

## **Violência por parceiro íntimo e transtornos ansiosos na gestação: importância da formação profissional da equipe de enfermagem para o seu enfrentamento<sup>1</sup>**

Mariana de Oliveira Fonseca-Machado<sup>2</sup>

Juliana Cristina dos Santos Monteiro<sup>3</sup>

Vanderlei José Haas<sup>4</sup>

Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão<sup>5</sup>

Flávia Gomes-Sponholz<sup>6</sup>

Objetivo: identificar a relação entre transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade-traço e estado e violência por parceiro íntimo, durante a gestação. Método: estudo observacional e transversal, desenvolvido com 358 gestantes. Foram utilizados o Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado e uma versão adaptada do instrumento usado no World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. Resultados: após se ajustar ao modelo de regressão logística múltipla, a violência por parceiro íntimo, ocorrida durante a gestação, associou-se com o indicativo de transtorno de estresse pós-traumático. Os modelos de regressão linear múltipla ajustados evidenciaram que as vítimas de violência, na atual gestação, apresentaram maiores escores dos sintomas de ansiedade-traço e estado do que as não vítimas. Conclusão: reconhecer a violência por parceiro íntimo como um fator de risco clinicamente relevante e identificável, para a ocorrência de transtornos ansiosos, durante a gestação, pode ser um primeiro passo na prevenção desses problemas.

Descritores: Maus-Tratos Conjugais; Ansiedade; Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos; Gravidez; Enfermagem; Saúde Pública.

<sup>1</sup> Artigo extraído da tese de doutorado "Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, processo nº 2012/06037-0.

<sup>2</sup> PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Pesquisador, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Professor Adjunto, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>6</sup> PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondência:

Mariana de Oliveira Fonseca-Machado  
Universidade Federal de São Carlos. Departamento de Enfermagem  
Rod. Washington Luís, Km 235. Caixa Postal 676  
Bairro: Monjolinho  
CEP: 13565-905, São Carlos, SP, Brasil  
E-mail: mafonseca.machado@gmail.com

**Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

## Introdução

A violência contra as mulheres é uma das principais formas de violação dos direitos humanos à vida e à saúde. É um problema mundial de saúde pública, não determinado por classe social, etnia, religião, idade, estado civil, escolaridade ou orientação sexual, que demanda esforços de várias esferas para sua prevenção e intervenção. Nesse âmbito, a Violência por Parceiro Íntimo (VPI) caracteriza-se por atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores, perpetrados por parceiros atuais ou ex-parceiros<sup>(1)</sup>.

A situação de VPI é mais prevalente entre mulheres em idade reprodutiva, podendo ocorrer durante o período gestacional, o que a torna particularmente preocupante devido aos efeitos adversos para a saúde da mãe, do feto e, posteriormente, da criança. Mulheres grávidas, comparadas às não grávidas, possuem maior risco de sofrer violência pelo parceiro, pois, em geral, estão envolvidas em um relacionamento íntimo<sup>(2)</sup>. A prevalência desse tipo de violência, durante a gestação, difere entre as populações em nível mundial e as taxas tendem a ser maiores em países latino-americanos<sup>(3)</sup>, cujas taxas variam de 3,0 a 34,5% para a violência sexual, 2,5 a 38,7% para a física e de 13,0 a 44,0% para a psicológica. Esses dados são consistentes com a ideia de que a VPI é mais frequente em populações onde a desigualdade de gênero está sustentada por normas sociais e culturais e onde a punição da mulher é aceita como prerrogativa do parceiro<sup>(4)</sup>.

Assim, o ciclo grávido-puerperal, frequentemente visto como um período de bem-estar emocional, pode, também, representar um momento de estresse. Situações estressoras são disparadoras de alterações emocionais ou transtornos mentais, os quais se configuram como os problemas de saúde mais comuns associados à gravidez<sup>(5)</sup>. A violência perpetrada pelo parceiro íntimo é considerada um estressor para muitas mulheres e contribui para a ocorrência de transtornos de ansiedade no período gestacional, como a ansiedade-traço e estado e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)<sup>(6-7)</sup>, os quais se associam a efeitos adversos para o feto, a criança e a mulher.

Os transtornos de ansiedade são os transtornos mentais mais frequentes na população geral e ocorrem em todas as idades, sendo comuns no ciclo grávido-puerperal, momento que envolve mudanças e adaptações psicológicas e sociais na vida das mulheres<sup>(8)</sup>. Dentre os transtornos de ansiedade, a

ansiedade-estado é considerada um estado emocional transitório e a ansiedade-traço está relacionada às características individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade<sup>(9)</sup>. Nesse contexto, as comorbidades são comuns, e mulheres com sintomas ansiosos têm três vezes mais chances de apresentar TEPT<sup>(10)</sup>, um outro transtorno de ansiedade em que a pessoa revive um evento traumático repetidas vezes, quando exposta a indícios internos ou externos que o simbolizam ou o relembram. Os transtornos mentais no período gestacional são comuns, altamente prevalentes e, ainda, subdiagnosticados. Múltiplos fatores de risco estão envolvidos na gênese desses transtornos, sendo a VPI um preditor comum para a ocorrência de ansiedade-traço e estado e TEPT, durante o período gestacional.

Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de estratégias e intervenções que impeçam tanto as consequências óbvias do abuso quanto as repercussões na saúde mental das mulheres. No entanto, não foram encontrados, na literatura científica nacional e internacional, estudos realizados na América Latina, que tenham investigado a relação entre transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade-traço e estado e violência por parceiro íntimo, todos ocorridos durante o período gestacional.

Diante disso, este estudo teve como objetivo identificar a relação entre transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade-traço e estado e violência por parceiro íntimo, durante a gestação.

## Método

Trata-se de estudo observacional, com delineamento transversal, desenvolvido no ambulatório do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – Mater (CRSMRP-MATER), no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Ribeirão Preto é referência regional em saúde para 26 municípios que compõem o 13º Departamento Regional de Saúde (DRS XIII) do Estado de São Paulo, abrangendo população estimada de 1.300.000 habitantes. Nesse contexto, o CRSMRP-MATER é referência regional para os casos ginecológicos de média complexidade e realiza cerca de um terço dos partos de baixo e médio risco do Sistema Único de Saúde (SUS) no município. Além disso, o ambulatório atende, diariamente, cerca de 25 casos novos de pré-natal, advindos de diferentes regiões de Ribeirão Preto e dos demais municípios da DRS XIII. O CRSMRP-MATER está integrado ao “Projeto Nascer”, criado em 1999 pela Secretaria Municipal de Saúde de

Ribeirão Preto, com o objetivo de superar as dificuldades de acesso às maternidades. O projeto preconiza que o acompanhamento pré-natal aconteça na atenção primária de Ribeirão Preto e dos municípios que compõem a DRS XIII até a 36ª semana de gestação e, posteriormente, nos hospitais da rede pública, até o final do ciclo grávido-puerperal. Assim, as ações a serem desenvolvidas no CRSMRP-MATER são: i. acompanhamento pré-natal das gestantes, encaminhadas da atenção primária, a partir da 36ª semana de gestação, conforme regionalização; ii. garantia de internação das parturientes e encaminhamento a outra maternidade, caso não haja vagas disponíveis e iii. atendimento às urgências obstétricas. A referência hospitalar propiciou a integração entre o pré-natal, parto e pós-parto e permitiu que as gestantes conheçam o local onde irão parir e o momento em que serão avaliadas pela equipe hospitalar.

A população de referência do estudo constituiu-se por todas as gestantes, no terceiro trimestre de gestação, em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, entre maio de 2012 e maio de 2013. Os critérios de inclusão adotados foram: gestantes com idade entre 15 e 49 anos e que tinham ou haviam tido relacionamento com parceiro íntimo na atual gravidez, independente de coabitação. A amostra foi obtida pelo processo de amostragem aleatória sistemática, com intervalos de amostragem constantes de quatro unidades. Com base em uma população finita de 1.600 gestantes, em uma prevalência de 20,0% e em uma precisão de 4,0% para uma estimativa com 95,0% de confiança, a amostra necessária para o estudo foi de 358 gestantes. Estimando 15,0% de perdas na grade de amostragem, o número previsto de tentativas de entrevistas foi de 422. Ressalta-se que as perdas na grade de amostragem foram decorrentes de recusas em participar, do não comparecimento das gestantes às consultas e da não elegibilidade para participar do estudo, o que contribuiu para a coleta dos dados se estender por um ano.

Os dados foram coletados no dia da primeira consulta de pré-natal das gestantes no serviço, na 36ª semana de gestação, em uma sala privativa disponibilizada, exclusivamente, para as pesquisadoras e sem a presença dos acompanhantes. As entrevistas duraram entre 15 e 20 minutos e foram realizadas por quatro entrevistadoras, previamente treinadas. Nesse momento, as gestantes elegíveis, conforme o intervalo de amostragem e os critérios de inclusão, foram convidadas a participar do estudo, após receberem esclarecimentos sobre sua natureza e objetivos.

Para a coleta dos dados foram utilizados quatro instrumentos. A caracterização sociodemográfica, comportamental e obstétrica das participantes foi obtida por meio de um instrumento elaborado pelas pesquisadoras, com base em suas experiências prévias e cotejado com a literatura científica nacional e internacional. A versão final foi submetida à validação de conteúdo e aparência por três juízes especialistas na área. Por meio desse instrumento investigaram-se as seguintes variáveis: idade, estado marital, escolaridade formal, ocupação, renda familiar mensal, hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas ilícitas durante a atual gestação, número de gestações, paridade, aborto(s) anterior(es), parto(s) pré-termo anterior(es), número de filhos vivos, óbito(s) fetal(is) anterior(es) e óbito(s) neonatal(is) precoce(s) anterior(es).

