

Hudson Jose Cacau Barbosa<sup>1</sup>  
Hugo Moura Campos Bernardes<sup>1</sup>  
Rafaela Arêas Aguiar<sup>1</sup>  
Katrynni Oliveira Gomes<sup>1</sup>  
Gilton Luiz Almada<sup>1</sup>  
Romildo Rocha Azevedo Junior<sup>1</sup>  
Ana Rosa Murad Szpilman<sup>1</sup>

## Characterization of notified cases of violence against pregnant women in Espírito Santo State from 2011 to 2016

## | Caracterização de casos notificados de violência contra a gestante no Estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2016

### ABSTRACT | Introduction:

*Violence against women has significant impact on several segments of society, mainly violence that represents physical, sexual or psychological threat to pregnant women, since it can trigger symptoms such as chronic pain, recurrent urinary infections, behavioral disorders, depression and suicidal tendency. Objective: Epidemiologically characterizing cases of violence (physical, psychological and / or sexual) against pregnant women living in Espírito Santo State, from 2011 to 2016. Methods: Analyses were based on the Health Information System Notification Service (SINAN) database. Chi-square test was used to define whether there was association, or not, between variables, at 5% significance level ( $p < 0.05$ ). Standardized residual and Cramer's V values were also analyzed. Results: The age of most physically assaulted pregnant women ranged from 20 to 34 years; they were brown, lived in the urban area, only had elementary education, and were in the first pregnancy trimester at the time they were subjected to domestic violence. The most common aggressors were not kin to the victims and physical violence was the most reported type. The metropolitan macroregion of the investigated state recorded the largest number of notifications.*

**Conclusion:** *Violence against pregnant women is a serious issue in Espírito Santo State, which has been experiencing increasing rates of different and more frequent aggressions against a significantly vulnerable population. It is necessary improving women's care network by giving victims real options to report violence against them and find protection.*

**Keywords |** *Information systems; Pregnant women; Sociodemographic factors; Violence against women.*

**RESUMO | Introdução:** A violência contra a mulher atinge diversos segmentos da sociedade, especificamente a violência que provoca ameaça física, sexual ou psicológica à mulher grávida que pode desencadear o aparecimento de sintomas como dores crônicas, infecções urinárias de repetição, transtornos do comportamento, depressão e tendência ao suicídio. **Objetivo:** Caracterizar epidemiologicamente casos de violência (física, psicológica e/ou sexual) contra as gestantes residentes no estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2016. **Métodos:** As análises basearam-se no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Utilizou-se o teste do Qui quadrado para definir associação ou não entre as variáveis, adotando-se nível de significância de 5% como regra de decisão ( $p < 0,05$ ). Também foram obtidos e analisados os valores dos resíduos estandardizados e do V de Cramer. **Resultados:** A maioria das gestantes agredidas tinha entre 20 e 34 anos de idade, residia em área urbana, era de raça parda, com apenas ensino fundamental, e no momento da agressão, que ocorreu dentro de casa, estava no primeiro trimestre da gestação. O agressor mais comum não é parente da vítima, e a violência física foi o tipo mais encontrado. A macrorregião metropolitana do Estado foi a que registrou maior número de notificações. **Conclusão:** É grave o quadro de violência contra a gestante no Estado, revelando taxas crescentes de agressões distintas e mais frequentes em um grupo populacional muito vulnerável. Há necessidade de aprimoramento da rede de atendimento à mulher, com opções reais de denúncia e busca da proteção.

**Palavras-chave |** Fatores sociodemográficos; Gestantes; Sistemas de Informação; Violência contra a mulher.

<sup>1</sup>Universidade Vila Velha. Vila Velha/ES, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A Convenção das Nações Unidas sobre a Erradicação da Violência contra as Mulheres, adotada pela Assembleia Geral da ONU em 1993, definiu violência de gênero como qualquer ato de violência baseada no gênero que produz ou pode produzir danos físicos ou sexuais ou mentais nas mulheres, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade tanto na vida pública quanto na privada<sup>1</sup>.

A violência contra a mulher tem sido bastante discutida atualmente pela sociedade por envolver aspectos sociais, culturais e étnicos bastante complexos que violam os direitos humanos das vítimas. É considerado um grave problema de saúde pública mundial, sendo agenda na área da saúde há mais de 20 anos, devido ao fato de originar complicações na saúde física e mental das mulheres vítimas de violência. A violência sofrida pode ser expressa de diferentes formas: violência de gênero, intrafamiliar, doméstica, física, sexual, psicológica, econômico/financeira e institucional<sup>2</sup>. Contudo, o tipo de violência mais praticado contra as mulheres no Brasil é a doméstica, a qual inclui todas as formas de violência praticadas no ambiente familiar<sup>3</sup>, por um agressor que apresenta vínculo afetivo, doméstico e familiar com a vítima, de forma que tal vínculo não precisa ser necessariamente biológico<sup>3</sup>. Qualquer ação ou omissão, baseada no gênero, contra uma mulher se enquadra como violência doméstica de acordo com a Lei Maria da Penha – Lei número 11.340<sup>4</sup>, e deve ser notificada, de acordo com a Portaria n° 104<sup>5</sup>.

