



Universidade Católica Portuguesa

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GRAVIDEZ E CONSEQUÊNCIAS PERINATAIS

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
na especialidade de Enfermagem Avançada

Por Rosa Maria dos Santos Moreira

Sob orientação da Prof Doutora Margarida Maria Silva Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

setembro, 2017

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAS – Abuse Assessment Screen

AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

CIG – Comissão Para a Igualdade de Género

D. – Dom

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EPE – Entidade Pública Empresarial

FRA – European Union Agency for Fundamental Rights

g - Grama

IC – Intervalo de Confiança

ICN – International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS – Ministério da Saúde

Nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNCVD – Plano Nacional Contra a Violência Doméstica

PPT- Parto Pré-Termo

Kg – Kilograma

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SICAID – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta

VPI – Violência por Parceiro Íntimo

WHO – World Health Organization

“A persistência é o caminho do êxito.”

(Charles Chaplin)

Sobretudo para a Sofia acreditando no seu futuro.

AGRADECIMENTOS

Foram muitos os que ao longo deste trabalho contribuíram para que o mesmo fosse possível. Por isso venho muito sinceramente dirigir-lhes um profundo agradecimento.

À Professora Doutora Margarida Maria Silva Vieira, do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, por ter aceitado a orientação deste estudo e sobretudo, pelo incentivo, apoio e confiança, que soube transmitir naqueles momentos certos.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pela concessão de dispensa de serviço docente, apoio financeiro e incentivo permanente. Sem este apoio teria sido muito difícil prosseguir, principalmente na fase em que decorreu a recolha de dados. Ao Gabinete de Apoio a Projetos, sobretudo pelo apoio concedido na leitura ótica dos questionários.

Aos Conselhos de Administração dos hospitais onde decorreu o estudo, por terem autorizado a recolha de dados e facilitado as condições de acesso aos serviços de obstetria.

Aos serviços de obstetria onde decorreu a recolha de dados, em especial aos Enfermeiros que colaboraram na aplicação dos questionários. O meu profundo obrigado.

Às puérperas que aceitaram colaborar no preenchimento do questionário, mesmo àquelas que desistiram a meio do seu preenchimento. Quero ainda pedir desculpa àquelas a quem fiz relembrar momentos difíceis da relação conjugal.

Aos colegas da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstetria e Ginecologia da ESEnC, que me apoiaram e incentivaram nos momentos de angústia, mas também na troca de conhecimentos e ajuda na reflexão. Foi bom encontrar disponibilidade da vossa parte para me ouvirem sempre que precisei.

Aos amigos e a todos aqueles que me apoiaram em diferentes momentos e de diversas formas, especialmente; Teresa Silva, Ana Poço, Maria Neto, Isabel Mendes, Carlos Beltrão, Beatriz Tavares, Dina Marques, Otilia Calheiros, Cristina Veríssimo, João Nuno Oliveira, Flora Alves, João Leal e a muitos outros que, mesmo sem o saberem, contribuíram para me fortalecer e prosseguir nos meus objectivos.

Por fim e porque são muito importantes para mim, um agradecimento especial à minha mãe e minha filha, que foram as que mais me apoiaram ao longo desta etapa, minimizando o impacto das minhas ausências e porque nunca deixaram de acreditar em mim. A elas devo tudo.

RESUMO

A violência por parceiro íntimo (VPI), no presente estudo, refere-se às situações de violência nas relações de intimidade, independentemente do tipo de relação, perpetuada pelo companheiro durante a gravidez. A dimensão deste fenómeno a nível mundial e as consequências sobre a saúde da mulher, fetal e neonatal são conhecidas, as quais apelam a políticas de intervenção para a minimização do problema. Em Portugal dão-se os primeiros passos para o rastreio sistemático da VPI durante a gravidez, para capacitar as equipas de saúde e adequar as intervenções. Contudo, a verdadeira dimensão deste fenómeno durante a gravidez ainda está por conhecer, para a qual contribuiu este estudo. Realizou-se um estudo da prevalência de VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal, colhendo dados através de um questionário aplicado a 1342 puérperas, internadas em hospitais de apoio perinatal e apoio perinatal diferenciado. A VPI foi operacionalizada através da CTS2 versão portuguesa (CTS15) com cinco dimensões: negociação, agressão psicológica, abuso físico sem sequelas, coerção sexual, abuso físico com sequelas. Para caracterizar as mulheres expostas a VPI durante a gravidez colheram-se dados demográficos, da história reprodutiva, da gravidez recente e da evolução perinatal, que permitiram o estudo da relação/associação entre as diferentes variáveis e a VPI. Os resultados evidenciaram que a VPI é uma realidade na Região Centro, sobressaindo alterações no padrão de negociação dentro da relação, no período de gravidez. De entre os fatores demográficos sobressaiu o nível de escolaridade da mulher, o desemprego, baixo rendimento e história anterior de violência familiar, com associação significativa à presença de VPI durante a gravidez. Relativamente à história reprodutiva, a evidência revelou maior probabilidade de VPI em mulheres com maior número de gestações, mas menor em mulheres com história de Ameaça de Parto Pré-Termo e Parto Pré-Termo anterior. Os resultados evidenciam a tendência ao não planeamento da gestação, com tendência para a procura de consultas pré-natais dependendo da natureza dos atos de agressão, verificando-se a procura precoce da vigilância de saúde nas situações de abuso físico. Quanto aos comportamentos de saúde na gravidez, foi possível encontrar associação entre a VPI e o tabagismo e consumo de álcool, por parte das participantes do estudo. Não foi possível concluir quanto aos resultados perinatais. Os resultados do estudo complementam o conhecimento até ao momento disponível em Portugal sobre a VPI na gravidez, contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, para orientar o ensino de Enfermagem e para produzir novas investigações.

Descritores: Violência. Violência por parceiro íntimo. Gravidez. Enfermagem.

ABSTRACT

Intimate partner violence (IPV) in the present study, refers to situations of violence in intimate relationships, regardless of the type of relationship perpetuated by the companion during pregnancy. The scale of this phenomenon worldwide and the consequences on women's, fetal and neonatal health are known, which call for intervention policies to minimize the problem. In Portugal, the first steps are taken to systematically screen IPV during pregnancy, to train health teams and to tailor interventions. However, the true extent of this phenomenon during pregnancy is yet to be known, to which this study contributed. A study of the prevalence of IPV during pregnancy in the Central Region of Portugal was carried out, collecting data through a questionnaire applied to 1342 puerperal women admitted to perinatal support hospitals and to differential perinatal support. The IPV was operated through the CTS2 Portuguese version (CTS15) with five dimensions: negotiation, psychological aggression, physical abuse without sequels, sexual coercion and physical abuse with sequels. To characterize women exposed to IPV during pregnancy, demographic, reproductive history, recent pregnancy and perinatal evolution data were collected, allowing the study of the relationship/association between the different variables and IPV. The results showed that IPV is a reality in the Central Region, with intense changes in the pattern of negotiation within the relationship during pregnancy. Among the demographic factors, women's level of education, unemployment, low income and previous history of family violence stood out, with a significant association with the presence of IPV during pregnancy. Regarding reproductive history, the evidence revealed a higher probability of IPV in women with higher number of pregnancies, but lower in women with a history of preterm delivery and previous preterm delivery. The results show the tendency to not planning pregnancy, with a tendency to seek prenatal consultations depending on the nature of the acts of aggression, checking the early search of health surveillance in situations of physical abuse. As for health behaviors in pregnancy, it was possible to find an association between IPV and smoking and alcohol consumption, by the study participants. It was not possible to conclude on perinatal outcomes. The results of the study complement the knowledge available so far in Portugal about IPV in pregnancy, contribute to the improvement of the quality of health care, to guide nursing teaching and to produce new research.

Descriptors: Violence. Intimate partner violence. Pregnancy. Nursing

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO	27
PARTE I – CONCEPTUALIZAÇÃO DA VIOLENCIA E IMPACTO NA SAÚDE MATERNA E PERINATAL	33
I.1. O FENÓMENO GLOBAL DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	35
I.2. VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS NA GRAVIDEZ	41
I.3. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À VPI NA GRAVIDEZ	44
I.3.1. FATORES DEMOGRÁFICOS	44
I.3.2. CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ	47
I.3.3. HISTÓRIA REPRODUTIVA	49
I.4. COMPLICAÇÕES MATERNAS E PERINATAIS ASSOCIADAS À VPI NA GRAVIDEZ	50
PARTE II – MATERIAIS E MÉTODOS	53
II.1. OBJETIVOS E VARIÁVEIS EM ESTUDO	55
II.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	61
II.3. PROCEDIMENTOS FORMAIS NA RECOLHA DE DADOS	62
II.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	63
II.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	65
PARTE III – RESULTADOS	67
III.1. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	69

PARTE IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	133
IV.1. PREVALÊNCIA DA VPI DURANTE A GRAVIDEZ	135
IV.2. FATORES DEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À VPI NA GRAVIDEZ	138
IV.3. HISTÓRIA REPRODUTIVA ASSOCIADA À VPI NA GRAVIDEZ	140
IV.4. CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ E EVOLUÇÃO PERINATAL	144
CONCLUSÕES E SUGESTÕES	149
BIBLIOGRAFIA	156
ANEXOS	
ANEXO I. AUTORIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DAS CTS2 (CTS15)	
ANEXO II. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	
ANEXO III. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EXTERNA	
ANEXO IV. PARECERES DOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES	
ANEXO V. CONSENTIMENTO INFORMADO	
ANEXO VI. FOLHETO INFORMATIVO	

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA II.2.1	Mapa da Região Centro de Portugal.....	Pág. 61
----------------------	--	--------------------------

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
TABELA I.1.1 Consistência interna do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15)	57
Tabela III.1.1 Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15).....	69
Tabela III.1.2 Prevalência da associação das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15).....	70
Tabela III.1.3 Medidas descritivas referentes à frequência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15).....	71
Tabela III.1.4 Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) em função do grupo etário da mulher e do parceiro.....	73
Tabela III.1.5 Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do estado civil da mulher.....	74
Tabela III.1.6 Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do tempo de união com o marido/companheiro.....	75
Tabela III.1.7 Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto de coabitar com o parceiro.....	76
Tabela III.1.8 Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do tempo de coabitação com o parceiro.....	77
Tabela III.1.9 Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função da nacionalidade da mulher.....	78
Tabela III.1.10 Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função da escolaridade da mulher.....	79
Tabela III.1.11 Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função da situação da mulher e do parceiro face ao emprego durante a última gravidez.....	81
Tabela III.1.12 Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do tempo de desemprego da mulher e do marido/companheiro durante a última gravidez.....	82

Tabela III.1.13	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do rendimento líquido anual do agregado familiar da mulher.....	83
Tabela III.1.14	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter vivido história de violência familiar.....	85
Tabela III.1.15	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter vivido alguma situação de abuso.....	86
Tabela III.1.16	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher usar algum método contraceptivo antes da última gravidez.....	87
Tabela III.1.17	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do método contraceptivo que a mulher usava antes da última gravidez.....	88
Tabela III.1.18	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de gravidezes que a mulher teve.....	89
Tabela III.1.19	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de filhos nascidos vivos que a mulher teve.....	90
Tabela III.1.20	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de filhos nascidos mortos que a mulher teve.....	91
Tabela III.1.21	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de filhos prematuros que a mulher teve.....	92
Tabela III.1.22	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de filhos com menos de 2500g que a mulher teve.....	93
Tabela III.1.23	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher já ter tido algum aborto.....	94
Tabela III.1.24	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de abortos que a mulher teve.	95

Tabela III.1.25	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido hemorragia vaginal durante a gravidez.....	96
Tabela III.1.26	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido vômitos frequentes durante a gravidez.....	97
Tabela III.1.27	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido infeções urinárias frequentes durante a gravidez.....	98
Tabela III.1.28	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da última gravidez ter sido planeada.....	99
Tabela III.1.29	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da última gravidez ter sido aceite	100
Tabela III.1.30	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter fumado tabaco durante a última gravidez.....	102
Tabela III.1.31	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de cigarros fumados pela mulher nos primeiros três meses de gravidez.....	103
Tabela III.1.32	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de cigarros fumados pela mulher no 3º ao 6º mês de gravidez.....	104
Tabela III.1.33	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de cigarros fumados pela mulher nos últimos 3 meses de gravidez.....	105
Tabela III.1.34	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter consumido bebidas alcoólicas durante a última gravidez.....	106
Tabela III.1.35	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função da frequência com que mulher consumiu bebidas alcoólicas.....	107
Tabela III.1.36	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter consumido drogas ilícitas durante a última gravidez.....	108

Tabela III.1.37	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do ganho ponderal da mulher durante a última gravidez.....	109
Tabela III.1.38	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter frequentado consultas de vigilância durante a última.....	110
Tabela III.1.39	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do início das consultas de vigilância da gravidez.....	111
Tabela III.1.40	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de consultas de vigilância da gravidez frequentadas até ao parto.....	112
Tabela III.1.41	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função da idade gestacional na altura do parto.....	113
Tabela III.1.42	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do peso do bebé ao nascer.....	114
Tabela III.1.43	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do APGAR do bebé ao 1º e ao 5º minuto..	116
Tabela III.1.44	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função de existirem complicações fetais no último trimestre da gravidez.....	117
Tabela III.1.45	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função de existirem complicações fetais durante o nascimento.....	118
Tabela III.1.46	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função de existirem complicações do recém-nascido após nascimento.....	119
Tabela III.1.47	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido RPM durante a gravidez.....	120
Tabela III.1.48	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido ameaça de parto pré-termo durante a gravidez.....	121
Tabela III.1.49	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido parto pré-termo durante a gravidez.....	122

Tabela III.1.50	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido hipertensão/pré-eclâmpsia durante a gravidez.....	123
Tabela III.1.51	Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido outras complicações durante a gravidez.....	124

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.	
Quadro III.1.1	Correlação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) com a idade da mulher e do parceiro.....	126
Quadro III.1.2	Correlação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) com o tempo de coabitação entre a mulher e o parceiro.....	126
Quadro III.1.3	Comparação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) conforme a escolaridade da mulher.....	127
Quadro III.1.4	Comparação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) conforme a situação da mulher face ao emprego durante a última gravidez.....	128
Quadro III.1.5	Correlação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) com o tempo de desemprego durante a última gravidez.....	128
Quadro III.1.6	Comparação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) conforme a mulher viveu história familiar de violência familiar.....	129
Quadro III.1.7	Correlação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) com o número de vezes que a mulher esteve Grávida, o número de filhos nascidos vivos e o número de filhos nascidos mortos.....	130
Quadro III.1.8	Comparação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) conforme o facto de a mulher ter fumado tabaco durante a última gravidez.....	130
Quadro III.1.9	Correlação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) com a idade gestacional na data do parto e APGAR do bebé ao 1º minuto...	131

Quadro III.1.10 Comparação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) conforme a existência de complicações do recém-nascido após o nascimento... **132**

INTRODUÇÃO

O fenómeno da Violência é atualmente reconhecido em todo o mundo como tendo impacto significativo na qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades. A violência nas relações de intimidade, especificamente entre parceiro íntimo sobre a mulher, tem sido alvo de preocupação de diversas organizações internacionais e nacionais, pela ampla dimensão nas suas prevalências.

O conceito de violência aparece definido de várias formas ao longo do tempo, tendo vindo a assumir um carácter dinâmico e nem sempre consensual entre as diferentes áreas científicas ou organizações (Prazeres et al., 2014). Assim, no sentido de clarificar e evitar erros conceptuais, iremos esclarecer sucintamente os diferentes conceitos que iremos utilizar ao longo do documento.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência é definida como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação”. Esta definição engloba aspectos fundamentais relacionados com a intencionalidade dos atos de violência, não sendo incluído na definição os atos não intencionais. Por outro lado, a presença de intenção do uso de força física, não significa necessariamente a intenção de causar dano, existindo diferença entre comportamento e consequência pretendida. Todavia, será sempre considerado um ato violento se tiver consequências potencialmente perigosas para a saúde, mesmo que o perpetrador do ato não entenda ou assuma esse ato como tal. Da mesma forma, as crenças culturais permissivas à prática de atos violentos não são justificáveis, uma vez que podem ter implicações na saúde e bem-estar individual. Outro aspeto fundamental da definição é o poder, cuja inclusão vem alargar a natureza do ato violento, para além da força física, incluindo os atos de violência que resultam da assimetria de poder num relacionamento, englobando a negligência e todos os tipos de violência, quer públicos ou privados, de natureza física, psicológica ou sexual, assim como suicídio e outras agressões autodirigidas. Quanto ao impacto, a definição inclui as consequências a longo prazo que

podem afetar os indivíduos ao longo do ciclo vital, assim como as famílias, comunidades e sociedade em geral (Krug et al., 2002).

A *violência sobre as mulheres* aparece definida por Manita, Ribeiro & Peixoto (2009, p.10) como sendo “o ato de violência que tenha ou possa ter como resultado o dano ou sofrimento (físico, sexual ou psicológico) da mulher, ou a sua morte, incluindo a ameaça de tais actos, a coacção ou a privação de liberdade, realizado na esfera pública ou privada, violência que é exercida sobre a vítima por ser mulher.” Esta forma de violência aparece associada à questão de género e perpetuação social da desigualdade entre homens e mulheres, por isso é muitas vezes reconhecida como *violência de género*.

A designação muito comum de *violência doméstica* é entendida como “um comportamento violento continuado ou um padrão de controlo coercivo exercido, direta ou indiretamente, sobre qualquer pessoa que habite no mesmo agregado familiar, ou que não coabitando, seja companheiro, ex-companheiro ou familiar.” (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009,p.10-11). A *violência conjugal* e *violência nas relações de intimidade* aparecem assim associadas como dimensão da violência doméstica.

A OMS preferiu o termo de *violência familiar/violência entre parceiros(as) íntimos(as)* dentro da categoria de *violência interpessoal*, que ocorrem largamente entre membros da família e parceiros(as) íntimos(as), podendo não estar confinadas ao espaço doméstico (Krug et al., 2002).

A *violência entre parceiros(as) íntimos(as)* especificamente, refere-se a “ situações de violência nas relações de intimidade e/ou conjugalidade, violência no namoro, e diz respeito tanto a casais hétero (incluindo a que é exercida contra homens) como casais homossexuais.” (Prazeres et al., 2014, p.27).

Aparece ainda relacionada com o tipo de vítima (por exemplo: idade e género), em função do contexto (por exemplo: escolas e trabalho), em função da relação entre perpetrador e vítima (por exemplo: namorado e cônjuge) e as motivações para a mesma (por exemplo: sociais e económicas). A violência é ainda designada conforme a natureza dos atos (física, psicológica, sexual ou envolvendo privação ou negligência) (Krug et al., 2002). As diferentes situações de violência incluem muitas vezes atos de diferentes naturezas.

