma doença sexualmente transmissível (DST); 3 (3,0%), pré-eclâmpsia; 2 (2,0%), crescimento uterino restrito e 1

(1,0%), descolamento prematuro de placenta. A mesma gestante pode ter sido acometida por mais de uma intercorrência, por esta razão a somatória final das intercorrências ultrapassa os 100%.

Dentre as mulheres que tiveram intercorrências durante o trabalho de parto ( $n=11$ ), 6 (54,5%) tiveram hipertensão arterial sistêmica e 4 (36,4%), pré-eclâmpsia. Durante o trabalho de parto, 124 participantes (53,4%) receberam analgesia. Das participantes que tiveram alguma intercorrência durante o parto ( $n=83$ ), 58 (69,0%) tiveram laceração, 2 (2,4%), hipertensão arterial sistêmica e 1 (1,2%) teve sangramento e outra (1,2%), acretismo placentário. Das 89 que tiveram algum tipo de intercorrência no pós-parto, 83 (93,3%) tiveram trauma mamilar; 4 (4,5%), hipertensão arterial; 4 (4,5%) ingurgitamento mamário; 3 (3,4%), sangramento uterino; 2 (2,25%), hipotensão arterial; 1 (1,1%), retenção placentária e outra (1,1%), infecção puerperal.

Com relação aos neonatos filhos das participantes do estudo ( $n=232$ ), a média de idade gestacional ao nascer foi de 39,8 semanas ( $dp=1,3$ ), sendo o mínimo de 36 e o máximo de 42,8 semanas. A maioria ( $n=220$ ; 94,8%) nasceu a termo, era do sexo feminino ( $n=131$ ; 56,5%) e apresentou índice de Apgar entre 7 e 10 ( $n=205$ ; 88,4%) no primeiro minuto de vida e entre 7 e 10 ( $n=230$ ; 99,1%) no quinto minuto.

No que se refere ao peso dos neonatos ao nascer, a média foi de 3,305 g ( $dp=453,9$ ), com mínimo de 1,730 g e máximo de 4,425 g, sendo que 3,9% apresentaram baixo peso ao nascer ( $< 2,499$  g). Observou-se que 79 (34,0%) apresentaram algum tipo de intercorrência ao nascer: 55 (69,6%) apresentaram cianose; 52 (65,8%) alteração do tônus muscular; 34 (43,0%), dificuldade respiratória; 13 (16,7%), bradicardia; 4 (5,0%), parada respiratória; 1 (1,3%), parada cardiorrespiratória e 1 (1,3%), malformação.

Dos 232 nascidos, 214 (92,2%) passaram por algum tipo de procedimento (invasivo ou não) ao nascer: em 148 (69,2%) foi realizada aspiração das vias aéreas superiores, 106 (53,5%) realizaram contato pele a pele com a mãe, 38 (17,8%) realizaram lavagem gástrica, 19 (8,9%) receberam oxigênio, 16 (7,5%) tiveram aspiração gástrica, 15 (7,0%) sofreram intubação orotraqueal, 14 (6,5%) fizeram uso de máscara e ventilador manual e 1 (0,5%) recebeu massagem cardíaca.

Com relação ao encaminhamento após o nascimento, 205 (88,4%) recém-nascidos foram encaminhados ao alojamento conjunto, 26 (11,2%), à unidade de cuidados intermediários (UCIN), 1 (0,4%) à unidade de cuidados intensivos neonatal (UTI) e 8 (3,4%) a outras instituições de saúde.

O tempo de internação dos recém-nascidos na maternidade onde nasceram foi em média de 2,44 dias ( $dp=1,96$ ), sendo a permanência mínima de 1 dia e a máxima, de 22

dias. Ao longo da internação, 55 (23,7%) apresentaram algum tipo de intercorrência: 28 (50,0%) apresentaram icterícia; 22 (39,3%), dificuldade respiratória; 12 (21,4%), hipoglicemia; 2 (3,6%), desidratação e 1 (1,8%), impetigo.

Em 22 (9,5%) casos foi necessário entrar em contato com a assistência social do serviço e em 4 (1,7%), com o Conselho Tutelar, no entanto não foram investigados os motivos desses encaminhamentos.

Com relação à prevalência dos casos de violência entre as participantes, 128 (55,2%) sofreram algum tipo de violência do parceiro íntimo alguma vez na vida e em 36 (15,5%), essa violência ocorreu durante a gestação. Quanto ao tipo e à frequência da violência sofrida pelas participantes a classificação foi de violência psicológica (n=34; 14,7%) violência física (n=12; 5,2%) e violência sexual (n=1; 0,4%).