Muitos são os relatos da prática de agressão em períodos especiais da vida de uma mulher, como no período de gestação. As estatísticas nacionais demonstram que o Brasil apresenta 61,7% dos casos de violência contra a gestante no tipo violência psicológica, 18,2% no tipo violência física, 7,8% na coerção sexual e 20% em qualquer tipo de violência durante a gestação<sup>6</sup>. As agressões mais comuns durante o período gestacional são: soco/chute (47,06%) e tapa/empurrão (35,29%)<sup>7</sup>. Além disso, o percentual de violência física e sexual durante a gravidez oscila entre 1% e 20%, com índices mais altos nos primeiros seis meses após o parto<sup>8</sup>.

Em todo o mundo, estima-se que a violência contra mulheres em idade reprodutiva seja uma causa de morte e incapacidade tão grave como o câncer e que também é um problema de saúde maior do que os acidentes de trânsito e a malária combinados<sup>9</sup>. Os números de

prevalência cumulativa de violência de gênero obtidos na população geral por meio de pesquisas são muito variados. Essas variações podem ser decorrentes das diferenças de frequência nos diversos campos de pesquisa, na população do estudo e na metodologia utilizada<sup>10</sup>.

No “estudo multipaíses da OMS sobre a saúde da mulher e violência doméstica” (2005), realizado com a mesma metodologia e os mesmos questionários traduzidos em 10 países diferentes, foi observada uma prevalência cumulativa de violência física ou sexual (ou ambas) contra gestantes a qual varia de 15% a 71%, embora índices entre 24% e 53% tenham sido registrados na maioria dos ambientes<sup>11</sup>.

O Conselho da Europa, no seu relatório de estudos sobre as medidas e ações tomadas pelos Estados membros do Conselho da Europa, afirma que entre 20 e 25% das mulheres gestantes na União Europeia sofreram algum tipo de violência física e que mais de 10% sofreram agressão sexual<sup>11</sup>.

Na Espanha, segundo grande pesquisa realizada pelo Instituto da Mulher, as mulheres que em 2006 se encontravam em situação objetiva de violência familiar eram 9,6%, embora apenas 3,6% considerassem que sofreram abusos por parte do seu parceiro<sup>12</sup>. Segundo estudo no Brasil, entre 2011 e 2015, do total de óbitos por violência doméstica e de gênero, 39,9% ocorrem no âmbito de um relacionamento para adolescentes e 59,9% para adultas. Nas idosas, o principal agressor é desconhecido (30,2%), seguido do parceiro íntimo (27,1%)<sup>13</sup>.

As gestantes adolescentes são mais vulneráveis à violência sexual por apresentarem risco duas vezes maior de serem estupradas, se comparado ao risco das grávidas adultas, demonstrando que o grupo de mulheres nessa faixa etária merece extrema atenção dos profissionais de saúde<sup>7,8</sup>.

A violência à mulher em período gestacional pode desencadear transtornos à saúde que refletem em sintomas tais como dores crônicas, infecções urinárias de repetição, transtornos do comportamento, depressão e tendência ao suicídio<sup>8</sup>. Além das complicações na saúde da mãe, pode influenciar na saúde do recém-nascido. Pesquisas demonstram que os recém-nascidos de mães que sofreram algum tipo de violência durante a gestação possuem maior risco de baixo peso ao nascer, prematuridade, maior probabilidade de aborto, e inclusive a morte materna e fetal<sup>12</sup>.

Estudos indicam que a violência contra a gestante se associa a diversos fatores de risco, como baixa escolaridade, história de violência na família, consumo de álcool e desemprego do parceiro<sup>8</sup>. Com relação, por exemplo, ao consumo de bebida alcoólica e substâncias psicoativas, uma hipótese do motivo de predispor a gestante e o feto à situação de violência é a relação existente entre a saúde mental e física do binômio mulher-feto<sup>7</sup>.

Os indicadores da atenção primária à saúde demonstram que grávidas vítimas de violência sexual não realizam o pré-natal ou atrasam seu início<sup>9</sup>. Isso traz consequências danosas à gestante, na medida em que a priva de receber a atenção e os cuidados básicos da gestação pelo profissional da saúde.

O que tem mudado neste século é o aumento da mobilização e elevação do nível de consciência da sociedade, por intermédio do movimento social e feminista, que trabalha em prol da manutenção dos direitos da mulher.

Como exemplo de êxito, pode-se citar a Lei de nº 11.340/2006, Lei Maria da Penha, para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Essa Lei regulamenta o § 8º do art. 226 da Constituição Federal de 1988 e auxilia os interesses da mulher oferecendo apoio, suporte e incentivo para que a violência seja enfrentada<sup>14</sup>.

O combate à violência contra a mulher demanda que diversos fatores de cunho político, legal e, especialmente, cultural e social sejam integrados a fim de que possa ser desmistificada e encarada pela sociedade. Com esse objetivo, em 24 de novembro de 2003, foi promulgada a Lei 10.778, a qual obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher<sup>15</sup>.