A prevalência do transtorno de estresse pós-traumático durante o período gestacional foi identificada por meio do *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C), instrumento validado no Brasil, autoaplicável, de domínio público e baseado nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para TEPT. Esse instrumento não permite o diagnóstico definitivo do TEPT, na medida em que fornece um indicativo da presença de sintomas sugestivos do transtorno. Durante sua aplicação, o indivíduo deve responder a 17 itens que mensuram o quanto ele tem sido perturbado, no último mês, por problemas e queixas relacionados a experiências de vida estressantes. Cada item apresenta uma escala tipo Likert de gravidade que varia de um a cinco pontos. O indicativo de TEPT é confirmado quando a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada por um evento traumático (critério diagnóstico A para TEPT, segundo o DSM-IV-TR) e apresenta um sintoma clinicamente significativo do critério diagnóstico B (revivências persistentes – medido pelos cinco primeiros itens), três do C (comportamento evitativo ou entorpecimento emocional - itens seis a 12) e dois do D (hiperexcitabilidade - itens 13 a 17). O instrumento considera como sintoma clinicamente significativo um escore maior ou igual a três, em um dos 17 itens<sup>(11)</sup>. Assim, esse instrumento identifica se o indivíduo apresenta ou não o indicativo de TEPT. A consistência interna das respostas das participantes do estudo ao instrumento PCL-C, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach, foi de 0,93. Para os critérios diagnósticos B, C e D, medidos no instrumento, foram encontrados valores do coeficiente alfa de Cronbach de 0,88, 0,85 e 0,82, respectivamente.

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi utilizado no presente estudo para estimar os níveis dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado das participantes, por meio de escores, na medida em que não permite o diagnóstico da ansiedade. É um instrumento de domínio público, validado no Brasil e composto por duas escalas autoaplicáveis (IDATE-Traço e IDATE-Estado). Cada escala contém 20 itens com quatro alternativas de respostas, cujos valores variam de um a quatro pontos. A somatória dos pontos de cada questão perfaz um escore de, no mínimo, 20 e, no máximo, 80, em cada escala. Quanto maior a pontuação, maior a chance de o indivíduo apresentar sintomas ansiosos. A IDATE-Estado avalia como o indivíduo se sente no momento da entrevista e a IDATE-Traço como a pessoa geralmente se sente<sup>(12)</sup>. As consistências internas das escalas ansiedade-estado e ansiedade-traço, medidas pelo coeficiente alfa de Cronbach, foram de 0,87 e 0,86, respectivamente.

O PCL-C e o IDATE podem ser aplicados por profissionais de saúde, sem experiência na área da saúde mental. No Brasil, dado o contexto dos serviços de saúde, essa situação tem particular importância, na medida em que a detecção dos prováveis casos otimizará seu encaminhamento aos profissionais especializados para a efetivação do diagnóstico clínico.

As questões relativas à violência por parceiro íntimo foram adaptadas para o uso durante a gestação, a partir da versão brasileira do instrumento desenvolvido para o estudo multipaíses da Organização Mundial da Saúde (OMS), *World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence*, que aborda a VPI psicológica, física e sexual<sup>(13)</sup>. As participantes foram questionadas quanto às suas experiências de atos específicos de VPI psicológica (insultos, humilhações, deprecições, sustos, intimidações e ameaças), física (tapas, empurrões, trancos, chacoalhões, socos, chutes, arrastões, surras, estrangulamentos, queimaduras e uso de armas de fogo ou brancas) e sexual (ser forçada, fisicamente a manter relações sexuais, manter relações sexuais por medo do parceiro e ser forçada a uma prática sexual degradante ou humilhante), durante a atual gravidez. Para efeitos de análise, a variável "violência geral" foi usada quando a participante sofreu qualquer um desses três tipos de atos violentos. As consistências internas dos blocos das VPIs psicológica, física e sexual, medidas pelo coeficiente alfa de Cronbach, foram de 0,69, 0,93 e 0,89, respectivamente.

A análise estatística foi realizada no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão

21.0, para Mac. Na análise univariada, as variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%); e para as variáveis quantitativas, foram calculados valores de média e mediana (medidas de tendência central), desvios-padrão e valores máximo e mínimo (medidas de variação). Para identificar a associação entre violência por parceiro íntimo e o indicativo de transtorno de estresse pós-traumático, durante a atual gestação, foi construído um modelo de regressão logística múltipla, com cálculo das Razões de Chances de Prevalências (RCP) ajustadas, para verificar a existência de associações entre a variável preditora principal (VPI geral) e a variável desfecho (indicativo de TEPT). Foram incluídas no modelo a variável preditora principal e as variáveis predictoras, de ajuste com relevância teórica para a análise, potenciais confundidoras: estado marital, gestação planejada, uso de drogas lícitas ou ilícitas pela participante e renda familiar mensal. Para identificar a relação entre violência por parceiro íntimo e os escores dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado, no período gestacional, foram construídos dois modelos de regressão linear múltipla, um para ansiedade-estado e outro para ansiedade-traço. Foram incluídas nos modelos a Variável Preditora Principal (VPI geral) e as variáveis predictoras de ajuste com relevância teórica para a análise potenciais confundidoras: estado marital, idade, escolaridade e renda familiar mensal. Para todos os testes, foram considerados um Intervalo de Confiança (IC) de 95,0% e um nível de significância  $\alpha$  de 5,0%.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do CRSMRP-MATER e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob Protocolo nº1377/2011. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma via assinada com a pesquisadora e outra com a entrevistada. Para as participantes menores de idade, utilizou-se o Termo de Assentimento, já que seu representante legal poderia ser o agressor e ter interesse em não autorizar sua participação. Ao final da entrevista, todas receberam folhetos com a relação dos serviços de proteção à mulher em situação de violência, em Ribeirão Preto e região. Ademais, o médico assistente do ambulatório e o serviço de psicologia do CRSMRP-MATER foram comunicados quando 12 gestantes solicitaram auxílio imediato e quando as entrevistadoras identificaram mulheres em situação de VPI e/ou com sintomas ansiosos e/ou indicativo de TEPT.