A Tabela 1 apresenta a associação entre a VPI e as características obstétricas das participantes. A análise dos dados evidenciou associação entre a ocorrência de violência

na gestação perpetrada por parceiro e o desejo da gestação, sendo que as mulheres que não desejaram a gestação apresentaram 4,3 vezes a chance de sofrer VPI na gestação, quando comparadas com aquelas que desejaram a gestação ( $p < 0,01$ ; OR=4,32 e IC 95% [1,77 – 10,54]).

As variáveis número de gestações, número de abortos, número de partos, parto prematuro anterior, número de filhos natimortos, número de filhos que morreram após o nascimento, número de filhos vivos, gestação atual planejada, idade gestacional do início do pré-natal, número de consultas de pré-natal realizadas na gestação atual não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável dependente (Tabela 1).

Com relação às repercussões obstétricas, não houve associação estatisticamente significativa entre a variável ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro íntimo e as variáveis intercorrências na gestação, intercorrências no trabalho de parto, analgesia durante o trabalho de parto, tipo de parto, intercorrências no parto e intercorrências no puerpério.

**Tabela 1** - Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada às características obstétricas das participantes - Ribeirão Preto, 2013

		Violência na gestação por parceiro íntimo		p-valor*	odds ratio bruto	IC (95%)
		Não	Sim			
		N (%)	N (%)			
<b>Nº de gestações incluindo atual</b>	Uma	81 (34.91)	13 (5.60)	0.3636	1.106	(0.444 ; 2.752)
	Duas	53 (22.84)	14 (6.03)		1.82	(0.729 ; 4.540)
	Três ou mais	62 (26.72)	9 (3.88)		1	Referência
<b>Gestação Desejada</b>	Sim	180 (77.59)	26 (11.21)	<b>0.0021</b>	1	Referência
	Não	16 (6.90)	10 (4.31)		<b>4.327</b>	<b>(1.776 ; 10.54)</b>
<b>Nº de Partos</b>	Um	59 (46.09)	15 (11.72)	0.4561	3.814	(0.466 ; 31.207)
	Dois	31 (24.22)	7 (5.47)		3.387	(0.381 ; 30.086)
	Três ou mais	15 (11.72)	1 (0.78)		1	Referência
<b>Nº de Filhos</b>	Nenhum	93 (40.09)	13 (5.60)	0.3956	1	Referência
	Um	62 (26.72)	15 (6.47)		1.731	(0.771 ; 3.888)
	Dois ou mais	41 (17.67)	8 (3.45)		1.396	(0.538 ; 3.625)
<b>IG do início do PN em semanas</b>	Até 12,8	103 (54.21)	16 (8.42)	0.3606	1	Referência
	13 – 24,8	56 (29.47)	12 (6.32)		1.379	(0.610 ; 3.120)
	25 ou mais	2 (1.05)	1 (0.53)		3.219	(0.276 ; 37.584)

\*Teste Exato de Fisher. IC (95%) = Intervalo com 95% de Confiança.

**Tabela 2** - Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada ao tipo de parto e aos resultados obstétricos das participantes - Ribeirão Preto, 2013

		Violência na gestação por parceiro íntimo		p-valor*	odds ratio bruto	IC (95%)
		Não	Sim			
		N (%)	N (%)			
<b>Intercorrência no trabalho de parto</b>	Sim	8 (3.45)	3 (1.29)	0.3835	2.136	(0.539 ; 8.471)
	Não	188 (81.03)	33 (14.22)		1.000	Referência
	Normal	127 (54.74)	19 (8.19)		1.197	(0.142 ; 10.112)
<b>Tipo de parto</b>	Cesárea	61 (26.29)	16 (6.90)	0.3126	2.098	(0.244 ; 18.023)
	Fórceps	8 (3.45)	1 (0.43)		1.000	Referência

\*Teste Exato de Fisher. IC (95%) = Intervalo com 95% de Confiança.