Segundo essa lei, todas as pessoas físicas e entidades públicas ou privadas estão obrigadas a notificar tais casos, ou seja, os profissionais de saúde em geral (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) bem como os estabelecimentos que prestarem atendimento às vítimas (postos e centros de saúde, institutos de medicina legal, clínicas, hospitais), sendo que a pena para o descumprimento dessa norma está evidente no seu Artigo 5º, onde se lê que “A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação

referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis”<sup>15</sup>.

Em continuidade, em 2011, o Ministério de Saúde determinou que a violência contra a mulher fosse incluída na Portaria nº 104, a qual trata de doenças e agravos de notificação compulsória e, assim, tornou obrigatória a notificação dessa violência para que fosse possível conhecer o perfil dela e realizar ações de prevenção<sup>5</sup>.

Porém, tais leis não fornecem orientação aos profissionais de como devem proceder nas notificações, acarretando subnotificação e preenchimento inadequado, deixando, assim, muitos casos de violência contra as gestantes omitidos e sem manejo apropriado.

Nesse sentido, é importante a caracterização dos casos de violência contra a gestante pela equipe de saúde (médico de família, assistente social, psicólogo, enfermeira) no atendimento das mulheres. Além de detectar, avaliar riscos, prestar informações legais sobre a violência, esses profissionais podem proporcionar reabilitação (acompanhamento e encaminhamento adequado para obtenção de serviços de apoio) e prevenção de atos de violência<sup>16</sup>.

Por essa razão, parte-se do pressuposto de que deveria haver diretrizes para o diagnóstico e tratamento da violência doméstica ou que modelos integrados fossem desenvolvidos com o objetivo de auxiliar os provedores de serviços a lidar com o problema<sup>17</sup>.

Diante disso, este estudo teve por finalidade caracterizar epidemiologicamente os casos de violência contra as gestantes residentes no estado do Espírito Santo, notificados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016.

## MÉTODOS |

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, em que foi realizada consulta aos dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do estado do Espírito Santo, de fichas de notificação de casos de violência contra a gestante.

Verificou-se o perfil das gestantes violentadas, as características da violência e suas consequências. Foram caracterizados três tipos de violência: física, psicológica e sexual. Os casos de violência notificados foram classificados, além do local de ocorrência da violência, quanto à relação com o agressor e às consequências geradas por essas violências.

Foram consideradas elegíveis para o estudo as fichas de notificação de gestantes residentes no estado do Espírito Santo, notificadas no banco de dados do SINAN, de janeiro de 2011 a dezembro de 2016, após sofrerem algum tipo de violência. Incluíram-se no estudo quatro fichas de notificação e gestantes residentes neste estado que, contudo, foram violentadas em outro estado.

Os critérios de exclusão foram: todas as notificações cujas variáveis passíveis de análise estivessem em branco, mulheres com idade superior a 50 anos e residentes em outro estado da federação.

As fichas de notificação de casos de violência contra as gestantes em mulheres com idade superior a 50 anos foram excluídas uma vez que o próprio sistema de notificação do SINAN, baseado na literatura<sup>17</sup>, considera como férteis as mulheres que estão na faixa etária entre 10 e 50 anos, salvo raras exceções. Do universo total de 726 fichas de notificação analisadas, 12 foram excluídas por serem de mulheres acima de 50 anos.

Para avaliar os dados, as fichas de notificação de casos de violência contra as gestantes foram classificadas em quatro grupos divididos de acordo com a faixa etária: de 10 a 14, de 15 a 19, de 20 a 34 e de 35 a 50 anos. A partir dos registros do banco de dados do SINAN, foram analisadas as seguintes variáveis sociodemográficas e de saúde: faixa etária; escolaridade; município de residência; tipo de violência sofrida; localidade (se na residência ou fora); idade gestacional em que a gestante sofreu a violência; as consequências dessa violência (aquisição de doença sexualmente transmissível, depressão, suicídio ou qualquer outra causa relacionada) e gestantes com deficiência. As outras variáveis do presente estudo seguiram o próprio padrão de notificação das fichas de agravos do SINAN onde a idade gestacional foi dividida por semestre e a escolaridade por grau de ensino. Analisou-se também o tipo de relação da gestante com o agressor, sendo essa relação

descrita como pessoa caracterizada como parente da vítima ou não parente. As variáveis foram cruzadas entre si e, em seguida, verificamos os valores das frequências anuais.

Os programas utilizados foram o Excel 7<sup>®</sup> para entrada dos dados e os resultados analisados pelo programa SPSS 20,0<sup>®</sup> for Windows, versão 20.0, por meio do teste do Qui quadrado, adotado um nível de significância 5% ( $p < 0,05$ ), como regra de decisão. Para melhor esclarecer os resultados, foram também analisados os valores dos resíduos estandardizados do coeficiente V de Cramer obtidos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Vila Velha, de acordo com o Parecer nº 2.021.088, de 18 de abril de 2017. Estabeleceu-se a seriedade e o compromisso com o sigilo de todas as informações coletadas, de forma que os dados analisados foram eliminados após a conclusão da pesquisa. Não houve identificação das gestantes cujas fichas de notificação foram utilizadas.