## Resultados

A exposição à VPI, durante a gestação, aumentou as chances de as mulheres participantes do presente estudo apresentarem indicativo de TEPT e maiores escores dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado.

A prevalência de VPI, durante a atual gestação, foi de 17,6% (63). Dentre as gestantes vítimas, 60 (95,2%) estiveram em situação de violência psicológica, 23 (36,5%) de violência física e uma (1,6%) de violência sexual (Tabela 1).

Dentre as 358 mulheres, 61 (17,0%) apresentaram indicativo de TEPT. Dessas, 24 (39,3%) foram vítimas de VPI, durante a atual gravidez. O escore médio das

gestantes IDATE-Traço foi de 39,1 (Desvio-Padrão-dp=10,0) pontos e variou entre 20 e 75. Já o escore médio na escala ansiedade-estado foi de 42,5 (dp=9,8) pontos e variou entre 23 e 75.

A idade média das 358 gestantes foi de 25,0 anos (dp=6,3) e variou entre 15 e 43 anos. A maioria considerava-se não branca (62,3%), possuía alguma religião (79,3%), vivia com um parceiro íntimo (80,4%) e não possuía trabalho remunerado (57,3%), sendo a renda familiar mensal média de 2,6 salários-mínimos (dp=1,5). A escolaridade formal média das mulheres foi de 9,5 anos de estudo (dp=2,4) e variou entre um e 17 anos. A maior parte das mulheres não fumou (93,3%), não consumiu bebidas alcoólicas (88,3%) e não fez uso de drogas ilícitas (99,2%), durante a atual gravidez (Tabela 1).

Tabela 1 – Prevalência de TEPT e escores de sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado, segundo variáveis sociodemográficas, comportamentais e obstétricas das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Variáveis	n	%	TEPT*		Ansiedade-traço Escore	Ansiedade-estado Escore
			n	%		
Faixa etária (anos completos)						
15-19	78	21,8	15	19,2	41,6	43,6
20-29	186	52,0	33	17,7	39,0	41,7
30-39	88	24,6	13	14,8	37,4	43,2
40-49	6	1,6	0	0,0	34,0	41,5
Cor autorreferida						
Não branca	135	37,7	44	32,6	40,0	43,4
Branca	223	62,3	17	7,6	37,8	40,9
Escolaridade formal (anos de estudo)						
Um-oito	121	33,8	26	21,5	42,0	44,9
Nove-11	196	54,7	33	16,8	38,2	41,1
12 ou mais	40	11,2	2	5,0	34,8	41,5
Não sabe	1	0,3	0	0,0	41,0	46,0
Religião						
Possui	284	79,3	52	18,3	38,8	42,3
Não possui	74	20,7	9	12,2	40,2	43,0
Estado marital						
Vive com um parceiro	288	80,4	49	17,0	38,7	42,0
Tem um parceiro, mas não mora com ele	45	12,6	3	6,7	39,5	42,7
Teve um parceiro na gestação, mas não tem mais	25	7,0	9	36,0	42,8	47,2
Trabalho remunerado						
Sim	153	42,7	24	15,7	38,7	42,4
Não	205	57,3	37	18,0	39,4	42,5
Renda familiar mensal† (salários-mínimos)						
Um ou menos	44	12,3	12	27,3	41,0	43,1
Dois-três	199	55,6	26	13,0	38,6	42,1
Quatro ou mais	54	15,1	9	16,7	36,0	41,9
Não sabe	61	17,0	14	22,9	41,7	43,4
Hábito de fumar						
Sim	24	6,7	2	8,3	39,4	43,4
Não	334	93,3	59	17,7	39,1	42,4

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Variáveis	n	%	TEPT*		Ansiedade-traço Escore	Ansiedade-estado Escore
			n	%		
Consumo de bebidas alcoólicas						
Sim	42	11,7	9	21,4	41,7	44,9
Não	316	88,3	52	16,4	38,8	42,1
Uso de drogas ilícitas						
Sim	3	0,8	0	0,0	43,0	48,0
Não	355	99,2	61	17,2	39,1	42,4
Número de gestações						
Primigesta	143	39,9	21	14,7	39,0	41,6
Multigesta	215	60,1	40	18,6	39,2	43,0
Paridade						
Nulípara	158	44,2	22	13,9	38,9	41,7
Primípara	110	30,7	22	20,0	39,2	43,2
Múltipara	90	25,1	17	18,9	39,5	42,9
Filhos vivos						
Sim	198	55,3	39	19,7	39,4	43,2
Não	160	44,7	22	13,7	38,8	41,6
Gestação planejada						
Sim	134	37,4	27	20,1	38,3	40,6
Não	224	62,6	34	15,2	39,6	43,6
VPI <sup>‡</sup> na gestação						
Sim	63	17,6	24	38,1	48,0	48,4
Não	295	82,4	37	12,5	37,2	41,2
Total	358	100	61	-	-	-

