

Fátima Almeida



VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ? PREVALÊNCIA E ALGUNS FATORES ASSOCIADOS

IPV - ESSV | 2014

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Fátima Susana Jesus Almeida

**VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ? PREVALÊNCIA E ALGUNS
FATORES ASSOCIADOS**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Viseu, Abril 2014

Fátima Susana Jesus Almeida

**VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ? PREVALÊNCIA E ALGUNS
FATORES ASSOCIADOS**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Relatório final realizado sob a orientação de:

Professora Doutora Emília Coutinho

Professor Doutor João Duarte



Viseu, Abril de 2014

PENSAMENTO

“O que me preocupa não é o grito dos maus, é o silêncio dos bons.”

“O que me assusta não é a violência de poucos mas a omissão de muitos.”

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho de pesquisa foi motivado por diversas pessoas, e tive o privilégio de contar com a colaboração de outras tantas, a quem desejo expressar os meus mais sinceros agradecimentos.

Para os meus orientadores, Professora Doutora Emília Coutinho e Professor Doutor João Carvalho Duarte agradeço todo o apoio, ajuda, conselhos, disponibilidade, dedicação e orientações assim como as palavras de incentivo nos momentos mais difíceis.

Desejo expressar a minha gratidão a todas as puérperas que prontamente responderam ao questionário, pois foram as informações por elas fornecidas que contribuíram para este estudo se tornasse uma realidade.

Aos Conselhos de Administração das Maternidades, pela autorização concedida para a aplicação do instrumento de recolha de dados e aos profissionais que comigo colaboraram.

Um agradecimento muito especial à minha família, aos meus pais, ao meu marido às minhas filhas pelo apoio incondicional, pela compreensão e pela paciência que tiveram, apesar dos momentos difíceis pelo qual todos passamos no último ano.

A todos os que, direta ou indiretamente, no serviço, na escola e nos ciclos de amizade contribuíram para a concretização desta investigação.

O meu MUITO OBRIGADO

Fátima Susana Jesus Almeida.

RESUMO

Enquadramento: A violência doméstica contra as mulheres é uma situação que ocorre sobretudo no espaço privado familiar que pode ser infligida pelo companheiro/cônjuge. Este tipo de violência é considerado pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública que tem repercussões ao nível da saúde da mulher em todo o ciclo vital, incluindo o gravídico-puerperal.

Objetivos: Determinar a prevalência de violência doméstica na gravidez nas dimensões física, psicológica e sexual; Caracterizar as grávidas vítimas de violência doméstica; Identificar alguns fatores associados à violência doméstica durante a gravidez.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, correlacional, utilizando uma amostra não probabilística de conveniência, constituída por um total de 852 puérperas, das quais 370 foram vítimas de violência doméstica segundo os critérios adotados pela escala modificada de prevalência, aplicada entre fevereiro e junho de 2012, em duas instituições de saúde públicas portuguesas, uma da Região Centro e outra da Grande Lisboa.

Resultados: A caracterização da grávida vítima de violência: mulher imigrante ($p=0,000$), de outra raça/etnia que não a branca ($p=0,000$), solteira/divorciada/viúva ($p=0,000$), com habilitações literárias $\leq 9^\circ$ ano ($p=0,000$), desempregada ($p=0,000$), múltipara ($p=0,021$) e com um IMC antes da gravidez de pré-obesidade ($p=0,003$). Como fatores preditores encontramos o companheiro/cônjuge imigrante ($p=0,000$), com habilitações literárias $\leq 9^\circ$ ano ($p=0,000$) e desempregado ($p=0,000$); rendimento mensal ≤ 1000 euros ($p=0,000$) e com bom índice de aglomeração ($p=0,002$); gravidez planeada ($p=0,001$), mas não vigiada ($p=0,000$). Como fatores protetores encontramos as grávidas e companheiros/cônjuges com o ensino Superior ($p=0,000$). A prevalência de violência doméstica na gravidez foi de 43,4% (incluindo os três tipos de violência). Com violência física ligeira encontramos 11,7%, moderada 3,2% e grave 7%; a violência psicológica ligeira 24,9%, moderada 2,9% e grave 15,4%; e a violência sexual ligeira 15,1%, moderada 3,1% e grave 1,4%.

Conclusão: A prevalência de violência das grávidas pode ser tão elevada como a da população em geral. A violência psicológica foi a mais prevalente durante a gravidez e os fatores de natureza socioeconómicos revelaram-se importantes preditores de violência doméstica. Estes resultados obrigam-nos a repensar estratégias, de modo a serem implementados programas de intervenção adequados à deteção de vítimas de violência durante a gravidez. A determinação dos fatores associados de violência doméstica na gravidez é muito importante, pois o seu conhecimento por parte dos profissionais que contactam com a mulher no âmbito da vigilância de saúde materno-fetal, poderá permitir uma maior atenção aos sinais que possam surgir no decorrer dessas consultas.

Palavras-chave: Violência domestica; Gravidez; Prevalência; Fatores associados

ABSTRAT

Background: Domestic violence against women is a situation occurs mainly in the family's intimacy and can be inflicted by the partner/spouse. This kind of violence is considered by the World Health Organization as a public health issue that has an impact on women's health throughout their lives, including during pregnancy and puerperium.

Objectives: To determine the prevalence of domestic violence during pregnancy in physical, psychological and sexual dimensions; to characterize pregnant victims of domestic violence; to identify factors associated with domestic violence during pregnancy.

Methods: Quantitative, descriptive and correlational study, using a non-probability sample of convenience, consisting on a total of 852 postpartum women, from which 370 were victims of domestic violence according to criteria adopted by the modified scale of prevalence applied between February and June 2012 in two Portuguese public health institutions.

Results: The profile of the pregnant victim of violence: immigrant women ($p=0,000$), with other race/ethnicity other than white ($p=0,000$), with marital status single/divorced/widowed ($p=0,000$), with qualifications ≤ 9 year ($p=0,000$), unemployed ($p=0,000$), multiparous ($p=0,021$) and with a BMI before pregnancy of pre-obesity ($p=0,003$). As predictor factors of domestic violence during pregnancy we found: partner/spouse immigrant ($p=0,000$), with qualifications ≤ 9 th grade ($p=0,000$) and unemployed ($p=0,000$); monthly income ≤ 1000 € ($p=0,000$) and with good agglomeration index ($p=0,002$); planned pregnancy ($p=0,001$), but not guarded ($p=0,000$). Protective factors were found to be pregnant and companions/spouses with higher education ($p=0,000$). The prevalence of domestic violence during pregnancy was found to be of 43,4 % (including the three types of violence). With mild physical violence we found 11,7%, 3,2% moderate and severe 7%; a minor psychological violence 24,9 %, 2,9 % moderate and 15,4% severe; and sexual violence 15,1% mild, 3,1% moderate and 1,4% severe.

Conclusion: The prevalence of violence in pregnant can be as high as in the general population. Psychological violence is the most prevalent during the pregnancy and the socioeconomic background was found be an important predictor of domestic violence. These results will make us rethink about strategies, in a way that adequate intervention programs could be set-up in place to identify pregnant women that are victim of violence during the pregnancy. The determination of the factors associated with domestic violence during pregnancy is of extreme importance, as its knowledge by the healthcare professionals that are in contact with the woman during the surveillance of the maternal-fetal health, will improve the attention paid to the signs that might show-up during these consults.

Keywords: Domestic violence; Pregnancy; Prevalence; Associated factors

ÍNDICE GERAL**ÍNDICE DE TABELAS****ÍNDICE DE FIGURAS****ABREVIATURAS E SIGLAS**

INTRODUÇÃO.....	27
------------------------	-----------

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	33
1.1 TIPO DE VIOLÊNCIA	38
1.1.1 Violência Física.....	39
1.1.2 Violência psicológica.....	40
1.1.3 Violência Sexual.....	42
1.2 O CICLO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	43
1.3 FATORES DE INFLUÊNCIA NA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	45
2. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A GRAVIDEZ	49
2.1 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.	54

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. METODOLOGIA.....	67
1.1 MÉTODOS.....	67
1.2 PARTICIPANTES.....	70
1.2.1 Caracterização sociodemográfica	70
1.3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	76
1.3.1 Questionário.....	76

1.3.2 Escalas e sua caracterização psicométrica	77
1.4 PROCEDIMENTOS.....	80
1.5 ANÁLISE DA DADOS.....	81
2. RESULTADOS	83
2.1 ANÁLISE DESCRITIVA	83
2.1.1 Características do companheiro/cônjuge.....	83
2.1.2 Condições socioeconómica.....	85
2.1.3 Vigilância da gravidez.....	89
2.1.4 Variáveis Obstétricas.....	98
2.1.5 Violência doméstica.....	100
2.2 ANÁLISE INFERENCIAL	104
2.2.1 Prevalência de violência e Variáveis Sociodemográficas.....	104
2.2.2 Prevalência de VD e Caracterização do companheiro/cônjuge...	106
2.2.3 Prevalência de VD versus Variáveis Socioeconómicas.....	108
2.2.4 Prevalência de VD versus Vigilância da Gravidez.....	109
2.2.5 Prevalência de VD versus Variáveis Obstétricas.....	110
3. DISCUSSÃO.....	113
3.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	113
3.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	114
4. CONCLUSÃO	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131

ANEXOS

ANEXO I – Quadro resumo dos artigos consultados

ANEXO II – Questionário

ANEXO III – Pedido e autorização para aplicação da escala de HITS

ANEXO IV – Pedido e autorização para aplicação da escala modificada de prevalência de violência doméstica

ANEXO V – Autorização da comissão nacional de proteção de dados

ANEXO VI – Autorização da Instituição de Saúde Pública da Zona Centro

ANEXO VII – Pedido e autorização à Instituição de Saúde Pública da Grande Lisboa

ANEXO VIII – Pedido e autorização da Comissão de Ética da Instituição de Saúde Pública da Grande Lisboa

ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 -	Estatísticas alusivas à idade das puérperas.....	71
Tabela 2 -	Estatísticas alusivas à altura, peso e IMC antes da gravidez.....	75
Tabela 3 -	Caracterização sociodemográfica das puérperas em função do grupo etário.....	76
Tabela 4 -	Consistência interna (estudo dos itens) da escala HITS.....	78
Tabela 5 -	Consistência interna (estudo dos itens) da escala modificada de prevalência de VD.....	79
Tabela 6 -	Estatísticas alusivas à idade do companheiro/cônjuge.....	83
Tabela 7 -	Caracterização sociodemográfica do companheiro/cônjuge em função do grupo etário das puérperas.....	85
Tabela 8 -	Estatísticas alusivas ao nº de assoalhadas, nº de residentes e índice de aglomeração.....	88
Tabela 9 -	Distribuição das puérperas segundo as condições socioeconómicas.....	89
Tabela 10-	Estatísticas alusivas ao nº de consultas antes e durante a gravidez.....	91
Tabela 11-	Estatísticas alusivas ao aumento de peso e IMC depois da gravidez.....	94
Tabela 12-	Estatísticas alusivas ao nº de cigarros.....	95
Tabela 13-	Distribuição das puérperas segundo a vigilância da gravidez.....	97
Tabela 14-	Estatísticas alusivas ao nº de gestações e nº de filhos.....	99
Tabela 15-	Estatísticas alusivas ao peso de nascimento deste filho.....	100
Tabela 16-	Distribuição das puérperas segundo as variáveis obstétricas.....	100
Tabela 17-	Distribuição das puérperas quanto à referência de VD.....	101
Tabela 18-	Estatísticas alusivas ao diagnóstico de VD - Escala HITS.....	102
Tabela 19-	Distribuição das puérperas segundo o diagnóstico de VD - Escala HITS.	102
Tabela 20-	Distribuição das puérperas segundo a escala modificada de prevalência de VD.....	103
Tabela 21-	Escala de diagnóstico de VD versus escala modificada de prevalência de VD.....	103
Tabela 22-	Maternidades onde ocorreram os partos das puérperas e prevalência de VD.....	104
Tabela 23-	Prevalência de VD versus variáveis sociodemográficas.....	106
Tabela 24-	Prevalência de VD versus caracterização do companheiro/cônjuge.....	108

Tabela 25-	Prevalência de VD versus variáveis socioeconômicas.....	109
Tabela 26-	Prevalência de VD versus vigilância de gravidez.....	110
Tabela 27-	Prevalência de VD versus variáveis obstétricas.....	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 – Representação esquemática da relação entre as variáveis estudadas
(desenho de investigação) 69

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

cf. – conforme

Cit. por – citado por

CV – coeficiente de variação

dp – desvio padrão

et al. – e outros colaboradores

EP – erro padrão

g – gramas

K – curtose

Kg – quilograma

p – nível de significância

p. – página

Pag. - Paginação

OR – odds ratio

SK – skewness

X^2 – teste Qui-Quadrado

% – percentagem

SIGLAS

AIG – Adequado à idade gestacional

APAV - Associação Portuguesa de Apoio á Vitima

CIG - Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

CIDM - Comissão de Igualdade para os Direitos da Mulher

DGS – Direção Geral de Saúde

GIG – Grande para a idade gestacional

IMC - Índice de Massa Corporal

IOM – Institute of Medicine

LIG – Leve para a idade gestacional

OMA - Observatório de Mulheres Assassinadas

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

RASI - Relatório Anual de Segurança Interna

UMAR - União de Mulheres Alternativa e Resposta

VC – Violência Conjugal

VD – Violência Doméstica

WHO – World Health Organization

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SSI – Sistema de Segurança Interna

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, muito se tem falado sobre violência doméstica e muito se tem tentado fazer para a prevenir e ajudar as vítimas de tal crueldade. Para além das disposições legais que existem atualmente, as organizações governamentais e não-governamentais, os meios de comunicação social e a facilidade com que hoje em dia se tem acesso à informação, permitem-nos conhecer um enorme número de situações de violência doméstica que noutros tempos seria quase impossível de se divulgar.

Um olhar atento sobre a sociedade atual facilmente deixa perceber que a problemática da violência doméstica tem vindo a assumir grande importância e a despertar uma preocupação bastante significativa, tanto a nível nacional como internacional.

Embora a violência familiar sempre tenha existido, ela é hoje mais debatida e denunciada, o que certamente contribui para o aumento da sua visibilidade. Este facto pode não querer significar, necessariamente, o seu aumento real, mas demonstra o reflexo de uma maior sensibilidade para o problema. O facto de existir atualmente uma consciência mais alargada dos direitos humanos e uma maior exigência de igualdade de direitos e de liberdade entre mulheres e homens talvez tenha contribuído para o reconhecimento da violência. Na verdade, atos que antigamente eram percebidos como não violentos passaram a sê-lo nos nossos dias. Os indivíduos, e de um modo geral as sociedades democráticas, parecem ter vindo a caminhar no sentido da reclamação e da exigência de respeito pelos direitos humanos (Casimiro, 2002).

Foi na década de 70 que os movimentos feministas trouxeram a público a violência conjugal contra a mulher que até então era escondida na privacidade do lar. Assim, este tema passou a ser uma questão de género que tem suscitado preocupação a nível mundial. (Branco, 2007).

A nível nacional foi nos anos 90 que o fenómeno começou a assumir, progressivamente, um lugar de relevo na sociedade em geral e a partir daqui emergiram diversos esforços políticos, sociais e académicos que ajudaram a conferir a visibilidade a uma contenda que outrora não tinha nome. O reconhecimento da violência doméstica como uma questão social e política contribuiu para a progressiva identificação de uma situação grave, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou em 2002 como um problema de saúde pública cujas consequências que lhe estão associadas são

devastadoras para a saúde e bem-estar de quem a sofre e para o desenvolvimento da criança, família, comunidade e sociedade em geral (Matos & Machado, 2011).

Segundo o Conselho da Europa, a violência contra as mulheres no espaço familiar é a maior causa de morte e invalidez entre as mulheres dos 16 aos 44 anos ultrapassando o cancro, acidentes de viação e mortes em situação de guerra. Refere ainda que as mulheres vítimas de violência, têm uma probabilidade entre 3 a 8 vezes superior de terem filhos doentes, dificuldade em arranjar emprego e recorrerem mais frequentemente aos serviços de saúde (CIDM, 2003, cit por Matos & Machado, 2011, p.17).

Um estudo multicêntrico, coordenado pela OMS sobre violência doméstica contra as mulheres, constatou que a prevalência de violência praticada pelo parceiro em algum momento das suas vidas, variaram entre 15% no Japão e 71% na Etiópia, sendo que no último ano, a prevalência da violência física/sexual foi de 4% e 54% respectivamente e a violência psicológica situou-se entre ao 20% e os 75% (WHO, 2005).

Considerando que a violência contra a mulher é perpetrada em todas as fases do ciclo de vida, a preocupação é maior quando a mulher está grávida, pois nela a violência tem consequências diretas em dois indivíduos (Nasir & Hyder, 2003).

Apesar de se poder reconhecer a gravidez como um período especial que deveria oferecer à mulher condições agradáveis e um ambiente harmónico de paz e tranquilidade para conceber um feto saudável, ao contrário do que se poderia pensar, são vários os estudos que relacionam a violência doméstica com a gravidez entre os quais Audi, Segall-Correa, Santiago, Andrade e Pèrez (2008, p.878) que afirmam “as gestantes não estão livres de violência doméstica...”, o que vai de encontro ao apresentado por Santos, Lovisi, Valente, Legay e Abelha (2010) quando afirmam que a violência contra as mulheres pode ocorrer em qualquer fase da vida, sendo que a gestação é uma delas.

A violência doméstica contra as mulheres dentro de seus anos férteis pode levar a ferimentos graves e morte tanto da mãe como da criança. A evidência sugere que as mulheres são particularmente vulneráveis à violência durante a gravidez e período pós-natal. Durante este período as mulheres são mais propensas a entrar em contato com os trabalhadores da saúde que têm posicionamento privilegiado para identificar e apoiar as mulheres que experienciam violência. No entanto, numa revisão de literatura O'Reilly (2007) revelou que a questão da violência doméstica contra mulheres grávidas é pouco abordada pelos profissionais de saúde.

Audi *et al.* (2008) constataram altas prevalências das diferentes categorias de violência doméstica realizada pelo parceiro durante o período gestacional, e encontrou diversos fatores a ela associados. Alguns estudos com homens e com mulheres grávidas em situação de violência doméstica indicam uma condição multifatorial, que atua como precursora de vários tipos de violência, apesar desses fatores poderem não ser considerados as suas causas diretas (Schraiber *et al.*, 2003).

Reconhecemos pois, tal como Nasir & Hyder (2003), que a violência física, psicológica e sexual contra a mulher grávida é um problema complexo e multidimensional que tem vindo a ser gradativamente abordado como questão de saúde pública.

Para Lowdermilk & Perry (2008) um homem, quando a mulher fica grávida, pode considerar a gestação como uma ameaça ou quebra do seu poder e recorrer à violência como forma de o restabelecer. A probabilidade de ocorrer violência quando a mulher fica grávida pode aumentar até 60% no primeiro trimestre da gravidez, diminuindo a sua incidência ao longo dos outros trimestres.

Todas estas premissas justificam a realização deste estudo, o qual surge como resultado das nossas inquietações perante uma problemática com a qual nos podemos confrontar, mas que no exercício da nossa profissão nos pode passar despercebido, que pode levantar questões éticas e de sigilo profissional ou simplesmente poderá ser ignorada por falta de conhecimentos. Sabemos que a violência doméstica existe mas que, num contexto de gravidez, não tem sido suficientemente explorada, como referem vários autores, pois o desconhecimento de atos violentos perpetrados, até por parte da própria mulher, pode levar à desvalorização de situações que podem vir a ser graves.

Neste sentido, o foco de atenção deste trabalho são, essencialmente, as mulheres no período de gestação onde se procurou identificar a violência doméstica, dentro das suas três vertentes, (como vários autores a classificam incluindo a OMS): violência física, violência psicológica e violência sexual, tendo-se gerado as seguintes questões de investigação:

- ❖ Qual a prevalência da violência doméstica na gravidez?
- ❖ Quais as características das mulheres grávidas vítimas de violência doméstica?
- ❖ Quais os fatores associados à violência durante a gravidez?

Apesar de supostamente vivermos numa democracia, continuamos a assistir a várias notícias de situações de violência doméstica perpetuada pelo parceiro íntimo nas

relações familiares. Assim sendo, definimos os seguintes objetivos para este estudo:

- ❖ Determinar a prevalência da violência doméstica na gravidez nas dimensões física, psicológica e sexual;
- ❖ Caracterizar as grávidas vítimas de violência doméstica;
- ❖ Identificar alguns fatores associados à violência doméstica durante a gravidez.

Para tal, realizámos um estudo transversal, de natureza quantitativa, descritivo e correlacional.

A colheita de dados foi efectuada com recurso a um questionário, anónimo e de participação voluntária, autoadministrado a puérperas com mais de 24h depois do parto. O questionário é formado por questões sociodemográficas e socioeconómicas, de vigilância da gravidez, variáveis obstétricas e sobre violência. Contém duas escalas relativas à violência doméstica usadas na mulher grávida, sendo uma a escala de diagnóstico de violência doméstica e a outra uma escala de prevalência de violência doméstica.

A recolha de informação processou-se de fevereiro de 2012 a junho de 2012, em duas maternidades do país, uma da Região Centro e outra da Grande Lisboa, nos serviços de puerpério, com uma amostra não probabilística por conveniência de 852 puérperas.

Este trabalho é constituído por duas partes. A primeira diz respeito à fundamentação teórica e inclui dois capítulos: um sobre violência doméstica, no qual são abordados vários conceitos, tipologia, ciclo e fatores de influência para melhor compreensão da problemática; e outro específico de violência doméstica na gravidez e seus fatores associados. A segunda parte refere-se ao estudo empírico e contém quatro capítulos: a metodologia utilizada, os resultados, a discussão dos resultados e, por último, as conclusões.

Consideramos que este trabalho pode contribuir para um despertar de consciências no que diz respeito à violência durante a gravidez, com vista à capacitação para identificação das situações de violência e respetivo encaminhamento, sempre que não tenhamos capacidade de resposta ou que a mesma ultrapasse a nossa esfera de atuação.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Há cerca de 40 anos, era divulgado pelos especialistas em crime que, o risco de violência se encontrava no espaço público e que o espaço privado do lar era seguro. A menos que esse espaço fosse transgredido por alguém proveniente de sítio público com propósito criminoso, é que se considerava um ato violento e punível. Só após o aumento sucessivo da revelação de atos de violência provocados por pessoas afetivamente próximas da vítima, na área supostamente segura da casa, é que se começou a ter consciência do risco inerente ao espaço familiar (Machado & Gonçalves, 2002, cit. por Branco, 2007, p.67).

Em 2002 a OMS incluiu como atos de violência todos os que fossem públicos ou privados, reativos ou pró-ativos e criminalizados ou não (Redondo, Pimentel & Correia, 2012, p.29). Este conceito surgiu da definição da OMS de violência como o “uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ato ou de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, perturbações do desenvolvimento ou privação” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002, p.5).

Redondo *et al.* (2012) referem que a OMS ao usar a expressão “uso de poder” amplia a natureza do ato violento para os que resultam de uma relação de poder (atos de ameaça, intimidação, negligência ou atos de omissão) o que pressupõe uma relação hierárquica entre a vítima e o agressor, independentemente dos danos que provoca. A intensão do agressor é dominar o outro e fazê-lo sentir-se subordinado, incompetente, sem valor e com medo.

A violência doméstica (VD) surge como uma das formas mais comuns de violência que acontece no seio da intimidade, exercida por companheiro ou marido, ex-companheiro ou namorado, que constitui uma violação dos direitos humanos, que afeta mulheres de todas as idades, estratos socioeconómicos e culturais (Krug *et al.*, 2002).

A partir dos anos 60-70, sobretudo nos Estados Unidos e a nível internacional, e a partir da década de 90 a nível nacional, devido em grande parte a movimentos feministas, o fenómeno da violência sobre as mulheres começou a ganhar visibilidade e emergiram diversos esforços políticos, sociais e académicos para que a VD fosse reconhecida como um problema social e político (Machado & Matos, 2011, p.15).

A VD não é um fenómeno novo nem um problema unicamente português. A Organização das Nações Unidas (ONU), na Declaração sobre os Direitos Humanos, assinalam o fenómeno como universal, porque tem vindo a ser praticado através dos tempos, com características idênticas em países cultural e geograficamente diferenciados. Em nenhum país do mundo as mulheres são tratadas de forma igual aos homens. A violência surge, pois, como um exercício de poder arbitrário do mais forte sobre o mais fraco (CIG, 2010, p.3).

A ONU, em 1999, escolheu o dia 25 de Novembro como o “Dia Internacional Pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres”, e em Portugal, desde então, esse dia passou a ser alvo de várias iniciativas (Machado & Matos, 2011, p.15).

A OMS afirma que a VD ocorre em todas as regiões do mundo e são as mulheres que mais sofrem, sendo que a prevalência de VD na vida de uma mulher se situa entre 16% e 50% (Redondo *et al.*2012). Estudos realizados em vários países mostram que 40% a 70% das mulheres assassinadas foram vítimas mortas pelos maridos ou namorados (Krug *et al.*, 2002).

No relatório da União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR), por meio do trabalho que desenvolve no Observatório de Mulheres Assassinadas (OMA), apresenta anualmente os dados relativos ao femicídio ocorridos em Portugal e em 2012 contabilizou 40 casos de homicídio, dos quais 21 foram cometidos pelos cônjuges/companheiro e oito pelo ex-cônjuge/ex-companheiro/namorado. A mesma fonte revelou que 13 desses homicídios foram cometidos no distrito de Lisboa e dois no distrito de Viseu (UMAR & OMA, 2013).

Um estudo realizado pela OMS (WHO, 2005) em vários países sobre a violência contra as mulheres revelou que a percentagem de mulheres que sofreram de violência por parte dos seus parceiros, ao longo da vida, oscilou entre 15% e 71%.

Em Portugal, no ano de 2007 (Machado & Matos, 2011), realizaram um inquérito nacional sobre violência de género promovido pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), para comparar a evolução da problemática no nosso país, com resultados de um mesmo inquérito realizado em 1995 que revelou que a prevalência da vitimação foi de 38,1% em 2007, tendo-se verificado uma diminuição em relação ao ano de 1995 que foi de 48%.

Segundo os dados do Relatório Anual de Segurança Interna (RASI), em 2012 no nosso país, foram registadas 26.084 participações de VD pelas forças de segurança,

Guarda Nacional Republicana (GNR) e Policia de Segurança Pública (PSP), valor que corresponde a uma diminuição de 10%, com menos 2.896 casos registados, relativamente ao ano de 2011. Cerca de 82% das vítimas foram mulheres e 81,5% tinham idades superiores a 25 anos e quanto ao agressor, 87% foram homens e as suas idades, maioritariamente, eram igual ou superior a 25 anos (94%) sendo que apenas 6% tinha entre os 16 e 24 anos. No mesmo relatório refere-se que a relação de parentesco entre vítimas em 61% dos casos eram cônjuge/companheiro, e 17% era ex-cônjuge/ex-companheiro. De referir que no distrito de Viseu houve um total de 791 (0.8%) participações e 5593 (1,05%) no distrito de Lisboa (SSI, 2013).

Nas estatísticas da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2013) constatou-se que os crimes praticados no âmbito da VD sofreram uma ligeira descida percentual face ao total de crimes, passando de 85% em 2011 para 83,6% em 2012. Quanto ao perfil das vítimas de VD referido 81,1% eram mulheres, com idades entre 25 e 54 anos (28,6%), casadas (36%), com família nuclear com filhos (42,8%) e empregadas (32,6%). Já o perfil do agressor apresenta o homem como principal (79,5%), com idade entre 36 e 50 anos (16,1%), casado (38,9%) e empregado (36,7%). Também Alvim (2006) cita vários autores que ao falar em VD verificam vários denominadores comuns no que se refere ao agressor, nomeadamente, na maioria das vezes é o homem, que tem ou teve uma relação íntima com a vítima que geralmente é a mulher.

Ainda se encontram números de VD que são alarmantes apesar de todos os esforços que existem para combater este flagelo.

Para se compreender melhor este fenómeno, e os termos que surgem relacionados com esta problemática, neste capítulo faremos uma abordagem a alguns conceitos que surgiram no decorrer da investigação e que nos parecem pertinentes mencionar.

A VD, tal como já referimos anteriormente, passou a ser percebida e o seu conceito, conhecido comumente pelo senso comum e foi-se redefinindo ao longo dos tempos. Após ter sido considerada durante muitos anos como tabu, a divulgação dos Direitos Fundamentais do Homem trouxe este assunto à discussão pública e hoje existe legislação que regula situações de violência.

Em dezembro de 1993 a ONU aprovou a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher e que definiu a VD como qualquer ato violento baseado no género que resulte ou tenha intuito de provocar sofrimento físico, psicológico ou sexual que provoque sofrimento na mulher, incluindo coerção, privação da liberdade, sejam elas ocorridas na vida pública ou privada (ONU, 1994, p.3).

Em 2002 a OMS considera a VD como um problema de saúde pública, reafirmando a definição da ONU em 1993, aditando ainda que o sector da saúde tem potencial para adotar um papel pró ativo na prevenção e que para tal implica um conhecimento aprofundado do fenómeno e das suas interligações com a saúde dos indivíduos e das populações, em conjunto com a capacitação dos vários profissionais (incluindo os de saúde) para responder de modo eficaz e eficiente aos desafios que a violência coloca (Krug *et al.*, 2002).

Sousa (2004, p.5) acrescenta que a VD consiste em toda a violência física, psicológica ou sexual, que ocorre em meio familiar e que inclui maus tratos, abuso sexual de mulheres e crianças, violação entre cônjuges, crimes passionais, mutilação genital feminina e outras práticas nocivas, incesto, ameaças, privação de liberdade e exploração sexual e económica.

Também Slegh (2006) considera a VD como um grave problema de saúde pública devido às suas vastas consequências nomeadamente distúrbio de stress pós traumático, reações de stress pós traumático, alterações na saúde física e mental, na vida individual e familiar, na comunidade e na sociedade.

No ano de 2000, em Portugal, a VD deixou de ser crime semipúblico para passar a ser considerado crime público, altura em que surgiu o I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica. Em 2007, enquadrado no código penal no seu artigo 152, a VD foi tipificada a como:

Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais ao cônjuge ou ex-cônjuge e a pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação, progenitor de descendente comum em primeiro grau, pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite... (Garcia, 2009, p.5).

No IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (CIG, 2012), a definição de VD para além de incorporar a perspectiva criminal, engloba também as dinâmicas socioculturais e os valores da civilização que têm sustentado os desequilíbrios e desigualdades de género.

A diretora executiva da ONU mulheres, Bachelet (2012), referiu que atualmente já existem pelo menos 125 países que possuem legislação contra a VD e que 187 já validaram a Convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres.

Refere-se assim a VD de uma forma abrangente (incluindo todos os tipos de vítimas), no entanto, o foco do nosso trabalho é a mulher, nomeadamente durante o período de gestação, o que nos leva a falar na violência conjugal (VC) que é aquela que é executada pelo cônjuge/ex-cônjuge, companheiro/ex-companheiro ou namorado contra a mulher pois segundo Sousa (2004) a maioria das vítimas de maus tratos é casada ou vive em união de facto.

A VC define-se como toda a violência que ocorre dentro de uma relação de intimidade entre dois adultos (hetero ou homossexual), os quais são ou foram parceiros íntimos, sejam ou não casados e coabitem ou não na mesma casa. Este tipo de violência inclui a violência física, sexual, psíquica e todo o tipo de comportamentos que visam subordinar, humilhar e dominar o outro. Como normalmente a VC ocorre maioritariamente na relação heterossexual, sendo a mulher a principal vítima devido às desigualdades de género, a violência conjugal é muitas vezes substituída por Violência de género (Nunes, 2003).

A violência de género é todo o ato de violência que ocorre devido às desigualdades de poder existente entre os géneros masculino e feminino, isto é, domínio do homem sobre a mulher (Kronbauer & Meneghel, 2003). Manita, Ribeiro e Peixoto (2009) estão em consonância com o referido anteriormente, afirmando que a violência de género resulta da perpetuação da desigualdade entre mulheres e homens numa sociedade em que a organização social do género (hierarquizada e desigual) pode estar na origem da VD. Contudo, este tipo de atos não engloba só a violência praticada pelo companheiro, mas também por estranhos, incluindo mutilação genital e infanticídios femininos (Hernández, 2005).

A questão do género, dentro da problemática da VC, é, com efeito, um tema sobre o qual importa refletir um pouco, pois apesar de haver quem defenda que as mulheres são tão violentas como os homens, a verdade é que muitos estudos têm demonstrado que a violência cometida por mulheres é mais contida e pontual, relativamente à dos homens. Para além disso, as lesões que daí resultam não atingem, na maioria dos casos, a gravidade dos danos infligidos pelos homens (Almeida, 2009).

Branco (2007) citando um estudo da APAV em 2003 revelou que tanto os homens como as mulheres mataram no âmbito de um relacionamento conjugal, mas os crimes cometidos pelas mulheres foram, na maioria, em autodefesa e após longos anos de maus tratos perpetrados pelo marido ou companheiro. Os homens agressores que matam as suas companheiras fazem-no depois de longos anos de agressão e em momentos de ruptura da

relação, sendo que este momento é também um risco do aumento de violência (Gelles & Straus, 1988, cit. por Branco, 2007, p.82).

A VC, para Manita, Ribeiro e Peixoto. (2009), constitui uma das dimensões da VD pois refere-se a todas as formas de comportamento violento referido anteriormente exercidas por um dos cônjuges/companheiro ou ex-cônjuge/ex-companheiro sobre o outro. Os mesmos autores referem que pode haver necessidade de alargar a noção de VD/VC de modo a abranger a violência exercida entre companheiros envolvidos em diferentes relacionamentos íntimos como é o do namoro ou de casais homossexuais e aqui fala-se na violência nas relações de intimidade ou entre parceiros íntimos. Trata-se, assim, da violência exercida no contexto das relações de intimidade, sejam elas conjugais ou equiparadas, presentes ou passadas (CIG, 2010).

Este conceito é também partilhado pela OMS (Krug *et al.*, 2002) e por Matos (2006, cit. por Redondo *et al.*, 2012, p.42) que nos diz que a violência entre parceiros íntimos é “o abuso de uma pessoa sobre a outra, numa relação específica de intimidade, podendo ocorrer em relações maritais e não maritais (...), atuais ou passadas, de carácter heterossexual ou homossexual”. Assegura ainda que, os maus tratos à/ao parceira/o são um conjunto de procedimentos de carácter abusivo, executado sobre ela/e, de forma propositada, habitualmente de modo contínuo, podendo envolver ações diretas de maus tratos físicos e sexuais, e não diretas como formas de controlo e omissões.

Como já referimos anteriormente, porque o nosso estudo incide sobretudo na violência sobre mulher no período de gestação por parte do seu companheiro/cônjuge ou ex-companheiro/cônjuge, quando falarmos em VD estaremos a referir-nos concretamente a VC pois segundo Redondo *et al.* (2012), em Portugal o termo mais comumente utilizado para denominar a violência associada ao contexto familiar e às relações de intimidade é VD.

1.1 TIPO DE VIOLÊNCIA

A violência contra as mulheres pode expressar-se através de vários tipos de comportamentos, diretos ou indiretos, por ações ou omissões e no mesmo relacionamento pode coexistir os diferentes tipos de violência (Krug *et al.*, 2002). Esta ideia é também apontada por Matos (2002, cit. por Branco, 2007, p.84) que refere: “Os atos de agressões podem ser utilizados isoladamente mas o padrão mais frequente é a sua associação, utilizada de forma continua e arbitrária”.

Assim, a VD assume uma forma de comportamento intencional com a finalidade de controlar e exercer poder e autoridade sobre a vítima, constituindo uma forma extrema de resolver conflitos, marcar posição pessoal em processos de decisão, oprimindo a liberdade do outro e impondo as “regras” do agressor.

Os vários autores consultados, incluindo a OMS (Krug *et al.*, 2002; WHO, 2005), Silva (2006), Redondo *et al.* (2012) entre outros, são unânimes ao classificarem a VD em três tipos consoante o sofrimento infligida à mulher: violência física, violência psicológica e violência sexual. Esta é a chamada classificação clássica no que diz respeito à VD que pode surgir sob a forma de diversos comportamentos que podem aparecer quase sempre combinados (Almeida, 2009).

Krug *et al.* (2002, p.89) referem que “várias pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos, normalmente é acompanhada por violência psicológica e, de um terço a mais de metade dos casos, por violência sexual”

Matos & Machado (2011, p.18), citando Lisboa (2008), referindo-se ao Inquérito Nacional sobre Violência de Género realizado em 2007, revelou que o tipo de violência com maior prevalência em Portugal era a psicológica (53,9%), seguida da violência física (22,9%) e da violência sexual (19,1%).

1.1.1 Violência Física

Este tipo de violência é sem dúvida o mais visível e o que é trazido mais vezes à praça pública pois constitui um atentado à integridade física da mulher, é perceptível e é mais difícil de passar despercebido.

A violência física consiste no uso de força com o objetivo de ferir ou causar dano físico, orgânico, deixando ou não marcas evidentes (Manita *et al.*, 2009), podendo resultar em feridas, dor ou incapacidade no outro (Athayde, 2009).

Ela engloba atos como empurrar, pontapear em qualquer parte do corpo, esbofetear ou dar murros, atirar objetos, torcer ou apertar braços com força, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo acabar com a tentativa ou mesmo o homicídio da vítima (Manita *et al.*, 2009; Redondo *et al.*, 2012).

A OMS (WHO, 2005) considera que a ameaça e o uso de qualquer tipo de arma, seja ela de fogo ou cortante, também é considerada violência física.

Alvim (2006) refere que o agressor pode utilizar armas de defesa, de caça ou

outro tipo de armas para agredir a mulher e marcar o seu corpo. Há relatos de casos em que o agressor mantém o seu comportamento de violência com o mesmo objetivo, mas age de uma forma mais discreta, agredindo sem deixar marcas para evitar deixar provas.