## RESULTADOS |

Do universo total de 726 fichas de notificação analisadas, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016, 12 fichas foram excluídas por serem de mulheres acima de 50 anos, e 295 fichas foram excluídas porque continham dados incompletos sobre o tipo de violência, a faixa etária da gestante e informações sobre o período da gestação em que essas gestantes se encontravam, totalizando amostra final de 419 fichas de notificação avaliadas.

Em relação ao período e tipos de violências analisados, das 419 fichas de notificação, 54% das gestantes foram violentadas fisicamente, 40% sexualmente e 6% psicologicamente. Houve aumento dos índices anuais de todas as três categorias de violência contra essas mulheres (Tabela 1).

O ano que apresentou maior percentual de notificações de violência física foi 2016, com 33% (76 dos 125 registros). Das notificações de violência psicológica, o ano que apresentou maior percentual foi 2014, com 32% (08 dos 89 registros). Em relação às notificações de violência sexual,

Tabela 1 – Total de casos de violência gestacional notificados entre os anos de 2011 e 2016, por tipo de violência

VIOLÊNCIA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>Física</b>	05 (1,2%)	13 (3,1%)	29 (6,9%)	47 (11,2%)	57 (13,6%)	76 (18,1%)	227 (54,2%)
<b>Psicológica</b>	01 (0,2%)	02 (0,5%)	04 (1%)	08 (1,9%)	05 (1,2%)	05 (1,2%)	25 (6%)
<b>Sexual</b>	05 (1,2%)	16 (3,8%)	22 (5,3%)	34 (8,1%)	46 (11%)	44 (10,5%)	167 (39,9%)
<b>Total</b>	11 (2,6%)	31 (7,4%)	55 (13,1%)	89 (21,2%)	108 (25,8%)	125 (29,8%)	419 (100%)

o ano de 2015 apresentou maior percentual de registros (28%), com 46 notificações de 108 no total desse ano (Tabela 1).

Quanto aos municípios de ocorrência, esse agravo foi notificado em 59% dos municípios do Estado. Os municípios com maiores números de notificações foram Serra (29%) e Vitória (23%). Todos os outros municípios apresentaram menos de 10% dos casos. A macrorregião metropolitana, representada pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória, apresentou maior percentual (78%) de notificações em relação aos três tipos de violência analisados, correspondendo a 67% da violência física, 84% da psicológica e 86% da sexual (Tabela 2).

A maioria das notificações (96%) refere-se à ocorrência em zona urbana, com 63% das mulheres violentadas dentro de casa. O qui-quadrado apontou significância ( $p < 0,05$ ) para o local de ocorrência, porém não apresentou significância para zona de ocorrência (Tabela 2).

Verificou-se que, em sua maioria, as gestantes tinham entre 20 e 34 anos (43%), eram pardas (60%), estavam cursando ou concluíram apenas o ensino fundamental (61,3%), não possuíam nenhum tipo de deficiência (92,6%) e se encontravam no primeiro trimestre de gestação (41%) (Tabela 2). O qui-quadrado para associação entre as características idade e categorias de violência acusou associação entre essas características ( $p < 0,05$ ), e o  $v$  de Cramer, da ordem de 0,42 indica boa associação entre essas duas características. Acrescenta-se, ainda, que a associação com idade gestacional também foi significativa ( $p < 0,05$ ), contudo com uma força de associação menor (0,20) quando comparado à idade cronológica.

Com relação ao grau de parentesco da vítima com o agressor, em 64,5% dos casos, a violência foi praticada por pessoas que não são parentes dela, como um ex-

cônjuge, o namorado, ex-namorado, um conhecido ou desconhecido, o cuidador, o patrão ou outra pessoa com relação institucional (Tabela 2). A associação entre a categoria de violência e o grau de parentesco com o agressor apresentou-se significativa pelo qui-quadrado ( $p < 0,05$ ), com  $v$  de Cramer de 0,31.

Durante o período analisado, 15% das mulheres violentadas apresentaram algum tipo de consequência, como abortamento e tentativa de suicídio, principalmente aquelas que sofreram violência sexual (Tabela 2). Essa variável mostrou associação com as categorias de violência ( $p < 0,05$ ) e um valor de  $v$ -Cramer expressivo (0,42).

Das mulheres violentadas fisicamente, 56% tinham entre 20 e 34 anos, 62% eram pardas, em 65% a residência da vítima foi palco para esse tipo de violência, em 53% os agressores não apresentavam parentescos com a vítima e 42% das gestantes estavam no segundo trimestre de gestação.