No que diz respeito às repercussões neonatais dos filhos das participantes, a análise pelo teste Exato de Fisher e por meio de regressão logística não demonstrou associação estatisticamente significativa para as variáveis: idade gestacional da criança ao nascer, índice de Apgar no primeiro minuto de vida, índice de Apgar no quinto minuto de vida, peso ao nascer, intercorrências no nascimento, procedimentos realizados no nascimento, encaminhamento do recém-nascido para a unidade

de cuidados intermediários ou intensivos, encaminhamento do recém-nascido a outra instituição, intercorrências na internação, necessidade de contato com assistente social, necessidade de contato com o Conselho Tutelar e tempo de internação com a ocorrência da violência. Para as variáveis índice de Apgar no primeiro minuto de vida, peso ao nascer e necessidade de contato com assistente social, não houve resultado estatisticamente significativo (Tabela 3).

**Tabela 3** - Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada aos resultados neonatais dos filhos das participantes - Ribeirão Preto, 2013

		Violência na gestação por parceiro íntimo		p-valor*	odds ratio bruto	IC (95%)
		Não	Sim			
		N (%)	N (%)			
Apgar no 1º minuto	10 a 7	174 (75.00)	31 (13.36)		1.000	Referência
	6 a 4	15 (6.47)	3 (1.29)	0.7448	1.123	(0.307 ; 4.107)
	3 a 0	7 (3.02)	2 (0.86)		1.604	(0.318 ; 8.081)
Peso ao Nascer	Baixo peso	6 (2.59)	3 (1.29)	0.1484	2.879	(0.686 ; 12.082)
	Peso normal	190 (81.90)	33 (14.22)		1.000	Referência
Contato com assistente social	Sim	17 (7.33)	5 (2.16)	0.3519	1.698	(0.584 ; 4.939)
	Não	179 (77.16)	31 (13.36)		1.000	Referência

\*Teste Exato de Fisher. IC (95%) = Intervalo com 95% de Confiança.

## DISCUSSÃO

Acerca da prevalência de ocorrência de violência entre as participantes, 66,4% sofrera algum tipo de violência perpetrada por familiares, amigos, conhecidos ou estranhos pelo menos uma vez na vida. Com relação à VPI, 55,2% das mulheres já havia sofrido algum tipo de VPI alguma vez na vida e 15,5%, algum tipo de VPI na atual gestação.

Outros estudos realizados em Ribeirão Preto apontam a prevalência de VPI alguma vez na vida entre 45,3 e 58,5%<sup>(7)</sup> estando a prevalência encontrada no presente estudo próxima à média desses resultados. Com relação à VPI na gestação, esta variou de 19,6 a 80,8% nos estudos consultados<sup>(8-11)</sup>, porcentagens superiores à do presente estudo.

Daquelas que sofreram VPI na gestação, 34 (94,4%) sofreram violência psicológica, 12 (33,3%), violência física e 1 (2,7%) sofreu violência sexual. Em outros estudos, a violência psicológica na gestação variou de 18,1 a 79,8%; a violência física, de 7,7 a 27,9%, e a violência sexual, de 1,6 a 20,2%<sup>(8-9,12)</sup>.

Com relação às características obstétricas das participantes e à associação com a ocorrência de VPI na gestação, houve resultado estatisticamente significativo entre a ocorrência de violência e o desejo da gestação, sendo que as mulheres que não desejaram a gestação apresentaram 4,3 vezes a chance de sofrer violência, comparadas às que desejaram a gestação, confirmando os achados de outros estudos<sup>(13-14)</sup>.

Mulheres que mantêm relações com um parceiro controlador e não aberto ao diálogo têm menor capacidade de negociação acerca do uso de preservativo no momento da relação sexual, estando mais vulneráveis à gravidez não planejada<sup>(15)</sup>. Mulheres em situação de VPI têm menor controle sobre sua sexualidade e fertilidade e o poder de decisão acerca do uso de métodos contraceptivos muitas vezes é do parceiro íntimo<sup>(16-17)</sup>. Em vista disso, no contexto de uma relação violenta, a dificuldade de diálogo e negociação acerca do uso de métodos contraceptivos, a possibilidade de relação sexual forçada ou por medo e a ocorrência de coerção reprodutiva (*reproductive coercion*) aumenta o número de mulheres que têm gestações indesejadas<sup>(17)</sup>, como no caso do presente estudo, reforçando a influência das relações de poder e dominação masculina sobre a saúde da mulher.

A variável gestação não apresentou associação significativa com a ocorrência de VPI, no entanto, estudos indicam que as mulheres com mais de três gestações apresentaram maior chance de violência que as que nunca engravidaram ou que tiveram apenas uma gravidez<sup>(18-19)</sup>, não sendo compatível com os resultados deste estudo. Acerca do número de partos e número de filhos, autores consideram que a chance de VPI é maior entre mulheres que tiveram dois ou mais partos<sup>(9)</sup>, porém não indicam associação entre a ocorrência de VPI na gestação e o número de filhos da mulher, resultados semelhantes aos verificados na presente investigação.