As mulheres podem viver em situação de VD em silêncio e sem que ninguém se aperceba pois o comportamento do agressor em meio público é dócil e afável sem transparecer a conduta violenta levando a situações conforme a descrita:

Dizia-me que se eu fizesse queixa ia ser gozada pela polícia. (...) Ele nunca me tratou mal à frente de ninguém, nunca levantou a voz, nada. Era capaz de me estar a insultar e assim que chegava alguém começava a tratar-me com termos carinhosos. A única testemunha foi a minha filha. Ele fazia questão que ela estivesse sempre a assistir a tudo. Um dia ganhou coragem e foi mesmo à polícia. “Fui muito bem tratada, levaram me ao hospital, depois a casa. Ele foi chamado e informaram-no que era um crime público.” Mas depois da queixa o marido passou a preocupar-se em não deixar marcas. As agressões, essas, eram cada vez mais dolorosas. (Público, 25 /11 /2003:4, cit. por Alvim, 2006, p.9)

Segundo dados da APAV (2013) os crimes de violência física no âmbito de VD, relatados no ano de 2012 em Portugal, foram de 26,7%, menor percentagem do que em 2011 que foi de 28,1%, o que não deixa de ser um valor preocupante.

1.1.2 Violência psicológica

Segundo Casimiro (2002, p.613), violência psicológica é a forma de violência que se caracteriza por ações ou atitudes que colocam em causa a integridade mental, ou seja, “a sua autoestima, a sua confiança, a sua própria identidade pessoal”.

A violência psicológica, embora seja a mais difícil de se visualizar e provar, é a que mais é relatada e denunciada. No entanto, ela é geralmente descrita como o conjunto de atos verbais ou não verbais que causam dano simbólico ou em que haja a intenção de causar danos no outro (Redondo *et al.*, 2012).

Para Manita *et al.* (2009, p.16) a violência psicológica e emocional consiste em desrespeitar, menosprezar, censurar, ofender ou humilhar a vítima, na intimidade ou em público, por palavras e/ou comportamentos; criticar negativamente todas as suas ações, atributos de personalidade ou características físicas; gritar para apavorar; destruir objetos com valor afetivo, perseguir no local de trabalho, na rua, nos seus espaços de lazer; acusar de ter amantes, de ser infiel; ameaçar que vai maltratar ou maltratar verdadeiramente os

filhos, outros familiares ou amigos da vítima. Estes autores referem a ameaça (tirar os filhos...), coação (levar à prática de atos ilícitos como o furto...) e intimidação (afiar facas, limpar armas...), o isolamento social (impedir de sair de casa sozinha...) e o abuso económico (limitar acesso a comida e roupa...) como outro tipo de violência. No entanto, após consultar vários autores, enquadrámos esses tipos de violência na psicológica, ideia esta que outros autores também compartilham, nomeadamente, Casimiro (2002), a OMS (WHO, 2005) e Redondo *et al.* (2012, p. 36) que ainda acrescenta que “revistar objetos pessoais (agenda, telemóvel, computador,...), privar de documentação pessoal, negar o acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde...” também se encaixa na violência psicológica.

Segundo a OMS (WHO, 2005) um estudo multicêntrico em vários países revelou uma prevalência de 20% a 75% de violência psicológica nas mulheres vítimas de VD, que divulgaram que o seu parceiro já as tinha insultado, humilhado em privado ou em público, provocado mal-estar com elas próprias, ameaçado ou ameaçar alguém importante para elas. No que se refere ao comportamento dominante do parceiro sobre as vítimas, no mesmo estudo, incluiu impedir de falar com amigos e familiares, impedir de sair de casa, limitar-lhe o dinheiro e o acesso a cuidados de saúde, sendo que a prevalência mínima foi de 21% no Japão e máxima de 90% na Tanzânia.

Este tipo de vitimação apresenta taxas muito elevadas e alguns estudos documentam que o abuso psicológico é aquele que causa dano mais significativo e durável (Redondo *et al.*, 2012).

Os maus tratos psíquicos representaram, em 2012, cerca de 36% das situações de violência doméstica em Portugal (APAV, 2013) e alguns testemunhos consideram-na mais violenta do que qualquer outra:

(...) às vezes há palavras que são mais violentas do que... pronto, levar uma chapada, não é?” Ou “(...)uma má palavra é bem pior do que um valente empurrão!” (Anónima, cit. por Casimiro, 2002, p.609-610); (...) eram as palavras que mais chocava do que a violência mesmo... que eu não prestava para nada, ele estava comigo por causa dos filhos, se não fosse por causa dos filhos tinha-me deixado (...) ou então eu estava a fazer o comer e ele chegava e dizia: não faças o comer que eu vou buscar a tal sítio, e eu dizia: não vás buscar porque já está quase feito e ele dizia: arrumas e comes à noite (...) depois fora dizia: a minha mulher não sabe cozinhar, não sabe fazer isto, não sabe fazer aquilo.” (Anónima, cit. por Branco, 2007, p.200).

1.1.3 Violência Sexual

A violência sexual é um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual das mulheres (Alvim, 2006), e essa definição encontra-se no artigo 169º do Código Penal Português. No entanto, a Legislação, por muito igualitária que seja, nem sempre é posta em prática por falta de fiscalização e provas para conseguir uma condenação efetiva.

Almeida (2009) alerta que casos de violência sexual são de difícil deteção e diagnóstico, na medida em que poucas vezes são visíveis lesões físicas ou vestígios de outro tipo que constituam indicadores fiáveis. Para além disso, na maior parte das vezes, fruto do medo ou da vergonha, o intervalo de tempo entre a ocorrência e o exame médico-legal é superior ao desejado.

A violência sexual com o uso da força física, ou não, para forçar a práticas sexuais contra a vontade da mulher é uma forma de violência. No entanto, muitas mulheres têm dificuldade em identificar o abuso sexual e a violação como agressões, pois consideram que a entrega sexual ao companheiro/cônjuge é uma obrigação. Culturalmente também existe na mulher a ideia de ser passivo, pretendendo o sexo numa relação de afetividade, enquanto o homem entende a atividade e desejo sexual pela mulher como seu objeto de prazer (Branco, 2007).

Para Manita *et al.* (2009) e Redondo *et al.* (2012) este é o tipo de violência que inclui todas as formas de imposição de práticas de cariz sexual contra a vontade da vítima, recorrendo a ameaças, coação e muitas vezes também à força física. Também são considerados violência sexual outros comportamentos como prostituição forçada, amordaçar, mutilar ou queimar os órgãos genitais assim como a violação marital. Este último tipo de violação é frequente mas muitas vítimas não o encaram como tal, pois têm crenças erróneas, valores e mitos que a levam a não identificar a violência dentro do relacionamento. Como exemplo desses mitos temos: “dentro do casal não existe violação”, “são deveres conjugais” ou “exigências naturais”.

A OMS, no já referido anteriormente (WHO, 2005) obteve uma prevalência de violência sexual entre 6% e 59%, sendo que a mais baixa se registou no Japão (6%) e a mais elevada na Etiópia (59%). Neste estudo considerou-se a violência sexual em função dos seguintes comportamentos: ser obrigada a ter relações sexuais contra a sua vontade; ter relações sexuais por medo do que o seu companheiro lhe poderia fazer em caso de recusa; e ser obrigada a praticar atos sexuais que considera humilhantes e degradantes.

Alguns relatos evidenciam estas características como peculiares de violência sexual:

(...) aí quando foi uma noite ele decidiu fazer sexo comigo e eu saí correndo e ele correndo atrás de mim. Quando eu vi que ele estava altamente agressivo aí eu parei e disse: Faça, eu estou aqui (...) e fui obrigada a fazer!” (Anónima, cit. por Guedes, Silva & Coelho, 2007, p.371). A violência sexual tanto pode ser física quanto psicológica. É você fazer sexo sem querer, sem estar com vontade. Isto é violência, mesmo que o parceiro não obrigue, mas você tem que fazer para ele não ficar chateado com você, não ficar magoado, para ele não ficar com raiva por achar que você não está disponível na hora que ele quiser. Eu acho que não deve ser assim. O sexo tem de acontecer quando os dois estiverem a fim. (Anónima, cit. por Mendes, 2009, p.374).

1.2 O CICLO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A VD é uma situação de violência continuada, quase sempre múltipla e muitas vezes mantida em segredo durante anos, como anteriormente referido, o que sugere a existência de um ciclo de violência. Esta ideia não é nova e os autores referem-se à VD na relação conjugal como composta por três fases centrais, com o seu início caracterizado pelo aumento da tensão, seguido pela explosão ou ataque violento e concluindo-se com a reconciliação ou lua-de-mel (Gelles e Straus, 1998 cit. por Branco, 2007, p.90; Alvim, 2006; Manita *et al.*, 2009; Sousa, 2007 cit. por Carmo e Moura, 2010, p.4; APAV, 2012).

A primeira fase é classificada como período de aumento e acumulação de tensão que pode existir em todas as relações íntimas, mas que numa relação não violenta durante o processo de escalada de tensão, num determinado momento, este é interrompido pelo recurso a estratégias de negociação e resolução de problemas de forma não violenta. Nas relações abusivas o agressor recorre a estratégias devido à sua necessidade de domínio/controlo sobre a vítima e utiliza situações do quotidiano para produzir uma escalada de tensão, usando frequentemente a violência psicológica.

Durante esta fase existem manifestações “menores” de violência como o desrespeito, intimidações, abusos verbais, destruição de documentos, constrangimento público, atribuição de culpa à mulher pelo fracasso, entre outras coisas. Pequenos e frequentes incidentes podem acontecer. Nesta fase a vítima ainda alimenta a expectativa de que irá reverter a situação, pois tenta acalmar o agressor através da satisfação das suas necessidades e desejos. A mulher pensa que assim poderá impedir a passagem à segunda fase mas quando essa fase acontece a mulher pode culpabilizar-se por não a ter conseguido evita-la (Gelles e

Straus, 1998 cit. por Branco, 2007, p.90; Alvim, 2006; Manita *et al.*, 2009; Sousa, 2007 cit. por Carmo e Moura, 2010, p.4; APAV, 2012).

A segunda fase corresponde à explosão ou ataque violento em que ocorre a descarga explosiva e incontrolável da tensão acumulada e a mulher é agredida. Pode começar com violência verbal mas que rapidamente se torna física e vai subindo para a combinação dos diferentes tipos de violência. A gravidade das agressões pode ser variada, podendo a vítima precisar de cuidados médicos devido à severidade dos ataques.

Muitas vítimas, por vezes, não reagem às agressões porque se aperceberam, intuitivamente ou por experiências anteriores, que isso pode agravar a violência e procuram defender-se passivamente, não reagindo, na esperança de que o agressor atenuar ou interrompa o ataque. Outras mulheres provocam a precipitação desta fase pois durante o ciclo de violência aprenderam que ela é inevitável e vai acontecer, e porque a experiência de maus tratos lhes ensinou que a seguir a um episódio violento vem o período de acalmia.

Nesta fase, é comum que todas as promessas que o agressor tenha feito, como: “não vou fazer novamente”, “prometo nunca mais brigar” ou bater, etc., serem esquecidas rapidamente. Após a agressão, ele tenta invocar razões e desculpas para atenuar e justificar as suas ações, atribuindo por vezes a culpa à vítima ou a fatores externos, procurando racionalizar o seu comportamento (Gelles e Straus, 1998 cit. por Branco, 2007, p.90; Alvim, 2006; Manita *et al.*, 2009; Sousa, 2007 cit. por Carmo e Moura, 2010, p.4; APAV, 2012).

A terceira fase é denominada de reconciliação ou lua-de-mel, pois o agressor mostra arrependimento e faz promessas de não voltar a ser violento, demonstrando-se delicado, atencioso e apaixonado numa tentativa de compensar a mulher. É um período de enamoramento em que se passa “uma borracha” em tudo que estava errado, recomeçando o relacionamento com novas promessas. A vítima tenta restabelecer rapidamente o sentimento de normalidade na sua vida.

A vítima vai acreditar nas promessas de alteração de comportamento e no amor que o agressor diz ter por ela, mas quando começa a reagir de forma mais liberta de pressão do companheiro, ele sente que ela está a ultrapassar os limites e acha que deve corrigir esse aspecto, começando um novo ciclo de violência que se repetirá sucessivamente. A relação violenta vai evoluindo no tempo, numa escalada contínua com episódios de violência mais frequentes e com agressões mais graves e perigosas (Gelles e Straus, 1998 cit. por Branco, 2007, p.90; Alvim, 2006; Manita *et al.*, 2009; Sousa, 2007 cit. por Carmo e Moura, 2010, p.4; APAV, 2012).

Este ciclo é frequente na vida da mulher que sofre VD, colocando uma grande dificuldade para acabar com a relação e distanciar-se do companheiro/Cônjuge agressor, quer por motivos financeiros, razões de ordem emocional, entre outras (Carmo e Moura,2010).

Rocha (2007, cit. por Carmo e Moura, 2010, p.5),referindo-se aos sentimentos que a mulher vive e que por isso permanece nesse ciclo constante, menciona:

A ruptura com a situação de violência conjugal configura-se como um processo difícil, doloroso e, muitas vezes, lento, ao envolver a ruptura com o cônjuge violento. O que pode significar, dependendo das circunstâncias, a ruptura com sua vida cotidiana: sua casa, seu emprego, amigos e outras “perdas”.

A VD contra a mulher pode iniciar-se logo no primeiro ano de relação em praticamente metade dos casos que se relatam, sendo que a duração da relação desde o início da violência até à denúncia, varia de cinco a dez anos (Fernández Alonso *et al.*2003, cit. por Branco, 2007, p.91). Segundo os dados nacionais da APAV (2012), quanto ao tipo de vitimação continuada esta representa cerca de 59% das situações, sendo que a duração da vitimação se situa, fundamentalmente, entre os 2 e os 6 anos (9.9%).

1.3 FATORES DE INFLUÊNCIA NA DENUNCIA DA VIOLÊNCIA

Ao mencionar os fatores de influência na VD, reportamo-nos às causas e motivos que levam mulheres vítimas de violência a não denunciar a sua situação e respetivas consequências do abuso.

Já referimos vários autores que consideram a VD como um problema de saúde pública, social e de violação dos direitos humanos que é mais endémica contra a mulher de todas as idades, estratos socioeconómicos e culturais, seja a nível nacional ou internacional. (Redondo *et al.*, 2012)

As situações de violência podem ter consequências de vária ordem para as vítimas que abordaremos posteriormente. No entanto continuamos a deparar-nos com situações de VD nas relações de intimidade que não são divulgadas, e questionamo-nos porque é que as mulheres mantêm uma relação violenta. (Alvim, 2006).

Branco (2007) considera que as situações afetivas e emocionais que a mulher agredida vive, a podem limitar na tomada de decisão para denunciar e romper a relação violenta. Esta situação pode ainda ser dificultada pela sociedade em geral, pela atuação das

instituições que existem para ajudar as mulheres mas que por vezes são hostis e revelam-se pouco eficazes, como revela um testemunho: “Fui à GNR e fiz queixa dele, mas claro no Ministério Público, como não há testemunhas ficou assim...” (Anónimo, cit. por Branco, 2007, p.208)

Alvim (2006) e a Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV) referem vários fatores contributivos que levam uma mulher a não denunciar e a continuar a viver com o agressor: o medo provocado por ameaças de morte e represálias por parte da pessoa agressora para com a vítima ou filhos como castigo pelo abandono; a dependência económica, quando o casal tem filhos e a mulher pode não ter emprego ou recursos financeiros que lhe garantam autonomia; a existência de filhos e a crença de que é melhor para as crianças crescerem na convivência do pai; a baixa autoestima provocada pelo comportamento da pessoa que a agride; o isolamento pela falta de apoio de familiares e amigos, falta de apoio social, sente que ninguém acredita nela (esquadra de polícia e serviços sociais); a pressão familiar do agressor que age no sentido de fazer crer a vítima que os problemas são culpa dela e convence os familiares de que está tudo bem entre o casal; o sofrimento aprendido porque se a mulher cresceu num ambiente de violência há mais probabilidades de achar que a violência faz parte das relações normais do casal; o amor que a mulher sente pelo companheiro/cônjuge e o desejo de melhorar a relação, acreditando que ele vai mudar; o papel tradicional de género, ou seja, da mulher e do homem na sociedade, acreditando que é seu o dever de manter a unidade familiar, cuidar do bem-estar da família e do espaço doméstico.

Os vários autores consultados mencionam que as consequências da VD entre parceiros íntimos podem ter repercussões nefastas e diretas na vida e saúde da mulher, assim como influenciar de forma indireta toda a sociedade (Krug *et al.*, 2002; AMCV; Alvim, 2006; Manita *et al.*, 2009; Redondo *et al.*, 2012). Entre essas consequências, os autores referem as diretas na saúde da mulher: as físicas (corporais e cerebrais, lesões abdominais e torácicas, contusões e edema, síndrome de dor crónica, invalidez, fibromialgia, fraturas, distúrbios gastrointestinais, lacerações e abrasões, lesões oculares e outras limitações físicas); as psicológicas e comportamentais (alcooolismo, consumo de drogas, depressão e ansiedade, distúrbios alimentares e do sono, sentimentos de vergonha e de culpa, isolamento social, fobias, perturbação de pânico, inatividade física, baixa auto estima, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbações psicossomáticas, tabagismo, comportamento suicida, auto agressão e comportamento sexual de risco); as sexuais e reprodutivas (perturbações do foro ginecológico, esterilidade, doença inflamatória pélvica, complicações na gravidez como aborto espontâneo, disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis, abortos realizados

em condições de risco e gravidez indesejada; e os desfechos mortais (mortalidade materna, homicídio e suicídio e mortalidade relacionada com a sida).

A este propósito Redondo *et al.* (2012) consideram que as consequências com mais forte impacto na VD são as que se referem ao nível da vida sexual e na saúde reprodutiva da mulher que pode levar diretamente ou indiretamente a gravidezes indesejadas ou a doenças sexualmente transmissíveis, estando esta violência amplamente associada à mortalidade materna na gravidez, mortalidade fetal, parto prematuro, lesões fetais e baixo peso da criança ao nascer.

Neste sentido é pertinente lembrar o estudo de Jejeebhoy (1998, cit. por Krug *et al.*, 2002, p.103), em que as mulheres que sofreram violência física, comparativamente às mulheres que não sofreram, tinham uma maior probabilidade de ter passado por um aborto (espontâneo ou induzido) ou uma morte fetal.

Ainda relembando as consequências de violência física e de acordo com o estudo de Garcia-Moreno *et al.* (2005, cit. por Redondo *et al.*, 2012, p. 51):

A proporção de mulheres grávidas que foram abusadas fisicamente, durante pelo menos uma gravidez, excedeu os 5% em 11 dos 15 locais, distribuídos pelos dez países onde decorreu a investigação, com a maioria a situar-se entre 4% e 12%. Um quarto a metade das mulheres que foram abusadas fisicamente durante a gravidez foram esmurradas ou pontapeadas no abdómen. Em todos os locais, mais de 90% foram abusadas pelo pai biológico da criança que, na maioria das situações, continuava, a quando da entrevista, a coabitar com a esposa.

As consequências indiretas para a sociedade mencionadas pelos autores aludem o acréscimo de utilização dos cuidados de saúde; as baixas prolongadas; a baixa capacidade de concentração no trabalho, conseqüente baixa de produtividade e perda de remuneração; o acréscimo dos custos quando necessário o recurso a tribunais e serviços sociais (Krug *et al.*, 2002; AMCV; Alvim, 2006; Manita *et al.*, 2009; Redondo *et al.*, 2012).

Indiscutivelmente, a violência contra a mulher tem graves custos sociais, por ser um obstáculo à participação social plena devido ao compromisso da sua autoconfiança, ao seu desgaste físico e psicológico e por comprometer a sua saúde (Heise, 1994, cit. por Branco, 2007, p.96)

É importante lembrar Garcia (2009), que relata que em Portugal a violência doméstica é um crime público em todas as suas dimensões, o que significa que não é necessário a vítima apresentar queixa formal para se dar início a um procedimento criminal, basta haver uma denúncia. No entanto, apesar dos esforços do sistema para punir e reabilitar o agressor e compensar a vítima, devido ao ciclo de violência que referimos anteriormente e à falta de provas do delito, o processo-crime não avança e surge a suspensão provisória do processo.

O mesmo autor assegura que é durante estes processos de suspensão provisória que surge a necessidade de uma intervenção em rede, que de um modo geral a vítima aceita, pois esse trabalho tem como finalidade a proteção da vítima e se viável a recuperação do agressor.

A problemática da violência doméstica assume outra dimensão quando a mesma ocorre num contexto de gravidez, como se poderá verificar no capítulo seguinte.

2. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A GRAVIDEZ

Ao contrário do que se poderia pensar, devido à gravidez ser considerada um período especial que deveria oferecer à mulher condições agradáveis e um ambiente harmônico de paz e tranquilidade para conceber um feto saudável, são vários os estudos que relacionam a VD com a gravidez. Embora possa existir uma ampla variedade de prevalências da mesma devido à heterogeneidade das populações e diferenças culturais (Athayde, 2009). Santos *et al.* (2010) mencionam que a violência contra as mulheres pode ocorrer em qualquer fase da vida, sendo que a gestação é uma delas.

Ellsberg *et al.* (2000, cit. por Santos *et al.*, 2010, p.484) relatam que a violência, na maioria das vezes, não é identificada como tal sendo considerada um fenômeno cultural, como forma de ação disciplinar sobre as mulheres (esposas e filhas), opinião também veiculada pela OMS (Krug *et al.*, 2002; WHO, 2005). Algumas mulheres, que são vítimas de VD, sentem-se reprimidas em declarar as agressões pelos parceiros pois não reconhecem alguns atos perpetrados contra elas como sendo condutas de violência (Medina & Penna, 2008).

Como tal, apesar de a gestação poder proporcionar à mulher momentos de alegria e tranquilidade, ser reconhecida como um período especial tanto pela grávida como pela família, e apesar de se procurar oferecer condições de vigilância de saúde para conceber um feto saudável, surgem inúmeros casos, no panorama mundial, de mulheres que são vítimas de VD por parte dos seus parceiros (Bonomi, 2003).

A Organização Panamericana de Saúde (2007, cit. por Santos *et al.*, 2010, p.484) definiu a violência durante a gestação como “violência ou ameaça de violência física, sexual ou psicológica (emocional) à mulher grávida”. Esta definição vai de encontro ao que já havia sido determinado pela OMS para as mulheres vítimas de VD (Krug *et al.*, 2002; WHO, 2005).

A nível mundial, a VD alcançou grandes proporções epidemiológicas, sendo descrita por investigadores uma variação de 1% a 20% na prevalência de violência durante gravidez. (Gazamararian *et al.*, 1996, cit. por Bacchus, Mezey, Bewley & Haworth, 2006, p.273; Audi *et al.*, 2008).

Abordar a VD na gravidez, ou qualquer tipo de violência, é entrar na intimidade em

aspectos como o corpo, a dor física, a emoção (processo psicológico), a sexualidade, as diferenças de gênero, os jogos de poder e submissão, que muitas vezes está escondido na privacidade do lar. Consiste, por tudo isto, num fenómeno íntimo, pessoal, doloroso e complexo que muitas mulheres vivem, numa altura em que, pelas alterações hormonais inerentes ao processo de gravidez, poderão apresentar uma maior necessidade de manifestações de afeto.

A VD tem como objetivo o exercício de poder de um indivíduo sobre o outro. O homem, quando a mulher fica grávida, pode considerar a gestação como uma ameaça ou quebra do seu poder e recorrer à violência como forma de o restabelecer. A probabilidade de ocorrer violência quando a mulher fica grávida pode aumentar 60%, sendo mais frequente durante o primeiro trimestre, diminuindo a sua incidência ao longo dos outros trimestres. Essa diminuição de incidência pode dever-se ao facto da vítima ou agressor abandonar a relação violenta (Lowdermilk & Perry, 2008).

Para determinar se a gravidez poderia ser um estímulo à VD Burch e Gallup Jr (2004) questionaram homens, companheiros/cônjuges já condenados e presos por VD, sobre a violência durante a gravidez. Concluíram que o abuso físico e sexual durante a gravidez, tanto em frequência como em severidade, foi assumido por estes homens. A violência masculina contra as mulheres foi iniciada e foi duas vezes maior quando estas estavam grávidas, relatando que o ciúme e o tempo que a mulher despendia com os filhos e outras atividades foram um dos principais motivos para a VD. Na opinião destes autores, algumas mulheres que já vivenciavam relações abusivas, acreditavam que ao engravidarem isso mudaria o comportamento do seu parceiro, tornando-o mais simpático e menos propensos à violência, mas acabaram por verificar que a gravidez pode levar ao efeito oposto, na medida em que um homem ciumento pode ver a gravidez como uma traição (dúvidas de paternidade) ou um roubo do afecto e atenção por parte da mulher.

Apesar dos vastos estudos realizados acerca da VD durante a gravidez em todo o mundo, Durand (2005, cit. por Athayde, 2009, p.366) refere que ainda não se conseguiu identificar a existência de um padrão na relação violência e gestação, nem tão pouco existe consenso na literatura em considerar a gravidez como fator atenuante ou agravante de episódios de violência.

Contudo, Moura, Pereira e Morais (2011) são da opinião de que, apesar de não existirem dados conclusivos, alguns estudos aponta a gravidez como fator de risco para a VD.

Bonomi (2003) num estudo realizado com grávidas nas unidades de saúde Pré natal de São Carlos, constataram que 4,2% das mulheres referiram ser vítimas de VD na gravidez,

sendo que 28,57% destas já sofriam de VD no seu relacionamento e 2,52% tiveram agressões iniciadas no começo da gestação.

Bacchus *et al.* (2006) num estudo em Londres a 892 mulheres grávidas, onde foi aplicado um inquérito sobre VD por rotina verificaram que 2,5% relataram ser vítimas de VD na gestação, dessas 13% já tinham sofrido violência antes da gravidez e 1,3% iniciaram violência na gravidez atual.

O'Reilly (2007), num estudo de revisão da literatura sobre VD contra as mulheres nos seus anos férteis, sugere que as mulheres são particularmente vulneráveis à VD durante a gravidez e o período pós-natal e esta pode levar a ferimentos graves e morte tanto da mãe como da criança.

Uma outra visão do problema sugere que, na maioria dos casos, não se consegue atribuir exclusivamente à gravidez o desencadear de VD, pois podem existir vários outros fatores que contribuem para a presença de violência no casal. Durand (2005, cit. por Medina & Penna, 2008, p.471) refere que por vezes, a presença da gravidez, pode ser até um fator de inibição de discussões ou cessação mais rápida das mesmas, o que fortalece a ideia de que a concepção pode tornar-se um momento de superação ou decréscimo de conflitos.

Neste sentido Mayer e Liebschutz (2000) afirmam que a gravidez proporciona uma oportunidade única para que as mulheres possam mudar o seu relacionamento de VD e que os profissionais de saúde devem estar especialmente atentos para a deteção destas situações.

No Plano Nacional de Saúde Português, o aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados prestados à grávida sempre foi uma das áreas a destinar uma intervenção prioritária. No entanto, embora exista evidência de que as medidas aplicadas têm contribuído muito para uma diminuição da morbilidade e mortalidade materna e fetal, é necessário referir que continuam a surgir gravidezes não planeadas, resultando muitas vezes numa ausência ou tardia vigilância pré-natal (DGS, 2006).

A incidência de gravidez não desejada pode ser elevada e estima-se que cerca de um terço das gravidezes surgem como não desejadas, ou não pretendidas para aquele momento, ou categoricamente não desejadas para as suas vidas. Muitas vezes o não desejo eleva o nível de *stress* da mulher podendo esta desenvolver um quadro depressivo e início tardio da vigilância pré-natal. A gravidez não desejada também está associada à VD, a baixas condições socioeconómicas e à adopção de comportamentos de risco. (Orr, Miller,

James & Babones, 2000; Nasir & Hyder, 2003; Afable-Munsuz & Braveman, 2008; Moura *et al.*, 2011)

A gravidez deverá ser planejada, para que haja a promoção de comportamentos saudáveis, a prevenção de doenças (maternas ou fetais), tratamento ou estabilização de doenças prévias e para que o início da gravidez não seja afetado (Lowdermilk & Perry, 2008).

Os principais objetivos considerados na consulta pré-natal, são: providenciar aconselhamento, informação e apoio à grávida e àqueles que constituem o seu núcleo familiar; minorar a sintomatologia acessória ao estado gravídico e ajudar a mulher a adaptar-se às alterações fisiológicas por ele impostas e proporcionar um programa de rastreio/vigilância, tanto clínico como laboratorial, a fim de assegurar o normal decurso da gravidez e detectar, precocemente, eventuais desvios da normalidade (DGS, 1993; Graça, 2005).

É durante a assistência pré natal que as mulheres deveriam ser inquiridas sobre VD, pois o serviço de saúde é um meio privilegiado para o reconhecimento de vítimas (Santos *et al.*, 2010). Apesar disso, nem sempre as agressões chegam a ser relatadas pela grávida no decorrer da assistência pré natal e, tal omissão, pode ser motivada por vergonha, medo de discriminação, falta de condições que proporcione à mulher agredida a possibilidade de expor os seus receios e dúvidas de foro íntimo ou, até mesmo, pela crença de que os seus problemas não podem ser resolvidos (Okada & Hoga, 2009).

Nos estudos de Bacchus *et al.* (2006), Jahanfar e Malekzadegan (2007) e Roelens *et al.* (2007, cit. por Santos *et al.*, 2010, p.484) constatou que a introdução de questionários para detecção e identificação de VD durante a vigilância da gravidez, com o uso de um discurso claro, aumentam as taxas de prevalência da violência, sugerindo que as mulheres não referem VD se não forem diretamente questionadas.

Não existe um consenso quanto ao número ideal de consultas a realizar durante a gravidez. No entanto a maioria dos autores sugere que a primeira consulta seja o mais precoce possível (de preferência antes da 12ª semana de gestação), tanto pela datação mais precisa da idade gestacional, como também pela deteção mais precoce de algumas situações patológicas, obstétricas ou médicas, que requerem seguimento especializado (Graça, 2005).

Para a OMS (WHO, 2007), todas as mulheres grávidas deveriam ter pelo menos quatro consultas de vigilância pré-natal, incluindo nelas todas as intervenções definidas no

novo modelo de assistência pré-natal e estar espaçadas em intervalos regulares ao longo da gravidez começando, o mais cedo possível, no primeiro trimestre.

As recomendações da DGS (1993) apontam como seis o número mínimo de consultas a realizar durante a gravidez. No entanto é mais provável que a qualidade das consultas promova mais resultados saudáveis do que a quantidade.

Neste sentido considera-se vigilância adequada da gravidez quando a primeira consulta se inicia antes do fim do primeiro trimestre.

O papel do enfermeiro deve ser sobretudo o de orientar, ajudar a planear, identificar e esclarecer todas as dúvidas que surjam à mulher quer sobre a concepção, tanto a nível fisiológico como psicológico, ou outras. (Lowdermilk & Perry, 2008)

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Ordem dos Enfermeiros, 2010), prevê o cuidado da mulher incluída na família e comunidade durante o período pré-natal, de maneira a reforçar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

A consulta de vigilância pré-natal deveria ser realizada por uma equipa multidisciplinar de uma forma conjunta, coordenada e complementar (DGS, 2006).

É importante referenciar que o trabalho em grupo, usado internacionalmente, constitui a forma de intervenção mais comum junto das mulheres vítimas de VD, havendo estudos que documentam a sua eficácia em áreas como a diminuição da tolerância ao abuso e à violência a que as mulheres são expostas, e ao aumento das suas competências pessoais e sociais. Existem várias modalidades de intervenção em grupo para mulheres vítimas de VD, mas não existe uma ideal ou única dirigida a todas as situações (Matos & Machado, 2011).

A vigilância pré-natal deverá ser organizada, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos adequados para cada caso, mas a falta de preparação dos profissionais de saúde, para a deteção de sinais e sintomas para a presença de VD, assim como as questões éticas (que surgem quando se impõe o sigilo profissional) pode ser um problema na assistência a estas grávidas. Apesar dos profissionais de saúde estarem numa posição privilegiada para a deteção de situações de VD, estudos Internacionais indicam que só 10% das vítimas são identificadas pelos serviços de saúde (Manita *et al.*, 2009).

Uma revisão da literatura de O'Reilly (2007) revelou que a problemática da VD contra mulheres grávidas é pouco abordada pelos profissionais de saúde, apesar de durante a gravidez e no período pós-natal ser um período privilegiado para estes profissionais contatarem as mulheres e poderem identificar e apoiar aquelas que são vítimas, no entanto por vezes têm dificuldade em lidar com a VD.

O estudo de Bonfim (2008) sobre VD na perspetiva do cuidado pré natal, revelou que a maioria dos profissionais entrevistados não reconheceu a violência como um problema de saúde pública e declinaram a responsabilidade na sua denúncia.

É de extrema importância que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais e sintomas que as grávidas apresentem, pois manifestações de ansiedade, sinais depressivos, fobias, alteração constante de consulta, faltas às mesmas e atrasos frequentes assim como lesões incompatíveis com as explicações da mulher podem ser sinal de VD (Manita *et al.*, 2009).

Tendo em conta o que foi referido anteriormente e partilhando a ideia de que as mulheres grávidas não estão livres de VD, em Portugal, o IV Plano Nacional Contra a VD, para além de dar continuidade aos planos anteriores, introduziu abordagens inovadoras no domínio do combate à violência doméstica que contempla também a mulher no ciclo reprodutor. Salientamos aqui a Medida 16 deste plano, que prevê a implementação de um rastreio nacional de VD junto de mulheres grávidas. Neste momento encontra-se em preparação um rastreio nacional de VD para grávidas, em colaboração com a DGS através de definição de estratégias e de instrumentos de recolha dados. (CIG, 2012),

O IV Plano Nacional Contra a VD centra-se particularmente no universo da violência exercida sobre as mulheres, sobretudo no âmbito das relações de intimidade, pois como já referimos anteriormente, é na privacidade do lar que ela muitas vezes surge e, corrobora com a ideia de vários autores referidos de que se as mulheres forem questionadas diretamente sobre VD obteremos uma maior prevalência de casos (Bacchus *et al.*, 2006; Roelens *et al.*, 2007, cit. por Santos *et al.*, 2010, p.484).

2.1 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Neste sub capítulo vamos referenciar várias pesquisas relativas à prevalência e fatores associados à VD durante a gravidez que serviram de base ao desenvolvimento do nosso estudo.

Embora os dados de prevalência sejam diversos, os estudos disponíveis mostram a alta magnitude da VD, nas grávidas pelos seus parceiros e, a associação com vários efeitos adversos sobre a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.(Ellsberg, 2006 cit. por Puccia & Mamede, 2012, p.945)

Diferentes prevalências de VD devem-se às características diversas das populações estudadas, às características metodológicas de cada pesquisa, ao instrumento de colheita de dados utilizado, número de vezes que é usado e período da gestação em que é utilizado. As variações de resultados podem ser atribuídas à heterogeneidade na definição de violência, aos diferentes tamanhos e processos de seleção da amostra e aos métodos de estudo (Menezes, Amorim, Santos & Faúndes, 2003; Audi *et al.*, 2008).

Os vários estudos encontrados vão ser apresentados de forma cronológica, dos mais antigos para os mais recentes, revelando a prevalência de VD e os fatores associados encontrados nessas pesquisas.

Nasir & Hyder (2003) pesquisaram a prevalência de VD durante a gravidez em países em desenvolvimento, fatores associados e impacto da mesma nos resultados da gravidez. Verificaram que a violência doméstica, durante a gravidez, nesses países, varia entre 4 a 29%. As grávidas vítimas de VD tinham baixo nível socioeconômico, eram múltiparas, tinham gravidezes não planejadas, ambos tinham baixa escolaridade, o consumo de álcool era elevado entre os companheiros das grávidas vítimas de violência e, as próprias, ainda que em menor percentagem, também consumiam álcool.

Menezes *et al.* (2003), determinaram a prevalência de VD física contra mulheres que tiveram o parto assistido numa maternidade terciária do Nordeste do Brasil e estudaram os principais fatores de risco e complicações perinatais associadas. Verificaram que a prevalência de VD foi de 13,1% antes e 7,4% durante a gestação. O padrão de violência alterou-se durante a gravidez, tendo cessado em 43,6%, diminuído em 27,3% e aumentado em 11% dos casos. Os fatores associados com a violência foram: baixa escolaridade, antecedentes familiares de VD contra a mulher, consumo de álcool e desemprego do companheiro. A mortalidade neonatal foi elevada entre as vítimas de violência.

Bonomi (2003) realizou um estudo em que participaram 119 mulheres grávidas que recebiam cuidados pré-natais em unidades de saúde. Foi aplicado o Instrumento de Avaliação de Abuso para identificar a frequência, a gravidade e os locais de lesão corporal, assim como o perfil do agressor. Os dados obtidos neste estudo indicam que 4,2% das mulheres sofreram VD na gestação. Das mulheres que apresentaram histórico de violência

antes da gravidez, 28,57% tiveram os episódios continuados nessa fase, porém, com alguma modificação em sua frequência e intensidade. Houve, ainda, 2,52% de mulheres que não apresentaram histórico de VD e que tiveram as agressões iniciadas após o início da gestação. Este estudo concluiu que um dos fatores que contribuiu para a perpetuação da violência no período de gestações foi a gravidez não planejada e não desejada. A média de idade da grávida vítima de VD, referida pelo autor, era de 24,8 anos, doméstica, casada ou em união de facto e não concluíram o ensino fundamental. O agressor foi em 4% dos casos o companheiro/ cônjuge, que tinha uma média etária inferior (23,8 anos), e foram referidos como excessivamente ciumentos por todas as grávidas.

Boy e Salihu (2004) averiguaram que as mulheres vítimas de VD durante a gravidez eram mais susceptíveis a terem infecções renais e menor ganho ponderal. O risco de mortalidade materna, fetal e neonatal, o baixo peso à nascença, o parto pré-termo, e LIG também foram mais frequentes nas mulheres vítimas de VD. As grávidas de raça negra ou solteiras tiveram ainda um maior risco de mortalidade por VD.

Na Nigéria, em dois hospitais privados, em Lagos, foram entrevistadas 522 mulheres grávidas das quais 104 se recusaram a responder a questões de VD. Das 418 inquiridas 47,1% referiram terem sido vítimas de VD na gravidez, sendo que 11,7% foram vítimas pela primeira vez durante a gravidez atual e 49,2% já sofriam de violência antes da gravidez. O tipo de violência mais utilizada foi a psicológica com violência verbal em 52,3%, privação económica em 18,3% e ameaças de violência em 6,6%, a violência física com bofetadas, murros e pontapés foi registada em 15,2%, atirar objetos em 3,6% e a sexual em 8,6%. Em 66% dos casos o agressor foi o marido e em 12,7% o namorado. Só 1% das mulheres vítimas fizeram queixa na polícia enquanto 88,2% estavam determinadas em manter a relação por acreditarem que a violência iria parar (Ezechi *et al.*, 2004).