Recentemente o relatório *Global Status Report on Violence Prevention 2014*, publicado pela OMS e Organização das Nações Unidas (ONU), revelou a magnitude do fenómeno, a sua evolução e impacto na saúde individual e colectiva. O mesmo documento destaca que

são as mulheres, crianças e idosos que sofrem mais violência física, psicológica e sexual. Especificamente, uma em cada três mulheres, sofreu atos de violência física e/ou sexual por parte do parceiro íntimo, em algum momento das suas vidas (WHO, 2014a).

Apesar dos dados que se conhecem, é considerado que a prevalência da violência interpessoal não está suficientemente estudada, assim como o seu registo muitas vezes está condicionado devido a tabus sociais, o que também condiciona outro tipo de investigação acerca do fenómeno. Todavia, os estudos disponíveis, já permitem entre outros dados, traçar um perfil das prevalências a nível global, assim como identificar os principais determinantes da violência, os fatores de risco associados à violência nas relações de intimidade, o impacto da mesma na saúde, as características da vitimização, a violência nas relações de intimidade, nomeadamente durante a gravidez (Prazeres et al., 2014, WHO, 2014a).

No contexto de uma gravidez, a violência assume contornos preocupantes de risco, quer para a saúde materna quer para a saúde do embrião ou feto, cujas consequências podem prolongar-se no tempo (Krug et al., 2002). Desta forma, é fundamental a prevenção através de políticas e programas educativos específicos (Prazeres et al., 2014).

Assim, para além da sinalização das situações de violência nas unidades de cuidados de saúde, também é fundamental produzir mais investigação no contexto da gravidez, para que as intervenções pluridisciplinares sejam sustentadas na melhor evidência.

O trabalho da Enfermagem nesta área sobressai principalmente nos Estados Unidos da América e a investigação produzida por enfermeiros na área da violência, tem sido uma realidade desde há duas décadas atrás. Muita da investigação realizada por enfermeiros na área da violência contra a mulher foi na área da violência por parceiro íntimo e a investigação em enfermagem contribuiu em muito, para o ímpeto do interesse do sistema de cuidados de saúde, no que se refere à violência durante a gravidez. A enfermagem tem sido líder na investigação sobre violência durante a gravidez. Por outro lado, promoveu nos países em desenvolvimento, o desafio de alargarem o foco sobre a violência durante a gravidez (Landenburger e Campbell, 2008).

O *International Council of Nurses* (ICN) reconhece, neste contexto, o fenómeno da Violência de Género e o impacto negativo que tem na saúde das mulheres ao longo da sua vida, assim como o contributo que os(as) enfermeiros(as) podem dar, quer seja na

prevenção do risco de violência ou no rastreio de situações de abuso (conjugal, sexual) (ICN, 2013; ICN, 2011).

Em Portugal na área da saúde, o trabalho integrado através de abordagem multidisciplinar e intersectorial, tem sido reconhecido como potenciador da eficácia das intervenções já existentes nos serviços. Os profissionais de saúde estão numa posição única, para darem resposta às necessidades específicas das pessoas que vivem situações de violência, para além de poderem identificar em primeira mão situações de abuso (Prazeres et al., 2014). O estudo desenvolvido por Leitão (2011) que procurou identificar e compreender os processos de transição vividos pelas mulheres sobreviventes à VPI, assim como os fatores que facilitam e dificultam esses processos, já é um contributo significativo na orientação dos enfermeiros na prática. Muitos dos fatores identificados pela autora são sensíveis aos cuidados de enfermagem exigindo intervenções centradas na mulher e no ambiente. É considerado relevante incidir a intervenção de enfermagem sobretudo na prevenção primária, assim como na “quebra do silêncio”, na avaliação da prontidão para a mudança e na preparação da transição.

Na área da Obstetrícia, as *Midwives* e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), têm fomentado esforços para intervir nesta matéria, sobretudo em contexto comunitário (Bacchus, Mezey, & Bewley, 2004). Contudo, em Portugal, é ainda necessário passar da sensibilização e capacitação para a intervenção sistemática, quer em contexto de cuidados de saúde diferenciados quer em contexto de cuidados de saúde primários, apesar de algumas boas práticas e das orientações nacionais (Vicente, 2015).

Por outro lado, para enfrentar os desafios já identificados e rumo às metas da “Saúde 2020”, é importante aprofundar o conhecimento acerca do fenómeno durante a gravidez, para melhorar a prestação de cuidados e resultados em saúde (WHO, 2015).

É neste sentido que este estudo se torna relevante, contribuindo para aumentar o conhecimento sobre a violência em Portugal, especificamente durante a gravidez, e sobretudo para adequar as intervenções na prevenção, acompanhamento e referenciação deste grupo alvo. Os EEESMO não podem ficar indiferentes a este problema que afeta a saúde materna, fetal e neonatal e devem desenvolver todos os esforços necessários para reforçar as suas práticas sustentadas na melhor evidência, procurando melhores resultados em saúde para as mulheres grávidas e suas famílias.

Neste sentido, a finalidade deste estudo foi contribuir para aumentar o conhecimento sobre o fenómeno da violência em Portugal, especificamente durante a gravidez, para que possibilite sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de enfermagem, em particular os enfermeiros EESMO, como profissionais que trabalham em contextos privilegiados no contacto com as mulheres grávidas e suas famílias. Assim como já acontece nos países desenvolvidos, a Enfermagem pode contribuir muito para que a atenção sobre a violência durante a gravidez seja efetiva e com respostas qualificadas.

Neste sentido, os objetivos que traçamos foram:

- Determinar a prevalência da violência por parceiro íntimo (VPI) durante a gravidez na Região Centro de Portugal;
- Caracterizar os fatores demográficos das mulheres expostas a VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal;
- Caracterizar a história reprodutiva das mulheres expostas a VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal;
- Caracterizar a gravidez recente das mulheres expostas a VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal;
- Caracterizar a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal;
- Analisar a relação/associação entre as variáveis em estudo.

Este trabalho está organizado em duas partes. Na primeira parte apresentamos um capítulo com aprofundamento teórico sobre o fenómeno global da violência doméstica, onde se expõe a magnitude das prevalências no mundo e em Portugal, seu impacto social e na saúde, as recomendações das organizações internacionais para as políticas e planos de intervenção em todas as áreas, especificamente na da saúde. Em mais dois capítulos aprofundamos a VPI durante a gravidez e fatores de risco, assim como as complicações maternas e perinatais associadas. Na segunda parte apresentamos os materiais e métodos usados para o estudo empírico em vários capítulos. Na terceira parte apresentamos os resultados do estudo e sua análise e na quarta parte apresentamos a discussão dos mesmos.

Terminámos com as conclusões e sugestões onde incluímos as limitações do estudo, assim como as implicações para a prática, formação e investigação.

PARTE I

**CONCEPTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA E IMPACTO NA SAÚDE
MATERNA E PERINATAL**

Nesta parte encontram-se a dimensão global do fenómeno de VPI durante a gravidez, os fatores de risco e as complicações maternas e perinatais associadas.

I.1. O FENÓMENO GLOBAL DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Nos últimos anos tem sido reforçada a mensagem de que a violência é considerada uma ameaça para a qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e das sociedades. No que respeita à violência contra as mulheres, sobretudo a violência baseada no género e regularmente infligida pelo parceiro íntimo, para além de estar relacionada com questões de direitos humanos, é hoje reconhecida como um importante problema de saúde pública (Krug et al., 2002; FRA, 2014)

A OMS fez sobressair a dimensão mundial do fenómeno da violência, sobretudo a prevalência de mulheres que mencionaram ter sido agredidas fisicamente pelo seu companheiro em algum momento das suas vidas (10% a 69% das mulheres em 48 estudos efectuados), assim como os problemas de saúde, associados ao impacto da violência, a que as mulheres estão sujeitas (Krug et al., 2002).

O reconhecimento da necessidade de mais informação sobre este fenómeno levou a outros estudos para ajudarem a desenhar políticas e programas para combater o problema. Um estudo multicêntrico em dez países fora da União Europeia (WHO, 2005) vem revelar a existência de diferentes prevalências de violência contra as mulheres entre os países participantes, demonstrando que 15% a 71% das mulheres haviam sofrido de violência, por parte dos seus parceiros, ao longo da vida. A proporção de mulheres que foram vítimas de violência física pelo seu parceiro variaram de 13% a 61%, e vítimas de violência sexual de 6% a 59%.

Mais recentemente em outro estudo multicêntrico na União Europeia, verifica-se que a dimensão deste fenómeno também é preocupante, na medida em que 33% foi vítima de violência física e/ou sexual desde os 15 anos de idade, sendo que 22% sofreram violência física e/ou sexual pelo parceiro íntimo, e 43% sofreram violência psicológica. Portugal

apareceu neste estudo com 19% de prevalência de violência física e/ou sexual por parte de parceiro íntimo e cerca de 39% de violência psicológica (FRA, 2014).

Em Portugal, a preocupação com a violência doméstica tem sido crescente e algumas fontes oficiais permitem traçar um perfil nacional acerca do fenómeno. Contudo, os dados disponíveis poderão ser apenas uma amostra de uma realidade mais complexa, atendendo a fatores condicionantes da procura de ajuda ou denúncia, por parte das vítimas, junto dos serviços de segurança e apoio.

Segundo dados do *Relatório Anual de Segurança Interna* em 2016, a maioria das vítimas de violência doméstica em Portugal foram mulheres (84%) em relação de intimidade com o agressor, nomeadamente o parceiro íntimo actual ou passado (namorado ou cônjuge).

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) em 2016 identificou 9347 vítimas diretas de crimes e outras formas de violência, das quais 77% foram maus tratos físicos e psíquicos. A maioria era do sexo feminino (81,9%), com idades entre os 25 e os 54 anos (40,6%); casadas (29%) e pertencentes ao tipo de família nuclear com filhos/as (35%). Quanto à escolaridade, a maioria tinha o ensino superior (7,4%) e cerca de 29% tinha uma atividade profissional (APAV, 2016).

Segundo dados do Observatório de Mulheres Assassinadas (UMAR, 2016) em 2016 foram assassinadas 22 mulheres e 23 foram vítimas de tentativa de homicídio, as quais mantinham ou mantêm uma relação de intimidade com agressor. Foi identificado em 73% das assassinadas e 65% das vítimas de tentativa de homicídio, história de violência doméstica nessa relação. Este crime abrange todas as faixas etárias, mas é sobretudo mais frequente em mulheres com idades superiores a 36 anos.

A investigação desenvolvida a nível nacional, relacionada com o impacte na saúde das mulheres expostas a violência, surge em 2004 desenvolvida pela Direção-Geral da Saúde (DGS) nomeadamente *Saúde e Violência contra as Mulheres*, em uma amostra de 2300 mulheres utentes de cuidados de saúde primários no Continente. O estudo revelou que 33,6% eram vítimas de violência doméstica, maioritariamente perpetrada pelo marido/companheiro (anterior ou atual) e que ocorreram 49,5% de atos de violência no período anterior a um ano, sendo que 39% desses atos se prolongaram em mais de dez anos. Foi encontrada maior probabilidade de procura de serviços de saúde por parte das vítimas, sobretudo por problemas ao nível da saúde física e também por um conjunto

amplo de sintomas, doenças e lesões, assim como expressividade significativa relativamente aos problemas relacionados com a saúde psicológica (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005).

O conhecimento sobre o impacto na saúde das vítimas pressupõe a necessidade de evidência permanente sobre a situação de saúde das vítimas. O *World Report on Violence and Health* (2002) evidenciou os efeitos da violência na saúde individual, quer a nível físico e mental, quer por comportamentos negativos para a saúde e perturbações crónicas, quer ao nível da saúde sexual e reprodutiva. Neste documento surge resumida alguma evidência de que a violência também ocorre durante a gravidez com consequências para a saúde da mãe e do feto (Krug et al., 2002).

As prevalências sobre a violência por parceiro íntimo variam de país para país e as evidências sobre o seu impacto na saúde reprodutiva foram aparecendo destacadas, mas as experiências identificadas de abuso físico, sexual e psicológico durante a gravidez têm sido inconsistentes para se poder afirmar que a gravidez pode ser protectora em todas as culturas (WHO, 2005).

Para que as políticas e planos de acção possam ser concebidos e implementados de acordo com as necessidades reais de cada país, é fundamental que a recolha de dados nacionais seja representativa da população. Da mesma forma, é fundamental que a forma como a violência é classificada nas diferentes regiões do mundo seja semelhante, para que se possam fazer comparações entre indicadores e se aprofunde a investigação e o conhecimento sobre o fenómeno, assim como se possa adequar e qualificar intervenções, no sentido de prevenir e reduzir o seu impacte (WHO, 2014b).

São já conhecidos os custos económicos directos e indirectos gerados pela violência, resultantes das consequências sociais e a nível da saúde. Sendo assim, a prevenção da violência poderá promover crescimento económico (WHO, 2014a). Em Portugal um estudo em 2008 revelou que os custos no Sistema Nacional de Saúde com vítimas de violência doméstica eram mais elevados (em cerca de 22%) comparativamente aos custos com não vítimas.

A ONU desde o desenvolvimento da Plataforma de Acção de Pequim, em 1995 tem vindo a chamar a comunidade internacional a tomar medidas integradas para prevenir e eliminar a violência contra a mulher. Muito trabalho foi desenvolvido a partir daí e em 2000 surgiu a

Declaração do Milênio das Nações Unidas, em que os estados membros prometeram lutar contra todas as formas de violência contra a mulher e implementar os princípios e as práticas dos direitos humanos, incluindo os direitos da mulher. De momento, os olhares centram-se nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030, em que a meta de eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres se mantém, reforçando o trabalho já iniciado com os Objectivos de Desenvolvimento do Milênio 2000-2015.

Apelando à mobilização cívica no sentido de se encontrarem estratégias de resposta às vítimas, e adequar políticas internacionais e nacionais, a WHO (2007) publicou um Guia para os Ministérios da Saúde, sensibilizando para uma atenção maior sobre o problema e para o envolvimento de todos os políticos e responsáveis dos ministérios da saúde, com vista à necessidade de prevenir a violência. Mais tarde, em 2009, produziu o documento *Violence prevention - the evidence*, onde apresentou de forma resumida os resultados conhecidos de algumas intervenções específicas para a prevenção da violência, com a eficácia de cada estratégia apresentada para determinado tipo de violência. Este tipo de documentos, que mostram a evidência de programas de intervenção, têm ajudado a mobilizar as organizações de saúde a intensificar e expandir procedimentos na área da prevenção da violência, fomentar o trabalho em rede entre serviços de saúde e serviços de justiça.

Os resultados do *Global Status Report on Violence Prevention* (WHO, 2014a) veio mostrar os esforços que têm sido desenvolvidos em todo o mundo para prevenir a violência e apontar algumas recomendações a seguir. Destaca-se a necessidade de reforçar a recolha de dados sistemática no sentido de garantir que os planos de ação sejam adequados e especificamente dirigidos aos diferentes tipos de violência. Por outro lado, a necessidade de integrar a prevenção da violência nas plataformas existentes na área da saúde, uma vez que é um fator de risco para muitos problemas de saúde. Outra das recomendações é para que sejam reforçados os mecanismos de liderança e coordenação de atividades, assim como garantir que os programas de prevenção e os serviços disponibilizados às vítimas sejam sustentados pela evidência. É ainda uma prioridade, reforçar os estudos de avaliação dos resultados, em relação a programas de prevenção e serviços de apoio.

A responsabilidade da identificação, avaliação e prevenção da violência é da competência de múltiplos sectores, entre os quais o setor da saúde, que deve integrar estratégias de prevenção primária, secundária e terciária nos diferentes contextos de prestação de

cuidados de saúde. Neste sentido, é fundamental assegurar profissionais com conhecimentos e competências técnicas sobre o assunto, para dar resposta a esta missão, assim como fomentar o trabalho cooperativo em rede (Krug et al., 2002).

Em Portugal, as respostas para a violência doméstica começaram a ser alvo de maior atenção a partir do *I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica* (1999-2002). Seguiram-se outros planos, decorrentes da necessidade de intervenção e apontando a consolidação de uma política de prevenção e combate à violência doméstica a nível nacional. Atualmente com a Resolução do Conselho de Ministros nº 103/2013 decorre o *V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (2014-2017)* que alarga o seu âmbito de aplicação a outras formas de violência, integrando as orientações europeias e internacionais sobre a matéria, sobretudo os pressupostos da Convenção de Istambul, assim como as recomendações que resultaram do plano anterior. As estratégias previstas incidem sobretudo na proteção das vítimas, intervenção junto de agressores(as), aprofundamento do conhecimento dos fenómenos associados e sua prevenção, qualificação dos(as) profissionais envolvidos(as) e reforço das estruturas de atendimento e apoio às vítimas.

É reconhecido que quem sofre de qualquer tipo de violência procura mais os serviços de saúde, nomeadamente os cuidados de saúde primários, urgências, serviços de ginecologia, obstetrícia e saúde mental. Por isso, é crucial a capacitação dos profissionais para o diagnóstico eficaz das situações de violência, assim como a coordenação da intervenção articulada entre a rede multiprofissional dentro e fora do sector da saúde (Prazeres, et al., 2014).

Adequar e qualificar intervenções nesta matéria implica uma reorganização dos serviços de saúde, não só na capacitação dos profissionais mas também nas condições técnicas e organizativas que permitam lidar com um problema tão complexo (Andrade & Fonseca, 2008). É fundamental obter condições que garantam um atendimento personalizado num contexto de salvaguarda da privacidade e do sigilo profissional, assim como assegurar os recursos humanos suficientes para que este atendimento seja eficaz, desde a prevenção e identificação até ao diagnóstico e intervenção (Prazeres, et al., 2014).

A questão em redor do rastreio da violência contra as mulheres não tem sido consensual. Em 2009 no *Expert Meeting on Health-sector Responses to Violence Against Women* foi

considerado não haver evidência suficiente que indicasse ser adequado, no modelo de saúde público, o rastreio da VPI ao longo de todas as unidades de cuidados de saúde, apesar de ser possível integrar a mensagem sobre VPI como parte de programas de saúde pré-natais ou formativos. Em algumas experiências na comunidade realizadas por *midwives* durante o desenvolvimento de consultas pré-natais, foi verificado que o recurso ao rastreio sistemático sustentado na atenção aos sinais indicadores de existência de VPI - *Selective Screen*- conduzido num ambiente seguro e confidencial, foi aceite pelas mulheres (Jones, 2008).

Em Portugal, ainda se trabalha na capacitação dos(as) profissionais de saúde e na conceção de instrumentos que facilitem a identificação e monitorização de dados estatísticos relativos à violência doméstica, assim como a gestão da rede de apoio às vítimas. Em 2015 foi criado o modelo de *Ficha Única* para registo por parte das estruturas de atendimento a vítimas de violência doméstica, contudo o desenvolvimento deste modelo está dependente da criação da plataforma de registo e recolha de dados em saúde, integrada nos sistemas de informação clínica (CIG, 2016).

