

ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES NO BRASIL NO PERÍODO DE 2011 ATÉ 2018

Cristiane Ferraz Colonese¹ 
Liana Wernersbach Pinto¹ 

¹Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar as notificações de violência contra gestantes no Brasil entre 2011 e 2018.

Método: pesquisa quantitativa do tipo analítica e retrospectiva. Foram analisados dados de gestantes com idade entre 11 e 49 anos de um banco contendo as informações das fichas do Sistema de Informação de Notificação de violência interpessoal/autoprovocada, de 2011 até 2018. A análise envolveu a descrição do perfil da gestante e do provável autor e as características dos eventos.

Resultados: no ano de 2017 foram notificados cinco vezes mais casos de violência contra a gestante em comparação com 2011. A violência aconteceu mais em pessoas na faixa etária entre 20 a 29 anos (37,0%), pretas/pardas (54,4%), com ensino fundamental incompleto (34,2%) e solteiras (48,1%). A violência de maior ocorrência foi a física (61,9%), seguida pela psicológica (31,2%) e pela sexual (27,0%). A força corporal e o espancamento foram o meio de agressão mais utilizado pelo autor da violência (54,0%). O parceiro ou ex-parceiro (50,5%) foi o agressor mais descrito pelas gestantes.

Conclusão: ao descrever as características das gestantes no Brasil que sofrem violência e do seu possível agressor propõe-se um avanço na construção de uma rede de atenção às mulheres vítimas de violência mais estruturada, pautada em políticas públicas que visem à garantia de um atendimento qualificado pelos profissionais que realizam o pré-natal nas unidades de atenção primária à saúde.

DESCRITORES: Violência contra a mulher. Gravidez. Violência por parceiro íntimo. Notificação. Cuidado pré-natal. Enfermagem.

COMO CITAR: Colonese CF, Pinto LW. Análise das notificações de violência contra gestantes no Brasil no período de 2011 até 2018. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022 [acesso MÊS ANO DIA]; 31:e20210180. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0180>

ANALYSIS OF REPORTS OF VIOLENCE AGAINST PREGNANT WOMEN IN BRAZIL IN THE PERIOD FROM 2011 TO 2018

ABSTRACT

Objective: to analyze reports of violence made by pregnant women in Brazil between 2011 and 2018.

Method: quantitative research of the analytical and retrospective type. Data from pregnant women aged between 11 and 49 years from a database containing information from the Information System for Reporting interpersonal/self-harm from 2011 to 2018 were analyzed. The analysis involved the description of the profile of the pregnant woman and the probable author and the characteristics of the events.

Results: in 2017, five times more cases of violence against pregnant women were reported compared to 2011. Violence occurred more in people aged between 20 and 29 years (37.0%), black/brown (54.4%), with incomplete primary education (34.2%) and single (48.1%). The most frequent violence was physical (61.9%), followed by psychological (31.2%) and sexual (27.0%). Body strength and beatings were the means of aggression most used by the perpetrator of violence (54.0%). The partner or ex-partner (50.5%) was the aggressor most described by the pregnant women.

Conclusion: to describe the characteristics of pregnant women in Brazil who suffer violence and their possible aggressor proposes an advance in the construction of a network of care for women victims of more structured violence, based on public policies aimed at ensuring qualified care by professionals who perform prenatal care in primary health care units.

DESCRIPTORS: Violence against women. Pregnancy. Intimate partner violence. Notification. Prenatal care. Nursing.

ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES DE VIOLENCIA CONTRA MUJERES EMBARAZADAS EN BRASIL EN EL PERÍODO DE 2011 A 2018

RESUMEN

Objetivo: analizar denuncias de violencia realizadas por mujeres embarazadas en Brasil entre 2011 y 2018.

Método: investigación analítica cuantitativa y retrospectiva. Se analizaron datos de gestantes entre 11 y 49 años de una base de datos que contiene información del Sistema de Información del Sistema de Información para Notificación de Violencia Interpersonal/Autoinfligida, de 2011 a 2018. El análisis involucró la descripción del perfil de la mujer embarazada y el probable autor y las características de los hechos.

Resultados: en 2017 se reportaron cinco veces más casos de violencia contra mujeres embarazadas en comparación con 2011. La violencia se presentó más en personas entre 20 y 29 años (37,0%), negras/morenas (54,4%), con educación primaria incompleta (34,2%) y solteras (48,1%). La violencia más frecuente fue física (61,9%), seguida de psicológica (31,2%) y sexual (27,0%). La fuerza corporal y los golpes fueron los medios de agresión más utilizados por el autor de la violencia (54,0%). La pareja o ex pareja (50,5%) fue el agresor más descrito por las gestantes.

Conclusión: al describir las características de las mujeres embarazadas en Brasil que sufren violencia y su posible agresor, se propone un avance en la construcción de una red de atención más estructurada para las mujeres víctimas de violencia, basada en políticas públicas orientadas a garantizar una atención calificada por parte de profesionales que realizan atención prenatal en unidades de atención primaria de salud.

DESCRIPTORES: Violencia contra la mujer. Embarazo. Violencia de pareja. Notificación. Cuidado prenatal. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher constitui "(...) qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado"^{1:19}. Ela pode resultar em graves problemas físicos, mentais, sexuais e reprodutivos a curto, médio e longo prazos, afeta seus filhos, gera danos sociais e custos econômicos para elas, suas famílias e as sociedades².

A violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos, encontra-se enraizada na desigualdade de gênero, sendo considerada problema de saúde pública e um obstáculo ao desenvolvimento sustentável. No mundo, 30% das mulheres sofreram violência física e/ou sexual por parceiros íntimos durante sua vida e entre 38% e 50% dos homicídios são cometidos por estes³.

O risco de sofrer violência pelo parceiro íntimo e violência sexual é maior em mulheres com baixa escolaridade, expostas a violência na infância, em posição desigual nos relacionamentos íntimos, com atitudes e normas de aceitação da violência e da desigualdade de gênero. Outro agravante refere-se ao fato de que a maioria das mulheres, entre 55% e 95%, que sobrevivem a violência não falam sobre o ocorrido e não procuram nenhum tipo de atendimento³.

No Brasil, a Portaria número 104 de 25 de janeiro de 2011 definiu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências como sendo de notificação compulsória. Tais agravos precisam ser notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no qual é possível saber se a mulher que sofreu violência encontrava-se grávida no momento da notificação⁴. Sabe-se que durante a gestação a mulher encontra-se em uma fase de maior vulnerabilidade, agravando as consequências do ciclo da violência⁵.

Na prática assistencial nos serviços de saúde, em específico na rotina de pré-natal, profissionais que realizam o atendimento de gestantes precisam estar atentos aos sinais indicativos de que esta mulher possa estar sofrendo violência, momento em que a notificação da suspeita do caso precisará ser realizada em ficha individual específica do SINAN.

Mudanças físicas e psicológicas acontecem na mulher durante a gestação. Tais mudanças deixam as mulheres mais sensíveis ou fragilizadas e a violência é uma realidade na vida de muitas destas gestantes, desencadeando prejuízos, muitas vezes, irreparáveis ao binômio mãe-filho⁶.

A violência durante a gravidez é considerada uma complicação importante, pois é mais frequente que patologias como a diabetes e a hipertensão arterial⁷. Um estudo sobre fatores associados à agressão física contra gestantes em São Luís, no Maranhão, mostrou que a prevalência da violência física contra mulheres grávidas foi igual a 12,4%, destas 66% sofreram o abuso em uma única vez. O parceiro íntimo foi o causador desta violência em 66% dos casos⁸.

A vivência de violência doméstica foi relato de uma pesquisa qualitativa realizada com mulheres internadas em razão de aborto provocado em Salvador, Bahia. O cotidiano das mulheres que fizeram o aborto é marcado pela violência doméstica durante sua infância e adolescência. Além disso, a violência pelo parceiro íntimo fazia parte da vida dessas mulheres, com interações conjugais conflituosas, em que ambos se agridem⁹.

Pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro mostrou que nos casos de agressão física entre parceiros íntimos durante a gestação, houve aumento em duas vezes a chance de óbito neonatal e em três vezes de óbito pós-neonatal quando compara-se aos filhos cujas grávidas não sofreram agressões pelo pai da criança¹⁰. Na Nigéria, inquérito demográfico e de saúde apontou que a prevalência da violência doméstica contra a mulher era igual a 22%, destas 8,1% relataram história de gravidez indesejada e 14,8% tiveram experiência de gravidez interrompida¹¹.

A interseccionalidade entre gênero, raça/etnia e classe precisa ser considerada nas situações em que a mulher vivencia violência em suas relações de intimidade. Além disso, esse é um campo onde há o atravessamento de relações de dominação, nas quais as mulheres se encontram em um momento de tensionamento, porém marcado por desigualdade e opressão¹². Avaliando os marcadores de gênero e raça, o Atlas da Violência apontou que em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras e que no período entre 2008 e 2018 a taxa de homicídio de mulheres não negras caiu 11,7%, contudo a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4%¹³.

Entender o fenômeno que leva uma gestante a sofrer qualquer tipo de violência envolve vários aspectos, inclusive a questão da desigualdade de gênero. O profissional de saúde encontra-se nessa mesma sociedade patriarcal, em que a violência contra a mulher por vezes é vista como algo culturalmente aceito.

Portanto, é importante dar visibilidade ao problema da violência contra a gestante no Brasil, com o intuito de sensibilizar os profissionais de saúde que realizam o pré-natal da mulher em situação de violência na identificação do risco e na prevenção de desfechos negativos. O objetivo desta pesquisa é analisar as notificações de violência contra gestantes no Brasil entre 2011 e 2018.

MÉTODO

O método escolhido para este estudo é a pesquisa quantitativa do tipo analítica. A natureza do levantamento de dados foi retrospectiva. Para identificar a frequência dos casos de violência contra a gestante no Brasil foram obtidos dados de fonte secundária provenientes do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O banco de dados utilizado contém informações das fichas SINAN de violência interpessoal/autoprovocada de gestantes com idade entre 11 e 49 anos, no período de 2011 até 2018.