Sagrestano, Carroll, Rodriguez e Nuwayhid (2004) numa pesquisa realizada com três grupos de mulheres grávidas que referiram VD (vítimas de VD que se manteve, vítimas de VD iniciada e vítimas de VD que cessou durante a gestação), sugerem que um número significativo de mulheres experimentou pela primeira vez a VD durante a gravidez. Como fatores associados à violência encontraram: a falta de apoio, a menor satisfação e mais interações negativas com do pai da criança, assim como a presença de mais violência verbal nas grávidas afro-americanas. Acrescentam ainda que vários pesquisadores referem a VD durante a gravidez como um risco para a saúde física e mental podendo trazer ansiedade, stress, depressão, o uso de drogas/álcool, infecções e a falta de ganho ponderal durante a gravidez.

Yost, Bloom, McIntire e Leveno (2005) procuraram saber se as mulheres grávidas vítimas de VD tinham risco acrescido de virem a desenvolver complicações materno-fetais durante o trabalho de parto e pós parto. Aplicaram a escala de HITS (Sherin, Sinacore, Li, Zitter & Shakil, 1998) na sala de partos e puerpério e verificou que apenas 6% das mulheres responderam afirmativamente a uma ou mais questões que constituíam a escala. A incidência de baixo peso à nascença era significativamente mais elevada em grávidas que referiram violência verbal, comparativamente com as grávidas que não referiram esse tipo de violência. A violência física estava associada com o aumento de morte neonatal e encontraram um dado curioso: as mulheres que recusaram participar da entrevista tinham maior taxa de descolamento da placenta, filhos com baixo peso à nascença, prematuros com 32 semanas ou menos, e com necessidade de cuidados intensivos neonatais em comparação com as mulheres grávidas que não foram vítimas de violência. Concluíram assim, que as mulheres que recusavam ser avaliadas em relação à VD tinham um risco acrescido de desenvolverem complicações materno-fetais.

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América por Kady, Gilbert, Xing e Smith (2005), no sentido de avaliarem os resultados perinatais entre as mulheres que foram vítimas de violência durante a gravidez, verificou que as mulheres que foram vítimas de agressão durante a gestação eram mais jovens, múltiparas, atrasavam a vigilância pré-natal quando comparados com mulheres que não foram vítimas. Apresentaram também maior risco de morte materno-fetal, rotura uterina, recém-nascidos com alta percentagem de prematuridade e baixo peso à nascença.

Ao analisarem a prevalência de VD na Índia, Ahmed, Koenig e Stephenson (2006), concluíram que Violência é um fator de risco na mortalidade perinatal e neonatal. As grávidas presentes no estudo eram maioritariamente jovens, múltiparas e com baixa escolaridade e em 18,3% (402 de 2199 inquiridas) foram vítimas de VD na última gravidez.

Koenig *et al.* (2006) descreveram e compararam as taxas de prevalência e fatores de risco associados à violência contra as mulheres durante a gravidez e até seis meses pós-parto em quatro estados Americanos. Verificaram que 10,6% das mulheres relataram ter sofrido violência, e destas as agressões ocorreram em 8,9% durante a gravidez e em 4,9% no pós-parto. Das mulheres vítimas de VD, 61,7% sofreram violência unicamente durante a gestação e 16,7% foram vítimas de violência no pós-parto. A violência sexual raramente ocorreu na ausência de violência física. O risco de violência duplicava entre as mulheres com rendimentos mais baixos, mulheres que não

recebiam apoio financeiro dos companheiros ou familiares, e em mulheres que mudavam de residência com frequência durante o ano anterior. O risco de ocorrer VD aumentava até seis vezes em mulheres que consumiam drogas, até oito vezes nas que tiveram vários parceiros sexuais. A probabilidade de sofrer violência durante a gravidez foi duas vezes maior do que no pós parto. O principal fator de risco foi a troca de parceiro sexual, seguindo-se da mudança de habitação com regularidade, não receberem apoio financeiro do parceiro ou da família e terem sido diagnosticadas com a infecção pelo Vírus da Sida durante gravidez atual.

Yakinnerem *et al.* (2006), na Turquia estudaram as mulheres grávidas vítimas de VD e concluíram que estas, quando comparadas com grávidas que não eram vítimas, tinham baixa escolaridade, baixo rendimento, eram solteiras, múltíparas, tinham uma longa duração do relacionamento, residiam na área rural, eram mais susceptíveis a terem gravidezes não planeadas, história de abortos, fumavam mais cigarros e não faziam vigilância de gravidez. Os resultados demonstraram que as maiorias destas mulheres se sentiam tendencialmente isoladas, inseguras, deprimidas e não relatavam a violência aos profissionais de saúde.

Paz (2006) ao investigar sobre a VD contra grávidas, verificou uma prevalência de 28,5% durante a gravidez, sendo esta mais frequente entre mulheres solteiras, com baixa escolaridade, desempregadas ou estudantes e cujos companheiros eram jovens alcoólicos, consumiam drogas, envolviam-se em agressões e tinham até quatro anos de escolaridade. As mulheres com antecedentes de violência antes da gravidez apresentavam uma probabilidade 12 vezes maior de serem vítimas de VD durante a gravidez.

No Hospital do Uganda, Kaye, Mirembe, Bantebya, Johansson e Ekstrom, (2006b) com o objetivo de investigarem a VD durante a gravidez, aplicaram o Instrumento de Avaliação de Abuso, para determinarem a exposição à violência física, sexual ou psicológica bem como os fatores de risco associados. Das grávidas questionadas 27,7% tinha sofrido VD sendo 2,7% violência sexual, 27,8% violência física e 24,8% violência psicológica. Em relação à gravidade da VD, 18,2% das mulheres apresentaram violência ligeira enquanto as restantes apresentaram violência moderada ou grave. A VD estava associada ao aumento da hospitalização por pré-parto e ao baixo peso ao nascer. As mulheres que relataram VD durante gravidez não diferiram em relação às características sociodemográficas, contudo as grávidas que apresentaram bom índice de aglomeração apresentaram piores resultados, ou seja, uma maior taxa de VD, comparativamente com as que viviam em famílias mais extensas com mau índice de aglomeração.

Os mesmos autores, (Kaye *et al.*, 2006a), no mesmo hospital efetuaram um outro estudo sobre VD com o objetivo de comparar a intenção de engravidar e VD entre as mulheres com aborto espontâneo ou induzido. Entrevistaram 942 mulheres que procuraram cuidados pós abortamento e concluíram que a VD é um fator de risco para a gravidez indesejada e aborto induzido. As características das mulheres que sofriam VD e aborto induzido eram jovens, solteiras, com menor número de partos e menor número de filhos.

No México, Doubova, Pámanes-González, Billings e Torres-Arreola (2007) procuraram identificar os fatores associados à violência doméstica entre as mulheres grávidas mexicanas e verificaram que 31,1% das mulheres estiveram expostas a violência psicológica e/ou física e/ou sexual pelo companheiro masculino durante a atual gestação, 10% referiram violência combinada e 21% violência isolada. A violência psicológica foi a mais referida. Este estudo constatou que apenas 20% sabiam onde recorrer em caso de violência conjugal. Os fatores associados à violência conjugal entre as mulheres grávidas foram: ser solteira, viver em união de facto, ter antecedentes de violência na infância, consumo bebidas alcoólicas pelo casal e presença de alterações emocionais.

Com o objetivo de avaliar a prevalência e fatores associados de VD durante a gravidez, Deveci, Acik, Gulbayrak, Tokdemir, e Ayar, (2007) realizaram um estudo na Turquia, tendo constatado uma maior prevalência de violência verbal. Grande percentagem foi exposta a um ou mais tipos de VD durante gestações anteriores. Como variáveis associadas à VD obtiveram o número de filhos, os hábitos alcoólicos do companheiro e o baixo estrato socioeconómico da família.

Num estudo realizado no Irão em seis hospitais, a 1800 grávidas durante o período pré natal e no período de cuidados pós parto, com a aplicação de um questionário modificado de prevalência de VD baseado na definição de violência da OMS, verificou-se uma prevalência de VD, incluindo os três tipos de violência, de 60,6%. A prevalência de VD física foi de 14,6%, a psicológica de 60,5% e a sexual de 23,5%. Houve uma elevada prevalência de VD devido ao facto de todas as grávidas terem sido questionadas sobre VD com perguntas diretas e específicas sobre violência física, psicológica e sexual. Estes autores também concordam que, o uso de um discurso direto às grávidas facilita o diagnóstico de VD. Concluíram igualmente que os fatores culturais (como o respeito social, a custódia dos filhos e o medo de rejeição da família), fatores económicos e religiosos levam muitas mulheres a tolerar a violência por parte do seu companheiro/cônjuge (Jahanfar & Malekzadegan, 2007).

Audi *et al.* (2008), com o objetivo de identificar os fatores associados à VD durante a gravidez, entrevistaram 1379 mulheres em unidades básicas de saúde no município de Campinas. Do total da amostra, 19,1% das grávidas reportaram violência psicológica e 6,5% violência física/sexual. Os fatores associados à violência foram: parceiro íntimo adolescente, com consumo de drogas/álcool e desempregado. Na grávida foram: ter presenciado agressão física ou ter sido agredida em criança, dificuldade em comparecer às consultas de pré-natal, baixa escolaridade e ela era a principal responsável pela família. No estudo de Durand e Schraiber (2007, cit. por Audi *et al.*, 2008, p.878) acrescentam algumas situações de vida da mulher como fatores associados à VD nomeadamente o baixo nível socioeconómico, baixo nível de suporte social, raça/etnia negra e ser jovem. Em relação à história reprodutiva relatam a gravidez não planeada e o de drogas lícitas e ilícitas, como fatores associados à VD.

Fanslow, Silva, Robinson e Whitehead (2008) realizaram um estudo para encontrar a relação entre a VD pelo parceiro e gravidez, efetuado na Nova Zelândia. Uma em cada três mulheres grávidas relatou ter pelo menos um aborto, e uma em cada dez referiu interrupção da gravidez. Mesmo controlando os fatores de confusão em potencial, as mulheres que tinham já experienciado VD foram 1,4 vezes mais propensas a relatar aborto espontâneo em comparação com mulheres que nunca tinham sofrido violência. Nesta amostra de base populacional a VD pelo companheiro/cônjuge foi significativamente associada com o aborto induzido e espontâneo.

Com o objetivo de determinar a VD em mulheres antes e durante a gravidez no Paquistão, Karmaliani *et al.* (2008), usaram a escala modificada de VD da OMS em 1324 grávidas. Cerca de 51% relataram VD antes e/ou durante a gravidez, sendo que 47% sofreram abuso seis meses antes e 38% durante a gravidez. Das que sofreram violência durante a gravidez 24% referiram violência psicológica e 14% violência física e/ou sexual. De realçar que, das mulheres que nunca tinham sido vítimas de VD, em 5% dos casos o abuso iniciou-se com a gravidez e o agressor foi, na maioria das vezes, o companheiro/cônjuge. Quanto à gravidade da VD em 17% dos casos o abuso diminuiu com a gravidez mas em 8% aumentou e tornou-se mais severa. Como variáveis preditoras de VD os autores referiram as mulheres mais jovens (idade inferior a 27 anos), com baixa escolaridade, companheiro/cônjuge desempregado e um índice baixo de riqueza.

Jeanjot, Barlow e Rozenberg (2008) realizaram entrevistas a 200 puérperas na maternidade de Saint-Pierre, na Bélgica, e obtiveram uma prevalência de VD de 11% durante a gravidez. Em 70% dos casos o agressor era o companheiro/cônjuge ou ex-companheiro/ex-cônjuge. Obtiveram uma prevalência de violência física e sexual de 6% e

45,5% referiram violência psicológica. Em 59,1% das mulheres a VD iniciou-se ou aumentou de intensidade quando comunicaram a gravidez. Como fatores de risco para VD os autores apontam as mulheres africanas e imigrantes Europeias, casadas ou numa relação estável. Ainda de acordo com os autores, as vítimas de VD referiram mais frequentemente histórias de depressão e abuso de ansiolíticos assim como a presença de abortos espontâneos. Não encontraram diferenças no IMC das grávidas antes e depois da gravidez nem no uso de drogas e álcool.

Fawole, Hunyinbo e Fawole (2008) obtiveram uma prevalência de VD antes da gravidez de 14,2% e durante a gravidez de 2,3%, num estudo realizado em Abeokuta, na Nigéria, a 534 grávidas. O tipo de VD mais utilizada foi a psicológica com abuso verbal em 66,2% e ameaças de violência em 6,8%, seguida de violência física com agressões em 10,8% dos casos e bofetadas em 9,5%. A violência sexual, com relações forçadas, foi de 2,7%. Em 65,8% dos casos o agressor foi o companheiro/cônjuge e o tipo de violência foi similar antes e durante a gravidez. Como fatores associados encontraram a baixa escolaridade da mulher e companheiro/cônjuge, uniões poligâmicas e o consumo de álcool por parte dos parceiros. A maioria das gravidezes não foi planeada mas os autores não encontraram relação com VD e não detetaram associação a drogas e álcool.

Num estudo realizado na Jordânia, Oweis, Gharaibeh e Alhourani (2009) encontraram como fatores associados a VD a gravidez não planeada, a baixa auto estima da grávida e a sua percepção sobre os atributos violentos do seu companheiro/cônjuge. A prevalência de VD física durante a gravidez foi de 10,4%, a violência psicológica foi classificada em emocional com 23,4% e em verbal com 23,7%, o abuso sexual foi de 5,7%.

Oweis, Gharaibeh, Al-Natour e Froelicher (2009) realizaram um outro estudo em que procuraram estudar as vivências das mulheres casadas, descrever formas, intensidade e consequências de VD e, verificaram que apesar da vivência da angústia destas mulheres, elas justificaram, minimizaram, e toleraram o abuso por parte do companheiro. Esta aceitação refletia os seus valores culturais e normas.

Para determinar os fatores associados à VD em mulheres grávidas refugiadas, residentes no Líbano, foi efetuado um estudo nos serviços de saúde primários em 351 grávidas por Hammoury, Khawaja, Mahfoud, Afifi e Madi (2009). A colheita de dados foi realizada apenas às grávidas não acompanhadas pelos seus maridos ou parentes, procurando relatos de abuso físico e emocional. A VD foi significativamente associada ao nível educacional (maior probabilidade de abuso para as mulheres com menor escolaridade e ensino médio ou secundário em comparação com as mulheres com formação

universitária), à idade gestacional (maior abuso no terceiro trimestre), ao medo do Companheiro/cônjuge no domicílio e à gravidez não desejada.

Num estudo sobre VD na gestação no Rio de Janeiro numa unidade básica de saúde, Santos *et al.* (2010) obtiveram uma prevalência de VD durante a gravidez de 5,1%. Como fatores associados encontraram história de baixo peso ao nascer, prematuridade, depressão e abuso de álcool/ drogas. Apesar das entrevistas ocorrerem individualmente e em privado, tal como recomendado no estudo de Paredes-Solís *et al.* (2005, cit. por Santos *et al.*, 2010, p.489) que verificaram que relatos de VD aumentavam na ausência do parceiro, durante a entrevista, os autores verificaram que a prevalência de gravidez foi mais baixa do que em outros estudos provavelmente devido à banalização da VD, ao não reconhecimento da situação de violência como tal e sentimentos de vergonha ou culpa por parte das grávidas (Ellsberg *et al.*, 2001, cit. por Santos *et al.*, 2010, p.489).

Com o objetivo de verificar a associação da VD, por parte do companheiro/cônjuge e as complicações na gravidez, Leone *et al.* (2010) relataram que das 2837 mulheres estudadas, 3,7% (105) foram vítimas de violência, e estas apresentaram uma maior probabilidade de trauma e descolamento de placenta durante a gravidez.

Devries *et al.* (2011) num estudo de VD durante a gravidez perpetrado pelo companheiro/cônjuge, em 19 países, obtiveram uma prevalência que variou entre 2% na Austrália, Camboja, Dinamarca e Dinamarca a 13,5% no Uganda entre as grávidas com parceiros e mais de metade das pesquisas estimaram uma prevalência entre 3,9% e 8,7%. Detetaram uma prevalência mais elevada nos países africanos e latino-americanos quando comparados a países europeus e asiáticos e, durante a gravidez, a VD é mais comum do que determinadas condições de saúde existentes na gestação. Obtiveram prevalências de VD mais baixas durante a gravidez quando comparadas com a VD ao longo da vida. Na mesma pesquisa, a prevalência de VD ocorreu nas idades mais jovens (entre os 15 e 35 anos) diminuindo levemente após os 35 anos de idade. A VD durante a gravidez está associado a infecções renais, ganho de peso abaixo do desejável durante a gravidez e baixo peso do RN ao nascer.

Moura *et al.* (2011) estudaram a prevalência de VD ocorrida durante o ciclo gravídico puerperal em 290 mulheres das quais 22,9% relataram ter sofrido violência durante a gravidez e 8,2% durante o puerpério. No período gestacional o tipo de VD sofrida foi psicológica em 77,6%, física em 26,9% e sexual em 11,9%. O agressor foi o companheiro em 7,5%, o marido em 4,4% e o namorado com 2,7%. Neste estudo a faixa etária da mulher grávida vítima de VD foi entre os 20 e 25 anos de idade, casadas ou em união de facto,

desempregadas (estudantes ou donas de casa), com uma renda econômica de um salário mínimo e com um único descendente.

Para mais facilmente se efetuar uma leitura dos resultados dos diferentes estudos consultados, construiu-se um quadro síntese com os níveis de evidência científica correspondentes (cf. Anexo I).

Em síntese, podemos referir que a prevalência de VD, durante a gravidez, surge nas suas três vertentes (física, psicológica e sexual), embora possamos encontrar variações pois nas pesquisas efetuadas, nem sempre as mulheres conseguem relatar as agressões por medo, vergonha, crenças culturais ou simplesmente porque não identificam atos de violência como tal. São também vários os fatores que podem estar associados à VD durante a gravidez e que suscitou a nossa curiosidade e deu origem ao nosso estudo.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos descrever de forma sequencial as diversas etapas que orientam a elaboração deste estudo.

Desta forma, e tendo por base o referencial teórico previamente elaborado, definimos os procedimentos metodológicos que considerámos mais adequados ao desenvolvimento desta investigação.

1.1 MÉTODOS

A violência doméstica contra as mulheres é um fenómeno universal que, desde há muito tempo, preocupa a sociedade e que está ligada à história humana. É uma situação que ocorre sobretudo no espaço privado familiar e que, habitualmente, é infligida pelo companheiro.

Este tipo de violência é considerado pela OMS (Krug *et al.*, 2002), entre outros autores, como um problema de saúde pública, podendo ter repercussões ao nível da saúde da mulher e comprometer também o futuro dos filhos. Essas consequências podem, inclusive, ser um atentado contra a vida da mulher. Quanto a este facto, os números são assustadores. No primeiro semestre de 2012, foram mortas no nosso país 20 mulheres vítimas de violência doméstica e dos casos de homicídio relatados, destacamos o de uma jovem de 22 anos grávida de 8 meses que foi assassinada brutalmente pelo ex-namorado. No final do ano de 2012 o número de vítimas subiu para 40, segundo informações fornecidas pela UMAR (UMAR & OMA, 2013).

Sabemos que a violência contra a mulher é perpetrada em todas as fases do ciclo de vida e que a preocupação é maior quando a mulher está grávida. Neste período, a violência tem consequências diretas em dois indivíduos, e segundo Nasir e Hyder (2003), é um problema de saúde pública alarmante nos países desenvolvidos. Audi *et al.* (2008, p.878) afirma que “as gestantes não estão livres de violência doméstica...”.

A violência contra as mulheres, nas suas mais diversas formas, é endémica em todos os países do mundo, independente da classe social, raça ou idade. Alguns estudos

têm mostrado que a grávida não está livre de sofrer as diversas manifestações de violência doméstica (Correia & Santiago, 2007).

Referimos um estudo realizado por Audi *et al.* (2008), que objetivou investigar sobre a violência doméstica na gravidez, prevalência e fatores associados, numa amostra de 1379 gestantes utentes do Sistema Único de Saúde acompanhadas em unidades básicas de saúde no município de Campinas no Brasil. Os seus resultados mostram que, do total da amostra, 19,1% das gestantes reportaram violência psicológica e 6,5% violência física/sexual.

Audi *et al.*(2008) sugerem a existência de mecanismos apropriados para a identificação e abordagem de VD na gestação, principalmente na intervenção primária, pois verificaram elevadas prevalências dos diferentes tipos de violência realizada pelo companheiro/cônjuge durante o período gestacional, e encontraram vários fatores a ela associados.

Através de uma revisão de literatura de Gazmararian *et al.* (1996, cit. por Bacchus *et al.*, 2006, p.273), foram observadas prevalências de 1% a 20% de VD em mulheres grávidas. Essa variação é atribuída à heterogeneidade da definição de violência, aos diferentes tamanhos e processos de seleção da amostra e aos métodos de estudo.

Para Schraiber *et al.* (2003), alguns estudos com homens e com mulheres grávidas em situação de VD indicam uma condição multifatorial, que atua como precursora de vários tipos de violência. Apesar do álcool e da pobreza favorecerem a violência, estes fatores não podem ser considerados as suas causas diretas.

O setor da saúde tem um importante papel no combate à VD através do desenvolvimento de pesquisas, notificação de casos, organização de serviços de referência para as vítimas e outras propostas de intervenção. Contudo, nenhuma estratégia para o combate à VD pode deixar de abordar as raízes culturais desses abusos, além de atender às necessidades imediatas das vítimas (Schraiber *et al.* 2003). Isto significa desafiar atitudes e crenças sociais que fundamentam a VD dos homens contra as mulheres e criar formas de negociação do poder entre os géneros em todos os níveis da sociedade (Heise, 1994, cit por Câmara, Costa, Lima & Lima, 2009).

Ao nível do contexto referido anteriormente, decidimos abordar a problemática da VD tendo gerado as seguintes questões de investigação:

- ❖ Qual a prevalência da violência doméstica na gravidez?

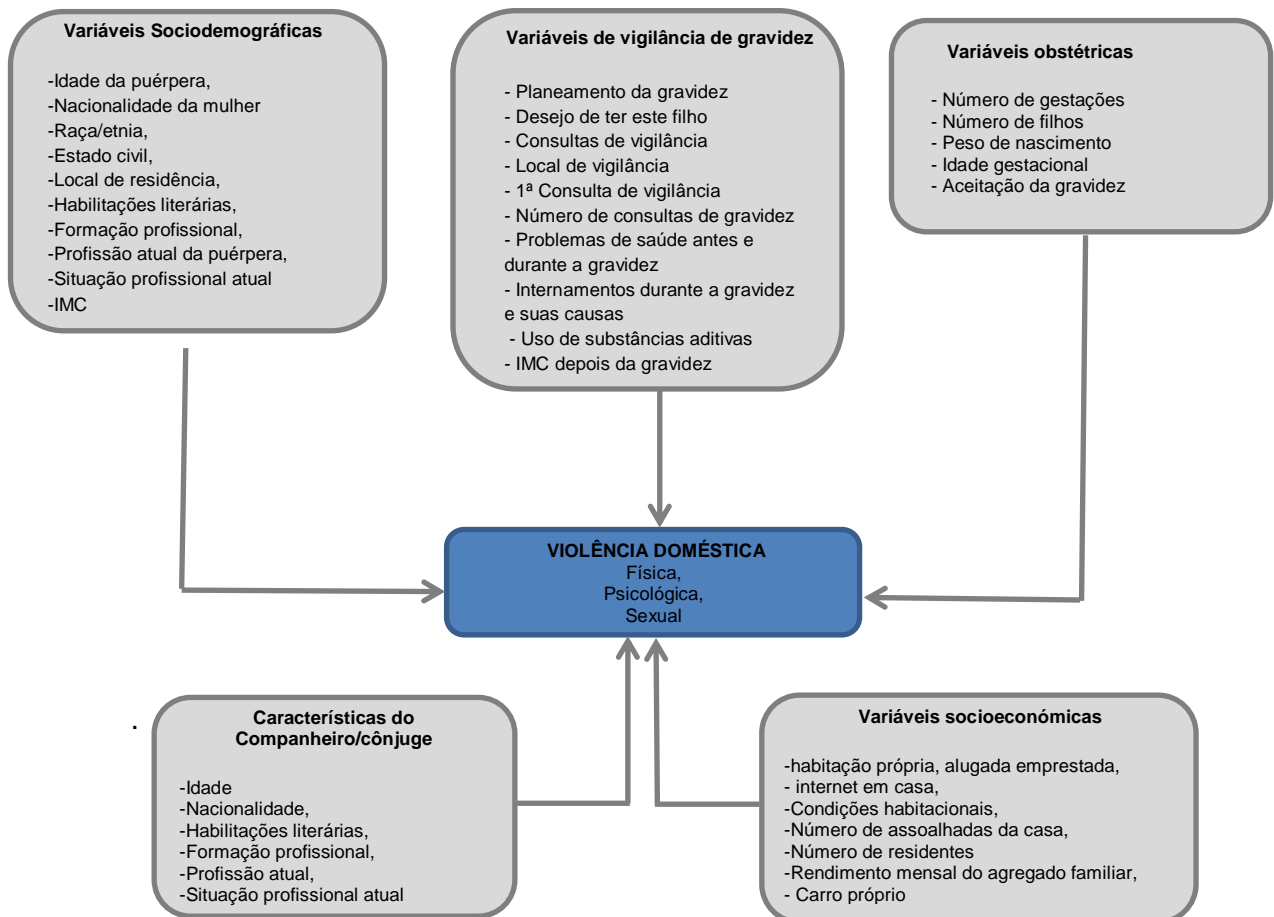
- ❖ Quais as características das mulheres grávidas vítimas de violência doméstica?
- ❖ Quais os fatores associados à violência durante a gravidez?

Atendendo à problemática em estudo e, apesar de supostamente vivermos numa democracia, continuamos a assistir a várias notícias de situações de violência doméstica perpetuada pelo parceiro íntimo e no seio familiar. Assim definimos os seguintes objetivos:

- ❖ Determinar a prevalência da violência doméstica na gravidez nas dimensões física, psicológica e sexual;
- ❖ Caracterizar as grávidas vítimas de violência doméstica;
- ❖ Identificar alguns fatores associados à violência doméstica durante a gravidez.

Assim com base nas questões de investigação, nos objetivos formulados e na revisão da literatura, elaborou-se o seguinte esquema de investigação, que procura de uma forma pictográfica estabelecer as relações entre as variáveis em estudo (cf. Figura 1).

Figura 1 – Representação esquemática da relação entre as variáveis estudadas (desenho de investigação)



Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritiva, correlacional (Fortin, 2003), uma vez que não há manipulação das variáveis e com ele se pretende efetuar a descrição das características da amostra bem como o estabelecimento das relações entre as variáveis.

Relativamente às variáveis, considerámos como variável dependente a violência doméstica nas suas dimensões (física, psicológica e sexual).

Como variáveis independentes considerámos: variáveis sociodemográficas (idade, nacionalidade, etnia, estado civil, local de residência, habilitações literárias, formação profissional, situação profissional, condições de habitação, rendimento do agregado familiar e IMC); variáveis referentes à vigilância de gravidez (planeamento da gravidez, desejo de ter este filho, consultas de vigilância, local de vigilância, 1ª consulta de vigilância, número de consultas de gravidez, problemas de saúde antes e durante a gravidez, internamentos durante a gravidez, causas de internamento e uso de substâncias aditivas); e variáveis obstétricas (número de gestações, número de filhos, peso ao nascimento, idade gestacional e aceitação da gravidez).

1.2 PARTICIPANTES

Para o estudo em questão, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 852 puérperas internadas nos serviços de puerpério de duas instituições de saúde públicas portuguesas, uma na região Centro (A) e outra da Grande Lisboa (B). Os critérios de inclusão foram: aceitar participar no estudo; compreender o questionário aplicado; e estar internada no serviço de puerpério das maternidades em estudo, com início 24 horas após o parto.

1.2.1 Caracterização Sociodemográfica da amostra

A caracterização sociodemográfica da amostra é apresentada atendendo à idade das puérperas, nacionalidade, raça, estado civil, local de residência, habilitações literárias, formação profissional, profissão atual, situação profissional atual e IMC antes de engravidar.

Idade

A idade mínima das puérperas é 14 anos e a máxima 44 anos, a média centra-se nos 30,69 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 5,54 com uma dispersão, moderada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento

(K/EP), podemos referir que a distribuição da idade é assimétrica negativa, ou seja, enviesada à esquerda e platicúrtica. Através do Teste Kolmogorov-Smirnov verificamos que a amostra em estudo apresenta uma distribuição considerada não normal uma vez que o nível de significância é de 0,000 (cf. tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas alusivas à idade das puérperas

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	K's
<i>Idade</i>	14	44	30,69	5,54	18,05	-2,45	-2,78	0,000

Nacionalidade

Relativamente à nacionalidade das puérperas podemos verificar que maioritariamente são de nacionalidade portuguesa numa percentagem de 90,0% e 10,0% são imigrantes, sendo que a maioria das puérperas portuguesas (92,6%) possui uma idade \geq a 31 anos numa. Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambas as variáveis em estudo ($p=0,007$) (cf. tabela 3).

Raça

Pela análise da tabela 3, podemos constatar que 88,4% das puérperas são de raça branca e 11,6% de outra raça, verificando que a maioria das puérperas de raça branca possui uma idade \geq a 31 anos (92,6%), enquanto a maioria das de outra raça possui uma idade \leq a 30 anos (16,2%). Analisando comparativamente a idade das puérperas em função da raça, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$).

Estado Civil

Na análise estatística efectuada também se faz referência ao estado civil das puérperas e para mais facilmente operacionalizar esta variável foi subdividida em duas classes: Solteira/Viúva/Divorciada ou Casada/União de Facto.

Os dados da tabela 3 permitem-nos referir que 31,6% das puérperas são solteiras/divorciadas/viúvas e 68,4% são casadas ou vivem em União de Facto, sendo que a maioria das puérperas solteiras/divorciadas/viúvas possui uma idade \leq a 30 anos (42,2%) e a maioria das mulheres casadas/União de Facto possui uma idade \geq a 31 anos (78,2%). Averiguamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a idade da mulher ($p=0,000$).

Local de Residência

Das mulheres inquiridas 20,8% residem numa aldeia, 14,3% numa vila e 64,9%, ou seja, a grande maioria da amostra reside numa cidade. Observa-se que a maioria das puérperas que residem numa aldeia possui maioritariamente uma idade \leq a 30 anos (22,3%), enquanto a maioria das puérperas que residem numa vila ou cidade possui uma idade \geq a 31 anos (14,9%; 65,8%). Não há diferenças estatisticamente significativas entre o local de residência e a idade da mulher ($p=0,554$) (cf. tabela 3).

Habilitações Literárias

Esta variável foi recodificada em três classes: \leq 9º ano, ensino secundário e ensino superior. Podemos referir que 21,6% das puérperas possui habilitações literárias até ao 9º ano de escolaridade, 44,8% o ensino secundário e 33,6% o ensino superior. Refira-se ainda que as puérperas com escolaridade até ao 9º ano e com o ensino secundário têm, na sua maioria idade \leq a 30 anos (24,4%; 46,8%), enquanto a maioria das puérperas com o ensino superior têm idade \geq a 31 anos (41,7%). Existem diferenças entre a idade da mulher e as habilitações literárias ($p=0,000$) (cf. tabela 3).

Formação Profissional e Profissão atual

Estas variáveis foram recodificadas conforme a Classificação Portuguesa das Profissões (2010) e foram divididas em três classes: profissões qualificadas (grande grupo 0,1 e 2), profissões técnicas (grande grupo 3,4,5,6,7 e 8) e profissões não classificadas (grande grupo 9, domésticas, reformados e estudantes).

Tendo em conta a **formação profissional** e analisando as percentagens mais elevadas, podemos referir que 45,2% das puérperas têm uma formação qualificada, possuindo estas maioritariamente uma idade \geq a 31 anos (60,9%). No entanto 42,6% possuem profissões técnicas mas estas, maioritariamente, têm idade \leq a 30 anos (55,8%). Quanto às profissões não qualificadas, num total de 12,2%, obtivemos uma percentagem de 50% para ambos os grupos etários. Observa-se ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a formação profissional e a idade da puérpera ($p=0,001$) (cf. tabela 3).

Quanto à **profissão atual** podemos referir que 45,2% possui profissões qualificadas, sendo que destas 28,3% têm idades \leq a 30 anos e 71,7% idades \geq a 31 anos. Nas profissões técnicas, encontramos 42,6% das mulheres. Destas, 45,9% têm idades \leq a 30 anos e 54,2% têm idades \geq a 31 anos. Quanto às puérperas que possuem profissões não

qualificadas (12,2%), verificamos que 47,0% têm idades \leq a 30 anos e 35,7% idades \geq a 31 anos. Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a profissão atual e a idade da puérpera, uma vez que o *p-value* é inferior a 0,050 ($p=0,000$) (cf. tabela 3).

Situação Profissional Atual

Pela análise da tabela 3, observamos que 68,1% das puérperas, ou seja, mais de metade da amostra encontra-se empregada e 31,9% desempregadas, sendo que a maioria das que estavam empregadas possuem uma idade \geq a 31 anos (76,8%), enquanto as desempregadas na sua maioria têm uma idade \leq a 30 anos numa percentagem de 41,4%. Menciona-se que existem diferenças entre a situação profissional e a idade materna ($p=0,000$).

IMC antes de engravidar

Para o cálculo do IMC das mulheres, recorreu-se a estatísticas referentes à **altura** e **peso antes de engravidar** tendo em conta que os valores de IMC referidos pelo Institute of Medicine (Rasmussen & Yaktine, 2009). Estes foram recodificados, pois na situação de baixo peso encontramos um número inferior a 4 elementos. Assim para o *Baixo peso / peso normal* o IMC - <18.5 Kg/m² a 24.9 Kg/m²; para *Pré-obesidade* o IMC - 25.0 a 29.9 Kg/m²; e para *Obesidade* IMC - ≥ 30.0 Kg/m².

A tabela 2, mostra-nos que, em relação à **altura**, as puérperas com uma idade \leq a 31 anos possuem uma altura mínima de 140cm e máxima de 180cm, com uma média de 162,50cm e um desvio padrão de 6,36cm. O coeficiente de variação mostra-nos uma dispersão fraca. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da altura das puérperas com idade \leq a 30 anos é simétrica e leptocúrtica.

As puérperas com idade \geq a 31 anos possuem uma altura mínima de 142cm e máxima de 182cm, com uma média de 162,59cm, um desvio padrão de 7,03cm. O valor do coeficiente de variação mostra-nos uma dispersão fraca. A análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), permite-nos referir que estamos perante uma distribuição simétrica e leptocúrtica.

Em suma, verifica-se uma altura mínima de 140cm e uma altura máxima de 182cm, com uma média de 162,55cm e um desvio padrão de 6,72. Analisando o coeficiente de variação podemos referir que a altura apresenta uma dispersão fraca. Os valores de enviesamento (Sk/EP) e ao achatamento (K/EP), mostram-nos que estamos perante uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Procedemos ainda à realização de um Teste *t-student* ($t = -0,216$; $p = 0,829$) que nos mostra que a não existência de diferenças estatisticamente significativas uma vez que *p-value* foi superior a 0,050.

No que diz respeito ao **peso antes da gravidez** das puérperas com idade \leq a 30 anos, observa-se um mínimo de 45Kg e um máximo de 120Kg, com uma média de 64,36KG e um desvio padrão de 11,49Kg. O coeficiente de variação mostra-nos uma dispersão média. Quanto ao enviesamento (Sk/EP) e ao achatamento (K/EP), podemos referir que estamos perante uma distribuição assimétrica positiva, ou seja, esta é enviesada à esquerda e leptocúrtica.

Nas puérperas com idade \geq a 31 anos verificamos um mínimo de 46Kg e um máximo de 108Kg, com uma média de 65,04Kg e um desvio padrão de 10,75Kg. Analisando o coeficiente de variação, este apresenta uma dispersão média e a nível do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP). Podemos ainda mencionar que a distribuição é assimétrica positiva, logo é enviesada à esquerda e leptocúrtica.

No global verifica-se um mínimo de 45Kg e um máximo de 120Kg, com uma média de 64,71Kg e com um desvio padrão de 11,11Kg. O coeficiente dispersão revela uma dispersão média e a análise do enviesamento (Sk/EP) e ao achatamento (K/EP), mostra uma distribuição assimétrica positiva, ou seja, enviesada à esquerda e leptocúrtica.

O Teste *t-student* ($t = -0,902$; $p = 0,367$) revela a não existência de diferenças estatisticamente significativas pois o *p-value* apresenta valor superior a 0,050.

Quanto ao **IMC**, verifica-se que as puérperas com idade \leq a 30 anos apresentam um IMC mínimo de 17,1 e máximo de 46,3, cuja média é de 24,38 e o desvio padrão de 4,23. Relativamente ao coeficiente de variação pode verificar-se que neste caso o IMC apresenta uma dispersão média. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição do IMC das puérperas com idade \leq a 30 anos é assimétrica positiva, ou seja, enviesada à esquerda e leptocúrtica.

No IMC das puérperas com idade \geq a 31 anos verifica-se um mínimo de 17,6 e um máximo de 39,7, a média centra-se nos 24,69, com um desvio padrão de 4,29. Quanto ao coeficiente de variação observa-se uma dispersão média. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que estamos perante uma distribuição assimétrica positiva, ou seja, enviesada à esquerda e leptocúrtica.

No global, o IMC mínimo é de 17,1 e o máximo de 46,3, com uma média de 24,54 e um desvio padrão de 4,25. O coeficiente de variação mostra-nos que o IMC apresenta uma dispersão média. Analisando o enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que estamos perante uma distribuição assimétrica positiva, ou seja, enviesada à esquerda e leptocúrtica (cf. tabela 2).

Pelo Teste *t-student* ($t=-0,994$; $p=0,321$) verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas pois o *p-value* foi superior a 0,050.