Com relação ao acompanhamento pré-natal, mulheres que passaram por violência física por parceiro íntimo na gestação apresentam assistência menos adequada

quando comparadas às que não sofreram violência<sup>(20-21)</sup>. A qualidade da assistência pré-natal não foi verificada no presente estudo, porém a maioria das mulheres iniciou o acompanhamento no tempo preconizado.

As variáveis número de abortos, parto prematuro anterior, número de filhos natimortos, número de filhos que morreram após o nascimento, gestação atual planejada e número de consultas pré-natal realizadas não apresentaram associação estatisticamente significativa com a violência. Entretanto, estudos apontam a associação da VPI com maior risco de aborto, maior risco de parto prematuro, associação da violência com aumento do risco de óbito fetal e morte perinatal<sup>(22-24)</sup>. Em outra investigação, não houve associação estatisticamente significativa entre a gravidez planejada e a VPI, assim como um estudo conduzido no México não verificou associação entre número de consultas pré-natal e a ocorrência de VPI<sup>(25-26)</sup>, indo ao encontro dos achados deste estudo.

No que tange às repercussões obstétricas tais como intercorrências na gestação, analgesia durante o trabalho de parto, intercorrências no parto e intercorrências no puerpério, não foi observada associação estatisticamente significativa com a variável dependente.

É sabido que mulheres que sofrem violência antes e durante a gestação podem ter maior chance de intercorrências, tais como doenças sexualmente transmissíveis, pressão alta, sangramento vaginal, diabetes e infecção do trato urinário<sup>(27-28)</sup>, resultados que não foram observados no presente estudo. Além disso, estudos apontam maior chance das mulheres que sofreram VPI na gestação terem depressão após o parto<sup>(5,29)</sup>, análise que não foi objeto da presente investigação.

Não foi verificada associação significativa da variável intercorrência no trabalho de parto e VPI, corroborando o achado de outro estudo que não verificou associação entre a ocorrência de distócias no trabalho de parto e parto com a ocorrência de violência na gestação<sup>(30)</sup>. Também com relação ao tipo de parto, não foi verificada na literatura associação com a VPI<sup>(26)</sup>.

Acerca das intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto, apesar de terem sido considerados aspectos clínicos importantes durante o ciclo gravídico-puerperal, não foram encontradas publicações na literatura científica que associassem a ocorrência da VPI na gestação com todas as variáveis selecionadas para a presente pesquisa.

Quanto aos neonatos, não foi verificada associação estatisticamente significativa entre o índice de Apgar, o baixo peso ao nascer e a necessidade de contato com assistente social por parte da equipe de saúde com a ocorrência de VPI durante o período gestacional. Outros estudos que investigaram resultados neonatais decorrentes da VPI na gestação não encontraram associação significativa com o índice de Apgar no primeiro ou quinto minuto de vida dos recém-nascidos<sup>(25)</sup>, corroborando os

presentes achados. A ocorrência de neonatos com baixo peso ao nascer e pequenos para a idade gestacional, além de prematuridade, foram mais frequentes entre gestantes que sofreram VPI na gestação<sup>(8,26,28)</sup>.

Acerca do encaminhamento do recém-nascido, estudo indica que gestantes que sofreram violência antes e durante a gestação têm maior chance de ter seus filhos encaminhados à unidade de cuidados intensivos, não abordando o encaminhamento a outras instituições<sup>(28)</sup>. Resultado divergente, similar ao do presente estudo, foi encontrado outra investigação não verificou esse tipo de associação<sup>(25)</sup>.

Para análise das repercussões neonatais, foram investigadas algumas variáveis consideradas de importância clínica, tais como os procedimentos realizados no momento do nascimento e o tempo de internação do recém-nascido. Entretanto, os resultados não se mostraram estatisticamente significativos. A despeito de seu significado clínico, não foram encontrados trabalhos na literatura científica que associassem tais variáveis com a ocorrência da VPI na gestação.

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo fornecem subsídios para a sensibilização dos profissionais que atuam no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, no que se refere à identificação da VPI na gestação, para que possam oferecer um atendimento mais abrangente, que compreenda a situação da mulher, atendendo-a nas necessidades que, por vezes, permanecem despercebidas.