Esta falta de sistematização de recolha de dados em Portugal tem condicionado o acesso a indicadores específicos relativos à VPI durante a gravidez e seus fatores associados. Por outro lado, a investigação sobre esta matéria em Portugal, ainda se pode considerar escassa. Um estudo epidemiológico na Região Norte (Rodrigues et al., 2008) estudou a prevalência do fenómeno e a relação de parto pré-termo com o abuso físico durante a gravidez. Outra pesquisa realizada com mulheres grávidas também na região norte (Almeida, 2013) aprofundou o estudo dos efeitos da violência doméstica na gravidez, no desenvolvimento mental e sócio-emocional do bebé no primeiro ano de vida, bem como os efeitos nos padrões de vinculação entre a mãe e seu bebé e a sua atitude durante o período de gravidez. Um terceiro estudo (Almeida, 2014) realizado com população da zona centro e sul, estudou a prevalência da violência na gravidez e alguns fatores associados. Para já desconhece-se outros estudos, realizados com esta população em Portugal, que permitam aprofundar o conhecimento e adequar intervenções específicas à realidade portuguesa.

Apesar de não serem conhecidos dados reais sobre a dimensão do fenómeno durante a gravidez, a evidência da magnitude da violência doméstica em Portugal, tem deixado clara a necessidade de intervenção e de orientações dirigidas aos profissionais das organizações de saúde que lidam com mulheres grávidas ou em processo de maternidade. A DGS (2005)

disponibilizou um *Manual de orientação para profissionais de saúde sobre Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância*, o qual já contém breves orientações para a intervenção perante situações de violência doméstica durante a gravidez.

A Associação de Mulheres Contra a Violência disponibilizou um *Manual para Profissionais sobre Avaliação e Gestão de Risco em Rede*, da qual faz parte a DGS. Se bem que não tendo orientações específicas para os profissionais que trabalham com mulheres grávidas, as orientações atravessam todas as formas de violência ao longo do ciclo vital e é reconhecido que a gravidez é um fator de risco para a violência na família (AMCV, 2013).

O actual *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* já contempla claramente orientações específicas para o rastreio da violência nas relações de intimidade através de perguntas padronizadas, a avaliação de fatores de risco familiares e a identificação de sinais e sintomas sugestivos da existência de violência doméstica, desde as consultas pré-concepcionais. Este rastreio inicia-se na primeira consulta e mantém-se ao longo das restantes consultas de vigilância pré-natal. Está ainda previsto a referência para as equipas de prevenção da violência em adultos e crianças e jovens em risco (Vicente et al., 2015).

I.2. VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS NA GRAVIDEZ

As prevalências de VPI na gravidez têm sido alvo, nos últimos 30 anos, de extensa investigação internacional, a qual permite ter uma noção da dimensão do problema à escala global. Apesar do seu registo estar ainda condicionado, quer por condições técnicas ou tabus sociais, quer por dificuldades em as vítimas expressarem o problema, os dados encontrados na investigação ajudam a traçar um perfil. Contudo, as diferenças encontradas nos instrumentos de medida da violência, nas amostras populacionais e nos métodos de estudo, têm dificultado a comparação de dados, as conclusões e generalização de resultados.

Numa revisão de estudos entre 2005 e 2010 foi verificado que na Europa (em que estava incluído um estudo realizado em Portugal), a percentagem de violência psicológica por

parceiro íntimo durante a gravidez, foi a que mais se verificou entre 4,8% e 26,7%, seguida da violência sexual entre 1% e 9,7% e da violência física entre 0,7% e 9,7%. Nos Estados Unidos da América, a prevalência de violência física variou de 2% a 27,9% e na América Latina verificaram-se valores de violência física entre os 3,7% e os 35,8 (Bowen et al., 2005; Karaoglu et al., 2005; Topbas et al., 2008; Rodrigues et al., 2008; Bullock et al., 2006; Bailey & Daugherty, 2007; Doubova, Pámanes-González, Billings, & Torres-Arreola, 2007; Mattar et al., 2007; Moraes et al., 2010).

Em outra revisão de estudos, entre 2007 e 2012, realizada por Puccia & Mamede (2012), foram encontradas prevalências na gestação entre 3,2% e 43,1%. Foram observadas taxas elevadas e variáveis de violência psicológica na gestação entre 16% a 46,9%, violência física entre 3,6% e 21% e a sexual entre 3% e 9,1%.

Os estudos de revisão anteriores mostram, a continuação de taxas de prevalência de VPI durante a gravidez ao longo dos anos, sugestivas de preocupação. Em estudos mais recentes continua-se a verificar elevadas prevalências de VPI durante a gravidez, que dependendo de amostras e métodos de colheitas de dados diversos, revelam uma dimensão de VPI na gravidez compreendida entre 1,5% e 61,8%. De entre estes estudos salienta-se prevalência de violência psicológica compreendida entre 1% e 97,1%, de violência física compreendida entre 0,4% e 82% e de agressão sexual entre 0,1% e 45%. (Scribano et al., 2013; Viellas et al., 2013; Creedy et al., 2013; Alhusen et al., 2014; Kita et al., 2014; Rodrigues et al., 2014; Finnbogadóttir, 2014; Oliveira et al., 2015; Sgobero et al., 2015; Fonseca-Machado et al., 2015; Van Parys et al., 2015; Okada et al., 2015).

Em Portugal foram encontrados escassos estudos sobre a VPI na gravidez. Um estudo de Rodrigues et al. (2008) revelou prevalência de violência física durante a gravidez entre os 8,4%. Outro estudo de Almeida (2013) encontrou prevalência de VPI durante a gravidez de 58,2% com pelo menos um episódio de qualquer tipo de violência, nomeadamente 59,3% de agressão psicológica, 17,9% de agressão física, 24,6% de coerção sexual. Em outro estudo foi encontrada prevalência de 43,4% dos três tipos de violência (física 21,9%, psicológica 43,2% e sexual 19,6%) durante a gravidez (Almeida, 2014).

Alguns estudos têm analisado a gravidez como estímulo para a violência, nos quais têm sido encontrados indícios que reforçam a ideia de que a gravidez poderá representar um fator de risco para a violência doméstica, que pode ter início na gestação ou alterar o

padrão quanto à sua frequência e gravidade neste período (Puccia & Mamede, 2012). Neste caso, a gravidez pode não surgir como fator protector (Okada et al., 2015). Contudo a investigação ainda não é esclarecedora, apontando para a possibilidade de outros fatores contribuírem para a proteção ou estímulo da violência,

De facto, alguns estudos revelam evidência de que a frequência e severidade do início da violência por parceiro íntimo são mais elevadas durante a gravidez (Burch & Gallup (2004), assim como uma degradação da convivência com o companheiro durante a gravidez. No estudo de Oliveira et al. (2015) entre as mulheres que sofreram VPI na gravidez, a maioria (81%) afirmou que a relação com o companheiro na maioria das vezes era boa, mas quando questionadas sobre a convivência com o companheiro na gestação, 41,3% relataram que a relação piorou, 30,2% afirmaram que não houve mudança e 28,6% afirmaram que a relação melhorou.

Contudo em outro estudo (Finnbogadóttir et al., 2014) foram encontradas prevalências muito baixas de violência durante a gravidez (1,5%), apesar de mais mulheres terem reportado história de abuso emocional, físico e sexual no último ano perpetuadas pelo seu companheiro, podendo estes resultados estarem associados ao fator protector da gravidez para mulheres que vivem em relações violentas. Em outro estudo (Idoko et al., 2015) das participantes que tinham experienciado algumas formas de violência, 20% referiram ter decrescido durante a gravidez, 11% ter aumentado, e não houve alterações em 69%.

Das diferentes formas de violência, outro estudo (Silva et al., 2011) evidenciou que a violência física durante a gestação diminuiu em metade comparativamente com a anterior à gravidez e a violência psicológica foi a de maior prevalência durante a gestação.

As intervenções em saúde durante o período pré-natal também surgem como fator que poderá fazer oscilar os valores da prevalência da VPI antes, durante e após a gravidez. Para mães visitadas no domicílio por enfermeiras de saúde pública foram verificadas prevalências de VPI durante a gravidez mais baixas comparadas com período anterior e depois da gravidez. Nos últimos 12 meses antes da gravidez e envolvimento no programa de visita domiciliária a VPI foi estimada em 8,1%. Longitudinalmente, 4,7% das mulheres reportaram VPI nas primeiras 36 semanas de gestação (Scribano et al., 2013).

Recentemente, estudos tentam compreender se haverá diferença entre ser apenas vítima, ser apenas perpetrador ou participante em violência recíproca, com o perfil de risco na

gravidez e os resultados da gravidez. Foi encontrada evidência de que na relação a mulher poderá também ser a perpetradora de violência ou haver violência recíproca (Shneyderman & Kiely, 2013), sendo que 5% das mulheres eram apenas vítimas, 12% eram apenas perpetradoras, 27% participantes em violência recíproca. Estas diferentes formas de conflituosidade entre o casal mantiveram a tendência para comportamentos de risco na gravidez e resultados negativos perinatais.

As prevalências mostram que a VPI durante a gravidez é comum e que a sua severidade difere de estudo para estudo, sendo que durante a gravidez a mulher poderá se encontrar em grande perigo. As mulheres abusadas durante a gravidez estão em mais alto risco de maior violência e complicações na gravidez, o que pode prejudicar a sua saúde e a do feto (Bianchi et al., 2014).

I.3. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À VPI NA GRAVIDEZ

A dimensão das prevalências da violência durante a gravidez no mundo e as consequências para a saúde, têm demonstrado a necessidade da identificação precoce da violência e também dos fatores associados, no sentido de ser possível minimizar ou controlar o seu impacto na saúde da grávida e do feto/neonato. A evidência científica tem revelado que a VPI durante a gravidez está associada a uma série de fatores de risco, os quais são conhecidos por ter impacto negativo no bem-estar físico, psíquico e social da mulher, assim como nos resultados perinatais.

I.3.1. FATORES DEMOGRÁFICOS

No que se refere à idade, há estudos que têm demonstrado que durante a gravidez a prevalência de VPI é mais frequente em mulheres jovens que iniciaram a sua atividade sexual mais precocemente, antes dos 16 ou 19 anos (Sgobero et al., 2015; Puccia & Mamede, 2012). Da mesma forma, outro estudo (Audi et al., 2008) evidenciou o parceiro íntimo adolescente como estando associado à violência psicológica durante a gravidez. Em outro estudo realizado no Japão (Kita et al., 2014) foi encontrado como sendo fator de

risco para a VPI na gravidez a idade do companheiro inferior a 30 anos. Outros estudos (Robbins et al., 2015; Laanpere et al., 2012) reforçam a evidência de que as mulheres vítimas de VPI durante a gravidez são tendencialmente mais jovens quando comparadas com as mulheres grávidas que não foram vítimas.

Ser solteira/viver só ou não coabitar com o companheiro durante a gravidez pode também estar associado a um maior risco de exposição a VPI (Puccia & Mamede, 2012; Finnbogadóttir et al., 2014). A idade igual ou superior a 20 anos e a coabitação podem ser protetores de VPI durante a gravidez (Robbins, 2015). Por outro lado, o divórcio pode levar a maior risco de exposição a VPI psicológica durante a gravidez (Escribá-Agüir et al., 2012).

Apesar de haverem estudos que não confirmam esta associação, no que se refere à escolaridade das mulheres grávidas vítimas de VPI durante a gravidez tem sido encontrado com frequência estudos que associam maior exposição de mulheres com baixo nível de escolaridade (Audi et al., 2008; Puccia & Mamede, 2012; Escribá-Agüir et al., 2012; Matseke et al., 2012; Viellas et al., 2013; Abdollabi, Abhari, Develar, & Charati, 2015), em que quanto menor a escolaridade maior a probabilidade de ocorrência de VPI durante a gravidez (Vieira, Perdoná & Santos, 2011).

Outro fator demográfico que surge associado à VPI na gravidez é o rendimento económico familiar. As condições económicas desfavoráveis têm aparecido em diversos estudos como preditor de VPI durante a gravidez (Nunes et al., 2010; Puccia & Mamede, 2012; Abdollabi, Abhari, Develar, & Charati, 2015). A situação de desemprego da mulher está associada a maior probabilidade de exposição à VPI durante a gravidez (Finnbogadóttir et al., 2014), assim como a situação de desemprego do companheiro/parceiro íntimo (Audi et al., 2008). É frequente encontrar evidência de associação significativa entre a violência durante a gravidez em famílias de baixo rendimento económico (Okada et al., 2015). Pelo menos um dos estudos encontrados evidencia a maior exposição à VPI durante a gravidez por mulheres que recebem insuficiente suporte social.

A presença de história prévia de violência familiar é também conhecida como um fator que predispõe a vitimização ou perpetuação de violência, sendo interpretada como susceptível de transmissão intergeracional (Castro, Peek-Asa & Ruiz., 2003). A probabilidade de ocorrência de violência física aumenta significativamente para mulheres cujas mães foram

agredidas, assim como se o parceiro teve a mãe agredida. Também é maior a probabilidade, de ocorrência de VPI durante a gravidez, em mulheres com historial de abuso sexual e também se o parceiro foi agredido na infância (Vieira, Perdona & Santos, 2011).

Em alguns estudos de VPI durante a gravidez foi verificado esta predisposição, em que ter presenciado ou ter sofrido qualquer tipo de violência na infância, surgiram como fatores associados à VPI durante a gravidez (Audi et al., 2008; Puccia & Mamede, 2012). Para além dos riscos para a saúde durante a gravidez, tem sido encontrado em alguns estudos, impacto do abuso sexual na infância no exercício do papel maternal. Apesar da dificuldade em comprovar a associação direta, o efeito do abuso indirectamente aponta para consequências associadas ao trauma (stress e depressão), maior risco ao nível do vínculo mãe-criança e de abuso físico sobre a criança perpetuado pela mãe. (Jesus, Salgado & Moreira, 2016). Qualquer forma de abuso na infância, particularmente abuso físico e sexual, aumenta a probabilidade de história de VPI durante a vida adulta. Está ainda, associado a maior probabilidade de pior saúde durante a gravidez e com sintomas de depressão pré-natal (Barrios et al., 2015).

De facto, a possibilidade da presença de problemas ao nível da saúde da mulher, poderão indiciar exposição prévia, quer seja na infância quer seja antes da gravidez. O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, descreve que as repercussões da violência na saúde da mulher são profundas, surgindo com mais frequência problemas no que respeita ao funcionamento físico, ao bem-estar psíquico e à adoção de comportamentos de risco como tabagismo, inatividade física, abuso de álcool e/ou drogas. É maior o risco de depressão, intenção de suicídio, dor crónica, transtornos psicossomáticos, lesões físicas, transtornos do aparelho digestivo, síndrome do cólon irritável e diversas consequências para a saúde reprodutiva (Krug et al., 2002).

Em estudos mais recentes a existência de história de violência foi o fator de risco mais forte para a violência durante a gravidez (Silva et al., 2011; Finnbogadóttir et al., 2014). A história de violência e a presença de sintomas depressivos no período pré-natal foram encontrados extremamente associados com a VPI durante a gravidez (Finnbogadóttir et al., 2014; Fonseca-Machado et al., 2015), assim como a baixa auto-estima e sintomas psíquicos (Puccia & Mamede, 2012).

No estudo de Escribá-Agüir et al. (2012) realizado em Espanha, foi encontrada maior predisposição, para reportarem VPI psicológica durante a gravidez, em mulheres que tinham nascido fora do país, ou seja tinham outra nacionalidade, revelando que estar fora do país/ser imigrante pode ser um fator de vulnerabilidade para a VPI.

I.3.2. CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ

A evidência tem revelado que as mulheres que vivem com um companheiro violento têm dificuldades em proteger-se de gravidezes indesejadas (Krug et al., 2002). De facto, a investigação continua a revelar a tendência do não planeamento da gestação em mulheres expostas a VPI durante a gravidez (Rodrigues et al., 2008; Stockl et al., 2012; Puccia & Mamede, 2012; Rodrigues et al., 2014, Okada et al., 2015).

Esta tendência ao não planeamento da gravidez ajuda a justificar a maior tentativa de interrupção da gestação em mulheres expostas a VPI (Viellas et al., 2013), assim como a prevalência de VPI durante a gravidez em mulheres com experiência prévia de aborto poderá ser mais do dobro comparativamente às que não têm essa história prévia (Kita et al., 2014). Contudo, os resultados dos estudos nem sempre são consistentes. Öberg et al. (2013) num estudo sobre prevalência de VPI entre mulheres que pretendiam terminar a gravidez em comparação com as que procuravam aconselhamento contraceptivo, encontraram que em ambos os grupos foi encontrada predisposição para reportarem violência física e experiências de violência durante o último ano. Em mulheres com história de repetição de interrupção da gravidez, 51% reportou experiência de VPI. Contudo, aquelas que procuravam aconselhamento contraceptivo também tinham uma prevalência alta de experiência de VPI. Notoriamente ambos os grupos não desejavam a gravidez.

É conhecida a predisposição para o consumo de substâncias nocivas (tabaco, drogas e álcool) em mulheres expostas a VPI com consequências para a saúde da mulher. A investigação sobre VPI durante a gravidez tem encontrado associação significativa entre VPI durante a gravidez e consumo frequente de tabaco (Rodrigues et al., 2008; Bailey & Daugherty, 2007; Caleyachetty, Echouffo-Tcheugui, Stephenson, & Muennig, 2014; Sgobero et al., 2015; Puccia & Mamede, 2012; Viellas et al., 2013; Alhusen, Ray, Sharps, & Bullock, 2015). Também são hábitos associados à prevalência de VPI antes e durante a

gravidez o consumo do álcool (Rodrigues et al., 2008; Bailey & Daugherty, 2007; Escribá-Agüir et al., 2012; Puccia & Mamede, 2012; Matseke et al., 2012; Viellas et al., 2013; Alhusen, Ray, Sharps, & Bullock) e de drogas ilícitas (Rodrigues et al., 2008; Bailey & Daugherty, 2007; Escribá-Agüir et al., 2012; Puccia & Mamede, 2012; Alhusen, Ray, Sharps, & Bullock; Sgobero et al., 2015). Nem todos os estudos identificam os hábitos do companheiro, mas em alguns estudos foi identificada associação de VPI durante a gravidez com o consumo de álcool por parte do companheiro (Audi et al., 2008; Matseke et al., 2012), duas ou mais vezes por semana (Audi et al., 2008). Shneyderman & Kiely (2013) concluíram que as mulheres tinham maior probabilidade de comportamentos de risco para a gravidez (tabaco, drogas, álcool, menos satisfeitas com a sua gravidez) mesmo quando participavam em violência recíproca. Estes comportamentos de risco podem estar relacionados com a perda de autoestima que leva a mulher a adquirir comportamentos de risco, como o hábito de fumar, para aliviar o *stress* e o sofrimento causados pela violência (Sgobero et al., 2015).

Também tem sido encontrada associação significativa entre os comportamentos alimentares e a ocorrência de VPI durante a gravidez, nomeadamente o ganho de peso inadequado durante a gestação (Nunes et al., 2010). Nas mulheres vítimas predomina o ganho de peso insuficiente (Rodrigues et al., 2008; Puccia & Mamede, 2012) e a tendência ao desenvolvimento de obesidade após o parto (Bailey & Daugherty, 2007). Segundo a DGS o ganho de peso considerado adequado varia de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) da mulher, podendo variar de 0,2 a 0,5 Kg por semana para o 2º e 3º trimestre. No 1º trimestre é esperado um aumento de peso total de 0,5 a 2 Kg.