Tabela 2 - Estatísticas alusivas à altura, peso e IMC antes da gravidez

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	K's
Altura								
≤30 Anos	140	180	162,50	6,36	3,91	-0,869	2,940	0,000
≥31 Anos	142	182	162,59	7,03	4,32	-0,326	2,199	0,000
Total	140	182	162,55	6,72	3,80	-1,151	0,340	0,000
Peso								
≤30 Anos	45	120	64,36	11,49	17,85	14,562	19,820	0,000
≥31 Anos	46	108	65,04	10,75	16,53	9,397	7,139	0,000
Total	45	120	64,71	11,11	17,17	17,107	19,695	0,000
IMC								
≤30 Anos	17,1	46,3	24,38	4,23	17,35	14,306	16,382	0,000
≥31 Anos	17,6	39,7	24,69	4,29	17,38	9,716	4,957	0,000
Total	17,1	46,3	24,54	4,25	17,32	16,727	14,228	0,000

Para finalizar, na tabela 3 verifica-se que 65,7% ou seja, mais de metade das puérperas apresentam um **IMC** situado no Baixo peso/peso normal, 23,9% na pré-obesidade e 10,3% na obesidade. As puérperas que apresentam Baixo peso/peso normal possuem maioritariamente uma idade ≤ a 30 anos (69,9%), enquanto a maioria das puérperas com pré-obesidade e obesidade apresentam maioritariamente uma idade ≥ a 31 anos (27,5%; 10,6%). Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre o IMC e a idade das mulheres, uma vez que $p=0,031$.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica das puérperas em função do grupo etário

Variáveis	Idade		≤30 anos (1)		≥31 anos (2)		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	n	%	1	2				
Nacionalidade												
Portuguesa	356	87,3	411	92,6	767	90,0	-2,6	2,6	6,682	0,007		
Imigrante	52	12,7	33	7,4	85	10,0	2,6	-2,6				
Raça												
Branca	342	83,8	411	92,6	753	88,4	-4,0	4,0	15,830	0,000		
Outra	66	16,2	33	7,4	99	11,6	4,0	-4,0				
Estado Civil												
Solteira/ Divorciada/ Viúva	172	42,2	97	21,8	269	31,6	6,4	-6,4	40,596	0,000		
Casada/ União de Facto	236	57,8	347	78,2	583	68,4	-6,4	6,4				
Local de Residência												
Aldeia	91	22,3	86	19,4	177	20,8	1,1	-1,1	1,180	0,554		
Vila	56	13,7	66	14,9	122	14,3	-0,5	0,5				
Cidade	261	64,0	292	65,8	553	64,9	-0,5	0,5				
Habilitações Literárias												
≤ 9º ano	116	28,4	68	15,3	184	21,6	4,6	-4,6	35,736	0,000		
Ensino secundário	191	46,8	191	43,0	382	44,8	1,1	-1,1				
Ensino Superior	101	24,8	185	41,7	286	33,6	-5,2	5,2				
Formação Profissional												
Profissões qualificadas	104	39,1	162	60,9	266	45,2	-3,7	3,7	14,605	0,001		
Profissões técnicas	140	55,8	111	44,2	251	42,6	3,5	-3,5				
Profissões não qualificadas	36	50,0	36	50,0	72	12,2	0,4	-0,4				
Profissão atual												
Profissões qualificadas	51	28,3	129	71,7	180	22,3	-5,7	5,7	52,280	0,000		
Profissões técnicas	185	45,9	219	54,2	404	50,0	-0,7	0,7				
Profissões não qualificadas	144	47,0	80	35,7	224	27,7	6,1	-6,1				
Situação profissional atual												
Empregado	239	58,6	341	76,8	580	68,1	-5,7	5,7	32,490	0,000		
Desempregado	169	41,4	103	23,2	272	31,9	5,7	-5,7				
IMC antes de engravidar												
Baixo peso/ Peso Normal	285	69,9	275	61,9	560	65,7	2,4	-2,4	6,992	0,031		
Pré-Obesidade	82	20,1	122	27,5	204	23,9	-2,5	2,5				
Obesidade	41	10,0	47	10,6	88	10,3	-0,3	0,3				

1.3 INSTRUMENTOS

Para a presente investigação, selecionou-se, de acordo com os objetivos, como método de colheita de dados, um questionário com duas escalas relativas à violência doméstica na mulher grávida (cf. Anexo II).

1.3.1 Questionário

O questionário é constituído por um grupo de 26 questões que nos permitem **caracterizar sociodemograficamente** a amostra (parte I do questionário), tendo em conta: a idade da mulher, a idade do seu companheiro/cônjuge, a nacionalidade da mulher e do companheiro/cônjuge, a raça/etnia, estado civil, local de residência, habilitações literárias da mulher e do seu companheiro/cônjuge, formação profissional e profissão atual da mulher e do seu companheiro/cônjuge, situação profissional atual da mulher e do seu companheiro/cônjuge, se vive em casa própria, emprestada ou alugada, se tem internet em

casa, condições habitacionais, quantas assoalhadas tem a casa, quantas pessoas residem na sua casa, rendimento mensal do agregado familiar, ter carro próprio, estatura (altura), peso antes da gravidez, aumento de peso durante a gravidez.

A segunda parte do questionário contém também 13 questões, através das quais, procuramos saber se houve **vigilância da gravidez**, sendo estas: planeamento da gravidez, desejo de ter este filho, consultas de vigilância, local de vigilância, 1ª consulta de vigilância, número de consultas de gravidez, problemas de saúde antes e durante a gravidez, internamentos durante a gravidez, causas de internamento durante a gravidez, uso de substâncias aditivas.

A terceira parte é constituída por 5 questões relativas às **variáveis obstétricas**, sendo estas: número de gestações, número de filhos, peso de nascimento, idade gestacional e aceitação da gravidez.

A quarta parte refere-se às questões específicas sobre **violência doméstica**, onde solicitámos às puérperas que tivessem em conta os últimos 12 meses e última gravidez e, para além das duas escalas usadas, incluímos mais três questões: a primeira permite-nos saber se a puérpera alguma vez foi vítima de violência. Caso tenha experienciado violência, questiona-se o autor (companheiro, marido, ex-marido, familiar, estranho, outro); a segunda questão admite a situação da puérpera ter sido vítima de violência doméstica e não ter denunciado a situação. Como tal, ter-se-á conhecimento dos motivos que a levaram a não fazer essa denúncia, através de 11 itens, os quais assinalam várias possibilidades: medo, falta de recursos económicos, ausência de apoio familiar, falta de confiança nas autoridades, falta de informação, vergonha, respeito para com a família, receio de perder os filhos, promessa de mudança de comportamento, ameaça e falta de apoio.

1.3.2 Escalas e sua caracterização psicométrica

As escalas utilizadas neste estudo e que a seguir se caracterizam, autorizadas pelos respectivos autores para sua aplicação (cf. Anexos III e IV), foram:

- Escala de diagnóstico de violência doméstica - *A Short Domestic Violence Screening Tool for Use in a Family Practice Setting*, (Sherin *et al.* 1998).
- Escala adaptada do questionário modificado para a prevalência de violência doméstica de Jahanfar & Malekzadegan (2007).

Escala de diagnóstico de violência doméstica - (A Short Domestic Violence Screening Tool for Use in a Family Practice Setting) - HITS

Esta escala é constituída por quatro questões relativas ao comportamento, que inclui: atos de violência física e psicológicas. A cada afirmação: 1-Nunca; 2-Raramente; 3-Algumas vezes; 4-Muitas vezes; 5-Frequentemente, corresponde um score de 1 a 5 respectivamente. O score total para esta escala pode variar entre 4 a 20 e segundo Sherin *et al.* (1998), foi vítima de violência doméstica aquela em que o score total for maior ou igual a 10, ou seja é considerado positivo para VD.

Para verificar a homogeneidade e consistência interna procedeu-se ao cálculo do coeficiente de *alfa* de Cronbach para cada um dos itens e para a escala total (Tabela 4). No que se refere à escala total foi obtido um *alfa* de Cronbach de 0,887, resultando numa consistência boa.

Tabela 4 - Consistência interna (estudo dos itens) da escala de HITS

Itens	M	DP	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
A agrediu fisicamente?	1,14	0,484	0,697	0,853
A ofendeu com insultos?	1,51	0,828	0,828	0,778
A ameaçou?	1,14	0,549	0,730	0,834
Gritou consigo?	1,67	0,902	0,754	0,828

Escala adaptada do questionário modificado para a prevalência de violência doméstica – (Jahanfar & Malekzadegan, 2007)

Esta escala contém questões relativas ao comportamento, que inclui: atos de violência física, psicológicas e sexuais. Possui uma lista de 31 itens (questões nº 5 a 31) e ainda a questão nº 4 (4.1, 4.2, 4.3 e 4.4) que complementa o item 30. Para facilitar o preenchimento do questionário foi organizado numa escala com um valor numérico entre 1 e 5, onde cada participante assinala o número que lhe parece traduzir a sua situação, relativamente aos últimos doze meses e última gravidez. Cada um dos números tem o seguinte significado: 1-Nunca; 2- Raramente; 3- Algumas vezes; 4- Muitas vezes; 5- Frequentemente. A leitura desta escala deve ser feita do seguinte modo:

Questões sobre violência física da nº5 ao nº 13 - Se qualquer uma destas questões for positiva é considerada a existência de violência física incluindo a nº 31 (considera-se positiva de 2 – raramente até 5 – frequentemente):

- Violência física ligeira – se pelo menos uma das primeiras 5 questões for positiva;
- Violência física moderada – se mais de uma questão das primeiras 5 for positiva;
- Violência física grave – se pelo menos uma das questões 10, 11, 12 ou 13 forem positivas.

Questões sobre violência psicológica da nº14 ao nº 27

- Violência psicológica ligeira – se menos de 5 questões da nº16 ao nº 27 forem positivas;
- Violência psicológica moderada – se 5 ou mais questões da nº16 ao nº 27 forem positivas;
- Violência psicológica grave – se a questão nº14 e/ou nº15 forem positivas.

Questões sobre violência sexual da nº28 ao nº 30 e pergunta nº4 (4.1, 4.2, 4.3, 4.4)

- Violência ligeira – se só uma das questões (nº28 ou 29) for positiva;
- Violência moderada – se as questões nº28 e 29 forem positivas;
- Violência grave – se pelo menos uma das questões (nº30 ou 4.1, 4.2, 4.3, 4.4) for positiva.

Análise psicométrica do questionário modificado para a prevalência de violência doméstica

Para se avaliar a homogeneidade e consistência interna da presente escala procedeu-se ao cálculo do coeficiente de *alfa* de Cronbach para cada um dos itens e para a escala total (Tabela 5). Para a escala total foi obtido um *alfa* de Cronbach de 0,946.

Tabela 5 - Consistência interna (estudo dos itens) da escala modificada de prevalência de VD

Itens	M	DP	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
A ameaçou com arma de fogo ou arma branca?	1,04	0,213	0,715	0,937
A esbofeteou?	1,13	0,395	0,753	0,935
A esmurrou?	1,03	0,218	0,569	0,938
A pontapeou?	1,02	0,156	0,393	0,939
A empurrou?	1,28	0,658	0,755	0,935
A amachucou?	1,10	0,385	0,767	0,935
A queimou?	1,01	0,113	0,246	0,940
A agrediu até ficar com fraturas de ossos?	1,00	0,068	0,389	0,940
A agrediu até ficar com lesão de órgãos internos?	1,01	0,078	0,239	0,940
Teve ou tem medo dele?	1,18	0,474	0,810	0,934
Ameaçou a sua vida?	1,08	0,383	0,834	0,934
Ameaçou magoar alguém importante para si?	1,08	0,368	0,801	0,934
Abusou emocionalmente de si?	1,23	0,537	0,726	0,935
Usou linguagem ofensiva consigo?	1,47	0,714	0,751	0,936
Usou linguagem ofensiva com a sua família, na presença ou na ausência deles?	1,33	0,640	0,825	0,933
Não aceitou os seus princípios ou crenças?	1,21	0,524	0,200	0,943
Ameaçou os seus filhos?	1,07	0,348	0,66	0,936
Abandonou-a a si e aos filhos?	1,10	0,464	0,350	0,940
A impediu de sair de casa?	1,17	0,519	0,811	0,933
A impediu de ir ter com amigos, familiares ou ir a cerimónias ou outros sítios que goste de ir?	1,24	0,557	0,800	0,934
A impediu de arranjar emprego?	1,07	0,408	0,478	0,938
A impediu de estudar?	1,24	0,168	0,341	0,939
Lhe limitou o dinheiro, comida ou roupa?	1,07	0,295	0,623	0,937
A forçou a ter relações sexuais?	1,21	0,462	0,771	0,934
Usou de violência durante as relações sexuais?	1,05	0,269	0,815	0,935
A deixou ferida fisicamente devido a relações sexuais violentas?	1,02	0,139	0,540	0,939

1.4 PROCEDIMENTOS

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Em investigação é importante seguir orientações fundamentais para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Assim, teve-se como orientações os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e por fim o direito a um tratamento justo e equitativo. Portanto, cumprindo com o disposto na lei, este questionário foi submetido à avaliação da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), que autorizou a sua aplicação (cf. Anexo V).

Neste estudo foi considerado o anonimato das participantes bem como a proteção dos dados para este fim. Foi realizada uma nota introdutória no questionário, de modo a informar as participantes sobre os objetivos do estudo, aceitando essas condições e garantindo-se a participação voluntária.

A todas as participantes foram fornecidas as informações necessárias e solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foi-lhes assegurado o seu anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como respeitada a autonomia das puérperas. Todas foram informadas que a sua participação era livre, podendo desistir a qualquer momento do estudo e que pela sua participação não receberiam qualquer malefício ou benefício.

Para a aplicação do questionário foi efetuado um pedido formal de autorização, ao Presidente do Conselho de Administração das duas instituições em estudo (maternidade “A” cf. Anexo VI e maternidade “B” cf. Anexo VII). Na maternidade “B” também foi necessário pedido à Comissão de Ética (cf. Anexo VIII), sendo cumpridos os princípios gerais de ética em investigação.

Os questionários na Maternidade “A” foram entregues às puérperas de forma direta, ou seja, pela investigadora. Na Maternidade “B” procedeu-se a uma aplicação direta que contou com a colaboração de uma enfermeira. Após o seu preenchimento, as puérperas colocavam os questionários numa urna fechada com cadeado, que foi colocada em cada uma das maternidades. A recolha foi efetuada pela investigadora de modo a manter a confidencialidade dos dados.

Foram distribuídos cerca de 1000 questionários em cada instituição. No entanto, como já havia sido referido, a amostra é de 852 puérperas, visto que os restantes

questionários foram deixados em branco ou não foram preenchidos na sua totalidade. Assim na maternidade “A” foram considerados válidos 368 questionários (43,2%) e na maternidade “B” 484 questionários (56,8%).

1.5 ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Versão 20.0 (2012). Após a recolha de dados, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Na análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinou-se frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2, a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a 2, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2009)

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2, a distribuição é platicúrtica, enquanto para K/EP superior a 2, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov – Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas variáveis de natureza quantitativa.

Como referem Pestana & Gageiro (2009), o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado, na medida em que os valores mais elevados que estes apresentam, indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis e informam sobre as células que mais de afastam da independência.

Os autores citados consideram, para uma probabilidade igual a 0,05, os seguintes valores de referência:

≥ 2 diferença estatística significativa;

< 2 diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

Aquando da utilização da estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos, destacando-se os seguintes: Teste de Qui Quadrado (utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais), Testes T-Student (para avaliar as diferenças entre as médias de dois grupos) e *Odds Ratio* (utilizado para o estudo de probabilidades).

As questões foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($p=0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da questão em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a questão se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor. Na análise inferencial foram utilizados os seguintes níveis de significância:

$p \geq 0,05$ – não significativo

$p < 0,05$ – significativo

$p < 0,01$ – bastante significativo

$p < 0,001$ – altamente significativo

Concluídas as considerações metodológicas, inicia-se o capítulo seguinte, referente à apresentação e análise dos resultados.

2. RESULTADOS

No presente capítulo apresenta-se a descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos. Todo o processo de análise dos dados está estruturado para dar resposta aos diferentes objetivos delineados. Para a apresentação adequada dos mesmos, recorreu-se ao uso de tabelas, as quais serão antecedidas da respetiva análise.

A organização deste capítulo estrutura-se em duas partes fundamentais, sendo a primeira a análise descritiva e a segunda a análise inferencial dos resultados.

2.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Apresenta-se neste subcapítulo a análise descritiva efetuada à amostra, tendo em conta as variáveis definidas para o estudo: características do companheiro/cônjuge condições socioeconómicas, variáveis de vigilância da gravidez, variáveis obstétricas e situação de violência. Como o estudo pretende averiguar a prevalência de violência, iremos proceder à análise das tabelas com as duas escalas de violência aplicadas (escala de diagnóstico de violência HITS de Sherin *et al.*, 1998, e escala modificada de prevalência de violência doméstica de Jahanfar e Malekzadegan, 2007).

2.1.1 Características do companheiro/cônjuge

Alusivo à idade do companheiro/cônjuge, a idade mínima é de 17 anos e a máxima é de 60 anos, a média centra-se nos 33,24 anos, com um desvio padrão de 6,89 anos. Quanto ao coeficiente de variação, a idade do companheiro/cônjuge apresenta uma dispersão moderada. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição é assimétrica positiva, ou seja, enviesada à direita e leptocúrtica (cf. tabela 6).

Tabela 6 - Estatísticas alusivas à idade do companheiro/cônjuge

	Mín.	Máx.	\bar{X}	dp	CV(%)	SK/EP	K/EP	K's
Idade Companheiro/ Cônjuge	17	60	33,24	6,89	20,73	7,44	5,82	0,000

Ainda no que concerne à **idade do companheiro/cônjuge** podemos referir que 49,9% destes possuem uma idade \leq a 32 anos e 50,1%, ou seja, mais de metade dos companheiros/cônjuges têm uma idade \geq a 33 anos, sendo que a maioria dos que possui uma idade \leq a 32 anos são parceiros de mulheres de idade \leq a 30 anos (70,3%). Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre a idade da puérpera e a idade do companheiro/cônjuge, pois $p < 0,050$ (cf. tabela 7).

Quanto à **nacionalidade do companheiro/cônjuge**, analisando a tabela 7, podemos mencionar que a maioria dos companheiros/cônjuges das puérperas é de nacionalidade portuguesa apresentado uma percentagem de 86%, enquanto 14,05% dos companheiros/cônjuges é de outra nacionalidade. Menciona-se ainda que a maioria dos companheiros/cônjuges de nacionalidade portuguesa são parceiros de mulheres com idade \geq a 31 anos (89,6%).

A tabela 7 mostra-nos que, no referente às **habilitações literárias do companheiro/cônjuge**, 35,8% possui habilitações até ao 9º ano, 40% ensino secundário/curso profissional e 24,2% o ensino superior. A maioria dos companheiros/cônjuges que possui até ao 9º ano ou que detêm o ensino secundário/curso profissional são parceiros de mulheres de idade \leq a 30 anos, enquanto a maioria dos companheiros/cônjuges com ensino superior são parceiros de mulheres de idade \geq a 31 anos. Constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias do companheiro/cônjuge e a idade materna ($p=0,000$).

Formação profissional e profissão atual do companheiro/cônjuge:

Relativamente à **formação profissional** do companheiro/cônjuge, verificamos que 24,4% possui profissões qualificadas; 60,6% profissões técnicas e 15% profissões não qualificadas. Observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a formação profissional do companheiro/cônjuge e a idade da puérpera ($p=0,000$) (cf. tabela 7).

No que concerne à **profissão atual** do companheiro/cônjuge, constatamos que 17,8% têm profissões qualificadas; 68,7% profissões técnicas e 13,5% profissões não qualificadas. Averiguamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a profissão atual do companheiro/cônjuge e a idade da puérpera, uma vez que $p=0,000$ (cf. tabela 7).

Na **situação profissional atual do companheiro/cônjuge** verificamos que 83,9% se encontra empregados e apenas 16,1% desempregados. Apuramos ainda que a maioria dos companheiros/cônjuges que se encontram empregados e são parceiros, na sua maioria,

de puérperas de idade \geq a 31 anos (84,4%). Constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a situação atual do companheiro/cônjuge e a idade materna, pois $p=0,000$ (cf. tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica do companheiro/cônjuge em função do grupo etário das puérperas

Variáveis	Idade		≤ 30 anos (1)		≥ 31 anos (2)		Total		Residuais		χ^2	p
	n	%	n	%	N	%	1	2				
Idade												
≤ 32 anos	287	70,3	138	31,1	425	49,9	11,5	-11,5	131.103	0,000		
≥ 33 anos	121	29,7	306	68,9	427	50,1	-11,5	11,5				
Nacionalidade												
Portuguesa	335	8,1	398	89,6	733	86,0	-3,2	3,2	10.038	0,002		
Imigrante	73	17,9	46	10,4	119	14,0	3,2	-3,2				
Habilitações literárias												
$\leq 9^\circ$ ano	180	44,1	125	28,2	305	35,8	4,9	-4,9	73.166	0,000		
Ensino Secundário	182	44,6	159	35,8	341	40,0	2,6	-2,6				
Ensino Superior	46	11,3	160	36,0	206	24,2	-8,4	8,4				
Formação profissional												
Profissões qualificadas	37	27,8	96	72,2	133	24,4	-3,8	3,8	15,446	0,000		
Profissões técnicas	158	47,7	173	52,3	331	60,6	3,3	-3,3				
Profissões não qualificadas	35	42,7	47	57,3	82	15,0	0,1	-0,1				
Profissão actual												
Profissões qualificadas	43	29,7	102	70,3	145	17,8	-4,5	4,5	23,538	0,000		
Profissões técnicas	272	48,6	288	51,4	560	68,7	1,8	-1,8				
Profissões não qualificadas	64	58,2	46	41,8	110	13,5	2,6	-2,6				
Situação profissional												
Empregado	318	77,9	397	89,4	715	83,9	-4,6	4,6	20,741	0,000		
Desempregado	90	22,1	47	10,6	137	16,1	4,6	-4,6				

2.1.2 Condições socioeconómicas

As variáveis socioeconómicas das puérperas, são constituídas por: habitar em casa própria, emprestada ou alugada, internet em casa, condições habitacionais, número de assoalhadas, número de pessoas a viver em casa, índice de aglomeração, rendimento mensal do agregado familiar e carro próprio.

Analisando a tabela 9, no que respeita a **viver em casa própria, emprestada ou alugada**, pode-se verificar que 57,2% das puérperas vivem em casa própria, 5,3% em casa emprestada e 37,5% em casa alugada. Verificamos ainda que a maioria das puérperas que viviam em casa própria possui uma idade \geq a 31 anos (62,8%), enquanto a maioria das puérperas que viviam em casa emprestada ou alugada têm uma idade \leq a 31 anos (6,4%; 42,5%). As variáveis em estudo apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,003$).

Relativamente à **internet em casa** podemos referir que 82,9% das puérperas possuem internet em casa, tendo estas maioritariamente uma idade \geq a 31 anos (85,4%) e apenas 17,1% das puérperas não possuem internet em casa. As diferenças entre ter

internet em casa e a idade da mulher são estatisticamente significativas ($p=0,027$) (cf. tabela 9).

Quanto às **condições habitacionais** da casa em que as puérperas residem podemos destacar que 94% possui saneamento, 97,9% eletricidade, 98,9% casa de banho e também com uma percentagem de 98,9% para aquelas têm água canalizada. Refira-se ainda que a maioria das puérperas que vivem em casas com saneamento, casa de banho e água canalizada apresentam maioritariamente uma idade \geq a 31 anos (95,3%; 99,8%; 99,1%), enquanto a maioria das puérperas que reside em casa com eletricidade possui uma idade \leq a 30 anos (98,0%) (cf. tabela 9).

Número de Assoalhadas

A tabela 8 mostra-nos que as puérperas com idade \leq a 30 anos residem em casas com o mínimo de 1 assoalhada e o máximo de 9 assoalhadas, apresentando uma média de 3,34 assoalhadas e um desvio padrão de 1,36. Relativamente ao coeficiente de variação pode-se verificar que neste caso o número de assoalhadas apresenta uma dispersão elevada.

Em relação ao número de assoalhadas da casa das puérperas com idade \geq a 31 anos verificamos o mínimo de 2 assoalhadas e o máximo de 10 assoalhadas, com uma média de 3,99 assoalhadas e com um desvio padrão de 1,38. Quanto ao coeficiente de variação observa-se uma dispersão elevada (cf. tabela 8).

Num cômputo geral as participantes da amostra residem em habitações com o mínimo de 1 assoalhada e o máximo de 10 assoalhadas, com uma média de 3,89 assoalhadas e um desvio padrão de 1,38. Analisando o coeficiente de variação podemos referir que o número de assoalhadas apresenta uma dispersão elevada.

Na tabela 9, quanto ao número de assoalhadas, podemos referir que 40,5% das puérperas residem numa casa com 3 ou menos assoalhas, tendo estas uma idade \leq a 30 anos (46,6%) e 59,5% residem em casa com 4 ou mais assoalhadas, sendo que estas possuem na sua maioria uma idade \geq a 31 anos (65,1%). Existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de assoalhadas e a idade ($p=0,000$).

Número de residentes em casa

Observando a tabela 8, as puérperas com idade \leq a 30 anos, apresentam o mínimo de 1 e 9 máximo de 9 pessoas, com uma média de 3,34 e um desvio padrão 1,38. O coeficiente de variação mostra-nos uma dispersão elevada.

Nas puérperas com idade \geq a 31 anos verifica-se o mínimo de 1 e o máximo de 8 pessoas, com uma média de 3,49 e um desvio padrão de 1,12. Analisando o coeficiente de variação este revela-nos uma dispersão elevada.

Em suma, verificamos o mínimo de 1 e o máximo de 9 pessoas, com uma média de 3,42 e com um desvio padrão de 1,25.

Realizamos um Teste *t-student* ($t=-1,653$; $p=0,087$) que nos demonstra que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tendo em consideração o número de pessoas a residir em casa podemos mencionar que 25,5% das puérperas residem numa casa com 2 ou menos pessoas e 74,5% das puérperas residem numa casa com 3 ou mais pessoas, sendo que estas possuem maioritariamente uma idade \geq 31 anos (81,1%). Por último, menciona-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de pessoas a residir na casa e a idade ($p=0,000$) (cf. tabela 9).

Índice de Aglomeração

O índice de aglomeração, resulta do cociente entre o número de assoalhadas e o número de pessoas que residem por habitação. Nas puérperas com uma idade \leq a 30 anos, observa-se o mínimo de 0,33 e o máximo de 5,00, com uma média de 1,25 e um desvio padrão de 0,54. O coeficiente mostra-nos uma dispersão elevada. No caso das puérperas com idade \geq a 31 anos apresentam o mínimo de 0,33 e o máximo de 4,00 com uma média de 1,24 e um desvio padrão de 0,52. O coeficiente de variação mostra-nos uma dispersão elevada (cf. tabela 8).

No global o índice de aglomeração apresenta o mínimo de 0,33 e o máximo de 5,00, com uma média de 1,25 e um desvio padrão de 1,25. Relativamente ao coeficiente de variação pode-se verificar que o índice de aglomeração apresenta uma dispersão elevada. (cf. tabela 8).

Efetuuou-se um *t-teste* ($t=0,229$; $p=0,037$) do qual se pode verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o índice de aglomeração.

Na tabela 9 verifica-se que 19,6% das puérperas apresentam um bom índice de aglomeração e 80,4%, ou seja, a maioria da amostra possui um índice de aglomeração mau. Das puérperas que apresentam um índice de aglomeração bom a maioria possui uma idade \leq a 30 anos (19,9%), enquanto a maioria das puérperas com índice de aglomeração mau possui uma idade \geq a 31 anos (80,6%).

Tabela 8 - Estatísticas alusivas ao nº de assoalhadas, nº de residentes e índice de aglomeração

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	K's
Nº assoalhadas								
≤30 anos	1	9	3,78	1,36	36,03	8,89	7,73	0,000
≥31 anos	2	10	3,99	1,38	34,66	18,38	29,59	0,000
Total	1	10	3,89	1,38	35,37	19,34	27,65	0,000
Nº de residentes								
≤30 anos	1	9	3,34	1,38	41,46	9,40	5,03	0,000
≥31 anos	1	8	3,49	1,12	32,06	5,40	1,51	0,000
Total	1	9	3,42	1,25	36,67	11,00	5,80	0,000
Índice de Aglomeração								
≤30 anos	0,33	5,00	1,25	0,54	43,2	14,64	29,26	0,000
≥31 anos	0,33	4,00	1,24	0,52	41,9	14,17	20,52	0,000
Total	0,33	5,00	1,25	0,53	42,4	20,33	35,44	0,000

Carro próprio

A existência de carro próprio, verifica-se em 73,8% das puérperas sendo que destas a maioria apresenta uma idade \geq a 31 anos (79,7%) e apenas 26,2% não possui carro próprio. Observa-se ainda que, existem diferenças estatisticamente significativas entre as têm ou não carro próprio e a idade das mulheres ($p=0,000$) (cf. tabela 9).

Rendimento mensal

A tabela 9 mostra que 45,9% das puérperas apresentam um rendimento mensal até 1000€, sendo que 56,9% possui, na sua maioria, idade \leq a 30 anos. Já 54,1% das puérperas possui um rendimento mensal \geq a 1000€, sendo que destas a maioria tem uma idade \geq a 31 anos (64,2%). Observa-se diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento mensal e a idade, pois $p<0,050$.

Tabela 9 - Distribuição das puérperas segundo as condições socioeconômicas

Variáveis	Idade		≤30 anos (1)		≥31 anos (2)		Total		Residuais		X ²	p
	n	%	n	%	N	%	1	2				
Habitação												
Própria	207	51,1	278	62,8	485	57,2	-3,4	3,4	11,930	0,003		
Emprestado	26	6,4	19	4,3	45	5,3	1,4	-1,4				
Alugada	172	42,5	146	33,0	318	37,5	2,9	-2,9				
Internet em casa												
Não	81	19,9	65	14,6	146	17,1	2,0	-2,0	4,070	0,027		
Sim	327	80,1	379	85,4	706	82,9	-2,0	2,0				
Condições da habitação												
Saneamento												
Não	30	7,4	21	4,7	51	6,0	1,6	-1,6	2,600	0,071		
Sim	378	92,6	423	95,3	801	94,0	-1,6	1,6				
Eletricidade												
Não	8	2,0	10	2,3	18	2,1	-0,3	0,3	0,087	0,479		
Sim	400	98,0	434	97,7	834	97,9	0,3	-0,3				
Casa de Banho												
Não	8	2,0	1	0,2	9	1,1	2,5	-2,5	6,128	0,014		
Sim	400	98,0	443	99,8	843	98,9	-2,5	2,5				
Água canalizada												
Não	5	1,2	4	0,9	9	1,1	-0,5	0,5	0,214	0,448		
Sim	403	98,8	440	99,1	843	98,9	0,5	-0,5				
Nº de Assoalhadas												
≤ 3 assoalhadas	190	46,6	155	34,9	345	40,5	3,5	-3,5	11,994	0,000		
≥ 4 assoalhadas	218	53,4	289	65,1	507	59,5	-3,5	3,5				
Nº de residentes												
≤ 2 pessoas	133	32,6	84	18,9	217	25,5	4,6	-4,6	20,959	0,000		
≥ 3 pessoas	275	67,4	360	81,1	635	74,5	-4,6	4,6				
Índice de Aglomeração												
Bom	81	19,9	86	19,4	167	19,6	0,2	-0,2	0,032	0,463		
Mau	327	80,1	358	80,6	685	80,4	-0,2	0,2				
Carro Próprio												
Não	133	32,6	90	20,3	223	26,2	4,1	-4,1	16,722	0,000		
Sim	275	67,4	354	79,7	629	73,8	-4,1	4,1				
Rendimento Mensal												
Até 1000€	232	56,9	159	35,8	391	45,9	6,2	-6,2	37,948	0,000		
≥ 1000€	176	43,1	285	64,2	461	54,1	-6,2	6,2				

2.1.3 Vigilância da gravidez

Quanto às variáveis relativas à vigilância da gravidez, as mesmas constituem-se por: planeamento da gravidez, quem desejou a gravidez, realização das consultas antes e durante a gravidez, quando realizou a 1ª consulta de vigilância, vigilância da gravidez, onde fez essa vigilância e IMC depois da gravidez. Também incluímos nestas variáveis o consumo de tabaco e álcool durante a gravidez, os problemas de saúde antes e durante a gravidez e internamentos durante a gravidez.

Planeamento da gravidez

Esta variável foi operacionalizada tendo em conta a existência (sim) ou ausência (não) de planeamento da gravidez.

Analisando a tabela 13, podemos mencionar que 35,3% das puérperas planeiam a gravidez e 64,7% das puérperas, ou seja, mais de metade da amostra não planeia a

gravidez, sendo que destas a maioria possui uma idade \geq a 31 anos. São encontradas significâncias estatísticas entre ambas as variáveis em estudo ($p=0,000$).

Desejo de ter este filho

O desejo de ter este filho ocorreu em 5,6% das puérperas, 3,6% pelo pai da criança, 81,6% um desejo do casal e 9,2% das puérperas mencionam que o filho não tinha sido desejado por nenhum elemento do casal. No caso em que o desejo de ter o filho foi das puérperas e do casal a maioria delas possui uma idade \geq a 31 anos (7,4%; 82,6%) e no caso em que o desejo pertenceu ao pai da criança ou a nenhum elemento do casal as puérperas possui uma idade \leq a 30 anos (5,1%). Constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre quem desejou o filho e a idade da mulher ($p=0,001$) (cf. tabela 13).

Consultas antes da gravidez

No que se refere ao ***número de consultas antes da gravidez***, as puérperas com idade \leq a 30 anos apresentam o mínimo de zero e o máximo de 10 consultas, a média centra-se nos 0,61, com um desvio padrão de 0,07. Referente ao coeficiente de variação nas puérperas com idade \leq a 30 anos apresenta uma dispersão fraca. (cf. tabela 10).

Nas puérperas com idade \geq a 31 anos, verifica-se o mínimo de zero e o máximo de 10 consultas, a média centra-se nos 0,84, com um desvio padrão de 0,07. Quanto ao coeficiente de variação, este apresenta uma dispersão fraca (cf. tabela 10).

Observa-se ainda que, de uma forma geral, o número de consultas antes da gravidez, apresenta o mínimo de zero e um máximo de 10, a média centra-se nos 0,73, com um desvio padrão de 0,05. Quanto ao coeficiente de variação, este apresenta uma dispersão fraca. (cf. tabela 10).

Na tabela 13 podemos verificar que 63,1% das puérperas não frequentaram consultas, 29,3% teve entre 1 e 2 consultas e 7,5% das puérperas tiveram 3 ou mais consultas. Verifica-se ainda que a maioria das puérperas que não teve nenhuma consulta antes de engravidar possui maioritariamente uma idade \leq a 30 anos (70,1%). As que têm entre 1 e 2 consultas possuem maioritariamente uma idade \geq a 31 anos (34,9%) tal como as de 3 ou mais consultas (8,3%). Existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de consultas antes da gravidez e a idade da mulher, uma vez que $p=0,000$.

Consultas durante a gravidez

No que alude ao **número de consultas durante da gravidez**, as puérperas com idade \leq a 30 anos apresenta o mínimo de zero e o máximo de 30 consultas, a média centra-se nos 7,96, com um desvio padrão de 0,16. Referente ao coeficiente de variação nas puérperas com idade \leq a 30 anos apresenta uma dispersão fraca. (cf. tabela 10).

Nas puérperas com idade \geq a 31 anos, verificamos o mínimo de zero e o máximo de 26 consultas, a média centra-se nos 8,17, com um desvio padrão 0,13. Quanto ao coeficiente de variação, este apresenta uma dispersão fraca (cf. tabela 10).

Em suma, o número de consultas durante a gravidez apresenta o mínimo de zero e o máximo de 30, com uma média de 8,07, e desvio padrão de 0,11. Quanto ao coeficiente de variação, este revela-se fraco (cf. tabela 10).

Pelo teste de *t-student* ($t=-1,010$; $p=0,313$) não existiam diferenças estatísticas significativas.

Ainda referente ao número de consultas durante a gravidez pode-se observar que 14,4% das puérperas têm menos de 6 consultas e 85,6% têm 6 ou mais consultas, sendo que destas a maioria possui uma idade \geq a 31 anos, numa percentagem de 88,3%. Averiguamos diferenças estatisticamente significativas entre ambas as variáveis (cf. tabela 13).

Tabela 10 - Estatísticas alusivas ao nº de consultas antes e durante a gravidez

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	K's
Antes da gravidez								
≤ 30 Anos	0	10	0,61	0,07	11,48	31,760	82,751	0,000
≥ 31 Anos	0	10	0,84	0,07	8,33	25,259	55,186	0,000
Total	0	10	0,73	0,05	6,85	39,523	90,904	0,000
Durante da gravidez								
≤ 30 Anos	0	30	7,96	0,16	2,01	14,826	55,707	0,000
≥ 31 Anos	0	26	8,17	0,13	1,59	12,741	30,017	0,000
Total	0	30	8,07	0,11	1,36	19,762	44,042	0,000

Realização da 1ª consulta

No respeitante à realização da 1ª consulta pode-se constatar que 86,3% das puérperas realizaram-na no 1º trimestre, 10,5% no 2º trimestre e apenas 3,2% no 3º trimestre. Verifica-se ainda que a maioria das puérperas que tiveram a 1ª consulta no 1º e no 3º trimestre possui uma idade \geq a 31 anos (89,8%; 3,8%), enquanto as puérperas que a realizaram no 2º trimestre possui uma idade \leq a 30 anos (15,0%). Analisando ainda a tabela

13, observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($p=0,000$).

Vigilância da gravidez

A operacionalização desta variável teve em conta o número de consultas realizadas durante a gravidez, sendo considerada uma gravidez vigiada às puérperas que efetuaram um número ≥ 6 consultas (DGS, 2006) e que iniciaram essa vigilância no 1º trimestre de gravidez (Graça, 2005 e OMS, 2007). Desta forma consideramos duas classes: Gravidez Vigiada e Gravidez não vigiada.

Tendo em conta a vigilância da gravidez podemos referir que 84,6% das puérperas vivem uma gravidez vigiada, sendo que destas a maioria possui uma idade ≥ 31 anos numa percentagem de 84,6% e apenas 19,0% vivenciam uma gravidez não vigiada. Mencione-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a vigilância da gravidez e a idade da mulher ($p=0,000$) (cf. tabela 13).

Local de consultas de vigilância

Referente a esta variável, na tabela 13, pode-se observar que 54,5% das puérperas realizam a sua vigilância no Centro de Saúde, 19,9% na Maternidade/Consulta Externa e 25,6% em Clínicas Privadas/Médico Particular. Observa-se que, a maioria das puérperas com idades ≤ 30 anos, realizam as consultas no Centro de Saúde (66,2%). Por sua vez as puérperas com idades ≥ 31 anos realizam-nas, maioritariamente, na Maternidade/Consulta Externa (22,2%) e/ou em Clínicas Privadas/Médico Particular (33,8%). Há diferenças estatisticamente significativas entre a realização das consultas de vigilância e a idade da mulher ($p=0,000$).