No banco de fichas do SINAN foram avaliadas as seguintes variáveis:

- bloco perfil da gestante: UF de notificação; idade gestacional; faixa etária (11-14 anos; 15-19 anos; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos); raça/cor (branca; preta/parda; amarela/indígena; ignorado); escolaridade (analfabeto; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; educação superior incompleta; educação superior completa; ignorado); situação conjugal (solteira; casada/união consensual; viúva; separada; não se aplica; ignorado); deficiência/transtorno (sim; não; ignorado); tipo de deficiência (intelectual; transtorno mental; transtorno de comportamento; outros).
- bloco característica do evento: local de ocorrência (residência; via pública; outro; ignorado); ocorreu outras vezes (sim; não; ignorado); lesão autoprovocada (sim; não; ignorado); motivo da violência (sexismo; conflito geracional; situação de rua; outros; não se aplica; ignorado); tipo de violência (física; psicológica/moral; sexual; negligência/abandono; outras); meio de agressão (força corporal/espantamento; ameaça; objeto perfurocortante/objeto contundente; envenenamento/intoxicação; arma de fogo); tipo de violência sexual (assédio sexual, estupro; pornografia infantil/exploração sexual; outros); procedimento realizado (profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e/ou para HIV e/ou hepatite B; coleta de sangue e/ou sêmen e/ou secreção vaginal; contracepção de emergência; aborto previsto em lei); encaminhamento (rede de saúde; rede de assistência social; conselho tutelar; rede de atendimento à mulher; outras delegacias; delegacia de atendimento à mulher; outro).

- bloco característica do autor: número de envolvidos (um; dois ou mais; ignorado); sexo (masculino; feminino; ambos os sexos; ignorado); provável autor (parceiro ou ex-parceiro; familiares; amigo/conhecido; desconhecido; própria pessoa; outro); suspeita de uso de álcool (sim; não; ignorado); ciclo de vida (criança; adolescente; jovem; pessoa adulta; pessoa idosa; ignorado).

A análise envolveu a descrição do perfil da gestante, as características dos eventos e do perfil do provável autor. Na construção do banco e cálculo de medidas utilizou-se o *software* SPSS 24.

Os dados utilizados são provenientes de um banco composto por informações sem possibilidade de identificação individual da população e disponíveis em livre acesso. Portanto, segundo a Resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde não são alvo de avaliação do sistema CEP/CONEP.

RESULTADOS

No período de 2011 a 2018 foram notificados 2.033.026 casos de violência interpessoal/autoprovocada. Deste total, 71,7% (1.456.936) eram do sexo feminino. Sobre estarem gestantes no momento da notificação, considerando mulheres em idade fértil (11 até 49 anos), 7,4% (74.256) disseram que sim.

Nas notificações de violência contra a gestante, a análise temporal indicou que houve aumento de cinco vezes mais casos em 2017 em comparação a 2011, sendo que de 2017 para 2018 há uma queda importante (Figura 1). Todas as Unidades Federativas (UF) apresentaram aumento do número de notificações de 2011 para 2018 (Tabela 1).

Como visto na Tabela 2, as mulheres encontravam-se em diferentes fases da gestação, contudo observa-se que quanto maior a idade gestacional menor é a frequência deste agravo. Sobre o perfil das grávidas os dados mostram que a violência aconteceu mais em pessoas na faixa etária entre 20 a 29 anos (37,0%), pretas/pardas (54,4%), com ensino fundamental incompleto (34,2%), solteiras (48,1%) e sem relato de deficiência (82,1%).

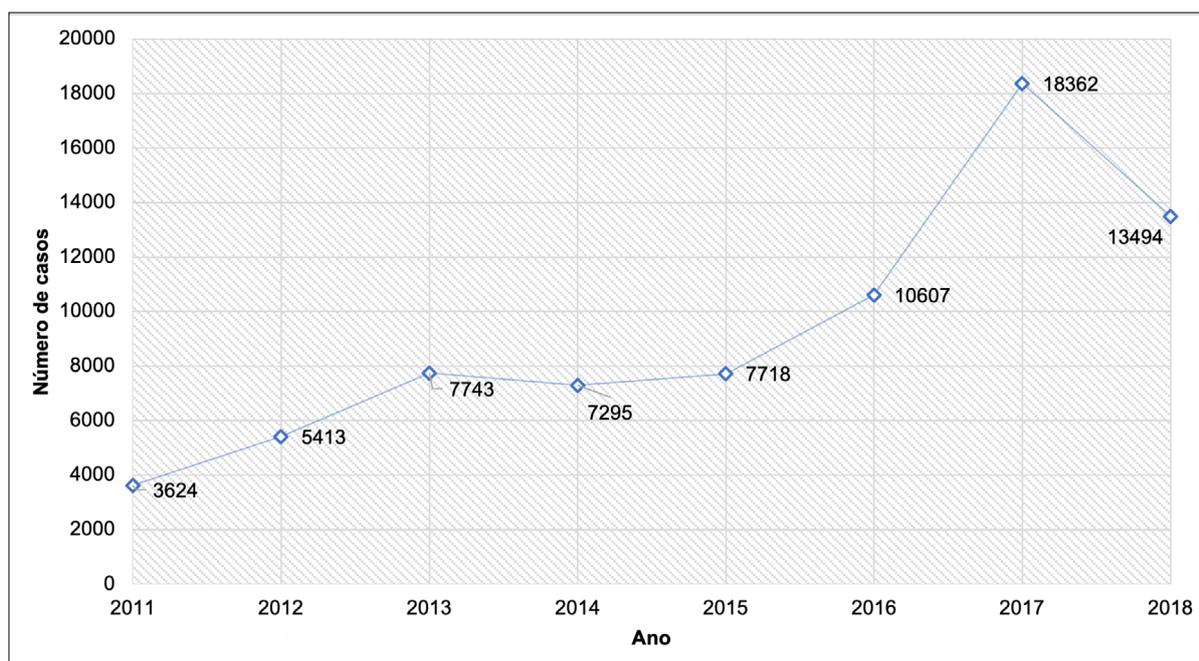


Figura 1 - Evolução temporal das notificações de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018. (n=74.256)

Fonte: Dados extraídos do SINAN.