A procura de serviços de saúde para iniciar vigilância da gravidez deve iniciar-se precocemente, se possível ainda no período pré-concepcional. Os comportamentos de saúde durante a gravidez em mulheres expostas a VPI são em alguns estudos considerados insuficientes ou mesmo ausentes. Tem sido reconhecido que um dos fatores de risco associados à violência durante a gravidez é a assistência pré-natal inadequada, com baixa adesão aos serviços de saúde para vigilância da gravidez que aumenta o risco de complicações na gestação (Nunes et al., 2010; Moraes et al., 2010). Alguns estudos evidenciam que, as mulheres expostas a VPI durante a gravidez têm, tendencialmente, dificuldade em comparecer às consultas pré-natais (Audi et al., 2008), iniciando tardiamente a vigilância pré-natal ou podendo a mesma estar ausente (Krug et al., 2002;

Rodrigues et al., 2008; Puccia & Mamede, 2012; Ononokpono & Azfredrick, 2014). Foi ainda encontrada evidência de que, em mulheres expostas a violência sexual ou simultaneamente sexual e física, a probabilidade de receberem assistência pré-natal e cuidados profissionais durante o parto eram menores (Rahman et al., 2015).

A adesão da grávida às consultas pré-natais, para além de proporcionar uma vigilância adequada do desenvolvimento da gravidez, poderá também reduzir a possibilidade de agressões durante a gestação, possível pela continuidade do acompanhamento dos profissionais de saúde, quer em meio hospitalar quer no domicílio (Viellas et al., 2013).

I.3.3. HISTÓRIA REPRODUTIVA

A evidência científica aponta para a tendência de pior história obstétrica em mulheres expostas a VPI durante a gravidez, assim como uma tendência para a elevada paridade (Durand e Schraiber, 2007; Rodrigues et al., 2008; Matseke et al., 2012; Kita et al., 2014; Pool et al., 2014) comparativamente com as mulheres que não tenham experiência de violência durante a gravidez. Mulheres com mais de três gestações apresentam maior probabilidade de violência do que as que nunca engravidaram (Viera, Perdoná & Santos, 2011).

Para além da multiparidade, também foi encontrada associação significativa da VPI na gestação com o facto de a mulher ter um ou mais filhos de outro companheiro que não o atual, o que poderá estar relacionado também com *stress* familiar (Sgobero et al., 2015).

É sabido que a VPI contribui para comportamentos sexuais de risco e resultados adversos na saúde sexual entre mulheres em idade reprodutiva (Krugs et al., 2002; Laanpere et al., 2012). A existência de controlo masculino na relação é um dos fatores associados à VPI na gravidez (Puccia & Mamede, 2012) que pressupõe um menor poder por parte das mulheres na negociação e autonomia dentro da relação conjugal, nomeadamente na adoção de medidas contraceptivas.

Têm sido encontradas taxas baixas de uso de contraceção em mulheres expostas a VPI durante a gravidez (Scribano et al., 2013; Laanpere et al., 2012), assim como maior frequência de recusa do uso de preservativo por parte do companheiro (Sgobero et al.,

2015). Foi também encontrada associação entre a VPI e a tendência para ocorrência de repetição de gravidezes em intervalos de tempo curtos (Scribano et al., 2013).

Outros estudos têm encontrado maior probabilidade de história de abortos em mulheres expostas a VPI durante a gravidez comparativamente a mulheres não expostas (Stockl et al., 2012; Finnbogadóttir et al., 2014; Kita et al., 2014), quer para abortos espontâneos (Krug et al., 2002; Puccia & Mamede, 2012) quer para repetição de abortos induzidos (Puccia & Mamede, 2012; Laanpere et al., 2012). Um estudo de revisão (Hall et al., 2014) encontrou 74 estudos sobre associação da interrupção da gravidez com a VPI e os resultados mostraram essa associação, assim como a maior probabilidade de ocultação da interrupção da gravidez ao seu parceiro por mulheres que vivem em relações violentas. Relativamente ao efeito dos diferentes tipos de VPI na interrupção da gravidez, o estudo de Rahman (2015) encontrou maior probabilidade de ocorrência em mulheres que experienciaram violência física e/ou sexual, sendo que a violência física aparece por si só fortemente associada a essa possibilidade.

Contudo a evidência ainda revela inconsistência para se poder concluir sobre esta associação uma vez que há estudos que, apesar de demonstrarem maior prevalência de ocorrência de abortos em mulheres expostas à VPI durante a gravidez, não revelaram associação estatisticamente significativa (Abdollabi, Abhari, Develar, & Charati, 2015).

I.4. COMPLICAÇÕES MATERNAS E PERINATAIS ASSOCIADAS À VPI NA GRAVIDEZ

A alta prevalência de violência durante a gravidez tem sido associada a consequências adversas na saúde física, mental e reprodutiva da mulher, assim como nos resultados perinatais, estando associada a disfunções na gravidez que conduzem ao aumento da mortalidade materna, perinatal e neonatal (Krug et al., 2002).

Para além das consequências físicas, foram encontradas consequências psíquicas maternas, como stress (Woods et al., 2010), distúrbios de stress pós-traumático (Harris-Britt et al., 2004), risco de depressão pós-parto (Mattar et al., 2007) e depressão pós-parto (Puccia & Mamede, 2012) em mulheres expostas a VPI durante a gravidez.

No estudo de Bachus et al. (2004) constatou-se que apesar de não ter sido encontrada associação significativa entre as complicações obstétricas individuais, a maioria das mulheres relatou experiência de violência doméstica. Destaca-se a hemorragia genital, rotura prematura de membranas (RPM), falso trabalho de parto, diminuição dos movimentos activos fetais, hipertensão arterial, pré-eclampsia, diabetes gestacional, anemia, infecção do trato urinário, algias (dor abdominal, dor nas costas, cefaleias) e vômitos. Watson et al. (2013) encontrou possível associação de VPI com nascimentos muito prematuros, particularmente em mulheres experienciando condições associadas com hemorragia pré-parto.

Noutro estudo (Puccia & Mamede, 2012) a ocorrência de VPI na gravidez foi estatisticamente significativa para os desfechos descolamento prematuro da placenta e trauma na gravidez, assim como pré-eclampsia. Outras doenças inespecíficas foram encontradas por Bachus et al. (2004) e Rodrigues et al. (2008). Também Abdollabi, Abhari, Develar, & Charati (2015) verificou no seu estudo que a violência física durante a gravidez pode ter consequências sérias para a saúde reprodutiva da mulher, atendendo a que encontrou associação entre a mesma e a RPM. A ocorrência de morte materna é uma possibilidade que foi encontrada na revisão de Alhusen, Ray, Sharps, & Bullock (2015).

Para além das consequências maternas, os diferentes tipos de VPI (física, sexual e psicológica) durante a gravidez conduzem de forma direta ou indireta a complicações fetais, perinatais e neonatais. Estudos recentes continuam a mostrar evidência de resultados adversos como o baixo peso ao nascer (Shneyderman & Kiely, 2013; Alhusen et al., 2014; Abdollabi, Abhari, Develar, & Charati, 2015), associado sobretudo à presença de violência física (Demelash et al., 2015), recém-nascido pequeno para a idade gestacional (Alhusen et al., 2014), parto e nascimento prematuros (Shneyderman & Kiely, 2013; Sanchez et al., 2013), e incidência de morte fetal, perinatal e neonatal (Pool et al., 2014; Alhusen et al., 2014; Sgobero et al., 2015), risco acrescido de óbito pós-natal sobretudo em casos de violência física (Viellas et al., 2013).

Ao contrário do que se tem verificado em outros estudos, no estudo de Rodrigues et al. (2014) relativamente às repercussões obstétricas e neonatais, não foi verificada associação estatisticamente significativa entre as variáveis investigadas nomeadamente intercorrências na gravidez, no trabalho de parto, analgesia durante o trabalho de parto, tipo de parto, intercorrências no parto e no puerpério.

Também tem vindo a ser estudado o impacto da violência durante a gravidez na relação mãe-filho na gravidez e após o nascimento. Estudos no período após o parto mostraram piores resultados na vinculação mãe-bebé (Quinlivan e Evans, 2005); compromisso na amamentação em mulheres vítimas de abuso sexual (Lourenço e Deslandes, 2008) e o estudo de Averbuch & Spatz (2009) revela compromisso no exercício do papel maternal o que se assume como risco acrescido para a segurança do recém-nascido. Num estudo recente realizado em Portugal, que estudou o efeito da violência doméstica na relação mãe-bebé, em 204 grávidas foi encontrada em 107 (52,4%) prevalência de violência doméstica. Os resultados sugeriram que as mulheres vítimas de violência têm mais tendência de ter baixa vinculação com o feto quando comparadas com as grávidas que não sofreram de violência. Adicionalmente, as vítimas mostraram mais atitudes negativas perante a gravidez e o feto quando comparadas com as não vítimas (Almeida, Sá, Cunha, & Pires, 2013).

PARTE III
MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta parte encontram-se as principais opções metodológicas que conduziram este estudo Epidemiológico, Observacional, Analítico, Transversal, Caso Controlo

II.1. OBJETIVOS E VARIÁVEIS EM ESTUDO

Como já referimos anteriormente, os objetivos definidos para o estudo foram:

- Determinar a prevalência da violência por parceiro íntimo (VPI) durante a gravidez na Região Centro de Portugal;
- Caracterizar os fatores demográficos das mulheres expostas a VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal;
- Caracterizar a história reprodutiva das mulheres expostas a VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal;
- Caracterizar a gravidez recente das mulheres expostas a VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal;
- Caracterizar a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal;
- Analisar a relação/associação entre as variáveis em estudo.

Tendo em conta os objetivos do estudo apresenta-se de seguida as variáveis em estudo e a forma como foram operacionalizadas:

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO (VPI) DURANTE A GRAVIDEZ

A VPI durante a gravidez foi medida através das Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (*The Revised Conflict Tactics Scales - CTS2*) (Straus, Hamby, Boney-McCoy, &

Sugarman, 1996), na versão portuguesa (Questionário sobre Comportamento da Relação - CTS15) de Paiva & Figueiredo (2006). A autorização da administração da versão portuguesa foi solicitada antecipadamente e foi autorizada (Anexo I).

As escalas contêm 39 itens que estão agrupados em pares de perguntas, que permitem obter informações sobre ambos os elementos do casal, nomeadamente sobre o comportamento da participante e o comportamento do seu companheiro, perfazendo um total de 78 questões. As escalas também permitem contabilizar o número de ocorrências durante o último ano de qualquer comportamento descrito, incluindo oito categorias de resposta, as primeiras seis determinam a prevalência e cronicidade no último ano: (1) uma vez no ano anterior, (2) duas vezes no ano anterior, (3) 3-5 vezes no ano anterior, (4) 6-10 vezes no ano anterior, (5) 11-20 vezes no ano anterior, (6) mais de 20 vezes no ano anterior. As restantes categorias determinam a prevalência global: (7) não no ano anterior mas ocorreu anteriormente, e a inexistência deste tipo de abuso (8) nunca aconteceu. É composta por cinco escalas que se podem dividir em subescalas: Negociação (cognitiva, emocional), Agressão psicológica (ligeiro, severo), Abuso físico sem sequelas (ligeiro, severo), Coerção sexual (ligeiro, severo), Abuso físico com sequelas (ligeiro, severo) (Paiva & Figueiredo, 2006). Neste estudo, optamos por não utilizar a divisão das escalas.

O conceito de «Negociação» surge como o conjunto de ações desenvolvidas para resolver um desacordo em uma discussão, baseadas em comunicação de afecto positivo ou expressão de sentimentos de cuidado e respeito pelo companheiro. É uma tática de resolução de conflito sem o recurso a atos de violência. As restantes subescalas já consideram a existência de atos que provocam danos a diferentes níveis. A «Agressão Psicológica» é considerada como o recurso a atos verbais e não verbais susceptíveis de causar dano no outro. O «Abuso físico sem sequelas» é o recurso ao uso da força física contra outra pessoa mas que não resulta em dano físico e o «Abuso físico com sequelas» já é considerado a presença de dano físico resultante do abuso perpetuado pelo companheiro, com lesão nos ossos ou tecidos, necessidade de atenção médica, ou dor continua por um dia ou mais. Por fim, a «Coerção sexual» é definida como comportamento cuja intenção é compelir o companheiro a envolver-se em atividade sexual indesejada, pretendo abranger uma série de atos coercivos, desde a insistência verbal até à força física (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996; Paiva & Figueiredo, 2006).

A fiabilidade da versão portuguesa foi estudada através da análise da consistência interna das respetivas dimensões. Quanto mais elevada é a consistência interna de uma escala/dimensão, mais os enunciados dos respetivos itens estão correlacionados e maior é a sua homogeneidade. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente *alpha* de *Cronbach*, cujos valores podem variar entre (0) e (1). Para este coeficiente, valores mais elevados, ou seja, mais próximos de (1) são interpretados como reveladores de maior consistência interna. Este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas e, de acordo com a muitos autores, nomeadamente, Nunnally (1978) citado por Maroco *et al.* (2006), resultados iguais ou superiores a 0,70 são reveladores de boa consistência interna. Alguns autores consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando é reduzido o número de itens envolvidos, como referiu DeVellis (1991) também citado por Maroco *et al.* (2006).

Os resultados que se apresentam na Tabela I.1.1 permitem-nos constatar que para as dimensões do questionário o coeficiente apresentou valores compreendidos entre 0.81, na dimensão «abuso físico sem sequelas» e 0.89, na dimensão «abuso físico com sequelas». Estes resultados são mais elevados e com menor variação que os observados pelos autores do questionário.

Em sumula, concluímos que as dimensões apresentaram elevada consistência interna ($\alpha > 0.70$) e que, no presente estudo, o questionário evidenciou boa fiabilidade, sendo melhor que a observada em estudos anteriores.

Tabela I.1.1. Consistência interna do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15)

Dimensão	Nº de itens	Alpha de Cronbach (No estudo)	Alpha de Cronbach (Autores)
Negociação	6	0.82	0.71
Agressão psicológica	8	0.84	0.64
Abuso físico sem sequelas	12	0.81	0.74
Coerção sexual	7	0.84	0.51
Abuso físico com sequelas	6	0.89	0.47

FATORES DEMOGRÁFICOS

Para caracterizarmos os fatores demográficos foram obtidas informações sobre: idade da mulher e do marido/companheiro, medida em anos e dividida em cinco categorias (<20 anos, [20-30[anos, [30-40[anos, [40-50[anos, ≥ 50 anos). Em relação ao estado civil da mulher foi considerado ser casada ou viver em união de facto, ser solteira ou outro. O tempo de união com o marido/companheiro foi medido em meses ou anos e dividido em cinco categorias (<5 anos, [5-10[anos, [10-15[anos, [15-20[anos, ≥ 20 anos). Em relação à coabitação com marido/companheiro foi medida através de pergunta dicotómica (não, sim) e o tempo de coabitação foi medido em meses ou anos e dividido em cinco categorias (<5 anos, [5-10[anos, [10-15[anos, [15 a 20[anos, ≥ 20 anos).

Sobre a Nacionalidade considerou-se portuguesa ou estrangeira. Para medir a escolaridade foi recolhida informação de acordo com a organização atual do ensino em Portugal medida em quatro categorias (não sabe ler nem escrever, ensino básico – até ao 9º ano, ensino secundário – do 10º ano ao 12º ano, ensino superior – bacharelato, mestrado, doutoramento).

Para medir a situação face ao emprego da mulher e do seu marido/companheiro durante a última gravidez recolheu-se informação sobre se estavam empregados ou desempregados, assim como foi medido em meses a duração do desemprego organizado em quatro categorias (0 meses, [1-3[meses, [3-6[meses, ≥ 6 meses). O rendimento líquido anual do agregado familiar da mulher foi medido em euros e convertido em oito categorias (0-5000 euros, 5001-10000 euros, 10001-15000 euros, 15001-20000 euros, 20001-25000 euros, 25001-30000 euros, 30001-35000 euros, ≥ 35001 euros).

A existência de história de violência familiar vivida pela mulher foi obtida através de pergunta dicotómica (não, sim), assim como sobre alguma situação de abuso (físico, psicológico ou sexual) que a mulher tenha vivido na sua infância/adolescência (antes dos 18 anos).

HISTÓRIA REPRODUTIVA

Para a caracterização da História Reprodutiva foram obtidas informações sobre os antecedentes da mulher relacionados com a saúde reprodutiva. Tivemos em consideração o uso ou não de contraceptivos antes da última gravidez e que método contraceptivo era usado, tendo-se questionado sobre os mais habituais (pílula, dispositivo intrauterino, preservativo, anel vaginal, implante cutâneo, coito interrompido, outro).

Foi obtida a informação sobre o número de gravidezes e convertida em três categorias (1-2 gravidezes, 3-4 gravidezes, ≥ 5 gravidezes). Quanto ao número de filhos nascidos vivos, número de filhos nascidos mortos, número de filhos nascidos prematuros (antes das 37 semanas), número de filhos com ≤ 2500 gr., obteve-se a informação e converteu-se em três categorias (zero (0) filhos, 1-2 filhos, ≥ 3 filhos). A ocorrência de abortos com atual marido/companheiro foi medida e foi convertido o número de abortos em três categorias (1 aborto, 2 abortos, 3 abortos).

Relativamente a problemas em gravidez anterior e/ou na última gravidez, foram selecionadas as complicações já corroboradas na literatura como sendo de risco perante a exposição a situação de violência na gravidez (hemorragia vaginal, vômitos frequentes, infecções urinárias frequentes, rotura prematura de membranas, ameaça parto pré-termo, parto pré-termo, hipertensão arterial/pré-eclâmpsia, outras complicações).

CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ

Para caracterização da gravidez foram obtidas informações desde o planeamento da gravidez aos comportamentos de saúde durante a mesma. Sobre o planeamento da última gravidez consideramos quatro categorias (não, aconteceu por acidente, foi planeada apenas pela mulher, foi planeada apenas pelo marido/companheiro, foi planeada por ambos). Quanto à aceitação da última gravidez consideramos quatro categorias (não, foi aceite apenas pela mulher, foi aceite apenas pelo marido/companheiro, foi aceite por ambos).

Informação sobre consumo de tabaco durante a gravidez, consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez, consumo de drogas ilícitas durante a gravidez, foi obtida através de pergunta dicotômica (não, sim). A informação sobre o número de cigarros fumados foi avaliada entre os primeiros três meses de gravidez, dos três aos seis meses e nos últimos 3 meses. No final a informação foi convertida apenas em dois momentos: nos primeiros três meses de gravidez e número de cigarros fumados no 3º ao 6º mês de gravidez. As quantidades foram medidas em quatro categorias (2 a 5 cigarros/dia, 6 a 10 cigarros/dia, 11 a 20 cigarros/dia, mais de 20 cigarros/dia). A informação sobre a frequência do consumo de bebidas alcoólicas foi medida em quatro categorias (1 a 3 vezes, 4 a 6 vezes, 7 a 9 vezes, mais de 9 vezes). Sobre o uso de drogas ilícitas obteve-se informação sobre que droga/as foi/foram usadas.