\*Transtorno de estresse pós-traumático; †O salário-mínimo de referência para o ano de 2012 foi de R\$622,00 e para o ano de 2013 de R\$678,00; ‡Violência por parceiro íntimo

A amostra do estudo caracterizou-se por mulheres multigestas (60,1%) e nulíparas (44,2%). A maioria (198-55,3%) das gestantes possuía filhos vivos. A quantidade média de filhos vivos foi de 1,7 (dp=1,0) e variou entre um e seis. A atual gestação não foi planejada por 62,6% das mulheres (Tabela 1).

A VPI, ocorrida durante a atual gravidez, associou-se com o indicativo do diagnóstico de TEPT, mesmo após o ajuste para as variáveis potenciais confundidoras,

definidas na literatura científica nacional e internacional ( $RCP_{ajustada} = 5,25$ ;  $IC_{95,0\%} 2,53-10,93$ ;  $p < 0,001$ ). As chances de as gestantes em situação de VPI, na atual gestação, apresentarem indicativo do diagnóstico de TEPT foram 5,25 vezes maiores do que as das mulheres que não foram vítimas de seus parceiros no mesmo período, mesmo após ajustar para o estado marital, para o uso de drogas lícitas ou ilícitas, durante a atual gestação, para a idade e para a renda familiar mensal (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação entre a violência por parceiro íntimo, ocorrida durante a atual gestação, e o indicativo de transtorno de estresse pós-traumático, em um modelo de regressão logística múltipla. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Variáveis	Transtorno de estresse pós-traumático						p <sup>†</sup>
	Sim		Não		RCP <sup>*</sup> bruta (IC <sub>95,0%</sub> )	RCP <sup>*</sup> ajustada (IC <sub>95,0%</sub> )	
	n	%	n	%			
Violência por parceiro íntimo							
Sim	24	38,1	39	61,9	4,29 (2,3-7,9)	5,25 (2,5-10,9)	<0,001
Não	37	12,5	258	87,5			
Estado marital							
Vive com parceiro	49	17,0	239	83,0	0,99 (0,5-1,9)	1,02 (0,4-2,4)	0,97
Não vive com parceiro	12	17,1	58	82,9			
Uso de drogas							
Sim	10	16,9	49	83,1	0,99 (0,5-2,1)	0,55 (0,2-1,5)	0,25
Não	51	17,1	248	82,9			

(continua...)

Tabela 2 - continuação

Variáveis	Transtorno de estresse pós-traumático						
	Sim		Não		RCP <sup>bruta</sup> * (IC <sub>95,0%</sub> )	RCP <sup>ajustada</sup> (IC <sub>95,0%</sub> )	p <sup>†</sup>
	n	%	n	%			
Idade da gestante	-	-	-	-	-	0,98 (0,9-1,0)	0,39
Renda familiar <sup>‡</sup>	-	-	-	-	-	0,92 (0,7-1,2)	0,49

\* Razão de chances de prevalência; † Valor de p para o teste qui-quadrado de Wald; ‡ O salário-mínimo de referência para o ano de 2012 foi de R\$622,00 e para o ano de 2013 de R\$678,00

Após ajustar para as variáveis potenciais confundidoras, previamente reconhecidas na literatura científica nacional e internacional, como estado marital, idade, escolaridade e renda familiar mensal, as mulheres em situação de VPI, na atual gestação, apresentaram maiores escores dos

sintomas de ansiedade-traço (Beta=0,38; p<0,001) e ansiedade-estado (Beta=0,25; p<0,001) do que aquelas que não sofreram esse tipo de violência (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre a violência por parceiro íntimo, ocorrida durante a atual gestação, e os escores dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado, em modelos de regressão linear múltipla. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Variáveis	Escore dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado no IDATE*	
	Beta	p <sup>†</sup>
	IDATE-Traço	
Violência por parceiro íntimo (sim=1; não=0)	0,38	<0,001
Estado marital (vive com parceiro=1; não vive=0)	-0,01	0,83
Idade	-0,14	0,01
Escolaridade	-0,18	0,001
Renda familiar mensal <sup>‡</sup>	-0,01	0,86
IDATE-Estado		
Violência por parceiro íntimo (sim=1; não=0)	0,25	<0,001
Estado marital (vive com parceiro=1; não vive com parceiro=0)	-0,06	0,26
Idade	-0,01	0,84
Escolaridade	-0,18	0,003
Renda familiar mensal <sup>‡</sup>	0,05	0,39