Tabela 1 - Número de notificações de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN por UF. Brasil, 2011-2018. (n=74.256)

	Número de notificações de violência										Total		Variação (%)	
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2011-2018	2011-2018	2011-2018	2011-2018		
Brasil	3624	5413	7743	7295	7718	10607	18362	13494	74256	74256	272,4			
Acre	178	250	367	404	428	520	605	506	3258	3258	184,3			
Alagoas	49	59	65	248	0	0	0	133	554	554	171,4			
Amapá	8	18	35	28	18	39	39	96	281	281	1100,0			
Amazonas	88	123	165	267	249	250	378	409	1929	1929	364,8			
Bahia	92	119	212	230	185	1872	0	403	3113	3113	338,0			
Ceará	30	73	91	116	141	239	391	433	1514	1514	1343,3			
Distrito Federal	58	113	171	145	112	166	269	278	1312	1312	379,3			
Espírito Santo	25	50	93	146	180	194	257	327	1272	1272	1208,0			
Goiás	51	92	145	134	193	228	229	285	1357	1357	458,8			
Maranhão	52	77	115	101	99	103	122	203	872	872	290,4			
Mato Grosso	29	45	51	64	91	112	93	140	625	625	382,8			
Mato Grosso do Sul	274	265	342	361	298	301	353	381	2575	2575	39,1			
Minas Gerais	416	624	848	1000	1156	1002	9067	1280	15393	15393	207,7			
Pará	115	137	200	245	195	265	266	370	1793	1793	221,7			
Paraíba	69	182	12	0	0	0	1	150	414	414	117,4			
Paraná	179	528	591	765	973	1087	1260	1262	6645	6645	605,0			
Pernambuco	264	334	1590	32	24	188	7	1099	3538	3538	316,3			
Piauí	29	46	67	51	59	89	78	111	530	530	282,8			
Rio de Janeiro	243	328	467	577	638	892	1062	1146	5353	5353	371,6			
Rio Grande do Norte	20	0	0	0	0	0	0	114	134	134	470,0			
Rio Grande do Sul	252	383	436	486	508	580	720	700	4065	4065	177,8			
Rondônia	15	20	11	54	79	53	86	75	393	393	400,0			
Roraima	16	43	52	54	66	56	61	75	423	423	368,8			
Santa Catarina	165	288	347	418	385	386	432	460	2881	2881	178,8			
São Paulo	833	1129	1112	1132	1336	1781	2351	2760	12434	12434	231,3			
Sergipe	10	18	22	20	101	0	0	45	216	216	350,0			
Tocantins	64	69	136	217	204	204	235	253	1382	1382	295,3			

Fonte: Dados extraídos do SINAN.

Tabela 2 - Perfil das notificações de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018. (n=74.256)

Variáveis	n	%
Idade gestacional		
1º Trimestre	25320	34,1
2º Trimestre	23828	32,1
3º Trimestre	19312	26,0
Idade ignorada	5796	7,8
Faixa etária		
11-14 anos	13146	17,7
15-19 anos	18871	25,4
20-29 anos	27501	37,0
30-39 anos	12318	16,6
40-49 anos	2420	3,3
Raça-Cor		
Branca	26184	35,3
Preta/Parda	40411	54,4
Amarela/Indígena	1791	2,4
Ignorado	5870	7,9
Escolaridade		
Analfabeta	530	0,7
Ensino fundamental incompleto	25372	34,2
Ensino fundamental completo	6282	8,5
Ensino médio incompleto	9109	12,3
Ensino médio completo	9324	12,5
Educação superior incompleta	1771	2,4
Educação superior completa	1285	1,7
Ignorado	20583	27,7
Situação conjugal		
Solteira	35751	48,1
Casada/União consensual	27094	36,5
Viúva	211	0,3
Separada	2615	3,5
Não se aplica	1027	1,4
Ignorado	7558	10,2
Deficiência/Transtorno		
Sim	3848	5,2
Não	60970	82,1
Ignorado	9438	12,7
Tipo de deficiência*		
Intelectual	946	1,3
Transtorno mental	1472	2,0
Transtorno de comportamento	1095	1,5
Outros	1154	1,6

*Permite que marque mais de uma resposta.

O local de ocorrência dos eventos de violência foi maior no ambiente da residência (66,5%) das gestantes em comparação com a via pública (12,8%). O relato da violência ser de repetição (43,0%) apareceu nas notificações com importante expressão. O sexismo (13,7%) e o conflito geracional (7,2%) foram os motivos da violência mais descritos. O preenchimento desta variável é baixo em comparação às outras descritas nas Tabelas 1 e 2, como pode ser visto pelo número alto de ignorados (36,4%) (Tabela 3).

O tipo de violência de maior ocorrência foi a física (61,9%), seguida pela psicológica (31,2%) e pela sexual (27,0%). A lesão autoprovocada aconteceu em 10,3% dos casos. O uso da força corporal e o espancamento foram o meio de agressão mais utilizado pelo autor da violência (54,0%), seguido pela ameaça (18,9%). O estupro apresentou-se como o tipo de violência sexual mais descrito (78,6%). Em relação aos casos de estupro, os procedimentos mais realizados foram: coleta de sangue (28,2%), profilaxia para IST (10,6%) e profilaxia para HIV (10,1%).

No atendimento, as vítimas de violência foram encaminhadas principalmente para a rede de saúde (32,7%), delegacias (21,9%) e conselho tutelar (12,3%) (Tabela 2). É importante destacar que os dados de encaminhamento de 2018 não foram encontrados no banco do SINAN.