IMC depois de engravidar

A operacionalização desta variável teve em conta o cálculo de IMC das mulheres, recorrendo à altura e ao peso das mesmas depois de engravidar. Posteriormente foi realizada a estatística sobre o ganho ponderal em Kg para se chegar ao peso após a gravidez.

No ***aumento de peso durante a gravidez*** das puérperas com uma idade ≤ 30 anos, observa-se um aumento mínimo de 4Kg e um máximo de 25Kg, com uma média de 13Kg e um desvio padrão de 4,31Kg. O coeficiente de variação mostra-nos uma dispersão elevada.

No caso das puérperas com idade \geq a 31 anos estas apresentam um aumento mínimo de 4Kg e um máximo de 26Kg com uma média de 11,92Kg e um desvio padrão 3,81Kg. O coeficiente de variação mostra-nos uma dispersão elevada.

No global apresenta um mínimo de aumento de peso de 3Kg e um máximo de 26Kg, com uma média de 12,43KG e desvio padrão de 12,43Kg. Relativamente ao coeficiente de variação pode-se verificar que o aumento de peso durante a gravidez apresenta uma dispersão elevada (cf. tabela 11).

O cálculo do **peso após a gravidez** fez-se somando o ganho ponderal que as puérperas referiram com o peso antes de engravidar. Assim, nas puérperas com uma idade \leq a 30 anos, observamos um peso mínimo de 52Kg e um peso máximo de 132Kg, com uma média de 77,35Kg e um desvio padrão de 12,26Kg. O coeficiente mostra-nos uma dispersão elevada.

No caso das puérperas com idade \geq a 31 anos estas apresentam um peso mínimo de 51Kg e um peso máximo de 119Kg, com uma média de 76,96Kg e desvio padrão de 10,69Kg. O coeficiente de variação mostra-nos uma dispersão fraca.

No global o peso após a gravidez apresenta um mínimo de 51Kg e um máximo de 132Kg, com uma média de 77,15Kg e um desvio padrão de 11,46Kg. Relativamente ao coeficiente de variação pode-se verificar que o peso apresenta uma dispersão fraca.

Pode-se constatar através da realização do *t*-teste ($t=0,494$; $p=0,621$) que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o peso após a gravidez.

O **IMC depois da gravidez** das puérperas com idade \leq a 30 anos apresentou um índice mínimo de 21,91 e um máximo de 50,15, com uma média de 29,30 e desvio padrão de 4,36. O coeficiente de variação revela uma dispersão fraca (cf. tabela 11).

Nas puérperas com idade \geq a 31 anos, o índice mínimo foi 19,75 e o máximo 43,71, com média de 29,20 e com um desvio padrão de 4,37. Quanto ao coeficiente de variação, este apresenta uma dispersão fraca. (cf. tabela 11).

Tabela 11 - Estatísticas alusivas ao aumento de peso, peso e IMC depois da gravidez

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	K's
Aumento de peso								
≤30 Anos	3	25	13,00	4,31	31,15	4,017	0,274	0,000
≥31 Anos	4	26	11,92	3,81	31,96	5,784	4,048	0,000
Total	3	26	12,43	4,09	32,90	7,155	2,677	0,000
Peso								
≤30 Anos	52,00	132,00	77,35	12,26	15,85	12,017	14,465	0,000
≥31 Anos	51,00	119,00	76,96	10,69	13,89	6,690	4,550	0,000
Total	51,00	132,00	77,15	11,46	14,85	14,071	16,838	0,000
IMC depois da gravidez								
≤30 Anos	21,91	50,15	29,30	4,36	14,88	1,441	14,747	0,000
≥31 Anos	19,75	43,71	29,20	4,37	14,97	8,167	3,931	0,000

Na tabela 13 podemos verificar que no **IMC depois da gravidez** surgem 12,0% de puérperas com peso normal, 51,9% com pré-obesidade e 36,2% com obesidade. Refira-se ainda que a maioria das puérperas com peso normal e com obesidade possuem uma idade \geq a 31 anos (14,4%; 38,1%), sendo que a maioria com pré-obesidade possui uma idade \leq a 30 anos (56,6%). Mencione-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o IMC depois da gravidez e a idade.

Consumo de tabaco e bebidas alcoólicas durante e gravidez

No que se refere ao **consumo de tabaco durante e gravidez**, a tabela 13 mostra-nos que 86,3% das puérperas não fumam durante a gravidez e 13,7% fumam. Das puérperas que não fumam a maioria possui idade \geq a 31 anos (87,4%) e das que fumam 15% têm idades \leq a 30 anos.

Das mulheres que fumam durante a gravidez, verificamos que as puérperas com idade \leq a 30 anos fumam o mínimo de 1 cigarro e o máximo de 15 cigarros, apresentando uma média de 4,26 cigarros e um desvio padrão de 2,68, com um coeficiente de variação elevado.

Em relação ao número de cigarros que as puérperas com idade \geq a 31 anos fumam durante a gravidez, verifica-se um mínimo de 1 cigarro e um máximo de 15, com uma média de 6,13 cigarros e desvio padrão de 4,47. Quanto ao coeficiente de variação observa-se uma dispersão elevada.

Num cômputo geral verificamos um consumo mínimo de 1 cigarro e um máximo de 15, com uma média de 5,15 cigarros e um desvio padrão de 3,75. Analisando o coeficiente de variação podemos referir que o número de cigarros fumados durante a gravidez apresenta uma dispersão elevada.

Em suma no que toca, ainda, ao número de cigarros, podemos referir que 57,3% das puérperas fumam 4 ou menos cigarros, tendo estas maioritariamente uma idade \leq a 30 anos (60,7%) e 42,7% das puérperas fumam mais de 4 cigarros, sendo que estas possuem na sua maioria uma idade \geq a 31 anos (46,4%) (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Estatísticas alusivas ao nº de cigarros

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
≤ 30 anos	1	15	4,26	2,68	62,91	5,37	5,72
≥ 31 anos	1	15	6,13	4,47	72,92	2,70	-0,85
Total	1	15	5,15	3,75	72,81	5,91	2,17

Relativamente ao consumo de **bebidas alcoólicas durante a gravidez** podemos referir que 91,2% das puérperas não ingere bebidas alcoólicas e 8,8% ingere. Refira-se ainda que a maioria das puérperas que não ingere bebidas alcoólicas tem idades \geq a 31 anos e as que ingeriram bebidas têm idades \leq a 30 anos (9,3%). Mencionamos ainda que, das puérperas que ingerem bebidas alcoólicas, referem que apenas o fazem algumas vezes (cf. tabela 13).

Problemas de saúde antes e durante a gravidez

Para operacionalizar a variável relativamente ao motivo dos problemas de saúde durante a gravidez a mesma foi recodificada em duas classes: problemas associados a risco de agressão e outros problemas.

Nos **problemas de saúde antes de engravidar** verificamos que 90,8% das mulheres não têm problemas de saúde e apenas 9,2% das puérperas referem alterações. Constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os problemas de saúde antes de engravidar e a idade materna ($p=0,017$) (cf. tabela 13).

Quanto aos problemas de **saúde durante a gravidez** observamos que estes não ocorrem em 86,7% das puérperas, enquanto 1,3% referem ter desenvolvido algum tipo de problema de saúde durante a gravidez sendo que destas 13,3% têm idades \geq a 31 anos. As puérperas que não têm problemas durante a gravidez apresentam idades \leq a 30 anos (89,2%). Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os problemas de saúde durante a gravidez e a idade materna ($p=0,026$) (cf. tabela 13).

Revele-se ainda que das puérperas que mencionam ter problemas de saúde durante a gravidez, 4,4% indicam dever-se a problemas associados a risco de agressões.

Internamento durante a gravidez

A operacionalização desta variável foi realizada considerando duas classes: problemas associados a risco de agressão e outros problemas de saúde.

Nos resultados da tabela 13 verificamos que 91,5% das puérperas mencionam que não estiveram internadas durante a gravidez enquanto 8,5% revelam ter necessidade de internamento. Das puérperas que referem não ter estado internadas durante a gravidez a maioria tinha idades \leq a 30 anos (94,6%). Constatou-se, também, que 11,3% das mulheres com idades \geq a 31 anos estiveram internadas. Existem diferenças estatisticamente significativas entre o internamento durante a gravidez e a idade materna ($p=0,001$) (cf. tabela 13).

Denote-se ainda que das puérperas que mencionam ter estado internadas durante a gravidez, 30,6% revela que o motivo são problemas associados a risco de agressão.

Tabela 13 - Distribuição das puérperas segundo a Vigilância da Gravidez

Variáveis	Idade		Total		Residuais		X ²	p		
	≤30 anos (1)	≥31 anos (2)	N	%	1	2				
Gravidez planejada										
Sim	170	41,7	131	29,5	301	35,3	3,7	-3,7	13,765	0,000
Não	238	58,3	313	70,5	551	64,7	-3,7	3,7		
Desejo de ter este filho										
Eu	15	3,7	33	7,4	48	5,6	-2,4	2,4	16,494	0,001
O pai da criança	21	5,1	10	2,3	31	3,6	2,3	-2,3		
Ambos	324	79,4	371	83,6	695	81,6	-1,6	1,6		
Nenhum	48	11,8	30	6,8	78	9,2	2,5	-2,5		
Nº de consultas antes da gravidez										
Nenhuma	286	70,1	252	56,8	538	63,1	4,0	-4,0	16,620	0,000
1 – 2 Consultas	95	23,3	155	34,9	250	29,3	-3,7	3,7		
≥ 3 Consultas	27	6,6	37	8,3	64	7,5	-0,9	0,9		
Nº de consultas durante a gravidez										
< 6 Consultas	71	17,4	52	11,7	123	14,4	2,4	-2,4	5,573	0,012
≥ 6 Consultas	337	82,6	392	88,3	729	85,6	-2,4	2,4		
Realização da 1ª consulta										
1º Trimestre	335	82,5	397	89,8	732	86,3	-3,1	3,1	17,806	0,000
2º Trimestre	61	15,0	28	6,3	89	10,5	4,1	-4,1		
3º Trimestre	10	2,5	17	3,8	27	3,2	-1,1	1,1		
Vigilância da gravidez										
Gravidez vigiada	313	77,1	374	84,6	687	81,0	-2,8	2,8	7,784	0,005
Gravidez não vigiada	93	22,9	68	15,4	161	19,0	2,8	-2,8		
IMC depois da gravidez										
Peso normal	38	9,3	64	14,4	102	12,0	-2,3	2,3	8,949	0,011
Pré-obesidade	231	56,6	211	47,5	442	51,9	2,7	-2,7		
Obesidade	139	34,1	169	38,1	308	36,2	-1,2	1,2		
Local de consultas de vigilância										
Centro de Saúde	260	66,2	190	44,0	450	54,5	3,1	-3,0	45,021	0,000
Maternidade/Consulta Externa	68	17,3	96	22,2	164	19,9	-1,1	1,1		
Clínicas Privadas/Médico Particular	65	16,5	146	33,8	211	25,6	-3,5	3,4		
Tabaco durante a gravidez										
Não	347	85,0	388	87,4	735	86,3	-0,3	0,3	0,981	0,186
Sim:	61	15,0	56	12,6	117	13,7	0,7	-0,6		
Quantos cigarros										
≤ 4 cigarros	37	60,7	30	53,6	67	57,3	0,3	-0,4	0,599	0,279
≥ 4 cigarros	24	39,3	26	46,4	50	42,7	-0,4	0,4		
Álcool durante a gravidez										
Não	370	90,7	407	91,7	777	91,2	-0,1	0,1	0,255	0,350
Sim:	38	9,3	37	8,3	75	8,8	0,3	-0,3		
Quantas vezes										
Algumas vezes	38	100	37	100	75	100	0,0	0,0	-	-
Problemas de saúde antes da gravidez										
Não	380	93,1	394	88,7	774	90,8	0,5	-0,5	4,946	0,017
Sim	28	6,9	50	11,3	78	9,2	-1,5	1,5		
Problema de saúde durante a gravidez										
Não	364	89,2	375	84,5	739	86,7	0,5	-0,5	4,181	0,026
Sim:	44	10,8	69	15,5	113	13,3	-1,4	1,3		
Quais										
Problemas associados a risco de agressão	5	11,4	0	0,0	5	4,4	Não aplicavel		8,204	0,008
Outros problemas	39	88,6	69	100	108	95,6	-0,5	0,4		
Internamento durante a gravidez										
Não	386	94,6	394	88,7	780	91,5	0,6	-0,6	9,467	0,001
Sim:	22	5,4	50	11,3	72	8,5	-2,1	2,0		
Quais										
Problemas associados a risco de agressão	7	31,8	15	30,0	22	30,6	0,1	-0,1	0,024	0,543
Outros problemas	15	68,2	35	70,0	50	69,4	-0,1	0,0		

2.1.4 Variáveis Obstétricas

No que se refere às variáveis obstétricas, estas são compostas por: número de vezes que esteve grávida (incluindo esta), número de filhos (incluindo este), semanas de gestação deste filho, gravidez aceite pelo pai/família e peso do nascimento deste filho.

Número gestações

No que diz respeito ao número gestações, em puérperas com idades \leq a 30 anos, observa-se o mínimo de 1 e o máximo de 5 vezes, com uma média de 1,63 e um desvio padrão de 0,94. O coeficiente de variação mostra-nos uma dispersão elevada.

Tendo em conta o número de vezes que esteve grávida, nas puérperas com idade \geq a 31 anos verificamos o mínimo de 1 e o máximo de 12 vezes, com uma média de 2,34 e um desvio padrão de 1,39. Analisando o coeficiente de variação este apresenta-nos uma dispersão elevada.

Em suma, verifica-se o mínimo de 1 e o máximo de 12 vezes, com média de 2,00 e desvio padrão de 1,25. O coeficiente de variação revela uma dispersão elevada (cf. tabela 14).

Observando a tabela 16, tendo em consideração o número de vezes que a mulher esteve grávida, podemos referir que 43,2% das puérperas engravidam uma vez e 56,8% duas ou mais vezes. Podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de vezes que esteve grávida e a idade.

Número de filhos

Relativamente ao número de filhos em puérperas com idades \leq a 30 anos, as mesmas têm no mínimo 1 filho e no máximo 4, com uma média de 1,44 filhos e um desvio padrão de 0,726. O coeficiente de variação mostra-nos uma dispersão elevada.

Quanto ao número de filhos em puérperas com idade \geq a 31 anos verifica-se o mínimo de 1 e o máximo de 6 filhos, com uma média de 1,92 filhos e desvio de 0,977. Analisando o coeficiente de variação este apresenta-nos uma dispersão elevada

Em suma, verificamos o mínimo de 1 e o máximo de 6 filhos, em que a média é de 1,69 filhos e o desvio padrão é de 0,898. A análise do coeficiente de variação revelou uma dispersão elevada (cf. tabela 14).

Podemos ainda destacar que 50,6% das puérperas têm um filho e 49,4% têm dois ou mais filhos. Encontramos significância e estatística o número de filhos e a idade da puérpera ($p=0,000$) (cf. tabela 16).

Tabela 14 - Estatísticas alusivas ao nº de gestações e nº de filhos

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Nº de gestações							
≤30 anos	1	5	1,63	0,94	57,67	13,53	9,97
≥31 anos	1	12	2,34	1,39	59,40	17,64	31,28
Total	1	12	2,00	1,25	62,50	24,86	45,62
Nº de filhos							
≤30 anos	1	4	1,44	0,726	50,42	15,61	14,81
≥31 anos	1	6	1,92	0,977	50,88	13,47	13,97
Total	1	6	1,69	0,898	53,14	20,63	22,70

Semanas de gestação

Para operacionalizar esta variável teve-se em conta a definição de idade gestacional segundo a OMS (WHO,2002) dividindo-a em classes: gestação de Pré-termo - <37 semanas; termo – de 37 a 41 semanas e pós-termo - ≥42 semanas.

Relativamente às semanas de gestação desta gravidez pode-se observar que 7,5% das puérperas têm uma gestação pré-termo e possuem uma idade ≥ a 31 anos (8,3%) e 92,5% nasceram de termo, sendo que destas a maioria possui uma idade ≤ a 30 anos (93,4%). Encontramos uma gestação de pós-termo, que para efeitos estatísticos, associamos às de termo (cf. tabela 16).

Peso do recém-nascido

Para operacionalizar esta variável foram considerados os seguintes grupos (OMS, 2001): Leve para a idade gestacional (LIG) - ≤ 2499g; Adequado para a Idade gestacional (AIG) – 2500 a 4000g e Grande para a idade gestacional (GIG) - ≥4001g.

Quanto ao peso do recém-nascido das puérperas com idades ≤ a 30 anos, observamos um mínimo de 490 gramas e um máximo de 4480 gramas, com média de 3156,41 gramas e desvio padrão de 510,61. O coeficiente de variação mostra-nos uma dispersão moderada.

Para as puérperas com idade ≥ a 31 anos o peso do recém-nascido oscilou entre o mínimo de 775 e o máximo de 4695 gramas, com uma média de 3162,66 gramas e um desvio padrão de 525,71. Analisando o coeficiente de variação este apresenta-nos uma dispersão moderada.

Em suma, denota-se um mínimo de 490 e um máximo de 4695 gramas para o peso do recém-nascido, com média de 3159,66 e desvio padrão de 518,24. O coeficiente de variação revelou uma dispersão moderada (cf. tabela 15).

Ainda alusivo ao peso do recém-nascido, 5,5% das puérperas têm filhos com baixo peso (\leq a 2499 gramas); 91,4% têm filhos com um peso normal (2500 gramas e os 4000 gramas) e 3,1% com um peso elevado (\geq a 4001 gramas) (cf. tabela 16).

Tabela 15 - Estatísticas alusivas ao peso de nascimento deste filho

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
≤ 30 anos	490	4480	3156,41	510,614	16,18	-10,64	23,80
≥ 31 anos	775	4695	3162,66	525,715	16,62	-7,72	21,58
Total	490	4695	3159,66	518,244	16,40	-15,25	31,67

Aceitação da gravidez pelo pai e família

Quanto à gravidez ser ou não aceite pelo pai e família, constatamos que 3,2% das puérperas mencionam que a gravidez não foi aceite e 96,8% que foi aceite. Das puérperas que indicam não ter sido uma gravidez aceite a maioria tem idades \leq a 30 anos (3,9%) e as que apontam ter sido uma gravidez aceite a maioria tem idades \geq a 31 anos (97,5%) (cf. tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição das puérperas segundo as variáveis obstétricas

Idade	≤ 30 anos (1)		≥ 31 anos (2)		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	n	%	n	%	1	2		
Nº de gestações										
Uma Gravidez	245	60,0	123	27,7	368	43,2	5,2	-5,0	90,625	0,000
\geq Duas Gravidezes	163	40,0	321	72,3	484	56,8	-4,5	4,3		
Nº de filhos										
Um filho	270	66,2	161	36,3	431	50,6	4,4	-4,2	76,122	0,000
\geq Dois filhos	138	33,8	283	63,7	421	49,4	-4,5	4,3		
Semanas de gestação										
Pré-termo	27	6,6	37	8,3	64	7,5	-0,7	0,6	0,901	0,207
Termo	381	93,4	407	91,7	788	92,5	0,2	-0,2		
Peso do recém-nascido										
\leq 2499	24	5,9	23	5,2	47	5,5	0,3	-0,3	5,191	0,075
2500 – 4000	366	89,7	413	93,0	779	91,4	-0,4	0,3		
\geq 4001	18	4,4	8	1,8	26	3,1	1,6	-1,5		
Aceitação da gravidez pelo pai e família										
Não	16	3,9	11	2,5	27	3,2	0,9	-0,8	1,445	0,157
Sim	392	96,1	433	97,5	825	96,8	-0,2	0,1		

2.1.5 Violência doméstica

No que se refere à variável da violência doméstica (variável Independente) questionámos as puérperas sobre a percepção que teriam sobre terem ou não sido vítimas

de violência durante os últimos 12 meses e última gravidez e por quem essa violência foi efetuada.

As respostas das puérperas que assumiram ter, ou não, sofrido violência doméstica foram as seguintes: 92,8% das puérperas mencionam não ter sido vítimas enquanto 7,2% referem ter sido vítimas. Das puérperas que referem sofrer violência, 7,1% têm idades \leq a 30 anos e 7,2% têm idades \geq a 31 anos. Quanto ao agressor 34,4% indicam o companheiro; 11,5% o marido; 31,1% o ex-marido; 6,6% um Familiar; 3,3% um Estranho e em 13,2% por outra pessoa (cf. Tabela17).

Tabela 17 - Distribuição das puérperas segundo a referência a VD

Variáveis	Idade		≤ 30 anos (1)		≥ 31 anos (2)		Total		Resid 1	Resid 2	X ²	p
	N	%	n	%	n	%						
Vítima de violência												
Não	379	92,9	412	92,8	791	92,8	0,0	0,0	0,003	0,531		
Sim:	29	7,1	32	7,2	61	7,2	0,0	0,0				
Agressor												
Companheiro	7	24,1	14	43,8	21	34,4	-0,9	0,9	Não aplicavel			
Marido	6	20,7	1	3,1	7	11,5	1,5	-1,4				
Ex-marido	9	31,0	10	31,2	19	31,1	0,0	0,0				
Familiar	4	13,8	0	0,0	4	6,6	Não aplicável					
Estranho	2	6,9	0	0,0	2	3,3	Não aplicável					
Outro	1	3,4	7	21,9	8	13,1	-1,4	1,4				

Diagnóstico de violência

O diagnóstico de violência avaliada pela escala de HITS (Sherin *et al.*, 1998) indicamos, conforme resultados da tabela 18, que para as puérperas com idade \leq a 30 anos obtiveram um índice mínimo de 4 e máximo de 18, apresentando uma média de 5,61 e um desvio padrão de 2,36. Relativamente ao coeficiente de variação pode-se verificar que neste caso apresenta uma dispersão alta.

Nos valores da escala de diagnóstico de VD das puérperas com idade \geq a 31 anos verifica-se um mínimo de 4 e um máximo de 20, a média centra-se nos 5,31, com um desvio padrão de 2,44. Quanto ao coeficiente de variação observamos uma dispersão elevada.

No global, o valor mínimo da escala de diagnóstico de VD foi de 4, e o máximo de 20, com uma média de 5,45 e um desvio padrão de 2,40. O coeficiente de variação apresenta uma dispersão alta (cf. tabela 18).

Por esta escala destaca-se que 94,8% das puérperas não sofrem violência e 5,2% sofrem. Das que sofrem violência 4,9% das puérperas têm idades \leq a 30 anos e 5,4% têm idades \geq a 31 anos (cf. tabela 19).

Tabela 18 - Estatística alusiva ao diagnóstico de VD - escala HITS

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
≤ 30 anos	4	18	5,61	2,36	42,07	21,90	36,94
≥ 31 anos	4	20	5,31	2,44	45,95	21,22	65,76
Total	4	20	5,45	2,40	44,04	36,88	72,40

Tabela 19 - Distribuição das puérperas segundo o diagnóstico de VD - escala HITS

Idade	≤ 30 anos (1)		≥ 31 anos (2)		Total		Resid 1	Resid 2	X ²	p
	n	%	n	%	n	%				
Vítima	20	4,9	24	5,4	44	5,2	-0,2	0,2	0,110	0,431
Não Vítima	388	95,1	420	94,6	808	94,8	0,1	-0,1		

Prevalência de violência doméstica

A escala de Jahanfar & Malekzadegan (2007) avalia a prevalência da VD nas vertentes violência física, psicológica e sexual tal como é referido pela OMS (WHO, 2005), Conforme as respostas das puérperas para cada dimensão a violência é classificada de violência ligeira, violência moderada e violência severa.

No que se refere à **Violência Física** 78,1% das puérperas mencionam não ter sofrido violência; 11,7% indicam violência ligeira; 3,2% violência moderada e 7% violência grave.

Quanto à **Violência Psicológica** 56,8% das puérperas referem não ter sofrido violência; 24,9% mencionam violência ligeira; 2,9% violência moderada e 15,4% violência grave. Observamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a idade das puérperas e a violência psicológica ($p=0,008$).

Relativamente à **Violência Sexual** 80,4% das puérperas indicam não ter sofrido violência; 15,1% referem violência ligeira; 3,1% violência moderada e 1,4% violência grave. Constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a idade das puérperas e a violência sexual ($p=0,018$).

Para finalizar, no que se refere à VD, incluindo os três tipos de violência (física, psicológica e sexual) obteve-se um **Total de Violência** de 43,4% para 56,6% de puérperas sem violência (cf. tabela 20).

Das puérperas que sofreram de violência 46,6% tinham idades \leq a 30 anos e 43,4% tinham idades \geq a 31 anos. Verificamos diferenças estatisticamente significativas entre ambas as variáveis ($p=0,044$).

Tabela 20 - Distribuição das puérperas segundo escala modificada de prevalência de VD

Idade	≤ 30 anos (1)		≥ 31 anos (2)		Total		Residuais		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%	1	2		
Prevalência de VD										
Classificação de Violência Física										
Violência Ligeira	46	11,3	54	12,2	100	11,7	-0,3	0,3	5,774	0,123
Violência Moderada	15	3,7	12	2,7	27	3,2	0,6	-0,6		
Violência Grave	37	9,1	23	5,2	60	7,0	1,5	-1,5		
Sem violência	310	76,0	355	80,0	665	78,1	-0,5	0,5		
Classificação de Violência Psicológica										
Violência Ligeira	95	23,3	117	26,4	212	24,9	-0,6	0,6	11,835	0,008
Violência Moderada	15	3,7	10	2,3	25	2,9	0,9	-0,9		
Violência Grave	79	19,4	52	11,7	131	15,4	2,1	-2,0		
Sem violência	218	53,6	265	59,7	483	56,8	-0,9	-0,8		
Classificação de Violência Sexual										
Violência Ligeira	76	18,6	53	11,9	129	15,1	1,8	-1,7	10,110	0,018
Violência Moderada	16	3,9	10	2,3	26	3,1	1,0	-1,0		
Violência Grave	5	1,2	7	1,6	12	1,4	-0,3	0,3		
Sem violência	311	76,2	374	84,2	685	80,4	-0,9	0,9		
Classificação de Violência total										
Com Violência	190	46,6	180	40,5	370	43,4	1,0	-0,9	3,145	0,044
Sem Violência	218	53,4	264	59,5	482	56,6	-0,8	0,8		

Na tabela 21 comparamos os resultados obtidos pela escala de diagnóstico de violência e escala de prevalência e constatamos que dos 5,2% das puérperas classificadas como vítimas pela escala diagnóstica, todas são classificadas como vítimas de violência pela escala de prevalência. Por sua vez das 94,8% de não vítimas pela escala de diagnóstico de VD, 88,1% são classificadas como vítimas de violência pela escala de prevalência. Acresce referir que a escala de prevalência considera a violência física, psicológica e sexual o que não é estimado pela escala de diagnóstico que contempla apenas a violência física e psicológica. O teste de qui quadrado revela significância estatística ($\chi^2 = 60,440$; $p = 0,000$) e os resíduos ajustados consignam as diferenças entre as vítimas (escala de diagnóstico) e com violência (escala de prevalência) e não vítimas (escala de diagnóstico) e sem violência (escala prevalência).

Tabela 21 - Escala de diagnóstico de VD versus escala de prevalência de VD

Escala de prevalência	Com Violência (1)		Sem Violência (2)		Total		Residuais		χ^2	p
	n	%	n	%	N	%	1	2		
Escala de Diagnóstico										
Vítima	44	11,9	0	0,0	44	5,2	7,8	-7,8	60,440	0,000
Não Vítima	326	88,1	482	100	808	94,8	-7,8	7,8		

Local de ocorrência do parto das puérperas

Analisando a tabela 22 verificamos que na maternidade **A** 33,2% das puérperas são vítimas de violência assim como 66,8% das puérperas da maternidade **B**. Denote-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambas as variáveis em estudo ($p=0,000$). O teste de qui quadrado revela a existência de significância estatística localizadas na maternidade **A** para as mulheres sem violência e na maternidade **B** para as mulheres com violência.

Tabela 22 – Maternidades onde ocorreram os partos das puérperas e a prevalência de VD.

Escala de prevalência Maternidade	Com Violência (1)		Sem Violência (2)		Total		Residuais		x ²	p
	n	%	n	%	N	%	1	2		
A	123	33,2	245	50,8	368	43,2	-5,1	5,1	26,385	0,000
B	247	66,8	237	49,2	484	56,8	5,1	-5,1		
Total	370	100,0	482	100,0	852	100,0				

2.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, procedemos à verificação da validade das questões de investigação formuladas. Optamos por efetuar a análise inferencial baseada nos resultados da escala de prevalência (Jahanfar & Malekzadegan, 2007), pelo facto de esta se basear no estudo da OMS (WHO, 2005) e por considerarmos que apresenta dados mais consentâneos com a bibliografia consultada.

2.2.1 Prevalência de violência e Variáveis Sociodemográficas

Prevalência de violência e Idade

No que concerne à idade, constata-se que das puérperas que mencionam ter sido tratadas com violência 51,4% têm idades \leq a 30 anos e 48,6% têm idades \geq a 31 anos. Averiguamos a existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 3,145$; $p= 0,044$). Contudo, analisando o Odds de Ratio (OR=1,28; IC95% 0,97-1,68), verificamos que não existe significância estatística, assim como pelos residuais ajustados que não revelaram diferenças dentro dos grupos.

Prevalência de violência e Nacionalidade

Constatamos que 81,9% das puérperas de nacionalidade portuguesa e 18,1% das imigrantes, são tratadas com violência. Entre os grupos existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 61,473$; $p= 0,000$), sendo que essas diferenças se encontram nas mulheres vítimas de violência imigrantes. Pelo Odds Ratio (OR=5,70; IC95% 3,32-9,78), confirma-se a presença de significância nas mulheres vítimas de violência imigrantes como fator de risco (cf. tabela 23).

Prevalência de violência e Raça

Ao analisarmos a tabela 23, 78,6% das puérperas de raça branca e 21,4% de outra raça são tratadas com violência. Constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambas as variáveis ($\chi^2= 60,314$; $p= 0,000$). O Odds Ratio (OR=6,27; IC95% 3,76-10,46), confirma a presença de significância como fator de risco para as mulheres de outra raça para a probabilidade de ser vítima de violência.

Prevalência de violência e Estado Civil

Alusivo ao estado civil, 41,6% das puérperas solteiras/divorciadas/viúvas são tratadas com violência tal como 58,4% das puérperas Casadas ou em União de Facto. Entre os grupos as diferenças são significativas ($\chi^2= 30,569$; $p= 0,000$). Através do Odds Ratio (OR=2,28; IC95% 1,70-3,05) verifica-se que ser solteira/divorciada/viúva apresenta significância como fator de risco para a presença de violência (cf. tabela 23).

Prevalência de violência e Habilitações literárias

No que se refere às habilitações literárias 31,9% das mulheres com o 9º ano, 47,6% com o ensino secundário e 20,5% com ensino superior referem ter sido vítimas de VD, com diferenças estatísticas significativas. Pelos residuais verificamos que essas diferenças se localizam nas mulheres vítimas de violência com o 9º ano de escolaridade (residual 6,4) e vítimas sem violência nas mulheres com ensino superior (residual 7,1). O Odds Ratio confirma a presença de significância como fator de risco para as mulheres com o 9º ano (OR=2,09; IC95% 1,46-3,01) e como fator protetor para as mulheres com ensino superior (OR=0,42; IC95% 0,35-0,5) (cf. tabela 23).

Prevalência de violência e Situação Profissional Atual

Referente à situação profissional atual, 59,5% das puérperas que são tratadas com violência encontram-se empregadas e 40,5% desempregadas. Averiguamos a existência de

diferenças significativas entre as variáveis em estudo ($\chi^2= 22,338$; $p=0,000$). Observando o Odds Ratio (OR=2,01; IC95% 1,50-2,69), a probabilidade de risco de VD situa-se nas mulheres desempregadas (cf. tabela 23).

Prevalência de violência e IMC antes da gravidez

No que se refere ao IMC antes de engravidar, nas mulheres vítimas de violência 59,5% têm baixo peso/peso normal, 28,1% pré-obesidade e 12,4% obesidade. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($\chi^2=11,449$; $p=0,003$) e pelo Odds Ratio (OR=1,61; IC95% 1,16-2,22) corrobora-se a presença de significância nas puérperas vítimas violência com pré-obesidade (cf. tabela 23).

Tabela 23 - Prevalência de VD versus Variáveis Sociodemográficas

Prevalência de VD Variáveis	Com violência (1)		Sem violência (2)		Total		Residuais		χ^2	P	OR	IC 95%	
	n	%	n	%	n	%	1	2				Min.	Max.
Idade													
≤ 30 anos*	190	51,4	218	45,2	408	47,9	1,8	-1,8	3,145	0,044	1,28	0,97	1,68
≥ 31 anos	180	48,6	264	54,8	444	52,1	-1,8	1,8					
Nacionalidade													
Portuguesa*	303	81,9	464	96,3	767	90,0	-6,9	6,9	48,151	0,000	5,7	3,32	9,78
Imigrante	67	18,1	18	3,7	85	10,0	6,9	-6,9					
Raça													
Branca*	291	78,6	462	95,9	753	88,4	-7,8	7,8	60,314	0,000	6,27	3,76	10,46
Outra	79	21,4	20	4,1	99	11,6	7,8	-7,8					
Estado Civil													
Casada/ União de Facto*	216	58,4	367	76,1	269	31,6	-5,5	5,5	30,569	0,000	2,28	1,70	3,05
Solteira/ Divorciada/ Viúva	154	41,6	115	23,9	269	31,6	5,5	-5,5					
Habilitações literárias													
Ensino secundário*	176	47,6	206	42,7	382	44,8	1,4	-1,4	16,221	0,000	2,09	1,46	3,01
≤ 9º ano	118	31,9	66	3,7	184	21,6	6,4	-6,4					
Ensino superior	76	20,5	210	43,6	286	33,6	-7,1	7,1					
Situação Profissional Atual													
Empregado*	220	59,5	360	74,7	580	68,1	-4,7	4,7	22,338	0,000	2,01	1,50	2,69
Desempregado	150	40,5	122	25,3	272	31,9	4,7	-4,7					
IMC antes da gravidez													
Baixo peso/Peso normal*	220	59,5	340	70,5	560	65,7	-3,4	3,4	11,449	0,003	1,61	1,16	2,22
Pré-obesidade	104	28,1	100	20,7	204	23,9	2,5	-2,5					
Obesidade	46	12,4	42	8,7	88	10,3	1,8	-1,8					

*Grupo de referência

2.2.2 Prevalência de VD e Caracterização do companheiro/cônjuge

Prevalência de VD e Idade

Constatamos que 49,5% das puérperas cujo companheiro/cônjuge tem idade ≤ a 32 anos são tratadas com violência assim como 50,5% cujo companheiro/cônjuge tem idade ≥ a 32 anos, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,047$; $p=0,441$), o

que é confirmado pelo Odds Ratio (OR=1,03; IC95% 0,79-1,35). Verificamos que a idade do companheiro não é preditora para a presença de VD (cf. tabela 24).

Prevalência de VD e Nacionalidade

Observando a tabela 24, verifica-se que 75,4% das puérperas que são tratadas com violência têm companheiros/cônjuges de nacionalidade portuguesa e 24,6% por companheiros/cônjuges imigrante. Constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambas as variáveis em estudo ($\chi^2=61,473$; $p=0,000$). Observando o Odds Ratio (OR=5,29; IC95% 3,38-8,29) encontra-se significância estatística para os companheiros imigrantes e a presença de VD.

Prevalência de VD e habilitações literárias

Das puérperas que referem ser vítimas de VD, 43,2% dos seus companheiros/cônjuges têm o 9º ano de escolaridade, já 41,9% possuem o ensino secundário e só 14,9% o ensino superior. Existem diferenças estatísticas significativas entre as variáveis ($p=0,000$), mas pelo Odds Ratio (OR=1,32; IC95% 0,97-1,80) não se confirma significância estatística para os companheiros/cônjuges com o 9º ano de escolaridade. Observa-se, no entanto, a presença de significância estatística nos companheiros/cônjuges com ensino superior, como fator protetor para a VD (OR=0,44; IC95% 0,30-0,64) (cf. tabela 24).

Prevalência de VD e Situação Profissional Atual

No que se refere à situação profissional atual do companheiro/cônjuge, constata-se que 75,9% das puérperas cujo companheiro/cônjuge tem emprego são tratadas com violência assim como 24,1% cujo companheiro/ cônjuge estão desempregados. Observamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre prevalência de VD e a situação profissional atual do companheiro/cônjuge ($\chi^2=30,820$; $p=0,000$). Pelos resultados obtidos através do Odds Ratio (OR=2,86; IC95% 1,96-4,19) encontra-se significância estatística como fator de risco para VD os companheiros/cônjuges que se encontram atualmente desempregados (cf. tabela 24).

Tabela 24 - Prevalência de VD versus Caracterização do companheiro/cônjuge

Prevalência de VD Variáveis	Com violência (1)		Sem violência (2)		Total		Residuais		X ²	p	OR	IC 95%	
	N	%	n	%	n	%	1	2				Min.	Max.
Idade													
≤ 32 anos*	183	49,5	242	50,2	425	49,9	-0,2	0,2					
≥ 33 anos	187	50,5	240	49,8	427	50,1	0,2	-0,2	0,047	0,441	1,03	0,79	1,35
Nacionalidade													
Portuguesa*	279	75,4	454	94,2	733	86,0	-7,8	7,8					
Imigrante	91	24,6	28	5,8	119	14,0	7,8	-7,8	61,473	0,000	5,29	3,38	8,29
Habilitações literárias													
Ensino secundário*	155	41,9	186	38,6	341	40,0	1,0	-1,0	3,162	0,075			
≤ 9º ano	160	43,2	145	30,1	305	35,8	4,0	-4,0	34,161	0,000	1,32	0,97	1,80
Ensino superior	55	14,9	151	31,3	206	24,2	-5,6	5,6	33,477	0,000	0,44	0,30	0,64
Situação Profissional Atual do companheiro/ cônjuge													
Empregado*	281	75,9	434	90,0	715	83,9	-5,6	5,6					
Desempregado	89	24,1	48	10,0	137	16,1	5,6	-5,6	30,820	0,000	2,86	1,96	4,19

*Grupo de referência

2.2.3 Prevalência de VD versus Variáveis Socioeconômicas

Prevalência de VD e Índice de Aglomeração

No que se refere ao índice de aglomeração, 75,7% das puérperas que são vítimas de violência apresentam um mau índice de aglomeração e 24,3% um bom índice de aglomeração. Constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=9,259$; $p=0,002$) e observando o Odds Ratio (OR=1,69; IC95% 1,20-2,38), verificamos a existência de significância estatística para a VD nas puérperas que apresentam um bom índice de aglomeração (cf. tabela 25).