Para determinar o ganho ponderal durante a gravidez, foi aferido o peso antes e no final da última gravidez em Quilogramas. Esta informação foi posteriormente convertida em cinco categorias (<0 kg, [0-10[kg, [10-20[kg, [20-30[kg, ≥ 30 kg).

A frequência de consultas de vigilância da gravidez foi conseguida através de pergunta dicotômica (não, sim) e as informações sobre o início das consultas de vigilância da gravidez foi medida em três categorias (antes do 2º mês de gravidez, entre o 2º e o 4º mês de gravidez, após o 4º mês de gravidez). O número de consultas de vigilância da gravidez frequentadas até ao parto foi convertido em três categorias (<10 consultas, 10-20 consultas, ≥21 consultas).

RESULTADOS PERINATAIS

O período perinatal é considerado entre a 28ª semana de gestação e o 7º dia de vida do recém-nascido. A informações foram obtidas através da consulta do processo clínico da mãe e/ou do recém-nascido. A idade gestacional na altura do parto foi considerada em semanas e depois convertida em três categorias (<37 semanas, 37 a 41 semanas, ≥ 42 semanas). Quanto ao peso do recém-nascido logo após o nascimento, foi obtido em gramas, constituindo-se depois seis categorias (< 200 g, 2000g-2500g, 2501g-3000g, 3001g-3500g, 3501-4000g, ≥ 4001g). Sobre os valores do índice de APGAR (1º e 5º

minutos) foram organizados em três categorias (< 5 , $5-8$, ≥ 9). Nalguns locais de recolha de dados foi colhida informação sobre o valor de APGAR ao 10º minuto, o qual não foi usado neste estudo.

Informações sobre complicações fetais no último trimestre da gravidez, complicações fetais durante o nascimento e complicações do recém-nascido após o nascimento, foram obtidas através de pergunta dicotómica (não, sim) e quais.

II.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo desenvolveu-se na Região Centro de Portugal (Figura II.2.1) onde em 2016, de acordo com dados do INE - Estimativas anuais da população residente, existiam 2. 250.149 Residentes. No ano de 2016 nesta Região a Taxa Bruta de Natalidade foi 7,1‰ recuperando dos dados de 2013 que revelavam 6,9‰, segundo dados do INE- Estatísticas de Nados Vivos. Quanto ao número de partos nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde, em 2013 o número total de partos nesta Região era de 14.116 partos e segundo dados recentes disponíveis de 2015 o total mantém-se aproximado, sendo de 14.151 partos, conforme dados do INE e DGS/MS – Inquérito aos hospitais (PORDATA, acedido em 31-07-2017).



Figura II.2.1. Mapa da Região Centro de Portugal (Fonte: <http://www.mapas-portugal.com>)

A população alvo deste estudo foram mulheres puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Apoio Perinatal Diferenciado na Região Centro de Portugal, nomeadamente: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro (Hospital Infante D. Pedro); Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., Covilhã; Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. (Hospital Sousa Martins); Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. (Hospital Amato Lusitano); Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (Maternidade Bissaya Barreto e Maternidade Dr. Daniel de Matos); Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E. (Hospital de Santo André).

A amostra que serviu de base a esta investigação foram 1219 puérperas, obtida através dos sujeitos disponíveis e que aceitaram participar no estudo, entre setembro de 2012 e setembro de 2013. Obteve-se uma significativa percentagem de não resposta (8,6%) entre as que aceitaram previamente participar.

II.3. PROCEDIMENTOS FORMAIS NA RECOLHA DE DADOS

Para a colheita de dados foi usado um questionário (Anexo II) organizado de forma a ser respondido pelas mulheres participantes no estudo e algumas questões a serem preenchidas pela investigadora ou enfermeiro/a colaborador/a através da recolha de informação do processo clínico da puérpera e do recém-nascido.

O questionário inicial foi sujeito a um pré-teste, com uma pequena amostra de puérperas, tendo havido a necessidade de clarificar alguns termos nalguma questões, de forma a obter as informações desejadas.

Foi negociada com cada hospital/serviço de internamento de puerpério a colaboração de um enfermeiro da equipa de enfermagem, previamente preparado pela investigadora, que foi a pessoa de referência entre investigador e utente, assim como colaborou na recolha de dados. Esta colaboração foi obtida de forma graciosa nas diferentes unidades de saúde, ficando apenas o compromisso de reconhecimento dos/as enfermeiros/as na investigação, assim como a possibilidade de participarem como co-autores de artigo científico caso fosse oportuno. Foi ainda oferecida a disponibilidade da investigadora para outro tipo de

compensação considerada oportuna, como formação/comunicação sobre VPI na gravidez, que até ao momento não foi solicitada.

Foram distribuídos 1342 questionários às puérperas disponíveis e que aceitaram participar no estudo, de acordo com os critérios de inclusão definidos. Como critérios de inclusão, aceitaram-se no estudo as puérperas internadas entre as 6 horas após o parto e o momento da alta; as que sabiam ler e escrever em português; as que tinham tido na última gravidez um feto único tendo-se excluído as mulheres com gravidez gemelar. Depois de analisados os questionários recolhidos, consideraram-se anulados 115 por não se apresentarem totalmente preenchidos, dos quais 106 faltava preencher o questionário de comportamentos da relação e 9 questionários em que havia sido iniciado esse preenchimento mas o mesmo foi interrompido. Foram ainda anulados 8 questionários por se encontrarem mal preenchidos, não seguindo as instruções para a resposta.

Pretendíamos que a recolha de dados decorresse durante seis meses em cada instituição, mas foi necessário prolongar por mais dois meses nalgumas instituições para ser possível elevar o número de sujeitos da amostra.

II.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Neste estudo foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação científica. O projeto deste estudo foi previamente submetido a uma Comissão de Ética Externa – Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo sido aprovado (Anexo III).

Para a recolha de dados foram obtidas as devidas autorizações formais dos Conselhos de Administração dos Hospitais, após análise e autorizações das Comissões de Ética e de acordo com as condições exigidas em cada local específico. Nesta sequência, para o Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., Covilhã, foi necessário adaptar a folha de consentimento informado ao modelo padrão do hospital. O estudo não foi autorizado no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. tendo a Comissão de Ética considerado que o momento solicitado para a recolha de dados às puérperas era inapropriado e causador de danos (Anexo IV).

Todos os envolvidos na recolha de dados foram previamente preparados pela investigadora quanto aos procedimentos que deveriam ser adotados.

A abordagem às mulheres participantes no estudo foi feita solicitando a sua participação voluntária e graciosa. Foi ainda, respeitada a decisão da mulher na participação do estudo, sem exercício de qualquer tipo de coerção, tendo sido informada que a qualquer momento se poderia retirar do estudo sem se justificar e sem estar sujeita a qualquer tipo de penalização. Neste sentido, todas as participantes antes de responderem ao questionário, foram esclarecidas e assinaram o termo de consentimento na participação do estudo (Anexo V). Desde este momento, se informou sobre a natureza, duração da investigação, métodos que iriam ser usados e foram facultados os contactos da investigadora para que as participantes pudessem obter os esclarecimentos que considerassem necessários. Para garantir o anonimato e confidencialidade dos dados, desenvolveram-se estratégias para proteção dos dados pessoais das puérperas participantes no estudo. Os questionários eram anónimos e foram identificados com um código para posterior controlo. Durante a recolha de dados, o questionário foi imediatamente recolhido, logo após o seu preenchimento, para evitar que terceiros tivessem acesso ao mesmo. Por outro lado, os questionários foram entregues para preenchimento sempre nos momentos em que o marido/companheiro estava ausente, no sentido de evitar coacção ou constrangimentos que comprometessem a veracidade das respostas e a proteção da mulher.

Tendo em conta a natureza “delicada” deste estudo que oferecia a possibilidade de risco temporário para as participantes, associado à natureza das questões relacionadas com a violência familiar as quais poderiam causar algum incómodo físico e emocional, foram desenvolvidas algumas estratégias para a minimização desse risco. Foi negociado com todos os hospitais onde decorreu a recolha de dados, a colaboração para o encaminhamento assistencial, caso fosse necessário. Verificou-se que não houve necessidade deste encaminhamento durante a fase em que decorreu a recolha de dados. Também se preparou folheto informativo (Anexo VI), com orientações sobre serviços/instituições de apoio a vítimas de violência doméstica em Portugal, o qual foi entregue às puérperas que aceitaram ficar com o folheto e às quais recusaram foi deixado disponível nos locais de recolha de dados.

II.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados e obter resultados descritivos e inferenciais recorreremos ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 22.0 de 2014.

No estudo utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente, apresentação em Tabelas de frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média ordinal, média aritmética e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão) e, ainda, os coeficientes alfa de *Cronbach*, de correlação de *Spearman* e *Odds Ratio* com o respetivo intervalo de confiança a 95%. Foram, também, aplicados os testes U de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* e de significância do coeficiente de *Spearman*. Para testar a normalidade da distribuição de frequências das variáveis quantitativas em estudo foi aplicado o teste *Kolmogorov-Smirnov*.

O coeficiente de correlação de *Spearman* visa o estudo da correlação entre variáveis e foi aplicado quando todas as variáveis presentes na hipótese eram de natureza quantitativa. Este coeficiente foi complementado com o teste de significância para podermos concluir em que situações o coeficiente observado apresentava significado estatístico. Os testes U de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* têm como objetivo comparar os resultados de variáveis quantitativas em função das categorias de variáveis qualitativas com duas ou mais categorias, respetivamente. O coeficiente *Odds Ratio* e o seu intervalo de confiança visam avaliar o risco relativo e identificar as associações estatisticamente significativas.

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005).

Em todos os testes fixámos o valor 0.050 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior àquele valor, ou seja, quando, $p < 0.050$.

PARTE III
RESULTADOS

Nesta parte apresentam-se os resultados em Tabelas e a análise descritiva dos mesmos fazendo sobressair o que foi encontrado com significado estatístico.

III.1. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Observando os dados que constituem a Tabela III.1.1 podemos constatar a prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação. Como se verifica, a dimensão «negociação» apresentou a maior prevalência (89.4%), seguida da dimensão «agressão psicológica» (41.6%). Com prevalências bastante inferiores surgiram as dimensões «coerção sexual» (13.7%), «abuso físico sem sequelas» (8.4%) e «abuso físico com sequelas» (2.5%).

Tabela III.1.1. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15)

Dimensão	n	Prevalência (%)
Negociação	1090	89.4
Agressão psicológica	507	41.6
Abuso físico sem sequelas	102	8.4
Coerção sexual	167	13.7
Abuso físico com sequelas	30	2.5

Atendendo a que algumas das inquiridas referiram mais que uma dimensão, determinámos a prevalência de cada uma das associações observadas (Tabela III.1.2). Verificamos que a «negociação», por si só, continua a ser a dimensão com maior prevalência (42.2%), seguindo-se a associação desta dimensão com a «agressão psicológica» (27.0%).

Com prevalências muito inferiores surgiram as associações «negociação + agressão psicológica + coerção sexual» (7.1%), «negociação + coerção sexual» (3.9%), «negociação + agressão psicológica + abuso físico sem sequelas» (3.8%), «negociação + agressão psicológica + abuso físico sem sequelas + coerção sexual» e «negociação + abuso físico sem sequelas», ambas com 1.6%, «negociação + agressão psicológica + abuso físico sem sequelas + coerção sexual + abuso físico com sequelas» (0.8%), «negociação + agressão psicológica + abuso físico sem sequelas + abuso físico com sequelas» (0.7%) e

«negociação + agressão psicológica + abuso físico com sequelas» (0.4%). Embora com prevalências residuais surgiram, ainda, as associações/dimensões «negociação + abuso físico sem sequelas + coerção sexual» (0.2%) e «agressão psicológica», «coerção sexual», «negociação + abuso físico sem sequelas + abuso físico com sequelas» e «negociação + agressão psicológica + coerção sexual + abuso físico com sequelas», todas com a prevalência de 0.1%.

Salientamos o facto da dimensão «negociação» estar presente em quase todas as situações, ou seja, mesmo quando estão presentes atos de agressão psicológica ou abuso físico sem sequelas, a negociação também é referenciada.

Tabela III.1.2. Prevalência da associação das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15)

Dimensão	n	Prevalência (%)
Negociação	515	42.2
Negociação + Agressão psicológica	329	27.0
Negociação + Agressão psicológica + Coerção sexual	87	7.1
Negociação + Coerção sexual	47	3.9
Negociação + Agressão psicológica + Abuso físico sem sequelas	46	3.8
Negociação + Agressão psicológica + Abuso físico sem sequelas + Coerção sexual	19	1.6
Negociação + Abuso físico sem sequelas	19	1.6
Negociação + Agressão psicológica + Abuso físico sem sequelas + Coerção sexual + Abuso físico com sequelas	10	0.8
Negociação + Agressão psicológica + Abuso físico sem sequelas + Abuso físico com sequelas	9	0.7
Negociação + Agressão psicológica + Abuso físico com sequelas	5	0.4
Negociação + Abuso físico sem sequelas + Coerção sexual	2	0.2
Agressão psicológica	1	0.1
Coerção sexual	1	0.1
Negociação + Abuso físico sem sequelas + Abuso físico com sequelas	1	0.1
Negociação + Agressão psicológica + Coerção sexual + Abuso físico com sequelas	1	0.1

Os resultados que constituem o Tabela III.1.3 foram obtidos com base nos valores da frequência com que ocorreram os atos correspondentes aos itens de cada dimensão. Como as dimensões diferem no número de itens que as constituem, os valores médios e dos desvios padrão não são comparáveis entre dimensões. Por este motivo, determinámos os valores das médias relativas dividindo o valor da média pela amplitude da escala de avaliação de cada uma das dimensões. A partir dos valores desta medida estatística

podemos verificar que a «negociação» foi a dimensão com maior frequência (40.80%) e que as restantes dimensões apresentam frequência muito inferior. Destas, a mais elevada ocorreu para a «coerção sexual» (9.16%), seguida da «agressão psicológica» (5.20%), das «abuso físico com sequelas» (4.51%) e, finalmente, da «abuso físico sem sequelas» (2.91%). Esta foi a dimensão que apresentou maior variabilidade seguindo-se a «agressão psicológica». Nenhuma das dimensões apresentou distribuição de frequência próxima da distribuição normal ou gaussiana ($p < 0.050$).

Tabela III.1.3. Medidas descritivas referentes à frequência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15)

Dimensão	Média	Média relativa	Desvio padrão	Teste de normalidade
Negociação	61.20	40.80%	38.25	0.000
Agressão psicológica	10.39	5.20%	236.14	0.000
Abuso físico sem sequelas	8.73	2.91%	238.48	0.000
Coerção sexual	16.04	9.16%	11.69	0.000
Abuso físico com sequelas	6.77	4.51%	10.40	0.000

Com o objetivo de avaliar a associação entre a prevalência nas dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação e as variáveis idade, estado civil, tempo de união, coabitação com o parceiro, tempo de coabitação, nacionalidade, escolaridade, situação face ao emprego, tempo de desemprego, rendimento líquido anual, história de violência familiar, situação de abuso, uso de contraceptivo antes da última gravidez, número de gravidezes, situação de aborto, existência de hemorragia vaginal, experiência de vômitos frequentes, experiência de infeções urinárias, planeamento da gravidez, aceitação da gravidez, hábitos tabágicos durante a gravidez, hábitos alcoólicos durante a gravidez, ganho ponderal durante a última gravidez, frequência de consultas de vigilância, início das consultas de vigilância, número de consultas de vigilância, idade gestacional na altura do parto, peso do bebé ao nascer, APGAR no 1º e no 5º minuto, complicações fetais no último trimestre da gravidez, complicações fetais durante o nascimento, complicações do recém-nascido após o nascimento, rutura prematura de membranas, ameaça de parto pré-termo, parto de pré-termo, hipertensão/pré-eclâmpsia e outras complicações procedemos ao cálculo do valor do Odds Ratio e do respetivo intervalo de confiança com um grau de confiança de 95%. Para o cálculo destas medidas estatísticas houve necessidade de dicotomizar todas as variáveis atrás referidas. No caso das variáveis quantitativas

procedemos à dicotomização através do valor mediano criando as categorias: igual ou inferior à mediana e superior à mediana. Podemos considerar que existe associação significativa entre as variáveis sempre que o valor 1 não está contido no intervalo de confiança calculado para o Odds Ratio.

Os resultados que constituem o Tabela III.1.4 permitem-nos conhecer a distribuição de frequências do grupo etário da mulher e do parceiro e avaliar a associação entre a respetiva idade e a prevalência de comportamentos da relação em cada uma das dimensões. Como podemos constatar, em todas as situações predominava o grupo etário dos 30 aos 40 anos, quer para a mulher quer para o companheiro. As mulheres apresentaram idades compreendidas entre 16 e 45 anos, sendo a idade média de 28.29 ± 6.45 anos. Metade tinha idades iguais ou inferiores a 29.50 anos (idade mediana). As idades dos parceiros situaram-se entre 16 e 59 anos, sendo a média 32.58 ± 7.76 anos. Metade dos parceiros tinha idades iguais ou inferiores a 33.00 anos.

No grupo das mulheres, as prevalências dos comportamentos de «negociação» situaram-se entre 0.0% e 95.2%, de «agressão psicológica» estavam compreendidas entre 0.0% e 71.4%, de «abuso físico sem sequelas» entre 0.0% e 23.8%, de «coerção sexual» ficaram compreendidas entre 0.0% e 15.0% e de «abuso físico com sequelas» variaram entre 0.0% e 4.8%. Para o grupo dos parceiros, as prevalências dos comportamentos de «negociação» situaram-se entre 87.5% e 100.0%, de «agressão psicológica» estavam compreendidas entre 25.0% e 83.3%, de «abuso físico sem sequelas» e de «coerção sexual» ficaram compreendidas entre 0.0% e 16.7% e de «abuso físico com sequelas» variaram entre 0.0% e 3.1%.

Os valores do Odds Ratio e os respetivos intervalos de confiança permitem-nos concluir que existe associação significativa ($p < 0.050$) entre a idade da mulher e a prevalência dos comportamentos de agressão psicológica, sendo que probabilidade de ocorrerem este tipo de comportamentos é cerca de $2/3$ (ou 0.775) inferior nas mulheres mais velhas comparativamente com a probabilidade deles ocorrerem nas mulheres mais novas. Verificamos, também, a existência de associação estatisticamente significativa entre a idade da mulher e do parceiro e a prevalência dos comportamentos de «abuso físico sem sequelas». A probabilidade deste tipo de comportamentos ocorrerem nas mulheres ou nos parceiros mais velhas(os) é cerca de metade (0.485 e 0.581) da probabilidade deles ocorrerem nos indivíduos mais novos. Nas restantes dimensões não se verificaram

associações significativas entre a prevalência dos comportamentos e a idade da mulher ou do parceiro.