\* Inventário de ansiedade traço-estado; † Valor de p para o teste t de Student; ‡ O salário-mínimo de referência para o ano de 2012 foi de R\$622,00 e para o ano de 2013 de R\$678,00

Ademais, nesse modelo, além da VPI, as variáveis idade (p=0,01) e escolaridade (p=0,001) foram preditoras estatisticamente significativas do escore dos sintomas de ansiedade-traço. Assim, quanto maior a idade (Beta=0,14) e a escolaridade (Beta=-0,18), menor o escore dos sintomas de ansiedade-traço. Similarmente, em relação ao escore dos sintomas de ansiedade-estado, além da VPI geral, a variável escolaridade também se caracterizou como um preditor estatisticamente significativo (p=0,003). Portanto, quanto maior a escolaridade das gestantes menor o escore dos sintomas de ansiedade-estado (Beta=-0,18) (Tabela 3).

## Discussão

Os resultados do presente estudo indicam que a violência por parceiro íntimo, ocorrida durante a

gestação, é um preditor significativo e independente do indicativo de transtorno de estresse pós-traumático em mulheres grávidas. Esse resultado é consistente com os dados de uma investigação conduzida nos Estados Unidos<sup>(14)</sup>, onde gestantes com indicativo de TEPT relataram ter sido vítimas de VPI física ou psicológica durante a gravidez. Evidenciou-se, ainda, que a violência perpetrada pelo parceiro íntimo é o principal preditor independente de sintomas de ansiedade-traço e estado na gestação, o que corrobora os achados de uma pesquisa conduzida em Bangladesh, na qual gestantes em situação de VPI, durante a atual gravidez, apresentaram maiores escores de sintomas de ansiedade-traço<sup>(6)</sup>. Autores de estudos realizados em países como África do Sul<sup>(15)</sup> e Portugal<sup>(16)</sup> relataram que a VPI, durante a gestação, foi identificada como um fator de risco independente associado à ocorrência

de sintomas de ansiedade generalizada em mulheres grávidas.

Diante dos achados de que a escolaridade também configurou-se como um preditor dos escores das participantes na IDATE-Estado e na IDATE-Traço, e de que a idade caracterizou-se como um fator de risco para a gênese de sintomas de ansiedade-traço, torna-se necessário focar os fatores de risco sociais, como idade e escolaridade, para a prevenção da ansiedade. Esses dois fatores, associados à VPI, podem tornar as mulheres menos capazes para o enfrentamento das novas condições impostas pela gravidez, aumentando, assim, sua predisposição para o desenvolvimento de sintomas ansiosos<sup>(17)</sup>.

A prevalência observada de violência por parceiro íntimo, durante a gestação, de 17,6%, é semelhante às descritas para outros países latino-americanos e outras localidades do Brasil (de 8,0 a 43,0%)<sup>(4,18-19)</sup>. Os números encontrados na literatura e no presente estudo sugerem que a VPI, durante a gravidez, é mais comum que algumas patologias maternas reconhecidas e rastreadas durante a assistência pré-natal, como pré-eclâmpsia e diabetes gestacional<sup>(3)</sup>.

Diante da complexidade da VPI, de suas repercussões negativas para a saúde mental das mulheres no período gestacional e do fato de que esse tipo de violência está associado a fatores de risco e de proteção clinicamente identificáveis, ações de enfrentamento da VPI devem ser incorporadas, pelos profissionais da saúde, aos cuidados rotineiramente prestados à mulher durante o pré-natal, com vistas à manutenção da saúde e do bem-estar biopsicossocial do binômio mãe/filho. Destaca-se a necessidade de se identificar os fatores que podem aumentar ou diminuir o risco da ocorrência desse problema, com vistas à sua prevenção primária. Assim, por se tratar de uma questão arraigada na maioria das culturas, a VPI tem origem multicausal e é determinada por fatores individuais, familiares, comunitários e socioculturais, como: más condições socioeconômicas, menor nível escolar, não morar com o companheiro em países onde a separação é um direito, experiência de abuso na infância, presença de violência na família ou entre os pais, idade precoce da primeira relação sexual, autonomia financeira da mulher, abuso de bebidas alcoólicas, multiparidade, dentre outros<sup>(20-21)</sup>.

Desde a década de 1980, a atenção dispensada ao enfrentamento da violência contra as mulheres, no Brasil, aumentou. Em 1985, no findar da Década da Mulher, declarada pela Organização das Nações Unidas (ONU), foi inaugurada a primeira Delegacia

Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) e criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). No ano seguinte, foi criada a primeira Casa Abrigo do país destinada a mulheres em situação de risco e de violência. Em 1998, o Ministério da Saúde propôs a Norma Técnica, para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, que garantiu o atendimento das vítimas nos serviços de saúde, com o objetivo de prevenir as infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada<sup>(1)</sup>.