Prevalência de VD e Rendimento Mensal

Tendo em consideração a tabela 25, verifica-se que 54,9% das puérperas cujo rendimento mensal é até 1000€ são tratadas com violência e 45,1% cujo rendimento é \geq a 1000€ são igualmente vítimas de violência. Averiguamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambas as variáveis ($\chi^2=30,820$; $p=0,000$). Pelo valor de Odds (OR=0,44; IC95% 0,30-0,64) pode afirmar-se a existência de significância estatística para risco de VD nas puérperas cujo rendimento mensal é até 1000 €.

Tabela 25 - Prevalência de VD versus Variáveis Socioeconômicas

Prevalência de VD Variáveis	Com violência (1)		Sem violência (2)		Total		Residuais		X ²	p	OR	IC 95%	
	n	%	N	%	n	%	1	2				Min.	Max.
Índice de Aglomeração													
Mau*	280	75,7	405	84,0	685	80,4	-3,0	3,0	9,259	0,002	1,69	1,20	2,38
Bom	90	24,3	77	16,0	167	19,6	3,0	-3,0					
Rendimento Mensal													
≥ 1000€*	167	45,1	294	61,0	461	54,1	-4,6	4,6	21,206	0,000	1,90	1,44	2,50
Até 1000€	203	54,9	188	39,0	391	45,9	4,6	-4,6					

*Grupo de referência

2.2.4 Prevalência de VD versus Vigilância da Gravidez

Prevalência de VD e Gravidez Planeada

Observamos, através da tabela 26, que 41,4% das puérperas que planejaram a gravidez são tratadas com violência assim como 58,6% das que não planejaram a gravidez. Consta-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($\chi^2=10,383$; $p=0,001$). Pelo Odds Ratio (OR=1,59; IC95% 1,20-2,11), confirmamos a presença de significância estatística entre a VD e as mulheres que planejaram a sua gravidez.

Prevalência de VD e Gravidez Vigorada

Das puérperas que são vítimas de violência, 74,7% vigiaram a gravidez e 25,3% não vigiaram. Observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambas ($\chi^2=16,701$; $p=0,000$). Analisando o Odds Ratio (OR=2,05; IC95% 1,45-2,90), verificamos que as mulheres que não vigiam a sua gravidez apresentam maior risco de VD (cf. tabela 26).

Prevalência de VD e Problemas durante a gravidez

No que concerne aos problemas durante a gravidez, na tabela 26 observamos que 3,8% das puérperas que têm problemas associados a agressão durante a gravidez são tratadas com violência tal como 96,2% das puérperas que têm outros problemas. Não se verificam diferenças estatísticas e não se constata a presença de significâncias estatísticas pelo Odds Ratio (OR=1,70; IC95% 0,61-4,68).

Prevalência de VD e Motivo de internamento

Quanto ao motivo de internamento, 36,1% das puérperas internadas devido a problemas associados a risco de agressão são tratadas com violência assim como 63,9% das puérperas com internamento devido a outros problemas. Não se encontra relação estatística entre as variáveis em estudo (OR=0,76; IC95% 0,12-4,64) (cf. tabela 26).

Prevalência de VD e IMC depois da gravidez

Das mulheres vítimas de violência 11,4% têm peso normal, 48,1% pré-obesidade e 40,5% obesidade no que se refere ao IMC depois da gravidez. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($\chi^2= 5,489$; $p= 0,064$) e através do Odds Ratio (OR=0,96; IC95% 0,62-1,49 e OR=0,96; IC95% 0,62-1,49) também não se constata significâncias estatísticas (cf. tabela 26).

Tabela 26 - Prevalência de VD versus Vigilância da Gravidez

Prevalência de VD Variáveis	Com violência (1)		Sem violência (2)		Total		Residuais		χ^2	p	OR	IC 95%	
	n	%	n	%	n	%	1	2				Min.	Max.
Gravidez Planeada													
Não*	217	58,6	334	69,3	551	64,7	-3,2	3,2	10,383	0,001	1,59	1,20	2,11
Sim	153	41,4	148	30,7	301	35,3	3,2	-3,2					
Gravidez Vighada													
Vighada*	275	74,7	412	85,8	687	81,0	-4,1	4,1	16,701	0,000	2,05	1,45	2,90
Não Vighada	93	25,3	68	14,2	161	19,0	4,1	-4,1					
Motivo de Internamento													
Outros problemas*	23	63,9	27	75,0	50	69,4	-1,0	1,0	1,047	0,222	1,696	0,614	4,682
Problemas associados a risco de agressão	13	36,1	9	25,0	22	30,6	1,0	-1,0					
Problemas durante a gravidez													
Outros problemas*	51	96,2	57	95,0	108	95,6	0,3	-0,3	-	0,559	0,75	0,12	4,64
Problemas associados a risco de agressão	2	3,8	3	5,0	5	4,4	-0,3	0,3					
IMC depois da Gravidez													
Peso normal*	42	11,4	60	12,4	102	12,0	-0,5	0,5	5,489	0,064	0,96	0,62	1,49
Pré-obesidade	178	48,1	264	54,8	442	51,9	-1,9	1,9					
Obesidade	150	40,5	158	32,8	308	36,2	2,3	-2,3					

*Grupo de referência

2.2.5 Prevalência de VD versus Variáveis Obstétricas

Prevalência de VD e Número de gestações

Quanto ao número de gestações, 41,9% das puérperas que são tratadas com violência refere apenas uma gravidez e 58,1% duas ou mais gravidezes. Observando a tabela 27 não encontramos relação nem diferenças estatísticas entre as variáveis ($p \geq 0,05$ e OR=1,10; IC95% 0,84-1,44).

Prevalência de VD e Número de filhos

Referente ao número de filhos, 46,5% das puérperas que têm um filho são vítimas de VD e 53,5% das puérperas com dois ou mais filhos são, igualmente, tratadas com violência. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=4,399$; $p=0,021$) e analisando o Odds

Ratio (OR=1,34; IC95% 1,02-1,75) encontramos significância estatística para risco de VD em puérperas com dois ou mais filhos (cf. tabela 27).

Prevalência de VD e Idade Gestacional

Através da tabela 27, destaca-se que 8,6% das puérperas com gravidez pré-termo são vítimas de VD, assim como 91,4% das grávidas de termo. Estatisticamente não se encontram diferenças entre as variáveis em estudo ($p \geq 0,05$ e OR=1,10; IC95% 0,84-1,44) (cf. tabela 27).

Prevalência de VD e Peso de nascimento do recém-nascido

O peso de nascimento dos recém-nascidos, das mulheres que apresentam violência, 90,3% tem filhos com peso normal (2500-4000g), 5,9% com baixo peso (≤ 2499 g) e 3,8% com peso elevado (≥ 4001 g). No entanto não se constataram diferenças estatísticas para as variáveis em estudo (cf. tabela 27).

Tabela 27 - Prevalência de VD versus Variáveis Obstétricas

Prevalência de VD Variáveis	Com violência (1)		Sem violência (2)		Total		Residuais		χ^2	p	OR	IC 95%	
	N	%	n	%	n	%	1	2				Min.	Max.
nº de Gestações													
Uma gravidez*	155	41,9	213	44,2	368	43,2	-0,7	0,7	0,451	0,274	1,10	0,84	1,44
≥ A duas Gravidezes	215	58,1	269	55,8	484	56,8	0,7	-0,7					
nº de Filhos													
Um filho*	172	46,5	259	53,7	431	50,6	-2,1	2,1	4,399	0,021	1,34	1,02	1,75
≥ Dois ou mais filhos	198	53,5	223	46,3	421	49,4	2,1	-2,1					
Idade Gestacional													
Termo*	338	91,4	450	93,4	788	92,5	-1,1	1,1	1,217	0,165	1,33	0,80	2,22
Pré-Termo	32	8,6	32	6,6	64	7,5	1,1	-1,1					
Peso nascimento do recém-nascido													
2500-4000*	334	90,3	445	92,3	779	91,4	-1,1	1,1	1,464	0,481	1,17	0,65	2,12
≤ 2499	22	5,9	25	5,2	47	5,5	0,5	-0,5					
≥ 4001	14	3,8	12	2,5	26	3,1	1,1	-1,1					

*Grupo de referência

3. DISCUSSÃO

Neste ponto do trabalho procede-se à discussão dos resultados. Esta é uma fase pertinente dum estudo científico, permitindo-nos refletir sobre a investigação realizada, enfatizando os dados mais relevantes para a compreensão do tema, procurando sempre que possível, estabelecer um paralelo com outros estudos.

Este capítulo está dividido em discussão metodológica, onde se faz uma breve explanação sobre a estratégia delineada para este estudo, as suas limitações e a discussão dos resultados onde é realizada uma discussão detalhada dos resultados mais expressivos obtidos através da análise descritiva e inferencial, comparando-os com o enquadramento teórico que deu suporte ao estudo, com os objetivos, questões formuladas e com os resultados obtidos por outros estudos sobre esta problemática.

3.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA

O plano metodológico delineado, teve por base o tipo de estudo e os objetivos traçados. A concretização dos objetivos conduziu-nos à definição de uma amostra relevante, que obtivesse resultados fiáveis e nos permitisse eleger questionários de autorresposta como instrumento de colheita de dados. A escolha deste tipo de instrumento teve em conta a facilidade de aplicação e por serem os mais adequados ao estudo de um grande número de sujeitos num curto espaço de tempo.

Para a nossa pesquisa, recorreremos a uma amostra não probabilística de conveniência constituída por 852 mulheres, puérperas internadas nos serviços de puerpério de duas maternidades centrais do país, uma maternidade na zona Centro (A) e outra na grande Lisboa (B), com início 24 horas, desde fevereiro de 2012 até junho de 2012. A amostra total obteve-se após verificação de todos os questionários distribuídos (cerca de 2000) tendo sido eliminados os questionários deixados em branco e incompletos.

Uma limitação do estudo é precisamente a técnica de amostragem, pois sendo não probabilística, a probabilidade de um elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. Este tipo de amostras pode, ou não, ser representativo da população em estudo.

Consideramos que, não se ter conseguido uma maior amostragem, se deveu ao facto da VD ainda ser um assunto tabu e o puerpério pode ser um período de felicidade transitório levando a possíveis limitações nas respostas, decorrentes da ausência de sinceridade das mesmas, atendendo que algumas poderão ter sido dirigidas a condutas desejáveis e não tanto ao que realmente aconteceu.

Solicitámos as respetivas autorizações aos Conselhos de Administração das maternidades em causa, através de ofício juntando um exemplar do questionário que pretendíamos aplicar, garantindo todos os procedimentos éticos. Para dar cumprimento ao disposto na lei, o questionário foi também enviado para a Comissão Nacional de Proteção de Dados que aprovou a sua aplicação.

Os questionários foram entregues nos diferentes serviços, com indicação para após o preenchimento serem colocados numa urna fechada com um cadeado que se encontrava no local e posteriormente procedeu-se à sua recolha.

Apesar de algumas dificuldades, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido. Assim, com base nos resultados obtidos, pensamos que os objetivos principais foram atingidos com sucesso.

3.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Seguidamente, serão apresentadas e discutidas as relações evidenciadas pelos resultados da investigação, procurando-se demonstrar em que medida esses resultados e interpretações concordaram ou diferiram de trabalhos previamente publicados.

Como referido anteriormente, o presente estudo tem como objetivo principal conhecer a prevalência de VD na gravidez e identificar fatores a ela associados, assim como caracterizar as mulheres vítimas de violência durante a gestação.

Começamos por apresentar alguns resultados referentes à caracterização da amostra, para de seguida procedermos ao confronto de alguns dados obtidos.

A amostra deste estudo é constituída por 852 puérperas, sendo que 368 (43,2%) pertenciam à maternidade “A” e 484 (56,8%) à maternidade “B”. No que se refere à idade, verificámos que a mesma oscilou entre os 14 anos e os 44 anos com uma média centrada nos 30,69 anos. Maioritariamente tratou-se de participantes portuguesas, de raça branca, casadas ou a coabitarem em união de facto, residentes em zona urbana, a maioria possuindo o ensino secundário, com formação profissional qualificada mas atualmente a exercer profissões técnicas. Mais de metade da amostra encontrava-se empregada.

Na idade do companheiro/cônjuge das participantes, constatou-se que a mínima foi de 17 anos e a máxima de 60 anos, com uma média centrada nos 33,24 anos. Registou-se igualmente que a maioria tinha nacionalidade portuguesa, possuía o Ensino Secundário, com formação e profissões atuais técnicas estando maioritariamente empregados.

Quanto às condições socioeconómicas das puérperas, apuramos que vivem em casa própria, com boas condições habitacionais, foi bastante significativo o número de puérperas que apresentaram um mau índice de aglomeração. A maioria das participantes possuía carro próprio, com um rendimento mensal \geq a 1000€, mas nas puérperas com idade ou inferior igual a 30 anos foi igualmente significativo o valor encontrado para as participantes que possuíam um rendimento mensal até 1000€.

No que respeita às variáveis de vigilância de gravidez e obstétricas a maioria das inquiridas referiu não ter planeado a atual gravidez, mas na generalidade efetuaram a sua vigilância desde o 1º trimestre decorrida nas consultas do Centro de Saúde. No que se refere ao IMC das puérperas, antes da gravidez predominou o baixo peso/peso normal e depois da gravidez, prevaleceu a pré-obesidade. Já no número de gestações a maioria referiu ter estado grávida mais do que duas vezes. O peso de nascimento do recém-nascido, na globalidade encontrou-se adequado para o tempo de gestação e a gravidez foi maioritariamente aceite pelo pai e família.

Relativamente a terem ou não sofrido VD, apurou-se que a quase totalidade das mulheres (92,8%) referiram não ter vivenciado essa experiência. No entanto 7,2% foram vítimas de VD independentemente da idade das puérperas em estudo. Na sua investigação Okada e Hoga (2009), verificaram que as puérperas que confirmaram ser vítimas de VD se situavam numa faixa etária muito análoga à encontrada na presente pesquisa, incidindo também em puérperas adolescentes, situação que não se verificou nesta pesquisa. Os resultados percentuais, obtidos para a VD nesta questão, estão de acordo com os encontrados por Bonomi (2003), Bacchus *et al.* (2006) e por Koenig *et al.* (2006), na medida em que, nos seus estudos, a maioria das puérperas referiram não ter sido vítima de VD, sendo menos representativo a percentagem das que confirmaram essa situação. Referem Bacchus *et al.* (2006) e Roelens *et al.* (2007) cit. por Santos *et al.* (2010) que questionários efetuados especificamente para o despiste de VD na gravidez, aumentam o número de relatos de violência. Assim, a baixa percentagem de valores de VD narrados pelas puérperas nesta pergunta, podem ser justificados pelo facto de não se fazer alusão a nenhum tipo de ações violentas, questionando apenas a sua presença ou ausência.

Como agressor, no presente estudo, apurou-se que as puérperas que se reconheceram como vítimas de VD, 34,4% indicaram o companheiro; 11,5% o marido; 31,1% o ex-marido; 6,6% um familiar; 3,3% um estranho e 13,2% por outra pessoa. Assim poder-se-á afirmar que o autor da perpretação da violência contra as puérperas foi maioritariamente o companheiro/marido/ex-marido. Estes dados vão ao encontro aos resultados referidos por Bonomi (2003), Ezechi *et al.* (2004) e Koenig *et al.* (2006).

Ao comparar-se os resultados obtidos pela Escala de Diagnóstico de Violência - HITS (Sherin *et al.* 1998), e Escala de Prevalência (Jahanfar & Malekzadegan, 2007), apurou-se que dos 5,2% das puérperas classificadas como vítimas pela escala diagnóstica foram todas classificadas como vítimas de violência pela Escala de Prevalência. Por sua vez, das 94,8% participantes avaliadas como não vítimas pela Escala de Diagnóstico de VD, foram classificadas como vítimas de violência 88,1% pela escala de prevalência. Acrescente-se que a Escala de Prevalência considera a violência física, psicológica e sexual e a Escala de Diagnóstico considera somente a violência física e psicológica. O teste de qui quadrado revela significância estatística e os resíduos ajustados consignam as diferenças entre as vítimas (escala de diagnóstico) e com violência (escala de prevalência) e não vítimas (escala de diagnóstico) e sem violência (escala prevalência). Estes resultados poderão sugerir que as próprias mulheres não assumem claramente como VD alguns atos perpetrados pelos agressores, tal como encontramos no estudo de Medina e Penna (2008). A problemática da VD contra a mulher está disseminada na atualidade, porém as suas características variam de acordo com as circunstâncias pessoais, familiares, de relação conjugal, do contexto social e cultural envolvida (Okada & Hoga, 2009), o que poderá justificar os resultados encontrados.

Os dados apurados no diagnóstico de violência avaliada pela escala de HITS (Sherin *et al.* 1998), indicaram que 94,8% das puérperas não sofreram violência e 5,2% sofreram violência. Estes dados são equivalentes aos referidos pelas puérperas que se identificaram anteriormente como vítimas, e apesar de esta escala apresentar questões diretas sobre VD, não especifica o ato violento o que pode levar as mulheres a não reconhecerem algumas situações de abuso perpetrados pelos parceiros contra elas como sendo condutas de violência, como referem Medina e Penna (2008).

No que se refere às questões de prevalência de VD, avaliada através da escala modificada de prevalência (Jahanfar & Malekzadegan, 2007), obteve-se um total de 43,4% de vítimas de VD incluindo os três tipos de violência (física, psicológica e sexual). Analisando individualmente cada dimensão, apurou-se que a maioria das puérperas referiram não ter sido vítima de violência física, no entanto 11,7% sofreram violência ligeira,

3,2% violência moderada e 7% violência grave. Estes dados corroboram os encontrados por Menezes *et al.* (2003), os quais também registaram, no seu estudo, a existência de puérperas que sofreram de violência física, nomeadamente antes da gravidez, bem como Oweis *et al.* (2009), que obtiveram resultados análogos.

Quanto à violência psicológica, registou-se que 24,9% das participantes mencionaram ter sofrido de violência ligeira; 2,9% violência moderada e 15,4% violência grave, tendo resultado em diferenças estatisticamente significativas entre a idade das puérperas e a violência psicológica. Estes resultados vão ao encontro aos apurados por Doubova *et al.* (2007), na medida em que também se registou que 31,1% das mulheres estiveram expostas a violência psicológica e/ou física e/ou sexual pelo companheiro masculino durante a atual gestação, 10% referiram violência combinada e 21% violência isolada. A violência psicológica, no referido estudo, foi a mais mencionada, tal como se verificou no nosso estudo. Analogamente, Deveci *et al.* (2007), na sua investigação, constatou uma maior prevalência de violência verbal/psicológica. Salienta-se igualmente, que as evidências encontradas na presente investigação vão ao encontro às de Oweis *et al.* (2009), o qual registou a presença de puérperas vítimas de violência psicológica, mais do que vítimas de violência física, destacando-se a violência verbal e tendo como autor do abuso o companheiro/marido.

Relativamente à violência sexual, constatou-se que 15,1% das puérperas mencionaram ter sofrido de violência ligeira; 3,1% violência moderada e 1,4% violência grave, resultando em diferenças estatisticamente significativas entre a idade das puérperas e a violência sexual. Estes dados estão em conformidade com os encontrados por Oweis *et al.* (2009), cujo estudo também evidenciou a presença de violência sexual, ainda que em valores menos significativos, comparativamente aos outros tipos de violência.

Os dados obtidos na nossa pesquisa são análogos aos referidos por Okada e Hoga (2009) e por Moura *et al.* (2011) que nas suas investigações, apuraram que a frequência de VD na gravidez foi expressiva, sendo que a violência psicológica foi referida como a mais significativa, e a física e sexual a menos referenciada.

Os resultados de prevalência do nosso estudo revelaram-se muito expressivos, e sugerem a necessidade de intervenção por parte dos profissionais de saúde, os quais devem estar atentos aos sinais de alerta para a VD contras as mulheres grávidas, tendo em conta as suas tipologias (física, psicológica e sexual). Neste sentido, fazendo-se referência a Bonfim (2008), o mesmo constatou que a maioria de profissionais não reconheceu a violência como um problema de saúde pública e imiscuíram-se da responsabilidade na sua

denúncia. Como postulam Manita *et al.* (2009), é fulcral que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais e sintomas que as grávidas possam revelar, tais como: manifestações de ansiedade, sinais depressivos, fobias, alteração constante de consulta, faltas às mesmas e atrasos frequentes, lesões incompatíveis com as explicações da mulher podem ser sinal de VD. Por outro lado, os profissionais de saúde devem alertar as mulheres para tal, tendo em conta que a VD provoca danos importantes à saúde física e mental da mulher grávida e, conseqüentemente, do seu filho.

A reforçar o anteriormente dito, nem sempre a agressão sofrida chega a ser relatada pelas mulheres durante a assistência pré-natal. Tal omissão pode ser motivada por vergonha, receio da discriminação, devido ao estigma da violência, da falta de condições que incentive a mulher agredida a expor problemas de foro íntimo ou, até mesmo, pela crença por parte dela que os seus problemas não podem ser resolvidos (Okada & Hoga, 2009)

Deste modo, os profissionais de saúde não podem deixar de obter dados relativos a eventuais problemas de VD enfrentados pelas grávidas, porquanto o conhecimento desses problemas pode levar à prevenção, necessária no âmbito da assistência à saúde física, emocional e familiar. Torna-se relevante que os profissionais de saúde se inteirem da realidade que cerca a grávida, principalmente, no que se refere às possíveis formas de violência sofridas por elas no ambiente doméstico. Estas informações constituem elementos importantes que fazem com que o processo de assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal tenha uma esfera de mais amplo alcance.

Prosseguindo com o estudo de VD, analisando as variáveis sociodemográficas das mulheres, verificamos que a idade não foi fator de influência pois 51,4% das vítimas tinha idade \leq a 30 anos e 48,6% tinha idade \geq a 31 anos, não existindo significância estatística pelo Odds Ratio, nem diferenças dentro dos grupos pelos residuais ajustados. Segundo os dados do RASI (SSI, 2012) e a APAV (2013) as idades das mulheres que se identificaram como vítimas de VD em Portugal situaram-se numa faixa etária entre os 25 e os 54 anos, dando a ideia de que as agressões podem ocorrer em qualquer idade. Já Devries *et al.* (2011) na sua pesquisa de VD durante a gravidez descobriu uma maior prevalência no grupo etário entre os 15 e 35 anos de idade diminuindo levemente após os 35 anos. No entanto também não encontrou diferenças confirmando que a idade poderá não ser um fator associado para a VD.

Quanto á nacionalidade das puérperas constatou-se que 81,9% das agredidas eram portuguesa e 18,1% eram imigrantes, com significância estatística entre ambas as

variáveis em estudo, sendo que essas diferenças se encontraram nas mulheres vítimas de VD imigrantes. Pelo Odds Ratio ($OR=5,70$; $IC_{95\%}$ 3,32-9,78), confirmou-se a presença de significância nas mulheres vítimas de violência imigrantes como fator de risco corroborando com o estudo de Jeanjot *et al.* (2008). Silva e Azevedo (2005) concordam que a VD na mulher imigrante é um problema com contornos e consequências mais graves porque para além de serem confrontadas com as desigualdades de género, depararam-se também com as barreiras étnicas e racistas da sociedade de acolhimento.

Apurou-se igualmente que 78,6% das puérperas de raça branca e 21,4% de outra raça foram tratadas com violência, com diferenças estatisticamente significativas entre ambas as variáveis ($p < 0,05$). Os dados de Odds Ratio ($OR=6,27$; $IC_{95\%}$ 3,76-10,46) atestaram a presença de significância como fator de risco para as mulheres de outra raça. Estes resultados atestam os encontrados por Bérenson, Miguel e Wilkinson (2002), que registaram uma prevalência de história de VD 3,5 vezes superior em mulheres de outra raça do que em raça branca. Boy e Salihu (2004) e Audi *et al.* (2008) nas suas pesquisas também apresentaram as gestantes de outras raças, principalmente a negra, como fator de risco de VD.

No que se refere à variável estado civil, foi mais significativo o valor percentual encontrado no grupo das mulheres casadas ou em união de facto (58,4%) vítimas de VD, comparativamente às participantes solteiras/divorciadas/viúvas (41,6%), resultando também em diferenças estatísticas. Todavia, os valores de Odds Ratio ($OR=2,28$; $IC_{95\%}$ 1,70-3,05) demonstraram que ser solteira/divorciada/viúva apresentou-se como variável de significância no fator de risco para a presença de violência. Atendendo aos resultados de fator de risco, poder-se-á dizer que os mesmos corroboram, de certa forma, os encontrados por Yakinnerem *et al.* (2006), segundo o qual a VD em grávidas ocorre mais significativamente em mulheres que não são casadas do que nas que se encontram casadas ou em união de facto. Paz (2006) também confirmou, na sua investigação, resultados análogos.

As habilitações literárias também se constituíram como uma variável que influenciou na VD, estando essa diferenças, pelos residuais, localizadas nas mulheres vítimas de violência com o 9º ano de escolaridade (residual 6,4) e vítimas sem violência nas mulheres com ensino superior (residual 7,1). Assim, através do Odds Ratio confirmou-se a presença de significância como fator de risco para as mulheres com o 9º ano ($OR=2,09$; $IC_{95\%}$ 1,46-3,01) e como fator protetor para as mulheres com ensino superior ($OR=0,42$; $IC_{95\%}$ 0,35-0,59). Os resultados expostos corroboram os apontados por Yakinnerem *et al.* (2006), Paz (2006),

Audi *et al.* (2008) e Hammoury *et al.* (2009), uma vez que os mesmos verificaram que são as grávidas com mais baixa escolaridade, as que são alvo de VD.

No referente à situação profissional atual, 59,5% das puérperas que foram tratadas com violência encontravam-se empregadas e 40,5% desempregadas, com diferenças estatisticamente significativas, tendo-se comprovado que, na amostra em estudo e através do Odds Ratio ($OR=2,01$; $IC95\% 1,50-2,69$), a probabilidade de risco de VD centrou-se nas mulheres desempregadas. Esta evidência vai ao encontro dos resultados obtidos por Paz (2006), cujo estudo revelou que são as mulheres desempregadas as mais suscetíveis ao risco de VD.

Quanto à variável IMC, antes e durante a gravidez das mulheres vítimas de VD, só se encontraram diferenças no que se refere ao IMC antes da gravidez, constatando-se que 59,5% tinham baixo peso/peso normal, 28,1% pré-obesidade e 12,4% obesidade. Pelo Odds Ratio ($OR=1,61$; $IC95\% 1,16-2,22$), verificou-se que, nas puérperas com pré-obesidade, existiu um risco com mais expressividade para VD. Os resultados obtidos são contraditórios aos do estudo realizado por Boy e Salihu (2004) e Moraes, Amorim e Reichenheim (2006) que verificaram um menor ganho ponderal nas vítimas de VD e por conseguinte um mais baixo IMC quer antes quer depois da gravidez. Já Jeanjot *et al.* (2008) e Beydoun *et al.* (2011), nos seus estudos, não encontraram diferenças no IMC das grávidas vítimas de VD, nem antes nem depois da gravidez. Segundo Vicennati, Pasqui, Cavazza, Pagotto e Pasquali (2009), as mulheres vítimas de VD estão sujeitas a stress crónico, o que pode levar ao aumento do cortisol e consequentemente ao ganho de peso excessivo.

Outros resultados importantes prenderam-se com a prevalência da VD e as variáveis caracterizadoras do companheiro/cônjuge. Tal como nas mulheres vítimas de violência, constatou-se que a idade do companheiro não é preditora para a presença de VD. Contrariamente, à variável nacionalidade, uma vez que a mesma é preditora de risco de VD nos companheiros/cônjuges imigrantes, conforme resultados do Odds de Ratio ($OR=5,29$; $IC95\% 3,38-8,29$). Sales (1991, cit. por Moraes, Rodrigues e Espinosa, 2008) referiram que a dependência económica das mulheres imigrantes face ao marido/companheiro imigrante, retarda ou impede a denúncia dos casos de violência pois existe um domínio emocional, físico e psicológico, fazendo com que esta fique impedida de recorrer aos serviços de assistência e asilo, aos sistemas de justiça legal, criando situações de isolamento social. Os valores residuais confirmam esta significância e salientando-se ainda que o valor percentual mais significativo foi o das mulheres que não foram vítimas e que tinham companheiros/cônjuges de nacionalidade portuguesa (94,2%).

Nas habilitações literárias do companheiro/cônjuge, não se verificou significância estatística para risco de VD, no entanto o valor percentual mais significativo (43,2%) pertenceu às vítimas de VD por parte do seu companheiro/cônjuge com habilitações inferiores ou igual 9º ano de escolaridade, que foi confirmado pelo valor residual (4,0). Como fator protetor encontrou-se os companheiros/cônjuge com o ensino superior. Apurou-se significância estatística como fator de risco para VD em companheiros/cônjuges que se encontravam desempregados pelos resultados obtidos do Odds Ratio (OR=2,86; IC95% 1,96-4,19), assim como pelos residuais ajustados (5,6).

Os resultados expostos em relação à escolaridade e à situação profissional atual dos companheiros/cônjuges das participantes vão de encontro aos dados obtidos por Karmaliani *et al.* (2008) e Okada e Hoga (2009), uma vez que os mesmos também mostraram que a VD contra as grávidas, por norma, é perpetrada por companheiros/cônjuges com baixa escolaridade e desempregados.

Relativamente às evidências encontradas em relação à prevalência de VD e as variáveis socioeconómicas das participantes, 75,7% das mulheres que foram vítimas de violência, tinham um mau índice de aglomeração, todavia, 24,3% apresentou um bom índice de aglomeração e foram igualmente tratadas com violência, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Observando o Odds Ratio (OR=1,69; IC95% 1,20-2,38), verificamos a existência de significância estatística para a VD como fator de risco, nas puérperas que apresentam um bom índice de aglomeração. Kaye *et al.* (2006b) na sua investigação constataram um aumento de VD em famílias nucleares comparativamente com famílias mais numerosas. Podemos afirmar que o mesmo se verificou no nosso estudo.

A maioria das participantes (54,9%), com um rendimento mensal até 1000€, foi tratada com violência, sendo também significativo o valor encontrado (45,1%) para as puérperas cujo rendimento foi ≥ 1000 €. Registou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambas as variáveis em estudo ($p < 0,05$). Pelos valores do Odds Ratio (OR=1,90; IC95% 1,44-2,50), pode afirmar-se que o grupo de puérperas cujo rendimento mensal foi até 1000 euros, foram as que se assumiram com maior risco de VD. Estes dados vão ao encontro dos referidos por Nasir e Hyder (2003), segundo os quais as grávidas com menor nível socioeconómico, revelam maior risco de VD. Menezes *et al.* (2003) e por Okada e Hoga (2009) que encontraram resultados semelhantes. Também Koenig *et al.* (2006), na sua investigação, constataram que o risco de violência duplica entre as mulheres com rendimentos mais baixos. Por sua vez, Deveci *et al.* (2007) confirmaram na sua pesquisa que, as grávidas com baixo estatuto socioeconómico, são as que estão mais

expostas à VD. Os resultados apresentados no nosso estudo, são análogos aos referidos anteriormente.

Os dados obtidos também revelaram, no que se refere à prevalência de VD e vigilância da gravidez, que o planejamento da gravidez interferiu estatisticamente no risco de VD. Apurou-se que 41,4% das puérperas, que planejaram a gravidez, foram tratadas com violência, bem como 58,6% das que não planejaram a gravidez. Estes resultados são opostos aos encontrados por diversos autores como Audi *et al.* (2008) e Oweis *et al.* (2009) que referiram a gravidez não planejada como fator de risco de VD. No entanto, os nossos resultados podem ser justificados pela opinião de Burch e Gallup Jr. (2004) que afirmarem que algumas mulheres que vivenciam relações abusivas acreditam que engravidar vai fazer o companheiro/cônjuge melhorar. A existência do ciclo de violência numa relação com VD também pode explicar estes resultados.

Verificamos ainda que a maioria das participantes (74,7%) que vigiaram a gravidez foram vítimas de VD, encontrando-se na mesma situação 25,3% das que não vigiaram a gravidez, da qual resultam diferenças estatisticamente significativas entre ambas ($p < 0,05$), mas com base nos valores de Odds Ratio (OR=2,05; IC95% 1,45-2,90), verificou-se que as mulheres que não vigiam a sua gravidez apresentam maior risco de VD. Poder-se-á dizer que estes dados estão em conformidade com os obtidos por Kady *et al.* (2005) e Yakinnerem *et al.* (2006), na medida em que também foram as mulheres que não vigiaram a gravidez as que admitiram ter sido tratadas com violência, sendo esta uma variável de fator de risco de VD.

Para finalizar, os resultados encontrados na prevalência de VD e variáveis obstétricas, constatamos que apenas a variável número de filhos teve interferência estatística significativa ($p < 0,021$) para risco de VD em puérperas com dois ou mais filhos. Em termos percentuais, apurou-se que 46,5% das puérperas com um filho foram vítimas de VD e 53,5% das puérperas com dois ou mais filhos também vivenciaram a mesma situação. Estes dados corroboram os encontrados por Kady *et al.* (2005) que, ao avaliar os resultados perinatais entre as mulheres que foram vítimas de violência durante a gravidez, constataram que estas eram múltiparas. Resultados análogos foram obtidos por Yakinnerem *et al.* (2006) e Okada e Hoga (2009), segundo os quais, o facto de ser múltipara assumiu-se como um fator de risco para a VD.

Tendo em conta os resultados apurados, somos da opinião que os serviços de saúde devem disponibilizar de profissionais treinados para reconhecer os sinais de VD, principalmente os de carácter mais insidioso. O diagnóstico e o tratamento de problemas

relacionados com a VD na mulher grávida requerem uma rede de apoio que, muitas vezes, extrapola os serviços básicos de saúde oferecidos. Os profissionais de saúde têm uma posição estratégica e privilegiada para a detecção da violência contra a mulher grávida. Esta é uma problemática considerada de abrangência mundial na área da saúde, pelo facto de se constituir como uma causa relevante na morbidade e mortalidade feminina.

4. CONCLUSÕES

A ciência constrói-se a partir de conhecimentos já existentes e dos novos que vão surgindo, numa vontade ávida de ir sempre mais além. Este capítulo procura ser um ponto de reflexão sobre os aspetos e resultados mais importantes obtidos através deste trabalho de investigação e com o qual se pretende dar conta de algumas conclusões a que nos foi possível chegar. Admitimos no entanto que, apesar do nosso esforço no sentido de expor correta e claramente, todos os elementos necessários para a compreensão e explicação desta problemática, continuam em aberto muitas questões que irão suscitar novos progressos e novas conclusões.

Nestas considerações finais, procuramos descrever o caminho que se foi fazendo ao longo do trabalho e buscámos conferir-lhe uma coerência, analisando transversalmente os resultados obtidos e tendo presentes as questões de investigação e os objetivos inicialmente propostos. Refere-se que a pesquisa efetuada possibilitou reunir um conjunto de conceitos chave que considerámos relevantes para a compreensão do tema em análise.

Recorremos a uma revisão crítica da literatura que procurou ser o mais atual possível, de forma a aprofundar e consolidar conhecimentos interligados com o tema. De referir que a problemática da violência na gravidez varia de acordo com as circunstâncias pessoais, familiares, relação conjugal, contexto social e cultural envolvida. A violência doméstica pode provocar danos na saúde física e emocional da mulher grávida e, conseqüentemente, do seu filho e família. Todavia, nem sempre a agressão sofrida chega a ser relatada pelas mulheres no decorrer da assistência pré-natal. Tal omissão pode ser motivada por vergonha, receio da discriminação devido ao estigma da violência, pela falta de condições que incentive a mulher agredida a expor problemas de foro íntimo ou, até mesmo, pela crença por parte da mesma que os seus problemas não podem ser resolvidos (Okada & Hoga, 2009).

Assim, o presente estudo, procurou estimar a prevalência de VD nas suas dimensões, física, psicológica e sexual, caracterizando as grávidas vítima de violência e identificando alguns fatores associados tendo em conta as variáveis sociodemográficas, socioeconómicas, variáveis de vigilância de gravidez e variáveis obstétricas.

Na dimensão investigativa, no presente trabalho procuramos encontrar respostas para as questões inicialmente formuladas:

- ❖ Qual a prevalência da violência doméstica na gravidez?
- ❖ Quais as características das mulheres grávidas vítimas de violência doméstica?
- ❖ Quais os fatores associados à violência durante a gravidez?

Deste modo, com base no estudo empírico, apurou-se que, numa amostra constituída por 852 puérperas internadas nos serviços de puerpério de duas instituições de saúde públicas portuguesas, uma da Região Centro e outra da Grande Lisboa, quase todas as inquiridas (92,8%) referiram não ter vivenciado violência durante a gravidez e 7,2% das mulheres afirmaram ter sofrido violência. Estes resultados foram corroborados com os alcançados em relação ao diagnóstico de violência, avaliada através da escala de HITS (Sherin *et al.*, 1998), segundo a qual 94,8% das puérperas refere não ter sofrido qualquer violência e 5,2% relataram ter sido vítimas de violência. Todavia, tal como foi referido na revisão bibliográfica, acresce aludir que, embora esta escala apresentasse algumas questões sobre violência física e psicológica, a mesma não era específica quanto aos atos violentos, podendo depreender-se que as puérperas não reconheciam determinadas situações de abuso cometidos pelos seus parceiros contra elas, ou seja, poderá não ter havido o reconhecimento desses comportamentos como sendo de agressão. No entanto achamos pertinente fazer alusão a esta situação visto que no decorrer da nossa pesquisa deparamo-nos com estudos idênticos ao que encontramos nos resultados da nossa investigação.