Em relação à violência sexual, 50% tinham entre 10 e 14 anos de idade, 61% eram pardas, em 53% a agressão ocorreu na residência da vítima, em 82% os agressores não tinham parentesco com ela, e 35% das gestantes que sofreram esse tipo de violência encontravam-se no terceiro trimestre de gestação. Verificou-se ainda que, das mulheres que sofreram apenas violência sexual, a maioria (94%) sofreu estupro.

Quanto à violência psicológica, tal tipo de agravo ocorreu em 60% das mulheres entre 20 e 34 anos, 43% eram brancas, em 95% a residência da vítima foi o local em que a violência foi praticada, 50% encontravam-se no segundo trimestre de gestação, e, contrastando com o que foi encontrado nas violências física e sexual, a violência psicológica foi mais praticada por algum parente, como pai, mãe, padrasto, cônjuge, filho e irmão, respondendo por 54% dos casos de agressão nesse tipo.

Tabela 2 – Características de gestantes violentadas de jan. 2011 a dez. 2016

CARACTERÍSTICA	N	%
<b>Tipo de Violência (N = 419)</b>		
Física	227	54%
Sexual	167	40%
Psicológica	25	6%
<b>Tipos de violência com maior ocorrência por ano</b>		
Física – 2016 (N = 125)	76	33%
Sexual – 2015 (N = 108)	46	28%
Psicológica – 2014 (N = 89)	08	32%
<b>Faixa etária (anos) (N = 419)</b>		
10-14	90	21%
15-19	100	24%
20-34	182	43%
35-50	47	11%
<b>Idade Gestacional (N = 390)</b>		
1º Trimestre	161	41%
2º Trimestre	124	32%
3º Trimestre	105	27%
<b>Raça (N = 347)</b>		
Parda	207	60%
Branca	83	24%
Preta	53	15%
Indígena	04	1%
<b>Escolaridade (N = 292)</b>		
Analfabeta	02	0,7%
Ensino Fundamental	179	61,3%
Ensino Médio	91	31,2%
Ensino Superior	20	6,8%
<b>Zona de Ocorrência (N = 411)</b>		
Urbana	393	96%
Rural	18	4%
<b>Local de Ocorrência (N = 327)</b>		
Residência	206	63%
Fora da Residência	121	37%
<b>Parentesco (N = 365)</b>		
Agressor Não Parente	235	64,5%
Agressor Parente	130	35,5%
<b>Macrorregião/Município (N = 405)</b>		
Macrorregião Metropolitana	316	78%
Serra	121	29%
<b>Deficiência (N = 419)</b>		
Sim	31	7,4%
Não	388	92,6%
<b>Consequências (N = 419)</b>		
Com Consequências	62	15%
Sem Consequências	357	85%

## DISCUSSÃO |

Este estudo mostrou que as cidades de Serra e Vitória apresentaram maior número de notificações dentre os 46 municípios analisados, sendo que a cidade de Serra está na primeira posição entre todos os municípios capixabas com alto índice de feminicídio<sup>18</sup>. Os números da violência contra gestantes apresentam-se crescentes no período avaliado, de forma que tal crescimento se deve ao fato de que, com o passar dos anos, o assunto “violência contra a mulher” tem sido cada vez mais discutido, encorajando assim as mulheres a denunciarem, aumentando as notificações.

O perfil das gestantes agredidas se assemelha àquele apresentado em estudo<sup>19</sup> realizado no ano de 2016, na cidade de São Luís, Maranhão, o qual recrutou 1447 gestantes e analisou que 81% tinham entre 20 e 34 anos, 75,6% tinham entre 09 e 11 anos de escolaridade, e que a taxa de violência (física e/ou psicológica e/ou sexual) foi de 49,72%.

Em relação à predominância relacionada ao período fértil, ressalta-se que a maior parte dos trabalhos concentram-se nas características das futuras mães, apontando alguns riscos para acometimento da violência, tais como ser mãe adolescente, especialmente entre as idades de 13 e 17 anos. Em muitos casos, as gestações dessas mães têm sido o resultado de um ato de violência: baixa auto-estima, autoestima, baixo nível socioeconômico com baixa renda, e ausência de emprego também estão entre as características associadas à violência durante a gravidez. Há ainda o nível de escolaridade baixo porque quando se trata de escolaridade, quanto maior ele for, menor será o risco de abuso por parte do parceiro; gravidez indesejada, pois a violência de gênero pode ser até quatro vezes mais provável nesses casos<sup>17</sup>.

Pode-se inferir que existe um padrão dessas variáveis quando comparadas regiões similares. Em pesquisa semelhante sobre o perfil das grávidas vítimas de violência física na cidade de Jequié, Bahia, foi observado também um predomínio de mulheres com idade entre 21 e 26 anos, classificadas como pardas e que 66% possuíam apenas o ensino fundamental<sup>20</sup>. Ainda, em estudo realizado em Teresina, Piauí, foram analisados 70 boletins de notificações de violência contra gestantes, presentes nas Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher da cidade, e observou-se que a faixa etária prevalente era de 20 a 36 anos, que a violência física foi a mais prevalente, e que a maioria

delas tinha baixa escolaridade, com menos de nove anos de estudo, em consonância com o exposto na presente pesquisa<sup>21</sup>.