Tabela III.1.4. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) em função do grupo etário da mulher e do parceiro

Dimensão	Grupo etário	Mulher		Parceiro	
		n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Negociação					
	< 20	20	95.2	6	100.0
	[20 – 30[	364	88.1	234	90.3
	[30 – 40[	673	90.4	718	89.6
	[40 – 50[	32	82.0	120	87.6
	≥ 50	0	0.0	7	87.5
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.924	(0.638 ; 1.338)	1.111	(0.768 ; 1.609)
Agressão psicológica					
	< 20	15	71.4	5	83.3
	[20 – 30[	178	43.1	117	45.2
	[30 – 40[	306	41.1	332	41.4
	[40 – 50[	8	20.5	49	35.8
	≥ 50	0	0.0	2	25.0
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.775	(0.614 ; 0.979)	0.811	(0.645 ; 1.020)
Abuso físico sem sequelas					
	< 20	5	23.8	1	16.7
	[20 – 30[	43	10.4	31	12.0
	[30 – 40[	53	7.1	62	7.7
	[40 – 50[	1	2.6	8	5.8
	≥ 50	0	0.0	0	0.0
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.485	(0.308 ; 0.765)	0.581	(0.381 ; 0.884)
Coerção sexual					
	< 20	3	14.3	1	16.7
	[20 – 30[	62	15.0	40	15.4
	[30 – 40[	100	13.4	110	13.7
	[40 – 50[	2	5.1	15	10.9
	≥ 50	0	0.0	0	0.0
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.819	(0.584 ; 1.147)	0.937	(0.675 ; 1.301)
Abuso físico com sequelas					
	< 20	1	4.8	0	0.0
	[20 – 30[	8	1.9	8	3.1
	[30 – 40[	21	2.8	20	2.5
	[40 – 50[	0	0.0	2	1.5
	≥ 50	0	0.0	0	0.0
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.603	(0.274 ; 1.328)	0.811	(0.391 ; 1.686)

Relativamente ao estado civil (Tabela III.1.5) verificamos que predominavam as mulheres casadas ou que viviam em união de facto.

As prevalências dos comportamentos de «negociação» situaram-se entre 85.7% e 91.9%, para os comportamentos de «agressão psicológica» as prevalências variaram entre 41.0% e

54.1%, em termos de «abuso físico sem sequelas» as prevalências situaram-se entre 3.6% e 27.0%, no âmbito da «coerção sexual» observamos prevalências compreendidas entre 13.5% e 18.9% e na dimensão «abuso físico com sequelas» as prevalências apresentaram valores entre 0.0% e 13.5%.

Verificaram-se associações significativas entre o estado civil e a prevalência de comportamentos nas dimensões «abuso físico sem sequelas» e «abuso físico com sequelas». A probabilidade de ocorrerem comportamentos de «abuso físico sem sequelas» era 2.377 superior nas mulheres solteiras ou que tinham outro estado civil e, também para estas mulheres, a probabilidade de comportamentos de «abuso físico com sequelas» era 3.760 superior à probabilidade de ocorrerem nas mulheres que eram casadas ou que viviam em união de facto.

Tabela III.1.5. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do estado civil da mulher

Dimensão	n	Prevalência (%)
Estado civil		
Negociação		
Casada/União de facto	1032	89.5
Solteira	34	91.9
Outro	24	85.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.971	(0.434 ; 2.176)
Agressão psicológica		
Casada/União de facto	473	41.0
Solteira	20	54.1
Outro	14	50.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.577	(0.956 ; 2.601)
Abuso físico sem sequelas		
Casada/União de facto	91	7.9
Solteira	10	27.0
Outro	1	3.6
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.377	(1.201 ; 4.706)
Coerção sexual		
Casada/União de facto	156	13.5
Solteira	7	18.9
Outro	4	14.3
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.302	(0.666 ; 2.544)
Abuso físico com sequelas		
Casada/União de facto	25	2.2
Solteira	5	13.5
Outro	0	0.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	3.760	(1.391 ; 10.166)

Os dados que constituem o Tabela III.1.6 permitem-nos verificar que a maioria das mulheres referiu tempos de relação inferiores a 10 anos. Os tempos de união variaram entre 8 meses e 13 anos, sendo a média 3.93 ± 3.15 anos e metade das mulheres referiram tempos iguais ou inferiores a 3.00 anos.

As prevalências para os comportamentos de «negociação» situaram-se entre 80.0% e 93.2%, para os de «agressão psicológica» verificaram-se prevalências compreendidas entre 39.8% e 45.5%, para a dimensão «abuso físico sem sequelas» as prevalências situaram-se entre 4.5% e 20.0%, os comportamentos de «coerção sexual» apresentaram prevalências entre 0.0% e 16.3% e os de «abuso físico com sequelas» surgiram com prevalências compreendidas entre 0.0% e 2.8%.

Apenas se observou a existência de associação estatisticamente significativa na dimensão «abuso físico sem sequelas», verificando-se que a probabilidade de estes comportamentos ocorrerem nas mulheres com relações mais longas é inferior (0.647) à probabilidade deles ocorrerem nas mulheres com relações de menor duração.

Tabela III.1.6. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do tempo de união com o marido/companheiro

Dimensão	n	Prevalência (%)
Tempo de união		
Negociação		
< 5	451	88.4
[5 – 10[	367	88.6
[10 – 15[	227	92.2
[15 – 20[	41	93.2
≥ 20	4	80.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.358	(0.932 ; 1.979)
Agressão psicológica		
< 5	206	40.4
[5 – 10[	181	43.7
[10 – 15[	98	39.8
[15 – 20[	20	45.5
≥ 20	2	40.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.985	(0.783 ; 1.239)
Abuso físico sem sequelas		
< 5	51	10.0
[5 – 10[	28	6.8
[10 – 15[	20	8.1
[15 – 20[	2	4.5
≥ 20	1	20.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.647	(0.423 ; 0.990)

Coerção sexual		
< 5	83	16.3
[5 – 10[	45	10.9
[10 – 15[	34	13.8
[15 – 20[	5	11.4
≥ 20	0	0.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.815	(0.584 ; 1.138)
Abuso físico com sequelas		
< 5	13	2.5
[5 – 10[	10	2.4
[10 – 15[	7	2.8
[15 – 20[	0	0.0
≥ 20	0	0.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.126	(0.544 ; 2.327)

Analisado os dados e resultados que constituem o Tabela III.1.7 podemos verificar que a larga maioria das mulheres coabitava com o parceiro.

As prevalências de comportamentos de «negociação» se situaram entre 88.5% e 89.5%, de «agressão psicológica» variaram entre 40.9% e 55.8%, de «abuso físico sem sequelas» situaram-se entre 7.8% e 21.2%, de «coerção sexual» variaram entre 13.7% e 15.4% e de «abuso físico com sequelas» foram de 2.2% ou 9.6%.

Verificamos a existência de associação significativa nas dimensões «agressão psicológica», «abuso físico sem sequelas» e «abuso físico com sequelas» e os valores do Odds Ratio indicam que a probabilidade destes comportamentos é superior (1.818, 3.152 e 4.830) para as mulheres que não coabitavam com o parceiro.

Tabela III.1.7. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto de coabitar com o parceiro

Dimensão	n	Prevalência (%)
Coabita com o parceiro		
Negociação		
Sim	1038	89.5
Não	46	88.5
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.901	(0.377 ; 2.153)
Agressão psicológica		
Sim	475	40.9
Não	29	55.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.818	(1.039 ; 3.182)
Abuso físico sem sequelas		
Sim	91	7.8
Não	11	21.2
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	3.152	(1.567 ; 6.341)

Coerção sexual		
Sim	159	13.7
Não	8	15.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.145	(0.529 ; 2.476)
Abuso físico com sequelas		
Sim	25	2.2
Não	5	9.6
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	4.830	(1.771 ; 13.175)

Relativamente ao tempo de coabitação, verificamos que a maioria das mulheres referiu tempos inferiores a 10 anos (Tabela III.1.8). Os tempos de coabitação situaram-se entre 1 mês e 13 anos, tendo como média 3.02 ± 3.22 anos. Metade das mulheres indicou tempos de coabitação iguais ou inferiores a 2.00 anos.

Quanto à prevalência de comportamentos da relação constatamos que na dimensão «negociação» ela varia entre 66.7% e 91.3%, na «agressão psicológica» situou-se entre 35.3% e 66.7%, na «abuso físico sem sequelas» situou-se entre 4.3% e 33.3%, na «coerção sexual» situou-se entre 0.0% e 15.8% e na dimensão relativa aos comportamentos de «abuso físico com sequelas» variou entre 0.0% e 3.7%.

Constatamos a existência de associação estatisticamente significativa nas dimensões «abuso físico sem sequelas» e «coerção sexual». Os valores observados para o Odds Ratio indicam que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de abuso físico sem sequelas e ou de coerção sexual, quando o tempo de coabitação é mais longo, é menor (0.604 e 0.686) comparativamente com as situações em que o tempo de coabitação é mais curto.

Tabela III.1.8. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do tempo de coabitação com o parceiro

Dimensão	n	Prevalência (%)
Tempo de coabitação		
Negociação		
< 5	582	90.4
[5 – 10[	351	88.2
[10 – 15[	123	90.4
[15 – 20[	21	91.3
≥ 20	2	66.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.840	(0.580 ; 1.217)
Agressão psicológica		
< 5	268	41.6
[5 – 10[	170	42.7
[10 – 15[	48	35.3
[15 – 20[	10	43.5

≥ 20	2	66.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.978	(0.777 ; 1.231)
Abuso físico sem sequelas		
< 5	64	9.9
[5 – 10[	23	5.8
[10 – 15[	10	7.4
[15 – 20[	1	4.3
≥ 20	1	33.3
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.604	(0.394 ; 0.927)
Coerção sexual		
< 5	102	15.8
[5 – 10[	49	12.3
[10 – 15[	14	10.3
[15 – 20[	1	4.3
≥ 20	0	0.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.686	(0.490 ; 0.959)
Abuso físico com sequelas		
< 5	15	2.3
[5 – 10[	8	2.0
[10 – 15[	5	3.7
[15 – 20[	0	0.0
≥ 20	0	0.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.997	(0.470 ; 2.113)

Os dados que apresentamos no Tabela III.1.9 permitem-nos verificar que a maioria das mulheres inquiridas era de nacionalidade portuguesa.

A prevalência dos comportamentos de «negociação» situou-se entre 84.7% e 89.7%, a dos comportamentos de «agressão psicológica» variou entre 41.5% e 44.1%, o abuso físico sem sequelas revelaram prevalências entre 6.8% e 8.5%, para os comportamentos de «coerção sexual» verificaram-se prevalências de 13.6% e 15.3% e para os comportamentos de «abuso físico com sequelas» observamos prevalências de 3.4% e 2.4%.

Os valores do coeficiente Odds Ratio e os respetivos intervalos de confiança não permitem identificar qualquer associação estatisticamente significativa.

Tabela III.1.9. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função da nacionalidade da mulher

Dimensão	n	Prevalência (%)
Nacionalidade		
Negociação		
Portuguesa	1040	89.7
Estrangeira	50	84.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.636	(0.305 ; 1.325)
Agressão psicológica		
Portuguesa	481	41.5

Estrangeira	26	44.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.111	(0.565 ; 1.881)
Abuso físico sem sequelas		
Portuguesa	98	8.5
Estrangeira	4	6.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.787	(0.279 ; 2.219)
Coerção sexual		
Portuguesa	158	13.6
Estrangeira	9	15.3
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.140	(0.550 ; 2.365)
Abuso físico com sequelas		
Portuguesa	28	2.4
Estrangeira	2	3.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.417	(0.329 ; 6.097)

Analisando os dados que apresentamos no Tabela III.1.10 podemos constatar que a maior parte das mulheres tinha escolaridade de nível superior ou o 12º ano.

Na dimensão «negociação» as prevalências situaram-se entre 0.0% e 94.5%, na «agressão psicológica» variaram entre 0.0% e 44.8%, na «abuso físico sem sequelas» registamos prevalências entre 0.0% e 13.9%, na «coerção sexual» os resultados situaram-se entre 0.0% e 15.0% e na dimensão «abuso físico com sequelas» a prevalência situou-se entre 0.0% e 3.8%.

Verificamos, também, a existência de associações significativas ao nível das dimensões «negociação», «agressão psicológica» e «abuso físico sem sequelas» e os valores do Odds Ratio para estas dimensões revelam que a probabilidade de ocorrência de comportamentos de «negociação» é quase três vezes (2.986) mais elevada nas mulheres que possuíam escolaridade de nível superior, 1.278 mais elevada nos comportamentos de «agressão psicológica» e cerca de metade (0.595) nos comportamentos de «abuso físico sem sequelas» quando comparada com a probabilidade dos mesmos comportamentos ocorrerem com as mulheres que possuíam escolaridade de nível não superior.

Tabela III.1.10. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função da escolaridade da mulher

Dimensão	n	Prevalência (%)
Escolaridade		
Negociação		
Não sabe ler nem escrever	0	0.0
Ensino Básico	161	77.4
Ensino Secundário	379	89.0
Ensino Superior	549	94.5
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.986	(1.965 ; 4.538)

Agressão psicológica		
Não sabe ler nem escrever	0	0.0
Ensino Básico	73	35.1
Ensino Secundário	173	40.6
Ensino Superior	260	44.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.278	(1.016 ; 1.606)
Abuso físico sem sequelas		
Não sabe ler nem escrever	0	0.0
Ensino Básico	29	13.9
Ensino Secundário	36	8.5
Ensino Superior	37	6.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.595	(0.391 ; 0.907)
Coerção sexual		
Não sabe ler nem escrever	0	0.0
Ensino Básico	22	10.6
Ensino Secundário	58	13.6
Ensino Superior	87	15.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.220	(0.879 ; 1.691)
Abuso físico com sequelas		
Não sabe ler nem escrever	0	0.0
Ensino Básico	8	3.8
Ensino Secundário	12	2.8
Ensino Superior	10	1.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.538	(0.250 ; 1.158)

Relativamente à situação face ao emprego verificamos (Tabela III.1.11) que a maioria das mulheres e dos parceiros estava empregada(o).

A prevalência de comportamentos de «negociação» foi de 88.7% e 89.7%, nas mulheres, e 89.0% e 89.6%, para os parceiros. Na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 41.0% e 43.6%, para as mulheres, e entre 40.7% e 51.7%, para os homens. Na dimensão referente à «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 7.4% e 11.7%, para as mulheres, e entre 7.5% e 14.4%, para os parceiros. Quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 12.8% e 16.7%, para as mulheres, e entre 13.2% e 18.6%, para os parceiros. Na dimensão referente às «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.0% e 3.9%, para as mulheres, e de 2.3% e 4.2%, para os parceiros.

Como podemos constatar existe associação estatisticamente significativa em termos de comportamentos de «agressão psicológica», só para o parceiro, e de «abuso físico sem sequelas» para as mulheres e parceiros. Os resultados do Odds Ratio sugerem que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de «abuso físico sem sequelas» é mais elevada quando a mulher (1.663) ou o parceiro (2.065) estão desempregados

comparativamente com a probabilidade desses comportamentos quando não se verifica a situação de desemprego. Verificamos, ainda, que a probabilidade de comportamentos de «agressão psicológica» é superior (1.558) quando o parceiro está desempregado.

Tabela III.1.11. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função da situação da mulher e do parceiro face ao emprego durante a última gravidez

Dimensão Situação face ao emprego	Mulher		Parceiro	
	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Negociação				
Empregada(o)	839	89.7	975	89.6
Desempregada(o)	250	88.7	105	89.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}->	0.894	(0.585 ; 1.366)	0.936	(0.509 ; 1.720)
Agressão psicológica				
Empregada(o)	383	41.0	443	40.7
Desempregada(o)	123	43.6	61	51.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.115	(0.852 ; 1.459)	1.558	(1.065 ; 2.280)
Abuso físico sem sequelas				
Empregada(o)	69	7.4	82	7.5
Desempregada(o)	33	11.7	17	14.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.663	(1.073 ; 2.578)	2.065	(1.178 ; 3.619)
Coerção sexual				
Empregada(o)	120	12.8	144	13.2
Desempregada(o)	47	16.7	22	18.6
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.358	(0.941 ; 1.961)	1.502	(0.915 ; 2.465)
Abuso físico com sequelas				
Empregada(o)	19	2.0	25	2.3
Desempregada(o)	11	3.9	5	4.2
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.957	(0.920 ; 4.163)	1.881	(0.706 ; 5.011)

Quanto ao tempo de desemprego verificamos (Tabela III.1.12) que não existe uma tendência definida para a prevalência dos comportamentos inerentes a cada uma das dimensões, tanto para as mulheres como para os seus parceiros.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 81.8% e 96.1%, nas mulheres, e 75.0% e 88.0%, para os parceiros. Na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 42.4% e 46.2%, para as mulheres, e entre 45.5% e 50.7%, para os homens. Na dimensão referente à «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 8.6% e 15.0%, para as mulheres, e entre 0.0% e 20.8%, para os parceiros. Quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 9.1% e 30.8%, para as mulheres, e entre 12.5% e 36.4%, para os parceiros. Na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% a 10.0%, para as mulheres, e de 0.0% a 4.2%, para os parceiros.

Constatamos que existe associação estatisticamente significativa em termos de comportamentos de «coerção sexual», no caso das mulheres. Os resultados do Odds Ratio sugerem que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de «coerção sexual» é aproximadamente metade (0.501) nas mulheres desempregadas há mais tempo comparativamente com a probabilidade da ocorrência destes comportamentos nas mulheres desempregadas há menos tempo.

Tabela III.1.12. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do tempo de desemprego da mulher e do marido/companheiro durante a última gravidez

Dimensão Tempo de desemprego	Mulher		Parceiro	
	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Negociação				
0	9	81.8	6	75.0
[1 – 3[	19	95.0	9	81.8
[3 – 6[	25	96.1	21	87.5
≥ 6	174	87.9	66	88.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.556	(0.235 ; 1.315)	1.082	(0.377 ; 3.104)
Agressão psicológica				
0	5	45.5	4	50.0
[1 – 3[	9	45.0	5	45.5
[3 – 6[	12	46.2	11	45.8
≥ 6	84	42.4	38	50.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.901	(0.544 ; 1.493)	1.002	(0.487 ; 2.064)
Abuso físico sem sequelas				
0	1	9.1	1	12.5
[1 – 3[	3	15.0	0	0.0
[3 – 6[	3	11.5	5	20.8
≥ 6	17	8.6	9	12.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.782	(0.336 ; 1.821)	0.794	(0.268 ; 2.351)
Coerção sexual				
0	1	9.1	1	12.5
[1 – 3[	6	30.0	4	36.4
[3 – 6[	8	30.8	6	25.0
≥ 6	33	16.7	11	14.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.501	(0.266 ; 0.945)	0.586	(0.229 ; 1.500)
Abuso físico com sequelas				
0	0	0.0	0	0.0
[1 – 3[	2	10.0	0	0.0
[3 – 6[	0	0.0	1	4.2
≥ 6	8	4.0	3	4.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.609	(0.406 ; 6.373)	0.932	(0.127 ; 6.848)

Os dados que apresentamos no Tabela III.1.13 permitem-nos constatar que a maior parte das mulheres inquiridas auferem um rendimento líquido anual inferior a 25.000 Euros.