Assim, tendo em consideração a ordem das questões de investigação do presente trabalho e para responder à primeira pergunta, recorreremos à escala adaptada do questionário modificado para a prevalência de VD de Jahanfar e Malekzadegan (2007), obtendo uma prevalência total de violência durante a gravidez de 43,4% (incluindo os três tipos de violência). Os resultados apurados, no que respeita às diferentes dimensões de VD, demonstraram que 11,7% das mulheres relataram violência física ligeira, 7% violência física grave e com menor representatividade seguiram-se as que confirmaram violência física moderada (3,2%). Neste âmbito, de todos os tipos de violência, verificou-se que a violência psicológica assumiu valores mais representativos, ainda que a maioria das participantes tivessem mencionado ter sofrido de violência ligeira (24,9%) mas, considera-se significativo o valor de 15,4% mencionado em relação aos casos de violência psicológica grave. A violência psicológica moderada foi referida por 2,9% das puérperas questionadas.

Registaram-se também casos de participantes que confirmaram ter sido vítimas de violência sexual, sobressaindo a violência ligeira com 15,1% das inquiridas, seguida de violência sexual moderada indicada por 3,1% e violência sexual grave por 1,4%. Em suma, concluímos que o tipo de violência mais significativa durante a gravidez foi a violência psicológica.

Relativamente à segunda questão concluímos que a idade não foi fator de influência na VD, o que sugere que a mesma pode ocorrer em qualquer faixa etária. No entanto, através do estudo das variáveis sociodemográficas das puérperas apuramos que, a caracterização das grávidas vítima de VD, na nossa pesquisa, foram as mulheres imigrantes, de outra raça ou etnia, solteira/divorciada/viúva, com habilitações literárias inferiores ao 9º ano de escolaridade, desempregadas e com um IMC antes da gravidez de pré obesidade, pois os dados atestaram a presença de significância como fator de risco para as características referidas.

Em relação à terceira questão, constatámos que os fatores associados ao risco de violência durante a gravidez, relativamente às características dos companheiros/cônjuges, foram os imigrantes que, através da variável nacionalidade, revelaram ser os mais propensos a perpetrar atos violentos contra a mulher. Concluímos também que os companheiros/cônjuges que possuíam habilitações literárias inferiores ao 9º ano foram os que, em maior percentagem, cometeram agressões contra as puérperas e registou-se significância estatística como fator de risco para a VD nos que se encontravam atualmente desempregados.

Ainda referindo os fatores associados à VD na gravidez, relativamente às condições socioeconómicas, as mulheres que tinham um bom índice de aglomeração e com um rendimento mensal até 1000 euros foram as que se revelaram predictoras de risco de violência durante a gravidez.

Já nas variáveis de vigilância de gravidez e obstétricas, apurou-se que os fatores de risco associados foram a gravidez planeada, não vigiada e em puérperas com dois ou mais filhos, ou seja grávidas múltíparas.

Como fatores protetores para a violência doméstica durante a gravidez encontramos, na nossa pesquisa, as grávidas e companheiros/cônjuges que possuíam o ensino superior.

Acresce ainda referir que, no presente estudo, as puérperas vítimas de violência doméstica, na maioria identificaram como autor das agressões o seu companheiro/cônjuge ou ex-companheiro/ex-cônjuge.

Face aos resultados encontrados, poder-se-á dizer que se alcançaram os objetivos traçados e se responderam às questões de investigação. Deste modo, e na qualidade de profissionais de saúde, concluímos que este trabalho de investigação contribuiu para o nosso crescimento pessoal, através de conhecimentos adquiridos nos diferentes níveis, permitindo olhar para esta problemática de forma mais consciente, alertando para uma situação que existe, que é muito divulgada mas, muitas vezes, pode passar despercebida.

Podemos afirmar que a gravidez não confere imunidade à mulher em relação à violência doméstica. Ela pode ser agredida durante o período de gestação, sob qualquer forma de violência, seja física, psicológica ou sexual.

Durante a gravidez, a mulher passa por um conjunto de alterações e sensações para as quais por vezes poderá não estar preparada e assim a vigilância pré-natal torna-se uma importante forma de a podermos acompanhar adequadamente.

Compete aos profissionais de saúde estarem alerta para os vários sinais que a mulher possa enviar no decorrer das consultas de vigilância e, se necessário, capacita-la para a identificação de atos de violência que possam ocorrer. Em caso de dúvida deve-se encaminhar ou pedir colaboração de outros profissionais, para a resolução do problema, nomeadamente, procurando os meios de apoio e atuação que existam para auxílio das vítimas.

Não nos podemos esquecer que a violência doméstica é um crime público e que temos a obrigação de denunciar essas situações às autoridades competentes, embora no exercício da nossa profissão nos possam surgir questões éticas, nomeadamente quando nos é exigido sigilo profissional. No entanto, essa seria outra problemática, que levaria a um novo estudo de investigação.

Também somos da opinião que se devem continuar a efetuar estudos sobre esta temática, especificamente na área da gravidez e puerpério pois em Portugal não se encontraram muitos estudos associados à prevalência de violência durante a gravidez. Seria igualmente interessante a realização de estudo comparativo de prevalência de violência doméstica entre maternidades do país.

Como implicações para a prática clínica, este estudo poderá servir como base de reflexão para os profissionais de saúde, especialmente os especialistas em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia de forma a promover a mudança das suas intervenções em saúde. É com base em práticas mais refletidas que os profissionais se tornam participantes ativos na construção do seu conhecimento e no desenvolvimento das suas competências profissionais, adequando os seus cuidados às necessidades, expectativas e crenças de cada grávida, mobilizando as potencialidades de cada uma. Para concretizar esta mudança,

será necessário estabelecer planos de intervenção para se poder atuar em rede possibilitando assim uma melhor articulação entre as diferentes valências de apoio.

Para concluir afirma-se que, embora tivessem existido momentos de muito trabalho e angústia com o receio da não consecução dos objetivos, todo o percurso foi gratificante e ao chegar ao fim denotamos um sentimento de missão cumprida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbaszadeh, A., Kermani, F. P., Safizadeh, H., & Nakhee, N. (2011). Violence during pregnancy and postpartum depression. *Pakistan Journal Medical Sciences*, 27(1), 177-181.
- Afable-Munsuz, A., & Braveman, P. (2008). Pregnancy intention and preterm birth: differential associations among a diverse population of women. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 40(2), 66-73.
- Ahmed, S., Koenig, M. A., & Stephenson, R. (2006). Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *American Journal of Public Health*, 96(8), 1423-1428. doi: 10.2105/ajph.2005.066316
- Almeida, M. V. d. (2009). *Violência conjugal e álcool : (in)existência de uma relação causal?* Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14286/1/Viol%c3%aancia_Conjugal_e_Alcool.pdf
- Alvim, F. (2006). MULHERES (IN)VISÍVEIS. *Amnistia Internacional*.
- AMCV. VIOLENCIA, acedido em <http://www.amcv.org.pt/pt/amcv-mulheres/violencia>
- APAV. (2012). Estatísticas APAV Relatório Anual 2011. APAV.
- APAV. (2013). Estatísticas APAV Relatório Anual 2012. APAV.
- APAV. (2012). Violência Doméstica, acedido em <http://apav.pt/vd/index.php/features2>

Athayde, C. L. d. A., & Mendes, C. H. F. (2009). *GRAVIDEZ E ADOLESCENCIA*: Revinter Ltda.

Audi, C. A. F., Segall-Corrêa, A. M., Santiago, S. M., Andrade, M. d. G. G., & Pèrez-Escamila, R. (2008). Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Revista De Saúde Pública*, 42(5), 877-885.

Bacchus, L., Mezey, G., Bewley, S., & Haworth, A. (2006). Prevalência da violência doméstica quando as parceiras questionam por rotina durante a gravidez. *Revista Sociedade portuguesa de obstetrícia e ginecologia*, XXIX(5), 273 a 277.

Bachelet, Michelle (2012), Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra as Mulheres. Acedido em <http://www.unicrio.org.br/dia-internacional-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres-por-michelle-bachelet/>

Benagiano, G., Carrara, S., & Filippi, V. (2010). Social and ethical determinants of human sexuality: 2. Gender-based violence. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(4), 220-231. doi: 10.3109/13625187.2010.490888

Berenson, A.B.; San Miguel, V.V. & Wilkinson, G.S. (2002). Prevalence of physical and sexual assault in pregnant adolescents. *JAdolesc Health*;13: 466-469.

Beydoun, H. A., Tamim, H., Lincoln, A. M., Dooley, S. D., & Beydoun, M. A. (2011). Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain. *Social Science & Medicine*, 72(6), 867-873. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.01.006

Bonfim, E. G. (2008). *A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Acedido em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13669/000652375.pdf?sequence=1>

- Bonomi, M. R. (2003). *Caracterização da violência conjugal durante o período de gravidez em mulheres com histórico de violência doméstica*. Universidade federal de são carlos centro de educação e ciências humanas departamento de psicologia.[cited|Date accessed]]. Acedido em |Website Title website: |URL| doi:DOI
- Boy, A., & Salihu, H. (2004). Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*. 49(4), 159-64. Acedido em [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15481481?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log\\$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15481481?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed).
- Branco, M. d. I. S. E. C. (2007). *Violência conjugal contra a mulher: histórias vividas e narradas no feminino*. Universidade Aberta, Repositório Aberto. Acedido em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/736/1/LC349.pdf>
- Burch, R. L., & Gallup Jr., G. G., (2004). Pregnancy as a stimulus for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19(4), 243-247.
- Capitán Jurado, M., & Cabrera Vélez, R. (2001). La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de la futura gestante. *Medifam*, 11, 61-77.
- Carmo, B. G. d. (2006). *Perfil sociodemográfico e epidemiológico de gestantes e recém-nascidos e fatores determinantes do peso ao nascer: um estudo de usuários do SUS em Viçosa-MG*. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais - Brasil.
- Carmo, P. C. d. C. S. d., & Moura, F. G. d. A. d. (2010). Violência doméstica: a difícil decisão de romper ou não com esse ciclo. *Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*.

- Carniel, E. d. F., Zanolli, M. d. L., Antônio, M. Â. R. d. G. M., & Morcillo, A. M. (2008). Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11, 169-179.
- Casimiro, C. (2002). Representações sociais de violência conjugal. *Análise Social*, Vol. XXXVII (Verão)(n.º 163), 603-630.
- Charles, P., & Perreira, K. M. (2007). Intimate partner violence during pregnancy and 1-year post-partum. *Journal of Family Violence*, 22(7), 609-619.
- CIG. (2010). III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2007-2010. *Comissão para a Cidadania e Igualdade do Género*.
- CIG. (2012). IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2011-2013). *Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género*.
- Cunha, M. d. A. (2008). *Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no Município de Rio Branco-AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo grávido-puerperal*. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Acedido em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-07072008-131156/pt-br.php>
- Deveci, S. E., Acik, Y., Gulbayrak, C., Tokdemir, M., Ayar, A. (2007). Prevalence of domestic violence during pregnancy in Turkish community. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*.38(4), 754-60. Acedido em <http://imsear.hellis.org/bitstream/123456789/36384/3/754.pdf>
- Devries, K. M., Kishorb, S., Johnsonc, H., Stockld, H., Bacchuse, L. J., Garcia-Moreno, C., & Wattsg, C. (2011). Violência por parceiro íntimo durante a gravidez: análise dos dados de prevalência de 19 países. *Reproductive Health Matters Journal*, 5(1), 110-124.

DGS. (1993). *Vigilância pré-natal e revisão no puerpério*. Lisboa.

DGS. (2006). Prestação de cuidados pré-concepcionais- Circular Normativa n.º 2. *Ministério da Saúde*.

Doubova, S.V., Pámanes-González, V., Billings, D.L., Torres-Arreola, L.P. (2007). Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la ciudad de México. *Revista Saúde Pública* 41(4), 582-90. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5821.pdf>

Enfermeiros, O. d. (2010). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ezechi, O. C., Kalu, B. K., Ezechi, L. O., Nwokoro, C. A., Ndububa, V. I., & Okeke, G. C. E. (2004). Prevalence and pattern of domestic violence against pregnant Nigerian women. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology: The Journal Of The Institute Of Obstetrics And Gynaecology*, 24(6), 652-656.

Falcke, D., Oliveira, D. Z. d., Rosa, L. W. d., & Bentancur, M. (2009). Violência conjugal: um fenômeno interacional1. *Contextos Clínicos* 2(2), 81-90. doi: 10.4013/ctc.2009.22.02

Fanslow, J., Silva, M., Robinson, E., & Whitehead, A. (2008). Violence during pregnancy: associations with pregnancy intendedness, pregnancy-related care, and alcohol and tobacco use among a representative sample of New Zealand women. *The Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 48(4), 398-404. doi: 10.1111/j.1479-828X.2008.00890.x

- Fanslow, J., Silva, M., Whitehead, A., & Robinson, E. (2008). Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 48(4), 391-397.
- Fawole, A. O., Hunyinbo, K. I., & Fawole, O. I. (2008). Prevalence of violence against pregnant women in Abeokuta, Nigeria. *The Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 48(4), 405-414. doi: 10.1111/j.1479-828X.2008.00868.x
- Fonseca, C. R. B. d., Strufaldi, M. W. L., Carvalho, L. R. d., & Puccini, R. F. (2012). Risk factors for low birth weight in Botucatu city, SP state, Brazil: a study conducted in the public health system from 2004 to 2008. [Article]. *BMC Research Notes*, 5(1), 60-68. doi: 10.1186/1756-0500-5-60
- Fortin, M.-F. (2003). O processo de investigação : da concepção à realização *Loures: Lusociência* 131-145.
- Garcia, M. P. G. (2009). Violência doméstica/Familiar: Enquadramento Judicial - da legislação à intervenção. *Projeto de Intervenção em Rede - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra*. Acedido em <http://www.violencia.online.pt/artigos/show.htm?idartigo=454>
- Graça, L. M. d. (2005). Medicina Materno-Fetal. In LIDEL (Ed.), (3ª ed.). Lisboa-Porto.
- Guedes, R. N., Silva, A. T. M. C. d., & Coelho, E. d. A. C. (2007). Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero. *Revista Electrónica Enfermagem*, 9(2).
- Hammoury, N., Khawaja, M., Mahfoud, Z., Afifi, R., & Madi, H. (2009). Domestic violence against women during pregnancy: the case of Palestinian refugees attending an antenatal clinic in Lebanon. *Journal of Women's Health (15409996)*, 18(3), 337-345. doi: 10.1089/jwh.2007.0740

- Hernández, C. G. (2005). Violência de gênero. Acedido em http://www.psicoterapeutas.com/violencia_de_genero.html
- Hussain, R., & Khan, A. (2008). Women's perceptions and experiences of sexual violence in marital relationships and its effect on reproductive health. *Health Care for Women International, 29*(5), 468-483.
- Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Theran, S. A., & Bogat, G. A. (2004). The impact of domestic violence on mothers' prenatal representations of their infants. *Infant Mental Health Journal, 25*(2), 79-98. doi: 10.1002/imhj.10094
- Jahanfar, S., & Malekzadegan, Z. (2007). The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in Iran University of Medical Science Hospitals. *Journal of Family Violence, 22*(8), 643-648.
- Jeanjot, I., Barlow, P., & Rozenberg, S. (2008). Domestic violence during pregnancy: survey of patients and healthcare providers. *Journal of Women's Health (15409996), 17*(4), 557-567. doi: 10.1089/jwh.2007.0639
- Kady, D. E., Gilbert, W. M., Xing, G., & Smith, L. H. (2005) - Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology, 105*(2), 357-363. Acedido em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15684165>>
- Karmaliani, R., Irfan, F., Bann, C. M., McClure, E. M., Moss, N., Pasha, O., & Goldenberg, R. L. (2008). Domestic violence prior to and during pregnancy among Pakistani women. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica, 87*(11), 1194-1201. doi: 10.1080/00016340802460263
- Kaye, D. K., Ekström, A. M., Johansson, A., Bantebya, G., & Mirembe, F. M. (2007). Escaping the triple trap: Coping strategies of pregnant adolescent survivors of

domestic violence in Mulago hospital, Uganda. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2), 180-186.

Kaye, D. K., Mirembe, F. M., Bantebya, G., Johansson, A., & Ekstrom, A. M. (2006a). Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 11(1), 90-101.

Kaye, D. K., Mirembe, F. M., Bantebya, G., Johansson, A., & Ekstrom, A. M. (2006b). Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 11(10), 1576-1584.

Keeling, J., & Mason, T. (2011). Postnatal disclosure of domestic violence: comparison with disclosure in the first trimester of pregnancy. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1/2), 103-110. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03486.x

Koenig, Linda J.; Whitaker, Daniel J.; Royce, Rachel A.; Wilson, Tracey E.; Ethier, Kathleen & Fernandez, M. Isabel (2006). Physical and Sexual Violence During Pregnancy and After Delivery: A Prospective Multistate Study of Women With or at Risk for HIV Infection. *American Journal of Public Health*, 96 (6): 1052–1059. doi:10.2105/AJPH.2005.067744

Kronbauer, J. F. D., & Meneghel, S. N. (2003). Prevalência de violência de genero perpetrada por companheiro: estudo em um serviço de atenção primária à saúde. *Violência de Género*.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. *World Health Organization*.

- Leone, J. M., Lane, S. D., Koumans, E. H., DeMott, K., Wojtowycz, M. A., Jensen, J., & Aubry, R. H. (2010). Effects of intimate partner violence on pregnancy trauma and placental abruption. *Journal of Women's Health (15409996)*, 19(8), 1501-1509. doi: 10.1089/jwh.2009.1716
- Lisboa, M., Miguens, F., Cerejo, D., & Favita, A. (2009). Inquérito Violência de Género- Região Autónoma dos Açores- Relatório Final: SociNova/CesNova/ Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa/ Região Autónoma dos Açores.
- Lowdermilk, & Perry. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.
- Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). Violência doméstica: compreender para intervir. Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde. *Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género*.
- Matos, M., & Machado, A. (2011). Violência Doméstica: Intervenção em Grupo com Mulheres Vítimas- Manual para Profissionais CIG (Ed.) Acedido em http://www.igualdade.gov.pt/IMAGES/STORIES/DOCUMENTOS/DOCUMENTACAO/PUBLICACOES/VD_INTERVENCAO_EM_GRUPO_COM_MUL.PDF
- Menezes, T. C., Amorim, M. M. R. d., Santos, L. C., & Faúndes, A. (2003). Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25, 309-316.
- Merck (2010). Manual Merck de Informação Médica: Saúde Para a Família. Acedido em <http://www.manualmerck.net/>
- Moraes, C. L., Amorim A.R. & Reichenheim, M. (2006). Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *International Journal Of Gynaecology And Obstetrics: The Official Organ Of The International Federation Of Gynaecology*

And Obstetrics, 95(3), 254-60. Acedido em
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17069816/?report=abstract>

Moraes, C. L., Reichenheim, M., & Nunes, A. P. (2009). Severe physical violence among intimate partners: a risk factor for vaginal bleeding during gestation in less privileged women? *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 88(9), 1041-1048. doi: 10.1080/00016340903128439

Moser, K., Li, L., & Power, C. (2003). Social inequalities in low birth weight in England and Wales: trends and implications for future population health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(9), 687-691.

Moura, L. M. A. d., Pereira, L. C., & Morais, S. C. R. V. (2011). A prevalência da violência doméstica em mulheres no ciclo gravídico-puerperal., Acedido em <http://www.ufpi.br/19sic/Documentos/RESUMOS/Vida/Luciane%20Maria%20Alves%20de%20Moura.pdf>

Murphy, C. C., Schei, B., Myhr, T. L., & Mont, J. D. (2001). Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 164(11), 1567-1572.

Nasir, K., & Hyder, A. A. (2003). Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence. *European Journal of Public Health*, 13(2), 105-107.

Naved, R. T., & Persson, L. A. (2008). Factors associated with physical spousal abuse of women during pregnancy in Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 34(2), 71-78.

Norway, M. o. J. o. (2009). Breaking the silence- United against domestic violence. 29th Council of Europe Conference of Ministers of Justice.

- Nunes, A. S. (2003). Violência conjugal: o papel do médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 142.
- Okada, M.M & Hoga, L.A.K. (2009). *Violência doméstica contra a mulher: estudo com puérperas atendidas em uma maternidade filantrópica*. VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido. Universidade de São Paulo.
- Olagbuji, B., Ezeanochie, M., Ande, A., & Ekaete, E. (2010). Trends and determinants of pregnancy-related domestic violence in a referral center in southern Nigeria. *International Journal Of Gynaecology And Obstetrics: The Official Organ Of The International Federation Of Gynaecology And Obstetrics*, 108(2), 101-103. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.09.024
- OMS. (2007). *Report of WHO Technical Consultacion on Birth Spacing*. Geneva, Switzerland: Acedido em http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.1_eng.pdf.
- ONU. (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, Acedido em <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/08/PDF/N9409508.pdf>
- O'Reilly, R. (2007). Domestic violence against women in their childbearing years: a review of the literature. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 25(1-2), 13-21. doi: 10.5172/conu.2007.25.1-2.13
- Orr, S. T., Miller, C. A., James, S. A., & Babones, S. (2000). Unintended pregnancy and preterm birth. *Paediatric And Perinatal Epidemiology*, 14(4), 309-313.
- Oweis, A., Gharaibeh, M., & Alhourani, R. (2009). Prevalence of violence during pregnancy: findings from a Jordanian survey. *Maternal And Child Health Journal*, 14(3), 437-445. doi: 10.1007/s10995-009-0465-2

- Oweis, A., Gharaibeh, M., Al-Natour, A., & Froelicher, E., (2009). Violence against women: unveiling the suffering of women with a low income in Jordan. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(3), 69-76. doi:10.1177/1043659608325848
- Paz, A. (2006). Violência por parceiro íntimo contra mulheres grávidas do programa saúde da família do distrito sanitário II, Recife: Universidade Federal de Pernambuco. Acedido em <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/372/273>
- Pérez-Rodríguez, M. d. R., López-Navarrete, G. E., & León-López, A. (2008). Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. (Spanish). [Article]. *Acta Pediátrica de Mexico*, 29(5), 267-272.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2009). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem : métodos, avaliação e utilização. *Porto Alegre : Artmed*, 5, 487.
- Puccia & Mamede, (2012) Revisão integrativa sobre a violência por parceiro íntimo na gestação *Revista Eletronica de Enfermagem [Internet]*, 14(4), 944-56. Acedido em <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a24.htm>.
- Quinlivan, J. A., & Evans, S. F. (2005). Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of best clinical practice. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 191-199.
- Rasmussen, K. M., & Yaktine, A. L. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*: The National Academies Press.
- Redondo, J, Pimentel I. & Correia, A. (2012). Manual Sarar - Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área

da violência familiar/entre parceiros íntimos. Acedido em <http://material.violencia.online.pt//CONTEUDOS/SARAR/Manual%20SARAR%20site.pdf>

- Regueira Naranjo, J. L., Rodríguez Ferrá, R., & Brizuela Pérez, S. (1998). Comportamiento del riesgo preconcepcional. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14, 160-164.
- Ribeiro, D. K. L., Duarte, J. M., Lino, K. C., & Fonseca, M. R. C. C. d. (2009). Caracterização das mulheres que sofrem violência doméstica na cidade de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 6(35), 264-268.
- Sagrestano, L. M., Carroll, D., Rodriguez, A. C., & Nuwayhid, B. (2004). Demographic, psychological, and relationship factors in domestic violence during pregnancy in a sample of low-income women of color. *Psychology of Women Quarterly*, 28(4), 309-322.
- Sampson, R. (2007). Violência Doméstica. *Série de Guias sobre Policiamento Orientado aos Problemas- Série de Guias para Problemas específicos, N.º 45*.
- Santos, S. A., Lovisi, G. M., Valente, C. d. C. B., Legay, L., & Abelha, L. (2010). Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 18(4), 483-493.
- Schraiber, L., d'Oliveira, A. F., Hanada, H., Figueiredo, W., Couto, M., Kiss, L., & Pinho, A. (2003). Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7, 41-54.
- Shah, P. S., & Shah, J. (2010). Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Journal of Women's Health (15409996)*, 19(11), 2017-2031. doi: 10.1089/jwh.2010.2051

- Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X. Q., Zitter, R. E., & Shakil, A. (1998). HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508-512.
- Silva, M. A. D. (2006). *Prevalência e fatores associados à violência doméstica contra as mulheres assistidas no centro de atenção à mulherimip/recife/pernambuco*. Mestre, Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira - IMIP, Recife. Acedido em [http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/mestrado%20maria%20arleide%20071130.pdf](http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/mestrado%20maria%20arleide%2020071130.pdf)
- Slegh, H. (2006). Impacto psicológico da violência contra as mulheres. *Outras Vozes*, 15.
- Sousa, M. d. (2004). Violência contra mulheres. *Boletim de Notícias: Médicos do Mundo*, 8, 5-6.
- SSI. (2013). Relatório anual de segurança interna. Sistema de Segurança Interna - Gabinete do Secretário-Geral.
- Tan, J. C. H., & Gregor, K. V. (2006). Violence against pregnant women in Northwestern Ontario. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1087, 320-338.
- Topbas, M., ÜNSAL, M., ÇAN, G., BACAK, A., & ÖZGÜN, Ş. (2008). The Effect of Pregnancy on the Physical and Sexual Abuse of Women That Presented to a State Hospital in Trabzon, Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences* 38(4), 335-342.
- UMAR, & OMA. (2013). OMA – Observatório de Mulheres Assassinadas da UMAR - Dados preliminares 2012, Acedido em <http://www.umarfeminismos.org/images/stories/oma/2012/OMA%202012.pdf>
- Umeora, O. U. J., Dimejisi, B. I., Ejikeme, B. N., & Egwuatu, V. E. (2008). Pattern and determinants of domestic violence among prenatal clinic attendees in a referral

centre, South-east Nigeria. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology: The Journal Of The Institute Of Obstetrics And Gynaecology*, 28(8), 769-774. doi: 10.1080/01443610802463819

Valladares, E., Peña, R., Ellsberg, M., Persson, L. A., & Högberg, U. (2009). Neuroendocrine response to violence during pregnancy--impact on duration of pregnancy and fetal growth. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 818-823. doi: 10.1080/00016340903015321

Vicennati, V., Pasqui, F., Cavazza, C., Pagotto, U., & Pasquali, R. (2009). Stress-related development of obesity and cortisol in women. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 17(9), 1678-1683. doi: 10.1038/oby.2009.76

Walsh, D. (2008). The Hidden Experience of Violence during Pregnancy: A Study of 400 Pregnant Australian Women. *Australian Journal of Primary Health*, 14(1), 97-105. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1071/PY08013>

WHO. (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica : primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia : resumen del informe. *Ginebra : Organización Mundial de la Salud*.

WHO. (2011). World Health Statistics 2011. *World Health Organization*, 170.

Yanikkerem, E., Karadas, G., Adiguzel, B., et al.(2006). Domestic violence during pregnancy: in Turkey and responsibility of prenatal healthcare providers. *American Journal of Perinatology*. 23(2),93-103. Acedido em http://www.unboundmedicine.com/evidence/ub/citation/16506115/Domestic_violence_during_pregnancy_in_Turkey_and_responsibility_of_prenatal_healthcare_providers

Yost, N. P., Bloom, S. L., McIntire, D. D., & Leveno, K. J. (2005). A prospective

observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 106 (1), 61-65. Acedido em

<http://europepmc.org/abstract/MED/15994618/reload=0;jsessionid=ba4X2QczpCJoVk>

ANEXOS

Anexo I

Quadro resumo dos artigos consultados

Quadro: Resumo e Análise dos Artigos

Autor/Ano	Publicação /Pais	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão	NE
Nasir; Hyder (2003)	European Journal of Public Health Inglaterra	Conhecer a prevalência de VD durante a gravidez; Pesquisar os fatores de risco associados e verificar o impacto da mesma na gravidez.	Revisão sistemática da literatura Inclui seis estudos de países em desenvolvimento focados em avaliar a prevalência, os fatores de risco associados e as consequências da VD durante a gestação.	A VD nos países em desenvolvimento variou entre os 4% e os 29%. Os principais fatores de risco foram: baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade em ambos os cônjuges e gravidez não planejada. Como impacto na gravidez verificou-se baixo peso do RN ao nascer.	A vulnerabilidade da mulher grávida à VD, e as suas consequências, são uma questão de Saúde Pública alarmante nos países em desenvolvimento e solicita a implementação de melhores estratégias preventivas.	I
Menezes; Amorim; Santos; Faúndes (2003)	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria Brasil	Determinar a prevalência de VD física sofrida durante a gravidez; Estudar os principais fatores de risco e determinar as complicações perinatais associadas.	Estudo descritivo, transversal, incluindo 420 mulheres que tiveram o parto numa maternidade terciária do nordeste do Brasil, tendo usado o instrumento de avaliação de abuso - "AAS - Abuse Assessment Screen"	A prevalência de VD física doméstica antes da gravidez foi de 13,1% e 7,4% durante a gravidez. O padrão de violência alterou-se durante a gravidez, tendo cessado em 43,6%, diminuído em 27,3% e aumentado em 11% dos casos. Os fatores de risco foram: baixa escolaridade e história de violência familiar da grávida, consumo de álcool e desemprego por parte do companheiro/cônjuge. Nas vítimas de VD existiu mortalidade neonatal elevada.	Encontrou-se uma elevada prevalência de VD física durante a gravidez. Entre as vítimas de violência, a mortalidade neonatal foi elevada.	IV
Boy; Salihu (2004)	International Journal of Fertility and Women's Medicine EUA	Encontrar possíveis evidências que associassem a VD física e psicológica a situações adversas na gravidez, comparando grávidas vítimas e não vítimas de VD.	Revisão sistemática da literatura Incluiu 30 estudos, depois de uma extensa pesquisa da literatura utilizando palavras-chave e após a consulta de	Os resultados adversos, que surgiram na gravidez, incluíram mortalidade materna e mortalidade infantil mais significativas nas mulheres vítimas de VD comparativamente com as não vítimas. As grávidas vítimas de VD apresentaram, com maior frequência, infecções renais, menos ganho ponderal durante a gravidez e maior probabilidade de cesariana. A morbidade fetal incluiu o baixo peso, parto prematuro e LIG.	A VD perpetrada pelo companheiro/cônjuge, é muitas vezes um evento de risco de vida para a mãe e para o feto. O nível de morbidade e mortalidade materno-fetal, representa uma clara justificação para o rastreio sistemático e por rotina para diagnosticar a presença de VD durante a gravidez.	I

			296 artigos, relacionados com a VD física e psicológica e quais as suas consequências na gravidez.	O risco de mortalidade materna por VD foi mais elevada para as mulheres de raça negra e solteiras. A VD foi também responsável pelo aumento de morte fetal na gravidez.		
Ezechi; Kalu; Ezechi; Nwokoro, Ndububa; Okeke (2004)	Journal of Obstetrics and Gynaecology Inglaterra	Avaliar a prevalência e o padrão de VD em mulheres grávidas na Nigéria.	Estudo descritivo, correlacional realizado em 522 mulheres grávidas em dois hospitais privados da Nigéria através de um questionário estruturado sobre a experiência de VD.	Das 522 mulheres grávidas, 104 recusaram-se a responder ao questionário. Das 418 inquiridas, 47,1% referiram ter sido vítimas de VD durante a gravidez. Dessas vítimas 11, 7% sofreram VD pela primeira vez na gravidez e 49,2% já eram vítimas antes de engravidar. A forma de violência mais usada foi a psicológica, seguida da física e depois a sexual. Na maioria dos casos o agressor foi o marido ou namorado e em 88,2% dos casos as grávidas estavam determinadas em manter a relação por acreditarem que a violência iria cessar. Não se encontrou relação entre a prevalência de VD, padrão de abuso e características sociodemográficas.	A VD é comum na Nigéria e os profissionais de saúde devem estar atentos para os sinais de violência para tentar proteger as mulheres de mais abusos.	IV
Sagrestano; Carroll; Rodriguez; Nuwayhid (2004)	Psychology of Women Quarterly EUA	Verificar as diferenças étnicas em variáveis demográficas, psicológicas, de relacionamento e violência. Analisar as diferenças entre os 3 grupos de grávidas que foram vítimas de violência.	Estudo descritivo, correlacional realizado em 200 mulheres grávidas com gestação mínima de 20 semanas.	As mulheres grávidas latinas tinham melhor apoio social pelo pai da criança, maior satisfação e menos agressões verbais do que as afro-americanas vítimas de VD. Nos grupos de grávidas vítimas, verificaram que o sub grupo de grávidas com VD iniciada durante a gestação, apresentaram valores elevados comparativamente com os sub grupos de vítimas de VD mantida e vítimas de VD que cessou na atual gestação.	Um número significativo de mulheres refere que experienciam VD pela primeira vez durante a gravidez atual. Para as afro-americanas os fatores associados a VD foram: falta de apoio; menor satisfação e mais interações negativas com o pai da criança e mais violência verbal.	IV

Yost; Bloom; McIntire; Leveno (2005)	Obstetrics & Gynecology EUA	Avaliar se as grávidas tinham risco acrescido de desenvolver complicações materno-fetais durante o trabalho de parto e pós parto.	Estudo observacional prospectivo de violência doméstica durante a gravidez aplicado em 16041 mulheres, comparando vitima e não vítimas de VD.	As vítimas de violência verbal apresentaram maior incidência de baixo peso ao nascer. A VD física foi associada ao aumento de morte neonatal. As grávidas que recusaram responder ao inquérito apresentaram uma maior taxa de descolamento de placenta, filhos com baixo peso ao nascer, prematuridade abaixo das 32 semanas e com maior necessidade de cuidados intensivos neonatais.	Fatores associados à VD: Baixo peso ao nascer aumento de morte neonatal. As mulheres que recusaram ser avaliadas em relação à VD apresentaram risco acrescido de desenvolverem complicações materno-fetais.	II
Kady; Gilbert; Xing; Smith (2005)	Obstetrics & Gynecology EUA	Avaliar os resultados perinatais de mulheres internadas, vítimas de agressão durante a gravidez.	Estudo de base populacional retrospectivo com vítimas de agressão durante a gravidez em 2070 mulheres hospitalizadas.	As grávidas vítimas de agressão eram mais jovens, múltiparas e atrasavam a vigilância pré-natal comparativamente com as não vítimas. Apresentaram também altas taxas de prematuridade, mortalidade materno-fetal e rotura uterina. Em internamentos seguintes as grávidas apresentaram risco aumentado de hemorragia, descolamento de placenta e baixo peso ao nascer.	As grávidas que sofrem agressões durante a gravidez apresentam complicações imediatas e sequelas a longo prazo.	III
Ahmed; Koenig; Stephenson (2006)	American Journal of Public Health EUA	Verificar qual a influência da VD mortalidade perinatal, neonatal e infantil.	Estudo descritivo-correlacional, de prevalência de VD, em 2199 mulheres grávidas na Índia.	As grávidas do estudo eram maioritariamente jovens, múltiparas, sem estudos e com maridos mais velhos 5 anos de idade. A VD esteve presente, na última gravidez, em 18,3% (402).Estas mulheres tiveram risco aumentado de mortalidade perinatal e neonatal comparativamente com as que não foram vítimas.	A VD apresentou-se como um importante fator de risco na mortalidade perinatal e neonatal.	IV
Koenig; Whitaker, Royce; Wilson; Ethier,; Fernandez (2006)	American Journal of Public Health EUA	Descrever e comparar taxas de prevalência e fatores de risco de violência em mulheres no final da gravidez e seis meses pós-parto.	Estudo prospetivo realizado em quatro estados americanos em grávidas com e sem HIV.	Das mulheres inquiridas 8,9% referiram ter sido vítimas de violência durante a gravidez e 4,9% no pós-parto. A violência sexual raramente ocorreu sem violência física. Os fatores preditores de VD foram: mudança de parceiro, mudança frequente de residência, não apoio financeiro e diagnóstico de HIV na atual gravidez.	A VD é mais vivenciada na gravidez no que no pós-parto e tem como fatores associados os indicadores socioeconómicos e comportamentais.	III

Yanikkerem; Karadas; Adiguzel; (2006)	American Journal of Perinatology EUA	Estimar a prevalência e os grupos de risco de violência doméstica durante a gravidez. Determinar as complicações pré-natais ou problemas de saúde associados.	Estudo, transversal e de pesquisa domiciliar de base populacional na Turquia, incluindo 217 mulheres utilizando um questionário com diferentes variáveis e uma escala que avaliou a frequência e gravidade da VD.	A prevalência de VD pelo parceiro foi de 9,7% durante a gravidez, maioritariamente residentes em áreas rurais. Em 14,3% das mulheres a VD iniciou-se antes da gravidez. Mulheres grávidas vítimas, comparativamente com as não vítimas, apresentaram: baixo rendimento, baixa escolaridade, solteiras, múltiparas, com uma maior duração do relacionamento, com gestações não planeadas, história de abortamento, fumavam mais cigarros e não faziam vigilância de gravidez.	A maioria das grávidas sentiam-se tendencialmente isoladas, inseguras, deprimidas e não relatava a VD aos profissionais de saúde. Devem ser modificados ou realizados protocolos de atendimento às grávidas na vigilância pré-natal, para detetar VD e/ou evitar episódios recorrentes nas mulheres vítimas de modo a serem orientadas adequadamente e a prevenir situações de novo abuso.	IV
Paz (2006)	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade Brasil	Investigar a prevalência de VD em grávidas pelo parceiro íntimo e seus fatores associados.	Entrevista a 400 mulheres com gravidez a partir da 31ª semana, numa unidade de saúde primária realizando um estudo transversal, descritivo e correlacionam.	A prevalência de VD durante a gravidez foi de 28,5% nas suas três dimensões. A violência psicológica, física e sexual tiveram prevalências de 26,7%; 11,5% e 4,0%; respectivamente. A prevalência de VD antes da gravidez foi de 28,8%, e dessas 66,6% continuaram a ser agredidas durante a gestação. Os fatores associados foram: antecedentes de VD; grávidas com baixa escolaridade, desempregadas ou estudantes, em mulheres jovens e sem relacionamento estável, de raça não branca. Os parceiros com maior probabilidade de cometer VD foram os mais jovens, com baixa escolaridade, alcoólicos ou com consumo de outras drogas.	As altas prevalências das várias formas de violência encontrada em grávidas vigiadas nos serviços de saúde primária reforçam a necessidade dos profissionais de saúde estarem atentos ao agravamento de situações de VD e instituírem estratégias de prevenção das mesmas.	IV
Kaye; Mirembe; Bantebya; Johansson; Ekstrom (2006b)	Tropical Medicine and International Health EUA	Investigar a VD durante a gravidez e quais os fatores de risco associados.	Estudo prospectivo em mulheres vítimas e não vítimas de VD realizado em Uganda, num total 612 que se encontravam no 2º trimestre da gestação sendo acompanhadas até ao parto, aplicando o instrumento de avaliação de abuso -	A exposição a VD foi 27,7%, da qual 27,8% foi violência física, 24, 8% psicológica e 2,7% sexual. As mulheres residentes em famílias nucleares com bom índice de aglomeração apresentaram maiores taxas de VD comparativamente com as que viviam em famílias mais extensas, com mau índice de aglomeração. As vítimas de VD apresentaram maior probabilidade de risco para o baixo peso ao nascer e maior probabilidade de internamentos por complicações obstétricas.	A VD revelou-se fator de risco para o parto pré-parto, baixo peso ao nascer e risco de complicações obstétricas com internamento na gravidez.	III