Tabela 3 - Características dos eventos de violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018. (n=74.256)

Variáveis	n	%
Local de ocorrência		
Residência	49352	66,5
Via pública	9489	12,8
Outro	7132	9,6
Ignorado	8283	11,1
Ocorreu outras vezes		
Sim	31575	43,0
Não	27503	37,0
Ignorado	15178	20,0
Lesão autoprovocada		
Sim	7619	10,3
Não	58994	79,4
Ignorado	7643	10,3
Motivo da violência†		
Sexismo	7871	13,7
Conflito geracional	4134	7,2
Situação de rua	791	1,3
Outros	14879	25,9
Não se aplica	8888	15,5
Ignorado	20913	36,4
Tipo de violência*		
Física	45931	61,9
Psicológica/Moral	23135	31,2
Sexual	19979	27,0
Negligência/Abandono	7367	9,9
Outras	8503	11,5

Tabela 3 - Cont.

Variáveis	n	%
Meio de agressão*		
Força corporal/Espancamento	40108	54,0
Ameaça	14014	18,9
Objeto perfurocortante/Contundente	6782	9,1
Envenenamento/Intoxicação	3835	5,2
Arma de fogo	1734	2,3
Tipo de violência sexual*		
Assédio sexual	3012	15,1
Estupro	15705	78,6
Pornografia infantil/Exploração sexual	587	3,0
Outros	1557	7,8
Procedimento realizado*		
Profilaxia IST	1658	10,6
Profilaxia HIV	1591	10,1
Profilaxia Hepatite B	1256	8,0
Aborto previsto em lei	1521	9,7
Coleta de sangue	4432	28,2
Coleta de sêmen	228	1,5
Coleta de secreção vaginal	692	4,4
Contracepção de emergência	638	4,1
Encaminhamento*		
Rede de saúde	19874	32,7
Rede de assistência social	6036	9,9
Conselho Tutelar	7463	12,3
Rede de Atendimento à Mulher	2760	4,5
Outras delegacias	7609	12,5
Delegacia de Atendimento à Mulher	5694	9,4
Outro	2171	3,6

*Permite que marque mais de uma resposta; †Variável com n = 57476; incluída a partir de 2014 na ficha SINAN.

Sobre as características dos prováveis autores da violência, o número de envolvidos foi apenas um na maioria dos casos (76,5%), assim como o autor ser do sexo masculino foi mais predominante (70,3%). O parceiro ou ex-parceiro (50,5%) foi o agressor mais descrito pelas gestantes e a maior parte tinha idade entre 20 a 59 anos (46,7%). A suspeita do uso de álcool apareceu em um quarto dos casos (Tabela 4).

Tabela 4 - Características dos prováveis autores da violência contra a gestante segundo ficha do SINAN. Brasil, 2011-2018. (n = 74.256)

Variáveis	n	%
Número de envolvidos		
Um	56798	76,5
Dois ou mais	12469	16,8
Ignorado	4989	6,7
Sexo		
Masculino	52216	70,3
Feminino	13771	18,6
Ambos os sexos	3783	5,1
Ignorado	4486	6,0
Provável autor*		
Parceiro ou ex-parceiro	37526	50,5
Familiares	12397	16,7
Amigo/conhecido	7157	9,6
Desconhecido	7669	10,3
Própria pessoa	7503	10,1
Outro	5013	6,8
Suspeita de uso de álcool		
Sim	19227	25,9
Não	33235	44,8
Ignorado	21794	29,3
Ciclo de vida		
Criança (0 a 9 anos)	235	0,3
Adolescente (10 a 19 anos)	6039	8,1
Jovem (20 a 24 anos)	10421	14,1
Pessoa adulta (25 a 59 anos)	24192	32,6
Pessoa idosa (60 ou mais)	297	0,4
Ignorado	33072	44,5

*Permite que marque mais de uma resposta.

DISCUSSÃO

Os números das notificações de violência contra a gestante apresentados neste estudo mostram a importância da temática no campo da saúde pública. Espera-se que uma gestante tenha acesso ao serviço de atenção primária à saúde para realização de acompanhamento pré-natal e que os profissionais envolvidos no acolhimento e assistência dessas mulheres tratem esse agravo como um problema, que precisa ser enfrentado para evitar desfechos negativos para a mulher e a criança. O pré-natal inadequado é apontado como um fator associado a qualquer tipo de violência sofrida pela gestante¹⁴.

O uso do banco de dados do SINAN auxilia na caracterização do perfil de vítimas que são acolhidas e atendidas nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde, rede de apoio e proteção, o que permite o acompanhamento das vítimas¹⁵. Porém, estudo nacional apontou que o risco de morte por agressão nas mulheres notificadas por violência no SINAN foi maior do que na população

feminina geral, revelando a fragilidade das redes de atenção e proteção no atendimento às vítimas¹⁶. Além disso, são descritas limitações com o uso do SINAN, como: a incompletude das informações notificadas que resultam em significativas situações “indefinidas” e dados desatualizados¹⁵.

Assim como o aumento das notificações de violência contra a gestante observada neste estudo ao longo dos anos, dados oficiais do Fórum de Segurança Pública mostram que houve um crescimento expressivo de 30,7% no número de homicídios de mulheres no país durante a década 2007-2017¹³. Os dados do “disque 180” apontaram que nos primeiros quatro meses de 2020 houve um aumento de 14,1% de relatos de violência contra a mulher em comparação ao mesmo período do ano anterior¹⁷.