Na dimensão «negociação» as prevalências encontram-se entre 81.2% e 100.0%, na «agressão psicológica» variaram entre 25.0% e 45.6%, na «abuso físico sem sequelas» registamos prevalências entre 0.0% e 12.0%, na «coerção sexual» os resultados situaram-se entre 6.3% e 17.5% e na dimensão «abuso físico com sequelas» a prevalência situou-se entre 0.0% e 5.4%.

Verificámos a existência de associações significativas ao nível das dimensões «negociação» e «coerção sexual», sendo que os valores do Odds Ratio para estas dimensões revelam que a probabilidade de ocorrência de comportamentos de negociação é mais de duas vezes superior (2.297) nas mulheres que auferem rendimentos anuais mais elevados comparativamente com as que têm rendimentos mais baixos. Já no caso dos comportamentos de «coerção sexual», a probabilidade de ocorrência é cerca de metade (0.616) para as mulheres com rendimentos anuais líquidos mais elevados quando comparada com a probabilidade dos mesmos comportamentos ocorrerem para as mulheres com rendimentos líquidos anuais inferiores.

Tabela III.1.13. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do rendimento líquido anual do agregado familiar da mulher

Dimensão	n	Prevalência (%)
Rendimento líquido anual		
Negociação		
0 – 5000	108	81.2
5001 – 10000	182	85.8
10001 – 15000	198	87.6
15001 – 20000	194	95.1
20001 – 25000	138	93.9
25001 – 30000	91	91.9
30001 – 35000	46	95.8
≥ 35001	45	100.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.297	(1.378 ; 3.828)
Agressão psicológica		
0 – 5000	58	43.6
5001 – 10000	92	43.4
10001 – 15000	96	42.5
15001 – 20000	93	45.6
20001 – 25000	63	42.9
25001 – 30000	39	39.4
30001 – 35000	12	25.0
≥ 35001	16	35.6
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.800	(0.616 ; 1.038)
Abuso físico sem sequelas		
0 – 5000	16	12.0
5001 – 10000	20	9.4
10001 – 15000	18	8.0
15001 – 20000	15	7.4

20001 – 25000	14	9.5
25001 – 30000	4	4.0
30001 – 35000	4	8.3
≥ 35001	0	0.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.710	(0.432 ; 1.168)
Coerção sexual		
0 – 5000	17	12.8
5001 – 10000	37	17.5
10001 – 15000	35	15.5
15001 – 20000	33	16.2
20001 – 25000	21	14.3
25001 – 30000	7	7.1
30001 – 35000	3	6.3
≥ 35001	4	8.9
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.616	(0.413 ; 0.919)
Abuso físico com sequelas		
0 – 5000	7	5.3
5001 – 10000	6	2.8
10001 – 15000	5	2.2
15001 – 20000	2	1.0
20001 – 25000	8	5.4
25001 – 30000	1	1.0
30001 – 35000	0	0.0
≥ 35001	0	0.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.030	(0.464 ; 2.285)

No que respeita ao historial de violência familiar (Tabela III.1.14), verificamos que a maioria das mulheres não vivenciou estas situações.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 88.3% e 89.5%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 40.6% e 49.5%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores encontram-se entre 6.7% e 23.4%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 12.5% e 23.4%, e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 1.8% e 8.1%.

Como podemos constatar existe associação estatisticamente significativa em termos de comportamentos de «abuso físico sem sequelas», «coerção sexual» e «abuso físico com sequelas». Os resultados do Odds Ratio sugerem que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de «abuso físico sem sequelas», «coerção sexual» e «abuso físico com sequelas» é, respetivamente, 23.6%, 46.9% e 21.0% inferior quando não existe historial de violência familiar quando comparada com a probabilidade destes comportamentos ocorrerem nas mulheres que referem histórias de violência familiar.

Tabela III.1.14. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter vivido história de violência familiar

Dimensão	n	Prevalência (%)
História de violência familiar		
Negociação		
Sim	98	88.3
Não	985	89.5
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.136	(0.617 ; 2.091)
Agressão psicológica		
Sim	55	49.5
Não	447	40.6
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.697	(0.471 ; 1.031)
Abuso físico sem sequelas		
Sim	26	23.4
Não	74	6.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.236	(0.143 ; 0.388)
Coerção sexual		
Sim	26	23.4
Não	138	12.5
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.469	(0.292 ; 0.753)
Abuso físico com sequelas		
Sim	9	8.1
Não	20	1.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.210	(0.093 ; 0.473)

O Tabela III.1.15 permite-nos observar que a maioria das inquiridas não foi vítima de situações de abuso.

Os comportamentos de «negociação» surgiram com prevalências de 89.6% e 90.2%, para os de «agressão psicológica» observamos prevalências de 40.8% e 62.3%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 7.8% e 19.7%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 13.5% e 18.0%, e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.2% e 6.6%.

Como podemos constatar existe associação estatisticamente significativa em termos de comportamentos de «agressão psicológica», «abuso físico sem sequelas» e «abuso físico com sequelas». Os resultados do coeficiente Odds Ratio revelam que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de «agressão psicológica» é cerca de metade (0.418) quando não se registam situações de abuso e nas dimensões «abuso físico sem sequelas» (0.344) e «abuso físico com sequelas» (0.318) a probabilidade de ocorrência é cerca de 1/3 inferior quando comparada com situações em que se verificam situações de abuso.

Tabela III.1.15. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter vivido alguma situação de abuso

Dimensão	Situação de abuso	n	Prevalência (%)
Negociação	Sim	55	90.2
	Não	1025	89.6
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.940	(0.396 ; 2.229)
Agressão psicológica	Sim	38	62.3
	Não	467	40.8
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.418	(0.245 ; 0.710)
Abuso físico sem sequelas	Sim	12	19.7
	Não	89	7.8
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.344	(0.177 ; 0.671)
Coerção sexual	Sim	11	18.0
	Não	154	13.5
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.707	(0.360 ; 1.388)
Abuso físico com sequelas	Sim	4	6.6
	Não	25	2.2
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.318	(0.107 ; 0.945)

Relativamente ao uso de contraceptivos antes da última gravidez (Tabela III.1.16), verificamos que a maioria das mulheres respondeu afirmativamente.

A prevalência dos comportamentos de «negociação» encontra-se entre 89.4% e 90.1%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 39.9% e 42.4%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situam-se entre 7.4% e 8.8%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 12.9% e 15.3% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.2% e 2.8%.

O resultado do Odds Ratio não nos permite concluir quanto à existência de associação estatisticamente significativa entre o uso de contraceptivo antes da última gravidez e ocorrência de comportamentos no âmbito das diferentes dimensões.

Tabela III.1.16. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher usar algum método contraceptivo antes da última gravidez

Dimensão		n	Prevalência (%)
Uso de contraceptivo antes da última gravidez			
Negociação	Sim	734	89.4
	Não	354	90.1
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.076	(0.722 ; 1.602)
Agressão psicológica	Sim	348	42.4
	Não	157	39.9
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.904	(0.708 ; 1.155)
Abuso físico sem sequelas	Sim	72	8.8
	Não	29	7.4
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.829	(0.529 ; 1.298)
Coerção sexual	Sim	106	12.9
	Não	60	15.3
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.215	(0.863 ; 1.711)
Abuso físico com sequelas	Sim	18	2.2
	Não	11	2.8
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.285	(0.601 ; 2.747)

No que toca ao método de contraceção usado, podemos observar que a maioria das mulheres recorreu à pílula (Tabela III.1.17).

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 66.7% e 92.7%, na «agressão psicológica» as prevalências foram de 25.0% a 63.6%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores encontram-se entre 0.0% e 33.3%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 0.0% e 14.0% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências situam-se entre 0.0% e 33.3%.

Atendendo a que considerámos não ser lógico definir um critério para dicotomizar a variável referente ao método contraceptivo usado, não foi possível calcular o coeficiente Odds Ratio e o respetivo intervalo de confiança. Este facto impediu-nos de avaliar a existência de associações entre o método contraceptivo usado e a ocorrência de comportamentos inerentes às diversas dimensões.

Tabela III.1.17. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do método contraceptivo que a mulher usava antes da última gravidez

Dimensão	n	Prevalência (%)
Método contraceptivo usado		
Negociação		
Pílula	618	89.3
Dispositivo intrauterino	10	90.9
Preservativo	76	92.7
Anel vaginal	18	90.0
Implante cutâneo	6	75.0
Coito interrompido	7	87.5
Outro	2	66.7
Agressão psicológica		
Pílula	291	42.1
Dispositivo intrauterino	7	63.6
Preservativo	35	42.7
Anel vaginal	8	40.0
Implante cutâneo	2	25.0
Coito interrompido	4	50.0
Outro	1	33.3
Abuso físico sem sequelas		
Pílula	62	9.0
Dispositivo intrauterino	1	9.1
Preservativo	6	7.3
Anel vaginal	1	5.0
Implante cutâneo	1	12.5
Coito interrompido	0	0.0
Outro	1	33.3
Coerção sexual		
Pílula	97	14.0
Dispositivo intrauterino	0	0.0
Preservativo	10	12.2
Anel vaginal	0	0.0
Implante cutâneo	0	0.0
Coito interrompido	0	0.0
Outro	0	0.0
Abuso físico com sequelas		
Pílula	14	2.0
Dispositivo intrauterino	1	9.1
Preservativo	1	1.2
Anel vaginal	1	5.0
Implante cutâneo	0	0.0
Coito interrompido	0	0.0
Outro	1	33.3

Os dados apresentados no Tabela III.1.18 permitem-nos constatar que a maior parte das mulheres inquiridas teve até duas gravidezes.

Nos comportamentos da dimensão «negociação» as prevalências encontram-se entre 63.2% e 90.1%, nos da «agressão psicológica» variaram entre 21.1% e 42.7%, para o «abuso

físico sem sequelas» registamos prevalências entre 0.0% e 8.6%, na «coerção sexual» os resultados situaram-se entre 10.5% e 14.3% e na dimensão «abuso físico com sequelas» a prevalência situou-se entre 0.0% e 2.6%.

Como podemos constatar existe associação estatisticamente significativa entre o número de gravidezes e a prevalência de comportamentos de «negociação», «agressão psicológica» e «abuso físico sem sequelas». Os resultados do Odds Ratio sugerem que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de «negociação» (0.677), «agressão psicológica» (0.783) e «abuso físico sem sequelas» (0.620) é menor quando o número de gravidezes é igual ou superior a três comparativamente com a probabilidade da ocorrência destes comportamentos para as mulheres que estiveram grávidas uma ou duas vezes.

Tabela III.1.18. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de gravidezes que a mulher teve

Dimensão	n	Prevalência (%)
Número de gravidezes		
Negociação		
1 – 2	912	90.1
3 – 4	165	89.2
≥ 5	12	63.2
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.677	(0.466 ; 0.983)
Agressão psicológica		
1 – 2	432	42.7
3 – 4	70	37.8
≥ 5	4	21.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.783	(0.623 ; 0.984)
Abuso físico sem sequelas		
1 – 2	87	8.6
3 – 4	14	7.6
≥ 5	0	0.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.620	(0.409 ; 0.940)
Coerção sexual		
1 – 2	145	14.3
3 – 4	20	10.8
≥ 5	2	10.5
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.968	(0.698 ; 1.341)
Abuso físico com sequelas		
1 – 2	26	2.6
3 – 4	3	1.6
≥ 5	0	0.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.216	(0.580 ; 2.551)

Quanto ao número de filhos nascidos vivos (Tabela III.1.19), podemos observar que a maior parte dos inquiridos teve entre um e dois filhos que nasceram vivos.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 84.5% e 100.0%, na «agressão psicológica» as prevalências foram de 26.2% e 57.1%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores encontram-se entre 7.1% e 14.3%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 9.5% e 14.3%, e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% e 2.4%.

Atendendo ao facto de existir uma grande concentração de casos numa única categoria (1 a 2 filhos) não foi estatisticamente possível proceder ao cálculo do coeficiente Odds Ratio e, conseqüentemente, proceder ao estudo da associação entre o número de filhos nascidos vivos e a prevalência de comportamentos referentes a cada uma das dimensões.

Tabela III.1.19. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de filhos nascidos vivos que a mulher teve

Dimensão	n	Prevalência (%)
Número de filhos nascidos vivos		
Negociação		
0	7	100.0
1 – 2	1008	89.9
≥ 3	71	84.5
Agressão psicológica		
0	4	57.1
1 – 2	480	42.8
≥ 3	22	26.2
Abuso físico sem sequelas		
0	1	14.3
1 – 2	94	8.4
≥ 3	6	7.1
Coerção sexual		
0	1	14.3
1 – 2	158	14.1
≥ 3	8	9.5
Abuso físico com sequelas		
0	0	0.0
1 – 2	27	2.4
≥ 3	2	2.4

Relativamente ao número de filhos nascidos mortos (Tabela III.1.20), é possível constatar que o número de ocorrências é bastante reduzido, com a maior parte dos inquiridos a não apresentar qualquer caso de nados mortos.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 89.3% e 100.0%, na «agressão psicológica» as prevalências encontram-se entre 41.8% e 75.0%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores encontram-se entre 8.7% e 50.0%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 0.0% e 50.0% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% e 2.5%.

Também nesta situação, o facto de existir uma grande concentração de casos numa única categoria (zero filhos nascidos mortos) não foi estatisticamente possível proceder ao cálculo do coeficiente Odds Ratio e, conseqüentemente, realizar o estudo da associação entre o número de filhos nascidos mortos e a prevalência de comportamentos inerentes a cada uma das dimensões.

Tabela III.1.20. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de filhos nascidos mortos que a mulher teve

Dimensão	n	Prevalência (%)
Número de filhos nascidos mortos		
Negociação		
0	938	89.3
1 – 2	11	91.7
≥ 3	4	100.0
Agressão psicológica		
0	439	41.8
1 – 2	7	58.3
≥ 3	3	75.0
Abuso físico sem sequelas		
0	91	8.7
1 – 2	3	25.0
≥ 3	2	50.0
Coerção sexual		
0	141	13.4
1 – 2	6	50.0
≥ 3	0	0.0
Abuso físico com sequelas		
0	26	2.5
1 – 2	0	0.0
≥ 3	0	0.0

Através dos dados que constituem o Tabela III.1.21, podemos verificar que a maioria dos inquiridos não tem casos de filhos prematuros.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 87.9% e 100.0%, na «agressão psicológica» as prevalências foram de 25.0% e 42.3%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores encontram-se entre 0.0% e 9.0%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 10.6% e 25.0%, e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% e 2.6%.

A concentração do número de casos numa única categoria (nenhum filho prematuro), principalmente nas dimensões «agressão psicológica», «abuso físico sem sequelas», «coerção sexual» e «abuso físico com sequelas» não permitiu o estudo da associação entre o número de filhos prematuros e a prevalência de comportamentos referentes a cada uma das dimensões.

Tabela III.1.21. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de filhos prematuros que a mulher teve

Dimensão	n	Prevalência (%)
Número de filhos prematuros		
Negociação		
0	843	89.6
1 – 2	116	87.9
≥ 3	4	100.0
Agressão psicológica		
0	398	42.3
1 – 2	54	40.9
≥ 3	1	25.0
Abuso físico sem sequelas		
0	85	9.0
1 – 2	10	7.6
≥ 3	0	0.0
Coerção sexual		
0	132	14.0
1 – 2	14	10.6
≥ 3	1	25.0
Abuso físico com sequelas		
0	24	2.6
1 – 2	2	1.5
≥ 3	0	0.0

A grande maioria das mulheres não teve qualquer filho com menos de 2500g, como é evidente pelos dados que constituem o Tabela III.1.22.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 89.2% e 100.0%, na «agressão psicológica» as prevalências variaram entre 33.3% e 42.5%, no «abuso físico

sem sequelas» encontram-se valores entre 0.0% e 9.1%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 0.0% e 14.3%, e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% a 2.5%.

O facto do número de casos ter uma elevada concentração numa única categoria (nenhum filho com pesos inferior a 2500g), principalmente nas dimensões «agressão psicológica», «abuso físico sem sequelas», «coerção sexual» e «abuso físico com sequelas» não permitiu o estudo da associação entre esta variável e a prevalência de comportamentos referentes a cada uma das dimensões.

Tabela III.1.22. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de filhos com menos de 2500g que a mulher teve

Dimensão	n	Prevalência (%)
Número de filhos com menos de 2500g		
Negociação		
0	853	89.2
1 – 2	121	99.2
≥ 3	3	100.0
Agressão psicológica		
0	406	42.5
1 – 2	49	40.2
≥ 3	1	33.3
Abuso físico sem sequelas		
0	87	9.1
1 – 2	8	6.6
≥ 3	0	0.0
Coerção sexual		
0	137	14.3
1 – 2	11	9.0
≥ 3	0	0.0
Abuso físico com sequelas		
0	24	2.5
1 – 2	3	2.5
≥ 3	0	0.0

Em relação à ocorrência de abortos (Tabela III.1.23), verificamos que a maioria das mulheres inquiridas não referiu a existência desta situação.

A prevalência de comportamentos de «negociação» foi de 86.8% e 90.2%, na «agressão psicológica» observamos prevalências de 36.6% e 42.6%, no «abuso físico sem sequelas» os valores foram 3.9% e 9.1%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências

de comportamentos situaram-se entre 9.3% e 14.6% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 1.5% e 2.6%.

Podemos observar que existe associação estatisticamente significativa relativamente a comportamentos de «abuso físico sem sequelas» e «coerção sexual». Os resultados do Odds Ratio sugerem que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de «abuso físico sem sequelas» (2.476) e «coerção sexual» (1.673) é, respetivamente, cerca de duas vezes e meia e de uma vez e meia superior quando não existem casos de abortos por comparação com a probabilidade desses mesmos comportamentos quando existem abortos.

Tabela III.1.23. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher já ter tido algum aborto

Dimensão		n	Prevalência (%)
	Teve algum aborto		
Negociação	Sim	178	86.8
	Não	908	90.2
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.391	(0.883 ; 2.192)
Agressão psicológica	Sim	75	36.6
	Não	429	42.6
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.287	(0.943 ; 1.755)
Abuso físico sem sequelas	Sim	8	3.9
	Não	92	9.1
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.476	(1.183 ; 5.183)
Coerção sexual	Sim	19	9.3
	Não	147	14.6
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.673	(1.011 ; 2.768)
Abuso físico com sequelas	Sim	3	1.5
	Não	26	2.6
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.785	(0.535 ; 5.953)

Entre as mulheres que referiram ter tido algum aborto, podemos observar que o número de ocorrência desta situação se situa maioritariamente em, apenas, um caso (Tabela III.1.24).