Os profissionais devem incluir em suas práticas o rastreamento, o aconselhamento, o acolhimento e a referência à rede de apoio para a gestante em situação de violência. Além disso, na instituição investigada e nos serviços de saúde de modo geral, o rastreamento e a atuação profissional na violência contra a mulher seriam facilitados se houvesse uma sistematização para detecção e condutas adequadas nesses casos.

Com relação às repercussões obstétricas e neonatais decorrentes da VPI na gestação, apesar de terem sido considerados clinicamente importantes, os resultados não foram estatisticamente significativos. No entanto, vários estudos demonstram que a VPI é impactante na saúde materna e neonatal.

Frente ao exposto, novas pesquisas são necessárias para elucidar a relação entre a VPI na gestação e as repercussões obstétricas e neonatais, de forma que as mulheres sejam acompanhadas retrospectivamente e prospectivamente, relacionando também com a percepção que têm sobre a violência. O impacto da gravidez na diminuição da violência contra a mulher poderia ser analisado no município em questão, visto que a literatura a respeito ainda é controversa. As formas de enfrentamento utilizadas pelas

mulheres vítimas de VPI também poderiam ser investigadas sob outros referenciais teóricos e metodológicos, com o intuito de compreender sua real necessidade diante dessa situação (ser gestante e sofrer violência).

## REFERÊNCIAS

1. Labronici LM, Ferraz MIR, Trigueiro TH, Fegadoli D. Profile of the violence committed against women assisted at Pousada de Maria lodging. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2011 Jan 25];44(1):126-33. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en\\_a18v44n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a18v44n1.pdf)
2. World Health Organization (WHO). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva; 2005.
3. Medina ABC, Penna LHG. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(4):794-9.
4. Arruda-Barbosa L, Dantas TM, Oliveira CC. Estratégia saúde da família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2011;24(4):347-54.
5. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, Araujo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. 2010;376(9744):903-10.
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFP, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):470-7.
7. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza LD. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):604-10.
8. Bailey BA, Daugherty RA. Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. *Matern Child Health J*. 2007;11(5):495-503.
9. Makayoto LA, Omolo J, Kamweya AM, Harder VS, Mutai J. Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. *Matern Child Health J*. 2013;17(3):441-7.
10. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;79(3):269-77.
11. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TVB, Valongueiro SA. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1044-53.
12. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):877-85.
13. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;100(2):104-8.
14. Martin KR, Garcia L. Unintended pregnancy and intimate partner violence before and during pregnancy among Latina women in Los Angeles, California. *J Interpers Violence*. 2011;26(6):1157-75.
15. Chacham AS, Maia MB, Camargo MB. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. *Rev Bras Estud Popul*. 2012;29(2):389-407.
16. Gee RE, Mitra N, Wan F, Chavkin DE, Long JA. Power over parity: intimate partner violence and issues of fertility control. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(2):148.e1-7.
17. Miller E, Decker MR, McCauley HL, Tancredi DJ, Levenson RR, Waldman J, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*. 2010;81(4):316-22.
18. 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.
19. Vieira EM, Perdona GdSC, Santos MAd. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):730-7.
20. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):667-76.
21. Viellas EF, Gama SGN, Carvalho ML, Pinto LW. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. *J Pediatr*. 2013;89(1):83-90.
22. Pallitto CC, Garcia-Moreno C, Jansen HA, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;120(1):3-9.

- 
23. Silverman JG, Gupta J, Decker MR, Kapur N, Raj A. Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. *BJOG*. 2007;114(10):1246-52.
  24. Schoeps D, Almeida MF, Alencar GP, França Junior I, Novaes HMD, Siqueira AAFd, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(6):1013-22.
  25. Romero-Gutierrez G, Cruz-Arvizu VH, Araceli C. Prevalence of violence against pregnant women and associated maternal and neonatal complications in Leon, Mexico. *Midwifery*. 2011;27(5):750-3.
  26. Nunes MAA, Camey S, Ferri CP, Manzolli P, Manenti CN, Schmidt MI. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *Eur J Public Health*. 2011;21(1):92-7.
  27. Matseke G, Peltzer K, Mlambo G. Partner violence and associated factors among pregnant women in Nkangala district, Mpumalanga. *S Afr J Obstet Gynaecol*. 2012;18(3):77-81.
  28. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(1):140-8.
  29. Dolatian M, Hesami K, Shams J, Majd HA. Relationship between violence during pregnancy and postpartum depression. *Iran Red Crescent Med J*. 2010;12(4):377-83.
  30. Finnbogadottir 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.