Em comparação com estudos de diferentes continentes, em Bangladesh uma em cada quatro mulheres que relataram ter sofrido VPI também referiram ter um ou mais abortos espontâneos, natimortos e abortos induzidos¹⁸. Na Colômbia, 8,9% (1.271) das mulheres sofreram violência durante a gravidez, sendo que metade foi agredida por um ex-companheiro (50,7%) e pelo atual companheiro (29,7%). Mulheres que sofreram violência, que não fizeram pré-natal ou fizeram menos de quatro consultas tiveram maior probabilidade de terem um filho prematuro¹⁹.

Na Suécia, 38,7% (656) de mães reportaram história de violência e destas 2% (34) experimentaram violência doméstica durante a gravidez. Mulheres que relataram violência tiveram risco significativo de terem recém-nascidos prematuros (menos de 37 semanas). Identificar de forma precoce a presença de história de violência ou de violência contínua durante a gravidez é fundamental para fornecer apoio extra às mulheres, o que pode ter um impacto positivo no nascimento do bebê²⁰. Em São Paulo, em uma pesquisa realizada com puérperas, 34,6% (49) das entrevistadas referiram ter sofrido violência doméstica durante a gravidez, sendo a violência psicológica mais prevalente (71,4%) e 25,3% referiram que a violência aumentou durante a gravidez²¹.

Jovens, pretas/pardas, com baixa escolaridade, solteiras, sem deficiência e no primeiro trimestre da gravidez são descritas como as características mais prevalentes das gestantes que sofreram violência neste estudo. Semelhante a esses dados, pesquisa na Etiópia identificou que as mães sem educação formal tiveram maior probabilidade de sofrerem violência física que aquelas com nível educacional avançado¹¹ e na Malásia o status de solteira foi um fator associado à violência emocional e sexual²². Já no Irã não foi encontrada relação significativa entre a educação das mulheres e a violência física. Entretanto, houve correlação entre a educação masculina e a violência doméstica, ou seja, quanto maior o nível educacional do homem, menos violência doméstica existe²³.

A ficha SINAN não contém perguntas sobre a religião da vítima, renda e sobre a gravidez ter sido planejada. Tais variáveis foram apontadas como importantes em pesquisa realizada em São Paulo, pois houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência da violência doméstica na gravidez e as variáveis: ser da religião evangélica, ter renda familiar abaixo de mil reais e não ter planejado a gravidez²¹.

Assim como o encontrado nesta pesquisa, outros estudos apontam que as mulheres negras e pardas são as maiores vítimas de violência¹³⁻¹⁷. Esses resultados denunciam o racismo de forma específica e velada. Eles apontam para a urgência e a necessidade de estudos voltados para a população negra, pois mesmo sendo o grupo mais violentado, é invisível socialmente²⁴. A intersecção entre os marcadores sociais de gênero, raça e classe faz com que as mulheres negras sofram violências múltiplas e tenham seu ápice na violência letal²⁵.

A gravidez é um momento em que a mulher deve receber proteção e cuidado para poder ter uma gestação e parto sem complicações. Contudo, uma pesquisa de revisão²⁶ apontou que a violência contra gestante não tem momento para acontecer e independe de raça, cor, escolaridade e classe social. Sobre os desfechos para a saúde materna e fetal, a violência contra a gestante contribui para o aumento da mortalidade materna, dos óbitos perinatais, baixo peso ao nascer,

abortos e nascimentos prematuros. Por isso, o profissional que realiza o pré-natal deve ter um olhar ampliado para qualquer pequeno sinal implícito nas palavras das vítimas de violência, pois ele é o primeiro contato com a gestante vulnerável.

O atendimento na Estratégia Saúde da Família deve considerar a magnitude do aborto provocado para a saúde das mulheres e por isso os profissionais de saúde precisam ter um olhar sensível para o reconhecimento de fatores associados à decisão de abortar. A vivência de violência doméstica na infância e adolescência e na relação conjugal são questões que podem estar associadas a tal decisão. Na atenção primária à saúde, a enfermeira tem uma posição importante e será nesse cenário que ações de promoção à saúde e prevenção poderão ser realizadas na perspectiva de evitar o aborto⁹.

Referente às características dos eventos de violência contra as gestantes, o ambiente da residência foi o local com maior ocorrência, assim como ser de repetição, a principal violência ser do tipo física através do uso da força corporal e do espancamento e o parceiro ou ex-parceiro ser o agressor mais descrito. Dados semelhantes podem ser vistos em pesquisa realizada na Etiópia que identificou 100 (25,8%) puérperas que sofreram alguma violência dos seus parceiros íntimos durante o período de gravidez. A violência física foi a mais prevalente, seguida pelas psicológica e sexual²⁷. Porém, diferente dos dados do SINAN, um estudo no Irã encontrou prevalência maior de violência sexual (14,8%) sofrida durante a gravidez, seguido pela psicológica (9,9%) e física (6,5%)²³, e uma pesquisa com puérperas na Malásia apontou prevalência maior de violência psicológica na gravidez (29,8%) em comparação com a física (12,9%) e sexual (9,8%)²².

Essas diferenças dos tipos de violência encontradas ocorrem porque os estudos utilizam diferentes tipos de abordagens metodológicas para obtenção dos dados. Por se tratar de casos de notificação em que geralmente a gestante procurou atendimento em um serviço de saúde, a violência física ganha destaque, pois a violência que faz uma mulher procurar atendimento em uma unidade de saúde geralmente foi porque teve repercussão física, ou seja, algum tipo de agressão ou espancamento.