			"AAS - Abuse Assessment Screen"			
Kaye; Mirembe; Bantebya; Johansson; Ekstrom (2006a)	Tropical Medicine and International Health EUA	Comparar a VD em mulheres que estiveram grávidas e sofreram aborto espontâneo ou induzido.	Estudo de caso-controle de mulheres que procuraram assistência após sofrerem abortamento no hospital de Uganda.	Identificaram-se 333 (casos) de aborto induzido e 609 (controle) de aborto espontâneo. Após comparação com as variáveis em estudo as vítimas de VD com abortamento induzido eram jovens, solteiras, com menos filhos e partos e apresentavam gravidez indesejada e não planejadas comparativamente com o grupo das mulheres com abortamento espontâneo.	A VD é um fator de risco para a gravidez indesejada e aborto induzido.	III
Doubova; Pámanes-González; Billings; Torres-Arreola (2007)	Revista Saúde Pública Brasil	Analisar os fatores relacionados à VD em mulheres grávidas.	Estudo transversal, descritivo em 383 grávidas que recorreram aos serviços de cuidados primários no México.	A VD foi encontrada em 31,1% das mulheres grávidas inquiridas, sendo a violência psicológica a mais referida (93,3%), seguida da violência física (35,8%) e por fim violência sexual (8,3%). Das inquiridas, vítimas e não vítimas, apenas 20% sabiam onde recorrer em caso de VD. Os fatores associados à VD foram: grávida solteira, que vive com o parceiro, com antecedentes de violência na infância, com alterações emocionais e consumo de bebidas alcoólicas por ambos (grávida e parceiro).	Os resultados reforçam a VD contra as mulheres grávidas no México continua a ser um problema comum. É importante sensibilizar profissionais de saúde sobre o tema, de modo a que as equipas de saúde possam realizar programas de detecção precoce de violência e proporcionar às mulheres, cuidados e orientação adequada.	IV
Deveci; Acik; Gulbayrak; Tokdemir; Ayar (2007)	Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health Ásia	Determinar a prevalência de VD e fatores associados em grávidas casadas.	Estudo descritivo e correlacional em 249 grávidas casadas numa comunidade da Turquia.	Das grávidas inquiridas, 28,9% já tinham sido vítimas de VD física pelo menos uma vez durante o casamento. A prevalência de VD verbal na gestação atual, por parte do parceiro, foi de 30,5%, a física foi 4,8% e sexual 4,4%. Em 25,7% dos casos, a grávida foi exposta aos diferentes tipos de violência em gestações anteriores. Os fatores associados a VD foram: maior número de filhos, hábitos alcoólicos do parceiro e baixo estrato socioeconómico.	A VD pode continuar durante a gravidez. As grávidas apresentaram uma taxa significativa de VD nas suas três dimensões. A VD deve ser uma prioridade para a saúde pública, pois a tomada de consciência de violência, por si só, não é suficiente.	IV
Jahanfar; Malekzadegan (2007).	Journal of Family Violence EUA	Determinar a prevalência de VD em grávidas nas suas três dimensões (física, psicológica e sexual).	Estudo transversal, descritivo e correlacional, em 1800 mulheres grávidas em hospitais públicos no Irão.	A prevalência de VD foi de 60,6% nas suas diferentes dimensões. A VD física foi de 14,4%, a psicológica de 60,5% e a sexual de 23,5%. A severidade da VD física foi ligeira em 39,2%, 55,5% moderada e grave em 5,3%, da VD psicológica ligeira 66,9%, moderada 8,5% e grave 24,6%.	A VD nas suas três dimensões teve uma elevada prevalência. Todas as grávidas deveriam ser questionadas sobre VD no decorrer das consultas de vigilância. Os fatores culturais, fatores económicos e religiosas levam muitas	IV

		Determinar o grau de severidade de VD nas diferentes dimensões.	Foi utilizado o questionário modificado para prevalência de VD da OMS.	A severidade da VD sexual: 83,6% ligeira, 13,4% moderada e 3,4% grave.	mulheres a tolerar a VD por parte do seu companheiro/cônjuge.	
Audi; Segall-Corrêa; Santiago; Andrade; Pèrez- Escamila (2008)	Revista Saúde Pública Brasil	Identificar os fatores associados à VD durante a gravidez.	Estudo de coorte, com análise descritiva e regressão logística múltipla dos dados, em 1379 grávidas entrevistadas em unidades de cuidados de saúde primários.	Do total da amostra, 19,1% das grávidas referiram violência psicológica e 6,5% violência física/sexual. Os fatores associados à violência psicológica: companheiro/cônjuge adolescente e grávida que presenciou agressão física antes dos 15 anos. Os fatores associados à violência física/sexual: dificuldade da grávida em comparecer às consultas vigilância pré-natal, companheiro/cônjuge desempregado e com uso de drogas). Os fatores associados à violência psicológica e física/sexual: baixa escolaridade da grávida, ser responsável pela família, ter sofrido agressões físicas na infância, e presença de transtorno mental.	Constataram-se prevalências elevadas nas diferentes dimensões de VD pelo companheiro/cônjuge durante a gravidez. Foram encontrados diversos fatores a elas associados. São necessários mecanismos apropriados para identificação e abordagem da VD na gravidez, especialmente no sector primário.	IV
Fanslow; Silva; Robinson; Whitehead (2008)	Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology Austrália e Nova Zelândia	Conhecer a relação entre VD, por parte do parceiro, com mulheres grávidas que tiveram abortamentos espontâneos ou induzido.	Entrevistas realizadas a 2391 mulheres que já tinham estado grávidas, escolhidas de forma aleatória. Estudo descritivo correlacional e na análise de dados utilizou-se a regressão logística.	Uma em cada três mulheres, que já tinha estado grávidas, relatara ter tido pelo um aborto e uma em dez relataram interrupção da gravidez. Mesmo controlando para possíveis fatores de confusão, as mulheres que experienciaram VD por parte do parceiro, foram 1,4 vezes mais propensas a relatar que já teve um aborto espontâneo em comparação com as mulheres que nunca tinham sofrido violência. A Etnia foi significativamente associada com a experiência de um aborto, uma vez que mulheres asiáticas foram 3,5 vezes mais propensas a abortamento em comparação com as mulheres do pacífico.	A VD por parte do parceiro foi um fator significativamente associado a abortamentos espontâneos e abortamentos induzidos. Nos serviços de saúde devem estar atentos e ter conhecimento desta ligação entre VD e abortamento.	IV
Karmaliani; Irfan; Bann; McClure; Moss; Pasha; Goldenberg (2008)	Acta Obstetricia et Gynecologica Inglaterra	Investigar a VD antes e durante a gravidez entre as mulheres paquistanesas.	Estudo prospectivo e observacional de grávidas residentes numa zona urbana do Paquistão, usando a escala da OMS para avaliar a experiência de VD.	A VD foi relatada por 51% das mulheres, antes e/ou durante a gravidez. Destas 47% referiu abuso 6 meses antes da gravidez e 38% durante a gravidez. A violência psicológica foi de 24%, a física e/ou sexual de 14% durante a gravidez. Quanto à gravidade da VD em 17% dos casos diminuiu com a gravidez e em 8% tornou-se mais severa.	A VD é comum entre as mulheres paquistanesas em idade reprodutiva, sugerindo a necessidade de uma triagem durante o período pré-natal para apoio e encaminhamento. São necessárias mais pesquisas para determinar os fatores de risco e avaliar o impacto da VD na gravidez.	IV

Jeanjot; Barlow; Rozenberg (2008)	Journal of women's health EUA	Estimar a prevalência da VD em mulheres grávidas, identificar fatores de risco de VD. Avaliar a atitude dos profissionais de saúde para o rastreio de violência doméstica.	Estudo descritivo em que entrevistaram 200 puérperas, numa maternidade da Bélgica, e 56 profissionais de saúde	A prevalência de VD na gravidez foi de 11%. Em 70% dos casos o companheiro/cônjuge foi o agressor. A violência psicológica foi de 45,5% e a física e/ou sexual de 6%. Em 51,5% dos casos a VD iniciou-se ou aumentou de intensidade quando comunicaram a gravidez. A maioria dos profissionais de saúde não faz controle sistemático de VD durante a gravidez por causa de barreiras linguísticas e culturais, o medo de chocar o paciente, e falta de competência na forma de gerir o problema.	O rastreio sistemático da violência doméstica, durante a gravidez, deve ser efetuado tendo em conta a sua alta prevalência.	IV
Fawole; Hunyinbo; Fawole (2008)	Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology Austrália e Nova Zelândia	Determinar a prevalência de VD em antes e durante a gravidez.	Estudo descritivo e transversal, através de questionário aplicado a 534 grávidas 12 meses antes e durante a gravidez.	A prevalência de VD antes da gravidez foi de 14,2% e durante a gravidez de 2,3%. O tipo de VD mais utilizada foi a psicológica com abuso verbal em 66,2% e ameaças de violência em 6,8%. A VD física com agressões em 10,8% dos casos e bofetadas em 9,5%. A violência sexual verificou-se em 2,7%. O agressor, em 65,8% foi o companheiro/cônjuge. Como fatores associados encontraram a baixa escolaridade da mulher e companheiro/cônjuge, uniões poligâmicas e o consumo de álcool por parte dos parceiros.	A violência de gênero surge antes e depois da gravidez. Os profissionais de saúde devem avaliar por rotina a VD durante as visitas pré-natais, a fim de proteger a saúde da mãe e da criança.	IV
Hammoury; Khawaja; Mahfoud; Afifi; Madi (2009)	Journal of women's health EUA	Determinar os fatores associados com VD nas mulheres grávidas refugiadas.	Estudo descritivo e transversal com colheita de dados realizada apenas a grávidas não acompanhadas pelos seus maridos ou por parentes, procurando relatos de abuso físico e psicológico.	A VD foi significativamente associada ao nível educacional (maior probabilidade de abuso para as mulheres com menor escolaridade e ensino médio ou secundário em comparação com as mulheres com formação universitária). Foi também associada à idade gestacional (maior abuso no terceiro trimestre), ao medo do Companheiro/cônjuge no domicílio e a gravidez não desejada.	As maiorias das mulheres palestianas refugiadas são submetidas a VD física ou psicológica em algum momento das suas vidas. A violência contra as mulheres grávida refugiadas no Líbano foi evidente	IV

Santos; Lovisi; Valente; Legay; Abelha (2010)	Cadernos de Saúde Colectiva, Rio de Janeiro Brasil	Determinar a prevalência e fatores associados a VD antes e durante a gravidez.	Estudo descritivo aplicado a 331 grávidas, no 3º trimestre da gravidez, usando a escala de avaliação de VD "AAS - Abuse Assessment" numa unidade básica de saúde.	A VD ao longo da vida foi de 42,6%, sendo que 9,4% foi violência física no último ano. A VD durante a gravidez foi de 5,1% sendo que 2,1% relataram abuso sexual e 5,4% referiram ter medo. Como fatores associados encontramos história de baixo peso ao nascer e prematuridade, depressão e abuso de álcool e drogas.	A compreensão entre a VD e os fatores a ela associados durante a gravidez, podem facilitar a identificação de situações de risco de violência nas consultas de vigilância e assim promover ações que reduzam as consequências nefastas que daí podem ocorrer na saúde materno-fetal.	IV
Leone; Lane; Koumans; DeMott; Wojtowycz; Jensen; Aubry (2010)	Journal of women's health EUA	Verificar a associação da VD, por parte do companheiro/ Cônjuge, e as complicações na gravidez.	Revisão e análise de dados clínicos pré natais e hospitalares, referentes a 2873 grávidas que tiveram os seus filhos numa cidade do Nordeste, utilizando regressão logística.	Das 2873 mulheres 105 (3.7%) referiram VD por parte do companheiro/cônjuge durante a gravidez. Depois de controladas as variáveis sociodemográficas e variáveis como o álcool, tabaco, drogas, pré-eclampsia e diabetes gestacional, as gestantes que referiram VD apresentaram uma maior probabilidade de trauma e descolamento de placenta durante a gravidez.	Devem-se criar estratégias e intervenções políticas para a VD em mulheres grávidas para se efetuar uma triagem eficaz, podendo assim aumentar a atuação nas vítimas de violência.	III
Devries; Kishorb; Johnsonc; Stockld; Bacchuse; Garcia-Moreno; Wattsg (2011)	Reproductive Health Matters Journal Inglaterra	Descrever a prevalência de violência pelo parceiro íntimo durante a gravidez em 19 países. Analisar as tendências dessa ocorrência de acordo com os grupos de idade e regiões das Nações Unidas	Análise de dados secundários a partir das pesquisas de Demografia e Saúde (DHS - 20 pesquisas em 15 países) e das pesquisas Internacionais de Violência Contra as Mulheres (quatro pesquisas em quatro países), conduzidas entre 1998 e 2007	A prevalência de VD durante a gravidez variou entre 2% na Austrália, Camboja, Dinamarca e Dinamarca a 13,5% no Uganda. As prevalências mais elevadas foram nos países africanos e latino-americanos quando comparados a países europeus e asiáticos. Durante a gravidez, a VD é mais comum do que determinadas condições de saúde existentes na gestação. Obtiveram-se prevalências de VD mais baixas durante a gravidez quando comparadas com a VD ao longo da vida. A prevalência de VD ocorreu nas idades mais jovens (entre os 15 e 35 anos) diminuindo levemente após os 35 anos de idade. A VD durante a gravidez está associado a infecções renais, ganho de peso abaixo do desejável durante a gravidez e baixo peso do RN ao nascer.	A violência durante a gravidez é mais comum do que muitas condições de saúde materna já reconhecidas e identificadas durante a vigilância pré-natal. As mulheres não estão imunes à violência durante a gravidez. As iniciativas globais para reduzir a mortalidade materna e melhorar a saúde materna devem dar mais atenção à VD contra as mulheres, particularmente durante a gravidez.	I

Anexo II
Questionário

Violência na gravidez? Prevalência e alguns fatores associados

Assinatura da Utente

Assinatura do Investigador

Data: __/__/__

.....

Consentimento Informado da utente para participar no estudo

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar no estudo a realizar no âmbito de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, subordinado ao tema: **Violência na gravidez? Prevalência e alguns fatores associados**. Compreendo que este questionário fará parte de um trabalho de Investigação, que tem como objectivos - Determinar a prevalência da violência doméstica durante a gravidez - Caracterizar as grávidas vítimas de Violência Doméstica; - Identificar alguns fatores associados a violência durante a gravidez

Estou informada sobre os objectivos do estudo e:

- 1 - Responderei às questões neste hospital/maternidade.
- 2 - As minhas respostas não serão reveladas a ninguém
- 3 - A informação resultante deste estudo não me identificará em nenhuma circunstância.
- 4 -Participo ou não, ou se me recusar a responder a alguma questão não serão afectados os serviços ou cuidados de que eu vier a necessitar dos profissionais de saúde.
- 5- Compreendo que este estudo contribuirá para prestar cuidados de qualidade e culturalmente competentes ao conhecer a população vítima de violência em Portugal
- 6 - Não receberei nenhum benefício directo como resultado da minha participação.
- 7 - Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar as investigadoras pelo contacto:
Fátima Susana Almeida – 969823522 ou 232420500 extensão 203 ou 206
Emília Coutinho – 961011800 ou 232419100
- 8 - Responderei livremente às questões. Fui informada que esta participação é totalmente voluntária.
- 9- Estou informada de que o estudo em que agora participo foi previamente autorizado pelo Conselho de Administração da Instituição onde me encontro.

Violência na gravidez? Prevalência e alguns fatores associados

Este estudo desenvolve-se no âmbito académico O questionário é anónimo e confidencial.

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

- 1- Instituição _____
- 2- Qual é a sua idade? _____ Anos
- 3- Qual é a idade do seu companheiro/cônjuge? _____ Anos
- 4- Qual é a sua nacionalidade? _____
- 5- Raça/Etnia: Branca Negra Amarela Indeterminada. Qual? _____
- 6- Qual é a nacionalidade do seu companheiro/cônjuge? _____
- 7- Qual é o seu estado civil: Solteira Casada União de facto Divorciada Viúva
- 8- Qual é o seu local de residência? Aldeia Vila Cidade
- 9- Quais são as suas habilitações literárias?
 Inferior ou igual a 4 Anos Entre 7 e 9 Anos Curso técnico-profissional Licenciatura Doutoramento
 Entre 5 e 6 Anos Entre 10 e 12 Anos Bacharelato Mestrado Outra _____
- 10- Quais são as habilitações literárias do seu companheiro/cônjuge?
 Inferior ou igual a 4 Anos Entre 7 e 9 Anos Curso técnico-profissional Licenciatura Doutoramento
 Entre 5 e 6 Anos Entre 10 e 12 Anos Bacharelato Mestrado Outra _____
- 11- Qual é a sua formação profissional? _____
- 12- Qual é a sua profissão actual? _____
- 13- Qual é a formação profissional do seu companheiro? _____
- 14- Qual é a Profissão actual do seu companheiro? _____
- 15- Qual é a sua situação profissional actual?
 Empregada Desempregada
- 16- Qual é a situação profissional actual do seu companheiro?
 Empregada Desempregada
- 17- Vive em casa:
 Própria Emprestada Alugada
- 18- Tem internet em casa? Não Sim
- 19- Quais são as condições da sua casa? (Assinale as opções correctas)
 Tem saneamento Tem electricidade Tem casa de banho Tem água canalizada
- 20- Quantas assoalhadas tem a sua casa (nº de quartos e salas)? _____ Assoalhadas
- 21- Quantas pessoas residem na sua casa? _____ Pessoas
- 22- Qual é o Rendimento mensal do seu agregado familiar? <500 500-1000 1000-1500 1500-2000 >2000 Euros
- 23- Tem carro próprio? Não Sim.
- 24- Qual a sua estatura (altura) _____
- 25- Qual o seu peso antes da gravidez? _____ Kg
- 26- Quanto aumentou de peso durante a gravidez? _____ Kg

PARTE II- VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

- 1 - Esta gravidez foi planeada? Não Sim Sim, mas não para esta altura
- 2 - Quem desejou este filho? (pode assinalar mais do que uma opção)
 Eu O pai da criança Ambos Nenhum Outro. Qual? _____
- 3 - Durante a gravidez foi a alguma consulta de vigilância?
 Não Sim Se respondeu não, passe para a pergunta 6
- 4 - Onde realizou as consultas de vigilância?
 Centro de Saúde Clínicas Privadas/ médico particular
 Maternidade/Consulta Externa Outro. Qual? _____
- 6 - No contexto desta gravidez, quantas consultas realizou?
Antes de engravidar? _____ Consultas
Durante a gravidez? _____ Consultas

7 – Se não fez consultas ou não fez as que desejaria, quais os motivos que a impediram? (assinale com uma cruz a(s) opções)

Pensei que não fosse necessário	
Falta de dinheiro	
Falta de tempo	
Por sentir que me julgavam	
Por sentir que não me davam apoio	
Falta de transporte	
Não ter ninguém para cuidar dos outros filhos	
Ter dificuldade em conciliar a consulta com o horário de trabalho	
O médico ter muitas clientes	
Pensar que não tinha direito às consultas	
Dificuldade em marcar consulta	
Não sabia que estava grávida	
A gravidez era mantida em segredo	
Já sabia o que fazer por experiências anteriores	
Não tinha problemas de saúde	
Conhecer outras mulheres que não foram às consultas tendo-lhes corrido tudo bem	
Estava noutro país	
Não sabia para onde me dirigir	
Má experiência com o médico na gravidez anterior	
Falta de confiança nos serviços de saúde	
O meu marido ou companheiro não concordava com as consultas	
Medo de ter problemas legais (imigração)	
Correr o risco de ser atendida por profissionais do sexo masculino	
Ter dificuldade em falar português	
Não ter companhia	
Outro. Especifique:	

8- Fumou durante a gravidez? Não Sim. Se sim quantos cigarros fumou por dia? _____ Cigarros

9- Ingeriu bebidas alcoólicas durante a gravidez? Não Sim. Se sim Todos os dias Algumas vezes Frequentemente Sempre

10- Consumiu drogas ilícitas durante a gravidez? Não Sim. Se sim quais as drogas que consumiu? _____

11- Antes de engravidar tinha algum problema de saúde? Não Sim. Se sim, qual? _____

12- Durante a gravidez teve algum problema de saúde? Não Sim. Se sim, qual? _____

13- Esteve internada durante a gravidez? Não Sim. Se sim, qual o motivo? _____

PARTE III- VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS

- 1- Quantas vezes esteve grávida (incluindo esta) _____ vezes
- 2- Quantos filhos tem (incluindo este)? _____ filhos
- 3- Com quantas semanas de gravidez nasceu este filho? _____ semanas
- 4- Esta gravidez foi aceite pelo pai da criança e família? Não Sim.
- 5- Qual o peso de nascimento deste filho _____ Gramas

PARTE IV – VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

(Responda a estas perguntas tendo como referência os últimos 12 meses e última gravidez)

1- Alguma vez foi vítima de violência? Não Sim. Se sim por quem? companheiro marido ex-marido familiar estranho outro

2- Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior e não denunciou a situação, quais os motivos que a levaram a não fazer essa denúncia? (Pode assinalar mais do que uma resposta)

Medo	
Falta de recursos económicos	
Ausência de apoio familiar	
Falta de confiança nas autoridades	
Falta de informação	
Vergonha	
Respeito para com a família	
Receio de perder os filhos	
Promessa de mudança de comportamento	
Ameaça	
Falta de apoio	

Escala adaptada do questionário modificado para prevalência de violência doméstica de Shayesteh Jahanfar (2007)

A seguir encontra uma lista de significados, organizados numa escala com um valor numérico entre 1 e 5, onde vai assinalar o número que lhe parece traduzir a sua situação. Cada um dos números tem o seguinte significado:

- 1- Nunca
- 2- Raramente
- 3- Algumas vezes
- 4- Muitas vezes
- 5- Frequentemente

Assinale o número que melhor traduz a sua situação.

3- Nos últimos doze meses com que frequência o seu marido/companheiro

	1	2	3	4	5
1. A agrediu fisicamente?					
2. A ofendeu com insultos?					
3. A ameaçou?					
4. Gritou consigo?					
5. A ameaçou com arma de fogo ou arma branca (faca/navalha)?					
6. A esbofeteou (bofetadas)?					
7. A esmurrou (murros)?					
8. A pontapeou (pontapés)?					
9. A empurrou?					
10. A amachucou?					
11. A queimou?					
12. A agrediu até ficar com fracturas de ossos?					
13. A agrediu até ficar com lesão de órgãos internos?					
14. Teve ou tem medo dele?					
15. Ameaçou a sua vida?					
16. Ameaçou magoar alguém importante para si?					
17. Abusou emocionalmente de si?					
18. Usou linguagem ofensiva consigo?					
19. Usou linguagem ofensiva com a sua família, na presença ou na ausência deles?					
20. Não aceitou os seus princípios ou crenças?					
21. Ameaçou os seus filhos?					
22. A abandonou a si e aos filhos?					
23. A impediu de sair de casa?					
24. A impediu de ir ter com amigos, familiares ou ir a cerimónias ou outros sítios que goste de ir?					
25. A impediu de arranjar emprego?					
26. A impediu de estudar?					
27. Lhe limitou o dinheiro, comida ou roupa?					
28. A forçou a ter relações sexuais?					
29. Usou de violência durante as relações sexuais					
30. A deixou ferida fisicamente devido a relações sexuais violentas?					
31. Outras agressões? _____					

4- Caso a tenham deixado ferida fisicamente devido a relações sexuais violentas, essas lesões foram:

- 4.1-Rotura perineal (canal vaginal) 4.2- Rotura rectal 4.3-Rotura da uretra (canal urinário) 4.4-Hematoma do perneo

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo III

Pedido e autorização para aplicação de escala de HITS



Permission to use HITS

Fátima Susana Almeida <fs.mestrado@gmail.com>
Para Kevin_Sherin@doh.state.fl.us

15 de Outubro de 2012 às 00:54

Dear Sir Sherin,

My name is Fátima Susana Almeida and I'm a Midwife in Portugal, in the maternity of the Viseu Hospital. I am also a student of the Obstetrics and Maternal Health Masters, from "Escola Superior de Saúde de Viseu" and I am currently studying the prevalence of domestic violence on pregnant women.

I read about your "**domestic violence screening tool for use in the community**" - HITS and I think it would be extremely interesting and very important, to include in my questionnaire.

So I am writing you in order to ask you for the permission to use HITS in my study. I would also kindly ask if you could provide me the data of HITS in order to be able to statically interpret the collected data.

If you have any question concerning my study, please do not hesitate in contacting me.

Hope to hear from you soon

Yours faithfully,

Fátima Susana Jesus Almeida

Sherin, Kevin <Kevin_Sherin@doh.state.fl.us>
Para Fátima Susana Almeida <fs.mestrado@gmail.com>

15 de Outubro de 2012 às 10:59

Cc: Carol Wick <cwick@harborhousefl.com>, Carol Wick <cwick@harborhouaeff.com>

Dear Fatima—Go ahead and use the HITS tool for your practice of midwifery . If you can send me a Portuguese translation I can make use of that here in Orlando FL USA. You can scan it and send to ksherin@yahoo.com or mail to me at Orange County Health dept 6101 Lake Ellenor drive. Orlando FL USA 32809. Please use ksherin@yahoo.com as contact info on copies and please don't use the HITS tool for commercial purposes but just for your patients. Thanks! Kevin

Sent from my iPhone

[Citação ocultada]

[Citação ocultada]

Spam

Not spam

Forget previous vote

Anexo IV

Pedido e autorização para aplicação de escala modificada de prevalência de
violência doméstica



Re: Fwd: Permission to apply your modified questionnaire about domestic violence on pregnant women

jahanfar shayesteh <jahanfar2000@yahoo.com>
Responder a: jahanfar shayesteh <jahanfar2000@yahoo.com>
Para Fátima Susana Almeida <fs.mestrado@gmail.com>

11 de Dezembro de 2011 às 14:53

Hi Fatima,

Thanks for your email. You have my permission to use the questionnaire. Unfortunately I have no access to the data as I have moved to Canada and have no access to my previous documents where I left them in my previous working college. However, you can certainly reproduce the questionnaire using the tables in the paper.

Best wishes

Dr. Shayesteh Jahanfar

School of Population and Public Health
University of British Columbia
2206 East Mall, Vancouver BC V6T 1Z3 Canada

From: Fátima Susana Almeida <fs.mestrado@gmail.com>
To: jahanfar2000@yahoo.com
Sent: Saturday, December 10, 2011 1:40:12 PM
Subject: Fwd: Permission to apply your modified questionnaire about domestic violence on pregnant women

Dear Sir Jahanfar,

My name is Fátima Susana Almeida and I'm a Midwife in Portugal, in the maternity of the Viseu Hospital. I am also a student of the Obstetrics and Maternal Health Masters, from "Escola Superior de Saúde de Viseu" and I am currently studying the prevalence of domestic violence on pregnant women.

I read your article of "The Prevalence of Domestic violence Among Pregnant women Who Were Attended in Iron University of Medical Science Hospitals", and I think it would be extremely interesting and very important, to include in my questionnaire, the modified questionnaire consisting of three major sections that you used.

So I am writing you in order to ask you for the permission to apply your modified questionnaire in my study. I would also kindly ask if you could provide me the data related to this modified questionnaire in order to be able to statically interpret the collected data.

If you have any question concerning my study, please do not hesitate in contacting me.

Hope to hear from you soon

Yours faithfully,

Fátima Susana Jesus Almeida

e-mail: fs.mestrado@gmail.com

e-mail: fs.almeida75@gmail.com

Anexo V

Autorização da comissão nacional de proteção de dados



COMISSÃO NACIONAL
DE PROTECÇÃO DE DADOS

Processo n.º 1819/2012

AUTORIZAÇÃO N.º 0397 /2012

I. Do Pedido

Fátima Susana Jesus Almeida, no âmbito da sua Tese de Mestrado, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional para avaliar a prevalência e alguns determinantes da violência na gravidez.

O estudo, de natureza quantitativa, descritiva e correlacional, pretende determinar a prevalência de violência doméstica na gravidez (física, psicológica e sexual) e relacioná-la com as variáveis de natureza sócio-demográficas, obstétricas e vigilância da gravidez.

Serão incluídas no estudo puérperas internadas nos serviços de puerpério da Maternidade do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, com início 24 horas após o parto.

A participação no estudo consiste no preenchimento um questionário.

A enfermeira assistente, investigadora no projeto, solicitará consentimento informado, cuja declaração conservará.

Os dados serão recolhidos num caderno de recolha de dados em formato papel.

No "caderno de recolha de dados" não há identificação nominal do titular, sendo aposto um código de doente. A chave desta codificação só pode ser conhecida da investigadora.

Os destinatários serão ainda informados sobre a natureza facultativa da sua participação e garantida confidencialidade no tratamento.

II. Da Análise

A CNPD já se pronunciou na sua Deliberação n.º 227 /2007 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios orientadores para o correcto cumprimento da Lei de

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
Linha de Atendimento |
Dias úteis das 10 às 13 h
atendimento@cnpd.pt

Protecção de Dados, bem como as condições gerais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais para esta finalidade.

No caso em apreço, a notificação enquadra-se no âmbito tipificado por aquela Deliberação.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (art.º 5º, n.º1 al. a) da Lei 67/98), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. al. b) do mesmo artigo) e não é excessiva.

No que respeita à recolha do dado raça, a responsável pelo tratamento justifica a sua necessidade do seguinte modo: *"Da revisão da literatura verificamos que algumas situações da vida da mulher têm sido descritas como factores associados à violência doméstica nomeadamente: o baixo nível socioeconómico, baixo nível de suporte social, raça/etnia negra e ser jovem (AUDI e cols, 2008; TAN e GREGOR,2006 citando Jasinski,2004). Num estudo realizado por CHARLES e PERREIRA (2007) refere que em famílias com mães de raça/etnia hispânica ou negra apresentam maior prevalência de violência física e psicológica do que em mães de raça branca. Num outro estudo realizado por SOUZA e cols (2011) de 131 casos de violência doméstica, 82% das vítimas são mulheres, e 61% são de raça negra/parda. Estes dados justificam que nesta investigação se proceda à recolha desse dado de caracterização sociodemográfica no sentido de verificar ou não essa relação, de modo a que no futuro se possam adequar práticas ajustadas às características e necessidades específicas de cada mulher.*

AUDI, Celene; CORRÊA, Ana; SANTIAGO, Sílvia; ANDRADE, Mª do Graça; ESCAMILLA, Rafael – *Violência doméstica na gravidez: prevalência e factores associados*. *Revista Saúde Pública* 2008; 42(5).
TAN, Josephine; GREGOR, Kathryn – *Violence against pregnant women in Northwestern Ontario*. *Ann. New York Academy of Sciences* 1087: 320-338, 2006.
CHARLES, Pejerita; PERREIRA, Krista M. – *Intimate Partner Violence During Pregnancy and 1-year Post Partum*. Published online: 5 Julho 2007; *Springer Science and Business Media, LLC, 2007*.
SOUZA, Luis Paulo; SILVA, José Rodrigo; RUIAS, Mª Fernanda; MUCEDO, Ludmila; DIAS, Orlene – *Perfil epidemiológico dos casos de violência doméstica em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil*. *EFDportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires - Año 16 - Nº 158 - Julio de 2011. <http://www.efdeportes.com/>

O fundamento de legitimidade é o consentimento expresso das titulares dos dados.



COMISSÃO NACIONAL
DE PROTECÇÃO DE DADOS

III. Da Conclusão

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, n.º1 do artigo 27º, al. a) do n.º 1 do artigo 28º e art. 30º da Lei de Protecção de Dados, com as condições e limites fixados na referida Deliberação n.º 227/2007, que se dão aqui por reproduzidos e que fundamentam esta decisão e ainda com a condição aqui fixada, autoriza-se o tratamento de dados supra referido, para a elaboração do presente estudo.

Termos do tratamento:

Responsável pelo tratamento: Fátima Susana Jesus Almeida

Finalidade: Estudo observacional para avaliar a prevalência e alguns determinantes da violência na gravidez.

Categoria de Dados pessoais tratados:

- das puérperas: dados demográficos (idade, sexo, nacionalidade, raça e estado civil), profissão, situação de empregabilidade, habilitações literárias, área de residência, rendimento mensal do agregado familiar (por escalões), dados antropométricos (peso, altura e aumento de peso durante a gravidez), dados sobre a gravidez e sobre o parto, n.º de filhos, caracterização ginecológica, estilos de vida (hábitos tabágicos, consumo de álcool e prática de exercício físico) e escala adaptado do questionário modificado para prevalência de violência doméstica de Shayesteh JahaniFar.

- dos seus companheiros/cónjuges: profissão, situação de empregabilidade, habilitações literárias e nacionalidade.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto da responsável pelo tratamento.

Interconexões de tratamentos: Não há.


Transferências de dados para países terceiros: Não há

Prazo de conservação: As declarações de consentimento informado e a chave de codificação devem ser destruídas um mês após a defesa da Tese de Mestrado.


Dos termos e condições fixados na Deliberação n.º 227/ 2007 e na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 24 de Maio de 2012

Ana Roque, Luís Paiva de Andrade, Vasco Almeida, Helena Delgado António, Carlos Campos Lobô (Relator), Luís Barroso

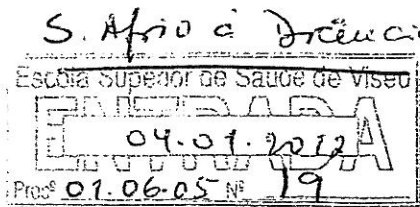

Filipa Calvão (Presidente)

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt


Linha Verde Base 3
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt

Anexo VI

Autorização da Instituição de Saúde Pública da Zona Centro



M. Cunha

Exmo Senhor:
Presidente do Conselho Directivo
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, 102
3500-843 Viseu

RECEBIDO 17 JAN 12

Secção:	Vossa referência	Nossa Referência	Data
	1314/70		29-12-2011

Assunto: Pedido de Autorização para Recolha de Dados.

Em resposta ao ofício supracitado informamos V^a Ex^a que se autoriza o pedido de colheita de dados para o estudo subordinado ao tema "Prevalência e caracterização sócio demográfica das grávidas vítimas de Violência Doméstica". A aplicação do questionário será da responsabilidade da investigadora.

Mais se informa que deverá ser solicitada autorização às utentes para participarem no referido estudo.

Com os melhores cumprimentos, *peço*

A Enfermeira Directora

(Maria Cassilda Pereira das Neves)

CN/AB



Anexo VII

Pedido e Autorização da Instituição de Saúde Pública da Grande Lisboa

Exmo. Senhor

**Presidente do Conselho de Administração
da Maternidade Dr. Alfredo da Costa**

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal:

Fátima Susana Jesus Almeida

Título do projecto de investigação:

Violência na Gravidez? Prevalência e alguns determinantes

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Puerpério (1 e 2)da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética da MAC respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 18/ Janeiro / 2012

Rubi
18/01/2012
2730

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Fátima Susana Jesus Almeida

De: Conselho de Administração <secretariadoca@mac.min-saude.pt>

Exm^a Senhora

Reportando-nos ao assunto identificado em título, somos a informar V. Ex^a que o Conselho de Administração – na sua reunião de 14.02.12 – autorizou a realização do estudo ***“Violência na Gravidez. Prevalência e alguns determinantes”***, com a seguinte ressalva *“ ... garantir que **não será possível associar a assinatura da participante no Consentimento Informado aos dados colhidos.**”*.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

Prof. Doutor Jorge Branco

Anexo VIII

Pedido e Autorização à Comissão de Ética da Instituição de Saúde Pública da
Grande Lisboa

Exmo. Senhor

Presidente da Comissão de Ética para a

Saúde da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Assunto: Pedido de apreciação e parecer para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal:

Fátima Susana Jesus Almeida

Título do projecto de investigação:

Violência na Gravidez? Prevalência e alguns determinantes

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Puerpério (1 e 2) da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, apreciação e parecer para a realização do mesmo.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética da MAC respeitante a estudos/projectos de investigação.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 18/ Janeiro / 2012

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

A handwritten signature in black ink, reading "Fátima Susana Jesus Almeida". The signature is written in a cursive style and is positioned below the typed name of the investigator.

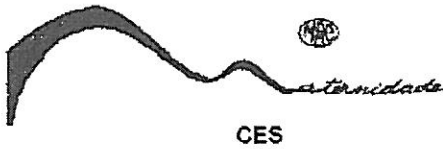
MAC

Conselho de Administração

Reunião de: 14 FEV. 2012

Ponto n.º:

3



PARECER N.º5 /12/CES

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da MAC, reunida a três de Fevereiro na modalidade de reunião extraordinária analisou o dossier da investigadora *Fátima Susana Jesus Almeida* que veicula o estudo "Violência na gravidez. Prevalência e alguns determinantes" A mesma contextualiza-se no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia" (Escola Superior de Saúde de Viseu). Tem como investigadora local a Enfermeira *Inês Ventura* (esta exerce funções na unidade de Puerpério I)Estiveram presentes todos os seus membros com excepção da Dra Fátima Palma e Drº João Paulo.

- Os documentos apresentados foram os seguintes:

- 1-Curriculum vitae;
- 2-Declaração do consentimento informado;
- 3-Declaração de Informação à doente;
- 4-Declaração de Orientador da Investigação;
- 5-Instrumentos de colheita de dados;
- 6- Pedido de autorização ao Conselho de Administração;
- 7- Pedido de autorização à Comissão de Ética da MAC;
- 8- Pedido de autorização a Directora do Serviço de Obstétrica;
- 9- Pedido de autorização à Enfermeira Chefe de Serviço de Obstétrica;
- 9- Protocolo da investigação.

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Maternidade Dr. Alfredo da Costa dá o seu parecer favorável à realização da supracitada Investigação no Serviço supra mencionado, devendo a investigadora garantir que não será possível associar a assinatura da participante no Consentimento Informado aos dados colhidos.

Contudo ressalva-se que a Investigadora local deve apresentar o seu curriculum vitae a fim de que o mesmo seja anexado ao respectivo processo.

Lisboa, 08 de Fevereiro de 2012