Em análise similar, da prevalência de violência contra gestantes nos estados do Nordeste, consideraram-se 4056 mulheres grávidas que foram vítimas de violência nas seguintes capitais nordestinas: Aracaju, Fortaleza, João Pessoa, Maceió, Natal, Recife, Salvador, São Luís e Teresina, e observou-se que o maior percentual de gestantes também estava na faixa etária entre 20 e 34 anos, eram pardas ou negras (77,4%) e apresentavam baixo nível educacional<sup>22</sup>.

Tais dados confirmam que o risco de agressão para mulheres jovens, pardas ou negras e com baixa escolaridade é significativamente maior, tendo em vista que a violência se apresenta em graus maiores ou menores de acordo com o contexto social em que a mulher está inserida, sendo que a baixa escolaridade e a raça são fatores fortemente associados à ocorrência da violência<sup>13</sup>, conforme a análise do qui-quadrado reforça no estudo. Sendo assim, a educação se mostra como um importante fator de proteção contra a violência em mulheres gestantes<sup>22</sup>.

Em relação aos fatores de riscos sociais, o maior risco ocorre em sociedades com normas tradicionais de gênero ou com falta de autonomia das mulheres, onde a legislação restritiva é aplicada à propriedade e herança, e em casos de desintegração social devido a conflitos ou desastres. O fraco apoio social tem sido observado em relação ao abuso durante a gravidez, e onde há uma má integração social e estereótipos de gênero muito marcados, a violência contra as mulheres é mais frequente<sup>17</sup>.

Com relação ao tipo de violência, os nossos resultados diferenciaram-se dos observados em estudo recente em São Paulo com 385 puérperas porque, embora também tenha mostrado que a maioria da amostra apresentava baixa escolaridade e faixa etária entre 20 e 34 anos, o tipo de violência mais prevalente foi a psicológica (97,1%), perpetrada por um agressor parente<sup>23</sup>. Contudo, ainda que de diferentes formas, esses dados mostram que a violência na gestação tem sido frequente e que esse momento da vida da mulher não a protege da agressão.

Apesar de a violência física ter sido a mais registrada, a violência sexual mostrou maior ocorrência entre as gestantes com faixa etária entre 10 e 14 anos. A prática sexual com menores de 14 anos é considerada crime pelo Código

Penal Brasileiro<sup>24</sup>, independentemente do consentimento da vítima, e as meninas são mais vulneráveis à violência sexual, por questões patriarcais e pela desigualdade de gênero, instauradas na sociedade<sup>25</sup>. O estupro é muito frequente nessa faixa etária, sendo considerado crime, viola os direitos humanos e a saúde das crianças e adolescentes<sup>26</sup>.

Com relação à análise do local da agressão, a maior parte dos casos ocorreu no domicílio da vítima. A violência contra uma mulher na sua própria residência tem sido um fato preocupante desde 2004 em todo o país, e, no Maranhão, a população feminina está submetida constantemente a agressões dentro de casa, e das notificações de violência contra a gestante em 2008, 70% ocorreram no domicílio<sup>27</sup>. Ainda, segundo pesquisa do Datafolha para o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em 2016, entre os casos de agressão contra a mulher, 43% ocorreram no domicílio<sup>28</sup>. Isso mostra que o agressor tende a ser mais violento em um local reservado, pois pode cometer o crime sem que ninguém o veja, e não havendo denúncia por parte da vítima, dificilmente será impedido de cometer tais atos.

É importante considerar que esse percentual de violência ocorrido dentro do domicílio da vítima também pode estar subnotificado visto que, quando a agressão ocorre em ambiente privado, geralmente se apresenta com caráter de invisibilidade, não sendo denunciado por medo, e quase sempre se torna visível só depois de ocorrerem casos extremos, como o feminicídio<sup>29</sup>. Embora possa estar subnotificado, os números assustam e mostram a necessidade de que os serviços de saúde estejam preparados para atender as vítimas, principalmente em períodos de maior probabilidade de ocorrência, como em finais de semana, feriados, noites e madrugadas. Os profissionais devem estar preparados para atender e notificar imediatamente os casos de violência, tendo em vista que todos eles são agravos de notificação compulsória ao SINAN<sup>30</sup>.

Na análise do período gestacional da vítima, foi observado que os casos ocorreram, em sua maioria, durante o primeiro trimestre da gestação dessas mulheres. Isso pode estar relacionado ao fato de que quando a gestação é revelada, muitas vezes a aceitação e o apoio por parte dos familiares não acontece e acabam ocorrendo conflitos, como violência física do tipo espancamento e principalmente violência psicológica, por indução ao abortamento<sup>12</sup>.

Compreende-se que a gestação não protege a mulher da violência, mas o tipo de violência muda, haja vista que os casos de violência física tendem a reduzir-se, enquanto os casos de violência psicológica tendem a aumentar<sup>31</sup>. Essa tendência se assemelha ao encontrado neste estudo, pois metade dos casos ocorridos no segundo trimestre foram apenas de violência psicológica.