Muitas mulheres procuram o Sistema Único de Saúde (SUS) buscando cuidado e, por diferentes motivos, nem sempre relatam a causa de seus agravos, mesmo quando foram vítimas de violência²⁸. Por trás de um caso de violência física, existe a violência psicológica na sua relação familiar e/ou íntima com um parceiro, na qual a própria mulher não considera como sendo uma violência real.

Referente aos dados de violência sexual contra a gestante, observa-se que o estupro aparece como o mais relatado pelas gestantes. Esse tipo de violência é subnotificado no Brasil e geralmente está associada ao meio intrafamiliar. O suspeito é descrito como sendo desconhecido ou não é informado na maioria das vezes, sendo difícil obter dados sobre seu perfil¹⁷.

Os prováveis autores da violência contra as gestantes eram adultos, do sexo masculino, parceiro ou ex-parceiro. Sobre esse perfil, estudo realizado em uma delegacia no Nordeste do Brasil mostrou que nos registros policiais de violência contra a mulher, a agressão física foi a mais comum, seguido de ameaça e agressão verbal, sendo a violência doméstica mais prevalente que a comunitária. O companheiro ou o ex-companheiro foi apontado como principal agressor²⁹.

A suspeita de uso de álcool pelo autor da violência apareceu em um quarto dos casos, contudo essa variável tem um percentual alto de ignorado. Outros estudos apontam essa variável como destaque. Na Bahia, em quatro unidades de saúde da família, a violência física durante a gestação foi associada ao consumo frequente de bebida alcoólica pelo companheiro³⁰. Na Malásia o consumo de bebida alcoólica pelo parceiro foi associado a maiores chances de as mulheres serem vítimas de violência emocional ou física²².

Pelo registro do SINAN não foi possível identificar os desfechos da violência sofrida para a saúde da gestante e de seu bebê.

A violência contra a mulher é um problema grave de saúde pública e vem ganhando centralidade no debate público da sociedade brasileira. Existem muitos desafios na implementação de políticas públicas consistentes para reduzir os casos, principalmente ligados à flexibilização em curso da posse e do porte de armas de fogo. A possibilidade de que cada vez mais cidadãos tenham uma arma de fogo dentro de casa tende a vulnerabilizar ainda mais a vida de mulheres em situação de violência, pois há no Brasil altos índices de violência doméstica¹³.

Apontam-se como limitações desse estudo: o banco de dados utilizado não permitir a identificação de cada indivíduo, sendo possível que haja mais de uma notificação para uma mesma pessoa e algumas variáveis (ciclo de vida do agressor, suspeita do uso de álcool e motivo da violência) foram marcadas como ignoradas ou deixadas em branco em muitas fichas, o que comprometeu a análise destes itens.

CONCLUSÃO

No campo da saúde pública este trabalho contribui para dar visibilidade ao problema vivenciado por mulheres que sofrem violência dos seus parceiros mesmo estando grávidas e o quanto este agravo gera consequências no ciclo-gravídico puerperal, principalmente com desfechos negativos para a gestante e o concepto. Os profissionais que realizam o pré-natal precisam estar atentos aos possíveis sinais de que a gestante esteja sofrendo violência e cuidar desta mulher para que o ciclo de violência seja rompido e seus efeitos mitigados.

Ao analisar as características das gestantes no Brasil que sofrem violência e do seu possível agressor propõe-se um avanço nos estudos sobre o tema em nível loco-regional e na construção de uma rede de atenção às mulheres vítimas de violência mais estruturada, pautada em políticas públicas que visem à garantia de um atendimento qualificado pelos profissionais que realizam o pré-natal nas unidades de atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. [Internet]. Brasília, DF; 2011 [citado 2021 Jan 21]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>
2. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2018 [citado 2021 Jan 21]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272596>
3. World Health Organization. Respect women: Preventing violence against women [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2019 [citado 2021 Jan 21]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312261>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. [Internet]. 2011 [citado 2020 Dez 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
5. Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in) visibilidade da violência doméstica contra a mulher. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 Mar [citado 2020 Dez 15];14(1):97-104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100015>
6. Santos AG, Nery IS, Rodrigues DC, Melo AS. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI. Rev Rene [Internet]. 2010 [citado 2021 Jan 17];11(esp):109-16. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4687/3489>

7. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Manual técnico [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2020 Dez 15]. 163 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
8. Costa DCS, Ribeiro MRC, Batista RFL, Valente CM, Ribeiro JVF, Almeida LA, et al. Fatores associados à agressão física contra gestantes em São Luís, Maranhão, Brasil: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado 2021 Fev 24];33(1):e00078515. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00078515>
9. Couto TM, Nitschke RG, Lopes RLM, Gomes NP, Diniz NMF. Cotidiano de mulheres com história de violência doméstica e aborto provocado. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2021 Nov 16];24(1):263-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003620012>
10. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [citado 2021 Fev 17];30(Suppl 1):85-100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
11. Yaya S, Amouzou A, Uthman OA, Ekholuenetale M, Bishwajit G, Udenigwe O, et al. Prevalence and determinants of terminated and unintended pregnancies among married women: analysis of pooled cross-sectional surveys in Nigeria. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2018 Abr 27 [citado 2021 Fev 17];3(2):e000707. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000707>
12. Silveira RS, Nardi HC. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. *Psicol Soc* [Internet]. 2014 [citado 2021 Fev 17];26(esp):14-24. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0102-71822014000500003>
13. Brasil. Instituto de pesquisa econômica aplicada e Fórum brasileiro de segurança pública. Atlas da violência [Internet]. 2020 [citado 2021 Fev 24]. 96 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/200826_ri_atlas_da_violencia.pdf
14. Khaironisak H, Zaridah S, Hasanain FG, Zaleha MI. Prevalence, risk factors, and complications of violence against pregnant women in a hospital in Peninsular Malaysia. *Women & Health* [Internet]. 2017 Set [citado 2021 Fev 24];57(8):919-41. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/03630242.2016.1222329>
15. Oliveira ML, Miranda CES. Caracterização das notificações de violência doméstica contra adolescentes. *Rev Interd* [Internet]. 2020 [citado 2021 Fev 24];13:1-8. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1683>
16. 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. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2017 Set [citado 2021 Fev 24];22(9):2929-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>
17. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Denúncias registradas pelo Ligue 180 aumentam nos quatro primeiros meses de 2020 [Internet]. 2020 Maio [citado 2021 Fev 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/denuncias-registradas-pelo-180-aumentam-nos-quatro-primeiros-meses-de-2020>
18. Afiaz A, Biswas RK, Shamma R, Ananna N. Intimate partner violence (IPV) with miscarriages, stillbirths and abortions: Identifying vulnerable households for women in Bangladesh. *PLoS One* [Internet]. 2020 Jul 28 [citado 2021 Fev 24];15(7):e0236670. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236670>
19. Jaraba SMR, Garcés-Palacio IC. Association between violence during pregnancy and preterm birth and low birth weight in Colombia: Analysis of the demographic and health survey. *Health Care Women Int* [Internet]. 2019 Nov [citado 2021 Fev 24];40(11):1149-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1566331>

20. Finnbogadóttir H, Baird K, Thies-Lagergren L. Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 Mar 26 [citado 2021 Fev 24];20(1):183. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02864-5>
21. Okada MM, Hoga LAK, Borges ALV, Albuquerque RS, Belli MA. Domestic violence against pregnant women. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 Maio-Jun [citado 2021 Fev 24];28(3):270-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500045>
22. Khaironisak H, Zaridah S, Hasanain FG, Zaleha MI. Prevalence, risk factors, and complications of violence against pregnant women in a hospital in Peninsular Malaysia. *Women Health* [Internet]. 2016 [citado 2021 Fev 18];57(8):919-41. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/03630242.2016.1222329>
23. Nejatizade AA, Roozbeh N, Yabandeh AP, Dabiri F, Kamjoo A, Shahi A. Prevalence of domestic violence on pregnant women and maternal and neonatal outcomes in Bandar Abbas. *Electron Physician* [Internet]. 2017 Ago 1 [citado 2021 Fev 18];9(8):5166-71. Disponível em: <http://doi.org/10.19082/5166>
24. Carrijo C, Martins PA. A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. *Estud Fem* [Internet]. 2020 [citado 2021 Fev 18];28(2):e60721. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260721>
25. Garcia D. Violência contra a mulher negra no Brasil: ponderações desde uma criminologia interseccional. *RBSD* [Internet]. 2020 [citado 2021 Fev 18];7(2):97-120. Disponível em: <https://doi.org/10.21910/rbsd.v7n2.2020.381>
26. Araújo DL, Barbosa TA, Coimbra NX, Costa CSC. Violência doméstica na gestação: aspectos e complicações para mulher e o feto. *RESAP* [Internet]. 2020 Abr 29 [citado 2021 Fev 18];6(1):64-76. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/193/193>
27. Demelash H, Nigatu D, Gashaw K. A case-control study on intimate partner violence during pregnancy and low birth weight, southeast Ethiopia. *Obstet Gynecol Int* [Internet]. 2015 [citado 2021 Fev 18];2015:394875. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2015/394875>
28. Signorelli MC, Auad A, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 Jun [citado 2021 Fev 25];29(6):1230-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600019>
29. Bernardino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF, d'Avila S. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 Out-Dez [citado 2021 Fev 25];19(4):740-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040005>
30. Santos SMAB, Oliveira ZMO, Coqueiro RS, Santos VC, Anjos KF, Casotti CA. Prevalência e fatores associados à violência física contra mulheres grávidas. *Rev Baiana Saude Publica* [Internet]. 2016 [citado 2021 Fev 25];40(1):190-205. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n1.a1881>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído do projeto de doutorado - A violência contra as gestantes pelo parceiro íntimo: uma análise do pré-natal ao puerpério, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, em 2021.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Colonese CF, Pinto LW.

Coleta de dados: Colonese CF, Pinto LW.

Análise e interpretação dos dados: Colonese CF, Pinto LW.

Discussão dos resultados: Colonese CF, Pinto LW.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Colonese CF, Pinto LW.

Revisão e aprovação final da versão final: Colonese CF, Pinto LW.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (PPGSP/ENSP) pelo apoio financeiro a esta publicação.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Os dados utilizados são provenientes de um banco composto por informações sem possibilidade de identificação individual da população e disponíveis em livre acesso no site do Datasus.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Gilciane Morceli, Monica Motta Lino.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 01 de junho de 2021.

Aprovado: 25 de novembro de 2021.

AUTOR CORRESPONDENTE

Cristiane Ferraz Colonese

cris_fs@yahoo.com.br