De 1985 a 2002, as políticas públicas de enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil centraram-se em ações isoladas de segurança pública e de assistência social, com ênfase nas DEAMs e nas Casas Abrigo. A partir de 2003, essas políticas foram ampliadas e integraram ações como: aperfeiçoamento da legislação, criação de protocolos de atendimento, impulso à formação de redes de serviços, apoio à elaboração de projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso à justiça e à segurança pública. Assim, em 2003, foi promulgada a Lei 10.778/03 que instituiu a Notificação Compulsória dos casos de violência contra a mulher atendida nos serviços de saúde públicos ou privados. Em 2006, foi sancionada a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06) que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, estando em consonância com o artigo 226 §8 da Constituição Federal, com a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) da Organização das Nações Unidas (1981) e com a Convenção de Belém do Pará. Atualmente, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres pauta-se na adoção de estratégias amplas e intersetoriais de prevenção e combate à violência, de assistência e de garantia dos direitos das mulheres, a qual se consolida por meio de acordos entre os governos federal, estaduais e municipais, reafirmados no Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher<sup>(1)</sup>.

No entanto, mesmo com a proposta de desenvolver ações educativas e culturais para promover o empoderamento das mulheres e desconstruir a desigualdade de gênero, levando essa compreensão aos espaços sociais, onde ela é construída e legitimada<sup>(21)</sup>, as linhas de ações definidas nas políticas, planos e pactos nacionais de enfrentamento à violência contra as mulheres enfatizam estratégias de prevenções secundária e terciária, concentrando-se no tratamento e no suporte às vítimas<sup>(1)</sup>.

Além disso, mesmo diante da realidade onde a maior parte dos recursos humanos e financeiros destina-se à abordagem imediata e/ou em longo prazo das consequências da violência, o problema ainda passa

despercebido e silencioso pelos serviços de saúde, geralmente devido a motivos pessoais das vítimas e/ou ao despreparo dos profissionais<sup>(21)</sup>. Tornam-se necessárias, portanto, a construção de um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que considere o contexto social, econômico, cultural e emocional das mulheres, bem como o estabelecimento de novas bases para o relacionamento entre os diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde.

Os impasses decorrentes dessa forma tradicional de se “produzir saúde” são desafiantes e um nó crítico para a superação dessa situação é a formação dos recursos humanos em saúde, na medida em que o perfil formador desses profissionais ainda se pauta na lógica da assistência fragmentada, verticalizada, individual e curativista<sup>(22)</sup>. Os profissionais de enfermagem devem estar capacitados para uma abordagem interpessoal que envolva os aspectos ético-humanísticos que perpassam a assistência direcionada às vítimas de violência, cujo foco é o fortalecimento e emancipação das mulheres e não apenas o alívio da dor e tratamento dos sintomas e agravos decorrentes do abuso sofrido. Após a identificação, devem estar comprometidos com o registro adequado, com o trabalho em equipe e com o acionamento da rede intersetorial existente, garantindo a defesa dos direitos legais, humanos, sexuais e reprodutivos e os princípios do não julgamento e respeito às decisões das mulheres, com ênfase na comunicação e em projetos assistenciais negociados e construídos em parceria. Portanto, torna-se premente a transformação dos valores relativos às conformações sociais de gênero, os quais devem ser incorporados pelos profissionais de saúde em sua assistência, no cotidiano dos serviços<sup>(23)</sup>.

A gestação é um período no qual a mulher está em contato frequente com os profissionais de saúde e, portanto, mais propensa a revelar sua situação de violência e seus sintomas psiquiátricos. Os profissionais, especialmente os da equipe de enfermagem, devem atentar-se, em sua avaliação global, para a ocorrência de sintomas indicativos de transtornos mentais nesse período da vida da mulher, bem como para os fatores de risco relevantes, como a violência por parceiro íntimo, o que pode ser efetivado pela adoção de instrumentos como os utilizados no presente estudo. Ademais, devem adotar estratégias e mecanismos de referência das mulheres com tais indicativos para avaliação e suporte adequados<sup>(6)</sup>. A detecção dos casos de VPI na gravidez contribui para a externalização dos sentimentos pelas mulheres e, conseqüentemente, garante a fuga do seu isolamento emocional e social<sup>(24)</sup>.

Este é o primeiro estudo que revela que a violência perpetrada pelo parceiro íntimo, durante a gravidez, é o principal fator associado aos sintomas de ansiedade-traço e estado, bem como ao indicativo de transtorno de estresse pós-traumático em mulheres brasileiras

e latino-americanas<sup>(25)</sup>. Ademais, a observação de que a VPI, ocorrida na gravidez, prevaleceu sobre os outros fatores de risco, para a ansiedade-traço e estado e para o indicativo de TEPT, reconhecidos na literatura científica nacional e internacional, sugere que intervenções direcionadas a esses preditores possam não ser tão eficazes para a prevenção dessas repercussões negativas para a saúde mental das mulheres. Assim, espera-se que os resultados encontrados possam preencher lacunas nessa área e avançar a fronteira do conhecimento em direção à sensibilização e conscientização dos formuladores de políticas e dos prestadores de cuidados quanto à seriedade do problema e de como ele afeta a saúde das mulheres.