Na análise sobre a questão da violência entre 960 mulheres na cidade de Recife, observou-se que a violência contra a gestante praticada por um parente foi de 47,4%, ao contrário do presente estudo, o qual mostrou que 36% dos casos foram por agressor parente<sup>31</sup>. Esse percentual de violência praticada por parente pode demonstrar subnotificação, pois as mulheres na maioria das vezes se sentem inibidas e inseguras quanto à denúncia praticada por familiares como parceiros/cônjuges, e assim muitos casos de agressão ficam encobertos, não sendo reconhecidos nem pela vítima nem pelos profissionais da saúde<sup>32</sup>.

No presente estudo, foi observado que 15% das gestantes apresentaram consequências após a violência, especialmente quando do tipo sexual. Entre as consequências, o aborto e a tentativa de suicídio foram as mais frequentes. Percentual similar (14,2%) foi encontrado em pesquisa realizada numa unidade básica de saúde do Rio de Janeiro com adolescentes grávidas violentadas, as quais tiveram como consequência a depressão gestacional<sup>33</sup>. De maneira semelhante, em um estudo realizado na cidade de Salvador, Bahia, com 147 mulheres internadas em uma maternidade pública por aborto provocado, identificou-se que a maioria era negra, de baixa escolaridade e que 67% delas sofriam violência doméstica durante a gestação, sendo esse o motivo que as levou ao aborto<sup>34</sup>.

Frente ao exposto, salienta-se que a agressão traz grandes consequências para a gestante, pois afeta a saúde física e mental da mãe<sup>33</sup>. Além disso, a violência durante a gravidez está fortemente relacionada à restrição de crescimento intrauterino, à curta duração da gestação e ao baixo peso ao nascer, o que é fator de risco para o aborto espontâneo, podendo causar até mesmo a morte da mãe<sup>35</sup>.

Há que se ressaltar as limitações dos sistemas de informação em saúde que interferem de forma definitiva no objeto deste estudo, uma vez que podem mascarar as estatísticas, devido ao mau preenchimento das fontes de registro hospitalar, com dados ignorados ou sem preenchimento

acima de 10%<sup>36</sup> aliado à impossibilidade de identificar qual a melhor fonte de dados.

Neste estudo, 295 fichas foram excluídas porquanto continham dados incompletos sobre o tipo de violência, a faixa etária da gestante e informações sobre o período da gestação em que essas gestantes se encontravam. Muitas vezes, os dados encontravam-se incompletos, devido à baixa qualidade das informações fornecidas pelas gestantes no ato do preenchimento das fichas, por razões que podem ser associadas à baixa escolaridade<sup>6</sup> ou à dificuldade de denunciar as violências sofridas<sup>6</sup>.

Há sempre grande dificuldade em traçar diagnósticos, em termos locais ou de Brasil, pelo fato de que o diagnóstico pressupõe, sempre, conhecimento sobre determinada situação, a partir de estudo profundo fundamentado em dados precisos.

Porém, a realidade aponta dados imprecisos e inexatos devido sobretudo à carência de pessoal devidamente técnico capacitado para exercer funções burocráticas ou técnicas, em saúde e fora dela.

## CONCLUSÃO |

Ao considerar as mudanças pelas quais uma mulher passa durante a gestação, o que a faz estar mais sensível e vulnerável, o estudo sobre a violência contra esse público é importante para mostrar tendências que podem ser úteis na implantação de ações públicas eficientes voltadas para proteger esse grupo específico da violência, que traz consequências irreparáveis para a mãe e o filho.

Esta análise mostrou a gravidade do quadro de violência contra a gestante no estado do Espírito Santo, revelando taxas crescentes de agressões distintas e mais frequentes em um grupo populacional bem definido: jovens, pardas e de baixa escolaridade. As notificações são necessárias para que ações de proteção à mulher sejam realizadas para evitar um desfecho fatal.

As características desse tipo de violência exigem o envolvimento ativo de todos os profissionais de serviços de saúde, que devem estar cientes de que a abordagem e a resolução das consequências devem começar com a detecção do problema. Os profissionais de saúde envolvidos



devem estar cientes de que as mulheres que consultam por agressão física são apenas uma pequena parte daquelas que sofrem violência.

Para tal, uma providência que pode ser estudada, que é o aprimoramento no Estado da rede de atendimento à mulher, com opções reais de denúncia e busca da proteção. A rede de saúde deve estar associada ao sistema judiciário criminal para que o acesso dessas mulheres seja facilitado e que não apenas haja a identificação do crime, mas a sua punição, a proteção contra recorrências e, principalmente, o acompanhamento da vítima.

## AGRADECIMENTOS |

Os autores agradecem à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), por disponibilizar o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e à Universidade Vila Velha, pelo apoio financeiro aos alunos bolsistas de Iniciação Científica, participantes do estudo em questão.

## REFERÊNCIAS |

1. Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell'aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estudo de Psicologia*. 2010; 28(2):219-77.
2. Organização Mundial da Saúde. The world report on violence and health [Internet]. Genebra: OMS; 2002 [acesso em 26 mar 2017]. Disponível em: URL: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/index.htm](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.htm)>.
3. Santos APCA, Witeck G. Violência doméstica e familiar contra a mulher. In: *Anais do 12. Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea*; 2016 out 24-26; Santa Cruz do Sul, Brasil. Santa Cruz do Sul: UNISC; 2016. p. 1-20.
4. Brasil. Lei n.º 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de

Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 08 ago 2006.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União* 26 jan 2011.
6. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002; 79(1):269-77.
7. Santos SA, Lovisi GM, Valente CCB, Legay L, Abelha L. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Coletiva*. 2010; 18(4):483-93.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. Velasco Juez MC. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof*. 2008; 9 (3):32-7.
10. Organização Mundial da Saúde. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Genebra: OMS; 2005 [acesso em 23 nov 2009]. Disponível em: URL: <[http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summaryreportSpanishlow.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf)>.
11. Conselho da Europa. Estudios sobre las medidas y acciones adoptadas por los estados miembros del Consejo de Europa sobre violencia de género. Bruxelas: Conselho da Europa; 2006.
12. Sigma SA. III Macroencuesta de la violencia contra las mujeres. Informe de resultados [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos So-

- ciais; 2006 [acesso em 05 abr 2020]. Disponível em: <<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220373748592&ssbinary=true>>.
13. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 set; 22 (9):2929-38 [acesso em 05 abr 2020]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002902929&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902929&lng=en)>. 2008; 9 (3):32-7.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
15. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.
16. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3):472-7.
17. Alves PC, Minayo MCS, organizadores. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994.
18. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: homicídio de mulheres no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2012.
19. Rocha PC, Alves MTSS, Chagas DC, Silva AAM, Batista RFL, Silva AS. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(1):e00192714.
20. Santos SMAB, Oliveira ZM, Coqueiro RS, Santos VC, Anjos KF, Casotti CA. Prevalência e perfil de mulheres grávidas que sofreram violência. *Rev Fund Care Online*. 2017; 9(2):401-7.
21. Santos AG, Nery IS, Rodrigues DC. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI. *Rev Rene*. 2010; 11:109-16.
22. Carvalho JR, Oliveira VH. Violência doméstica, violência na gravidez e transmissão entre gerações [Internet] [acesso em 08 abr 2018]. Disponível em: URL: <[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2017/11/violencia\\_domestica\\_geracoes\\_out\\_17.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2017/11/violencia_domestica_geracoes_out_17.pdf)>.
23. Okada MM, Hoga LA, Borges LA, Albuquerque RS, Belli MA. Violência doméstica na gravidez. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(3):270-4.
24. Brasil. Lei nº. 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores [Internet]. *Diário Oficial da União* 10 ago 2009 [acesso em 10 abr 2018]. Disponível em: URL: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm)>.
25. Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Rev Acta Paulista Enferm*. 2012; 25(6):895-901.
26. Mattos DC. O estupro do vulnerável à luz das alterações da Lei nº 12.015/2009. *Raízes Jurídicas*. 2009; 5(2):1-9.
27. Castilho GGC. Análise da violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica contra gestantes: percepções e repercussões na vida de mulheres atendidas na Unidade Mista do Itaquí Bacanga em São Luís – MA. São Luís. Dissertação [Mestrado em Políticas Públicas] - Universidade Federal do Maranhão; 2012.
28. Fórum Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil [acesso em 04 abr 2018]. Disponível em: URL: <<http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/03/relatorio-pesquisa-vs4.pdf>>.
29. Garcia LP. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25(3):451-4.
30. Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS, Silva GDM. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(4):1-11.

31. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TVB, Valongueiro SA. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(6):1044-53.
32. Costa MC, Silva EB, Siqueira ET. Gestantes em situação de violência sobre o olhar da saúde: Revisão Integrativa. *Rev Enferm UFPE Online*. 2015; 9(2):965-73.
33. Pereira PKP, Giovani ML, Lima LA. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Rev Psiq Clín*. 2010; 37(5):216-22.
34. Freire NMD, Anjos SMG, Mendonça RLL, Mota RS, Pérez BAG, Gomes NP. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(6):1010-5.
35. Hoang TN, Van TN, Gammeltoft T, Meyrowitsch DW, Thuy HN, Rasch V. Association between intimate partner violence during pregnancy and adverse pregnancy outcomes in Vietnam: a prospective cohort study. *PLoS ONE*. 2016; 11(9):e0162844.
36. Mascarenhas MDM. Avaliação da confiabilidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em Teresina, Piauí. Teresina. Dissertação [Mestrado em Ciências e Saúde] - Universidade Federal do Piauí; 2004.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Ana Rosa Murad Szpilman**

*Rua Desembargador Carlos Xavier Paes Barreto, 73/904,*

*Mata da Praia, Vitória/ES, Brasil*

*CEP: 29065-330*

*E-mail: szpanarm@gmail.com*

Recebido em: 17/08/2018

Aceito em: 15/08/2019