### Limitações do estudo

Algumas limitações do estudo devem ser apontadas. Primeiro, foram utilizados instrumentos de rastreamento dos sintomas dos transtornos mentais investigados e não entrevistas diagnósticas conduzidas por profissionais especializados, o que pode ter superestimado a prevalência do indicativo de transtorno de estresse pós-traumático e dos escores dos sintomas de ansiedade-traço e estado. Segundo, os dados obtidos referem-se à população de gestantes de baixo risco e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, podem diferir e limitar a generalização para outras populações. Terceiro, apesar do cuidado dispensado pelas entrevistadoras com vistas ao estabelecimento do vínculo com as participantes, a prevalência da violência pode ter sido subestimada devido ao embaraço ou medo das gestantes em revelar essa informação. No entanto, foi utilizado um instrumento reconhecido internacionalmente, que utiliza uma abordagem livre de juízos de valor no que se refere à violência. Quarto, a prevalência da VPI pode, também, ter sido subestimada, na medida em que a entrevista foi realizada na 36ª semana e a gestante pode, ainda, até o final da gestação, ter sido vítima de violência não detectada pelo estudo.

### Conclusão

Profissionais de enfermagem inseridos na assistência obstétrica devem ter a violência por parceiro íntimo como alvo e devem incorporar, em sua prática, estratégias para a construção da confiança e do vínculo, proporcionando oportunidades de aprendizagem e acesso à assistência social, institucional e intersetorial. A criação, implementação e monitoramento de planos de ação multissetoriais de combate à violência perpetrada pelo parceiro impulsionarão o desenvolvimento, implementação e avaliação de programas destinados à prevenção primária desse tipo de violência, bem como a sensibilização dos sistemas legais e jurídicos quanto

às necessidades das mulheres vítimas de violência. Esta abordagem contribuirá para a promoção da equidade de gênero e dos direitos humanos das mulheres e, conseqüentemente, para a identificação de transtornos mentais, durante a gestação.

## Referências

1. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Presidência da República; 2011.
2. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggress Violent Behav*. 2010 Jan- Feb;15(1):14-35.
3. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010 Nov;18(36):158-70.
4. Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Jan;124(1):6-11.
5. Ellis KK, Chang C, Bhandari S, Ball K, Geden E, Everett KD, et al. Rural mothers experiencing the stress of intimate partner violence or not: their newborn health concerns. *J Midwifery Womens Health*. 2008 Nov-Dec;53(6):556-62.
6. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health*. 2011 Jun;11:22.
7. Onoye JM, Shafer LA, Goebert DA, Morland LA, Matsu CR, Hamagami F. Changes in PTSD symptomatology and mental health during pregnancy and postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16:453-63.
8. Gourounti K, Lykeridou K, Taskou C, Kafetsios K, Sandall J. A survey of worries of pregnant women: Reliability and validity of the Greek version of the Cambridge Worry Scale. *Midwifery*. 2012;28(6):746-53.
9. Cattell RB, Scheier IH. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York (NY): Ronald Press; 1961.
10. Cook CAL, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: prevalence, risk factors, and treatment. *Obstet Gynecol*. 2004 Apr;103(4):710-7.
11. Passos RBF, Figueira I, Mendlowicz MV, Moraes CL, Coutinho ESF. Exploratory factors analysis of the Brazilian version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist: civilian version (PCL-C). *Rev Bras Psiquiatr*. 2012 Jun;34(2):155-61.
12. Biaggio AMB, Natalício L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro (RJ): Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA; 1979.
13. Schraiber LB, Latorre MRDO, França I Jr, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW STUDY instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):658-66.
14. Huth-Bocks AC, Krause K, Ahlfs-Dunn S, Gallagher E, Scott S. Relational trauma and posttraumatic stress symptoms among pregnant women. *Psychodyn Psychiatr*. 2013;41(2):277-301.
15. Groves AK, Kagee A, Maman S, Moodley D, Rouse P. Associations between intimate partner violence and emotional distress among pregnant women in Durban, South Africa. *J Interpers Violence*. 2012 May;27(7):1341-56.
16. Almeida CP, Cunha FF, Pires EP, Sá E. Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013 Apr;20(5):419-25.
17. Bödecs T, Szilágyi E, Cholnoky P, Sándor J, Gonda X, Rihmer Z, et al. Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatr Danub*. 2013 Dec;25(4):352-8.
18. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. 2010 Sep;376(9744):903-10.
19. Santos AG, Nery IS, Rodrigues DC, Sousa A. Violence against pregnant women in special police departments for assistance to women in Teresina-PI. *Rev Rene*. 2010 dez;11(num.esp):109-16.
20. d'Oliveira AF, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saúde Pública*. 2009 Apr;43(2):299-311.
21. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. The violence of gender and health-disease process of women. *Esc Anna Nery*. 2009 Jul-Sep;13(3):625-31.
22. Salcedo-Barrientos DM, Miura PO, Macedo VD, Egry EY. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(3):448-53.
23. d'Oliveira AF, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 Jul;14(4):1037-50.
24. Crempien RC, Rojas G, Cumsille P, Oda MC. Domestic violence during pregnancy and mental health: exploratory study in primary health centers in Peñalolén. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011.
25. Fonseca-Machado MO, Alves LC, Freitas PS, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(2):291-305.

Recebido: 15.9.2014

Aceito: 22.3.2015