A prevalência de comportamentos de «negociação» encontra-se entre 66.7% e 92.0%, na «agressão psicológica» as prevalências estão entre 36.3% e 48.0%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 0.0% e 4.8%, quanto à

«coerção sexual» observamos prevalências entre 8.3% e 12.0% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências de comportamentos deste género variaram de 0.0% a 4.0%.

Atendendo a que o número de casos era reduzido face ao tamanho da amostra e a que a maioria destas mulheres concentrou as suas respostas, apenas, numa das alternativas, não considerámos adequado o estudo da associação entre o número de abortos e a frequência dos comportamentos no âmbito de cada uma das dimensões.

Tabela III.1.24. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de abortos que a mulher teve

Dimensão	n	Prevalência (%)
Número de abortos		
Negociação		
1	147	87.5
2	23	92.0
3	8	66.7
Agressão psicológica		
1	61	36.3
2	12	48.0
3	2	16.7
Abuso físico sem sequelas		
1	8	4.8
2	0	0.0
3	0	0.0
Coerção sexual		
1	15	8.9
2	3	12.0
3	1	8.3
Abuso físico com sequelas		
1	2	1.2
2	1	4.0
3	0	0.0

Relativamente à ocorrência de hemorragias vaginais, constatamos (Tabela III.1.25) que tanto para a gravidez anterior como para a última gravidez houve maior prevalência na não ocorrência deste tipo de problema.

A prevalência de comportamentos de «negociação» foi de 86.6% e 92.2%, na gravidez anterior, e 88.8% e 94.0%, na última gravidez. Na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 38.7% e 43.8%, na gravidez anterior, e entre 41.0% e 46.0%, na última

gravidez. Na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 5.4% e 10.9%, na gravidez anterior, e entre 5.3% e 8.7%, na última gravidez. Quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 12.5% e 14.1%, na gravidez anterior, e entre 13.4% e 16.0%, na última gravidez. Na dimensão «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.6% e 3.1%, na gravidez anterior, e de 2.3% e 2.7%, na última gravidez.

Os resultados do Odds Ratio não nos permitem concluir quanto à existência de associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de hemorragias vaginais e a frequência da ocorrência de comportamentos no âmbito dos diferentes tipos de comportamento.

Tabela III.1.25. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido hemorragia vaginal durante a gravidez

Dimensão	Gravidez anterior		Última gravidez	
Hemorragia vaginal	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Negociação				
Não	369	86.6	947	88.8
Sim	59	92.2	141	94.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.823	(0.702 ; 4.735)	1.985	(0.986 ; 3.998)
Agressão psicológica				
Não	165	38.7	437	41.0
Sim	28	43.8	69	46.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.230	(0.723 ; 2.092)	1.228	(0.871 ; 1.731)
Abuso físico sem sequelas				
Não	23	5.4	93	8.7
Sim	7	10.9	8	5.3
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.152	(0.883 ; 5.242)	0.590	(0.281 ; 1.241)
Coerção sexual				
Não	60	14.1	143	13.4
Sim	8	12.5	24	16.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.871	(0.396 ; 1.919)	1.231	(0.769 ; 1.971)
Abuso físico com sequelas				
Não	11	2.6	25	2.3
Sim	2	3.1	4	2.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.217	(0.264 ; 5.621)	1.142	(0.392 ; 3.328)

No que toca ao facto das mulheres terem tido vómitos frequentes durante a gravidez, podemos observar (Tabela III.1.26) que tanto para a gravidez anterior como para a última gravidez houve predominância da ocorrência destes casos.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 82.3% e 89.5%, na gravidez anterior, e 88.8% e 89.7%, na última gravidez. Na «agressão psicológica» observamos prevalências de 36.9% e 41.0%, na gravidez anterior, e de 41.0% a 43.0%, na última gravidez. Na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 6.1% e 7.1%, na gravidez anterior, e 7.9% e 8.5%, na última gravidez. Quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 13.1% e 16.3%, na gravidez anterior, e entre 12.7% e 16.3%, na última gravidez. Na dimensão «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.3% e 3.5%, na gravidez anterior, e de 2.1% e 3.1%, na última gravidez.

O resultado do Odds Ratio permite-nos observar a existência de associação estatisticamente significativa entre a existência de vômitos frequentes na gravidez anterior e a ocorrência de comportamentos de «negociação», sendo a probabilidade relativa aos casos em que não se verificaram situações de vômito frequente cerca de metade (0.542) da probabilidade de ocorrência desses comportamentos quando as mulheres sofrem de vômitos frequentes.

Tabela III.1.26. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido vômitos frequentes durante a gravidez

Dimensão Vômitos frequentes	Gravidez anterior		Última gravidez	
	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Negociação				
Não	308	89.5	771	89.7
Sim	116	82.3	316	88.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.542	(0.312 ; 0.943)	0.912	(0.614 ; 1.354)
Agressão psicológica				
Não	141	41.0	353	41.0
Sim	52	36.9	153	43.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.841	(0.562 ; 1.260)	1.083	(0.843 ; 1.390)
Abuso físico sem sequelas				
Não	21	6.1	73	8.5
Sim	10	7.1	28	7.9
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.174	(0.538 ; 2.561)	0.920	(0.584 ; 1.450)
Coerção sexual				
Não	45	13.1	109	12.7
Sim	23	16.3	58	16.3
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.295	(0.750 ; 2.235)	1.341	(0.949 ; 1.895)
Abuso físico com sequelas				
Não	8	2.3	18	2.1
Sim	5	3.5	11	3.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.544	(0.496 ; 4.804)	1.491	(0.697 ; 3.191)

Relativamente ao facto da mulher ter tido infeções urinárias frequentemente durante a gravidez, verificamos que tanto para a gravidez anterior como para a última gravidez a maioria das mulheres a não ocorrência destes casos (Tabela III.1.27).

A prevalência de comportamentos de «negociação» foi de 86.9% e 90.0%, na gravidez anterior, e de 88.8% e 89.6%, na última gravidez. Na «agressão psicológica» observamos a mesma prevalência de 40%, no caso da gravidez anterior, e de 40.2% e 50.0%, na última gravidez. Na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» observamos os valores 6.5% e 6.7%, na gravidez anterior, e 7.6% e 12.4%, na última gravidez. Quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 8.3% e 15.2%, na gravidez anterior, e entre 13.6% e 14.6%, na última gravidez. Na dimensão «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 1.7% e 2.8%, na gravidez anterior, e de 2.2% e 3.4%, na última gravidez.

Os resultados do Odds Ratio permitem-nos concluir quanto à existência de associação estatisticamente significativa entre o acontecimento de infeções urinárias frequentes na última gravidez e a ocorrência de comportamentos de «agressão psicológica» (1.489) e «abuso físico sem sequelas» (1.712). Os valores observados para o coeficiente revelam que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de «agressão psicológica» e de «abuso físico sem sequelas» é cerca de uma vez e meia superior para as mulheres que sofreram de infeções urinárias frequentes comparativamente com a probabilidade para as que não sofreram deste problema.

Tabela III.1.27. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido infeções urinárias frequentes durante a gravidez

Dimensão	Gravidez anterior		Última gravidez	
	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Infeções urinárias				
Negociação				
Não	372	86.9	930	89.6
Sim	54	90.0	158	88.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.355	(0.557 ; 3.296)	0.917	(0.553 ; 1.522)
Agressão psicológica				
Não	171	40.0	417	40.2
Sim	24	40.0	89	50.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.002	(0.577 ; 1.739)	1.489	(1.083 ; 2.049)
Abuso físico sem sequelas				
Não	28	6.5	79	7.6
Sim	4	6.7	22	12.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.020	(0.345 ; 3.018)	1.712	(1.036 ; 2.828)

Coerção sexual				
Não	65	15.2	141	13.6
Sim	5	8.3	26	14.6
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.508	(0.196 ; 1.316)	1.088	(0.692 ; 1.710)
Abuso físico com sequelas				
Não	12	2.8	23	2.2
Sim	1	1.7	6	3.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.588	(0.075 ; 4.601)	1.539	(0.618 ; 3.836)

Os dados e resultados que constituem o Tabela III.1.28 permitem-nos observar uma maior frequência de casos em que a gravidez foi planeada por ambos os membros do casal.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 85.7% e 100.0%, na «agressão psicológica» observamos resultados entre 27.3% e 51.0%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores encontram-se entre 7.4% e 14.3%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 9.1% e 28.6% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências situaram-se entre 0.0% e 9.1%.

Podemos observar que existe associação estatisticamente significativa entre o planeamento da gravidez e a ocorrência de comportamentos de «agressão psicológica» e «coerção sexual». Os resultados do Odds Ratio indicam que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de «agressão psicológica» (0.647) e «coerção sexual» (0.661) nos casos em que a gravidez foi planeada por ambos os membros do casal é cerca de metade quando comparada com a probabilidade deste tipo de comportamentos nas outras situações de planeamento da gravidez.

Tabela III.1.28. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da última gravidez ter sido planeada

Dimensão	n	Prevalência (%)
Gravidez planeada		
Negociação		
Não, aconteceu por acidente	233	90.7
Foi planeada apenas pela mulher	11	100.0
Foi planeada apenas pelo parceiro	6	85.7
Foi planeada por ambos	837	88.9
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.805	(0.509 ; 1.273)
Agressão psicológica		
Não, aconteceu por acidente	131	51.0
Foi planeada apenas pela mulher	3	27.3
Foi planeada apenas pelo parceiro	3	42.9
Foi planeada por ambos	368	39.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.647	(0.494 ; 0.848)

Abuso físico sem sequelas	28	10.9
Não, aconteceu por acidente	1	9.1
Foi planeada apenas pela mulher	1	14.3
Foi planeada apenas pelo parceiro	70	7.4
Foi planeada por ambos		
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.656	(0.418 ; 1.030)
Coerção sexual		
Não, aconteceu por acidente	46	17.9
Foi planeada apenas pela mulher	1	9.1
Foi planeada apenas pelo parceiro	2	28.6
Foi planeada por ambos	118	12.5
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.661	(0.459 ; 0.952)
Abuso físico com sequelas		
Não, aconteceu por acidente	10	3.9
Foi planeada apenas pela mulher	1	9.1
Foi planeada apenas pelo parceiro	0	0.0
Foi planeada por ambos	18	1.9
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.468	(0.218 ; 1.003)

No que diz respeito à aceitação da gravidez, a análise do Tabela III.1.29 permite-nos verificar que na maioria das situações a gravidez foi aceite por ambos os membros do casal.

A prevalência de comportamentos de «negociação» encontra-se entre 85.7% e 100.0%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 28.6% e 80.0% enquanto nas dimensões «abuso físico sem sequelas», «coerção sexual» e «abuso físico com sequelas» as prevalências se situaram entre 0.0% a 28.6%.

Os resultados do Odds Ratio permitem-nos constatar que existe associação estatisticamente significativa entre a aceitação da gravidez e os comportamentos de «abuso físico com sequelas», cuja probabilidade de ocorrência é bastante inferior (0.134) quando existe aceitação da gravidez por ambos os membros do casal comparativamente com a probabilidade destes comportamentos surgirem nas restantes situações.

Tabela III.1.29. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da última gravidez ter sido aceite

Dimensão	n	Prevalência (%)
Gravidez aceite		
Negociação		
Não	8	88.9
Foi aceite apenas pela mulher	5	100.0
Foi aceite apenas pelo parceiro	6	85.7
Foi aceite por ambos	1064	89.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.889	(0.205 ; 3.861)

Agressão psicológica	4	44.4
Não	4	80.0
Foi aceite apenas pela mulher	2	28.6
Foi aceite apenas pelo parceiro	495	41.6
Foi aceite por ambos		
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.783	(0.330 ; 1.859)
Abuso físico sem sequelas		
Não	1	11.1
Foi aceite apenas pela mulher	0	0.0
Foi aceite apenas pelo parceiro	2	28.6
Foi aceite por ambos	97	8.2
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.532	(0.154 ; 1.840)
Coerção sexual		
Não	0	0.0
Foi aceite apenas pela mulher	1	20.0
Foi aceite apenas pelo parceiro	2	28.6
Foi aceite por ambos	163	13.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.952	(0.277 ; 3.269)
Abuso físico com sequelas		
Não	0	0.0
Foi aceite apenas pela mulher	1	20.0
Foi aceite apenas pelo parceiro	2	28.6
Foi aceite por ambos	26	2.2
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.134	(0.037 ; 0.483)

No Tabela III.1.30 podemos observar que a maioria das mulheres inquiridas não teve hábitos tabágicos durante a gravidez.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 88.8% e 93.1%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 40.3% e 49.1%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores encontram-se entre 7.3% e 13.7%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 13.2% e 17.1% e na dimensão «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.1% e 3.4%.

Podemos observar que existe associação estatisticamente significativa entre os hábitos tabágicos durante a gravidez e ocorrência de comportamentos de «agressão psicológica» e «abuso físico sem sequelas». Os resultados do Odds Ratio sugerem que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de «agressão psicológica» (1.432) e «abuso físico sem sequelas» (2.016) é, respetivamente, cerca de uma vez e meia e duas vezes superior para as mulheres que fumaram durante a gravidez comparativamente com a probabilidade desses comportamentos ocorrerem com as mulheres que não tiveram hábitos tabágicos.

Tabela III.1.30. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter fumado tabaco durante a última gravidez

Dimensão		n	Prevalência (%)
Fumou tabaco durante a última gravidez			
Negociação	Não	924	88.8
	Sim	163	93.1
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.705	(0.920 ; 3.161)
Agressão psicológica	Não	419	40.3
	Sim	86	49.1
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.432	(1.039 ; 1.975)
Abuso físico sem sequelas	Não	76	7.3
	Sim	24	13.7
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.016	(1.235 ; 3.291)
Coerção sexual	Não	137	13.2
	Sim	30	17.1
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.364	(0.885 ; 2.101)
Abuso físico com sequelas	Não	22	2.1
	Sim	6	3.4
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.643	(0.656 ; 4.111)

Relativamente ao número de cigarros fumados durante os três primeiros meses de gravidez verificamos (Tabela III.1.31) que a maior parte das mulheres que mantiveram hábitos tabágicos fumou até 10 cigarros por dia.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 85.7% e 100.0%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 48.5% e 54.0%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores encontram-se entre 0.0% e 18.0%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 0.0% e 35.7%, e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências variaram de 0.0% a 7.1%.

Tendo presente o número reduzido de mulheres que mantiveram hábitos tabágicos durante o primeiro trimestre da gravidez, optámos por não proceder ao estudo da associação de número de cigarros fumados por dia com a frequência com que ocorreram os comportamentos característicos de cada uma das dimensões.

Tabela III.1.31. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de cigarros fumados pela mulher nos primeiros três meses de gravidez

Dimensão	n	Prevalência (%)
Nº de cigarros fumados nos primeiros três meses de gravidez		
Negociação		
2 a 5 cigarros/dia	97	94.2
6 a 10 cigarros/dia	46	92.0
11 a 10 cigarros/dia	12	85.7
Mais de 20 cigarros/dia	4	100.0
Agressão psicológica		
2 a 5 cigarros/dia	50	48.5
6 a 10 cigarros/dia	27	54.0
11 a 10 cigarros/dia	7	50.0
Mais de 20 cigarros/dia	2	50.0
Abuso físico sem sequelas		
2 a 5 cigarros/dia	13	12.6
6 a 10 cigarros/dia	9	18.0
11 a 10 cigarros/dia	1	7.1
Mais de 20 cigarros/dia	0	0.0
Coerção sexual		
2 a 5 cigarros/dia	14	13.6
6 a 10 cigarros/dia	10	20.0
11 a 10 cigarros/dia	5	35.7
Mais de 20 cigarros/dia	0	0.0
Abuso físico com sequelas		
2 a 5 cigarros/dia	2	1.9
6 a 10 cigarros/dia	3	6.0
11 a 10 cigarros/dia	1	7.1
Mais de 20 cigarros/dia	0	0.0

No que diz respeito ao número de cigarros fumados entre o terceiro e sexto mês de gravidez, podemos observar que a maior parte das mulheres que fumavam referiram que consumiam entre 2 a 5 cigarros diários (Tabela III.1.32).

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 83.3% e 100.0%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 33.3% e 66.7%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores encontram-se entre 0.0% e 16.7%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 0.0% e 25.0%, e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% e 5.6%.

Pelos motivos expostos anteriormente, ou seja, devido ao número reduzido de mulheres que mantiveram hábitos tabágicos durante o segundo trimestre da gravidez, optámos por

não proceder ao estudo da associação entre o número de cigarros fumados por dia e a frequência com que ocorreram os comportamentos característicos de cada uma das dimensões.

Tabela III.1.32. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de cigarros fumados pela mulher no 3º ao 6º mês de gravidez

Dimensão Nº de cigarros fumados no 3º ao 6º mês de gravidez	n	Prevalência (%)
Negociação		
2 a 5 cigarros/dia	89	92.7
6 a 10 cigarros/dia	34	94.4
11 a 10 cigarros/dia	5	83.3
Mais de 20 cigarros/dia	3	100.0
Agressão psicológica		
2 a 5 cigarros/dia	44	45.8
6 a 10 cigarros/dia	21	58.3
11 a 10 cigarros/dia	2	33.3
Mais de 20 cigarros/dia	2	66.7
Abuso físico sem sequelas		
2 a 5 cigarros/dia	11	11.5
6 a 10 cigarros/dia	4	11.1
11 a 10 cigarros/dia	1	16.7
Mais de 20 cigarros/dia	0	0.0
Coerção sexual		
2 a 5 cigarros/dia	11	11.5
6 a 10 cigarros/dia	9	25.0
11 a 10 cigarros/dia	0	0.0
Mais de 20 cigarros/dia	0	0.0
Abuso físico com sequelas		
2 a 5 cigarros/dia	2	2.1
6 a 10 cigarros/dia	2	5.6
11 a 10 cigarros/dia	0	0.0
Mais de 20 cigarros/dia	0	0.0

A análise do Tabela III.1.33 permite-nos constatar que o número de cigarros fumados no último trimestre de gravidez se situou, maioritariamente, nos 2 a 5 cigarros diários.

Os comportamentos de «negociação» apresentaram prevalências entre 92.9% e 100.0%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 20.0% e 100.0%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situam-se entre 0.0% e 20.0%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 0.0% e 17.9% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% a 3.6%.

Também neste caso optámos por não proceder ao estudo da associação entre o número de cigarros fumados por dia e a frequência com que ocorreram os comportamentos característicos de cada uma das dimensões.

Tabela III.1.33. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de cigarros fumados pela mulher nos últimos 3 meses de gravidez

Dimensão Nº de cigarros fumados nos últimos três meses de gravidez	n	Prevalência (%)
Negociação		
2 a 5 cigarros/dia	92	92.9
6 a 10 cigarros/dia	26	92.9
11 a 10 cigarros/dia	5	100.0
Mais de 20 cigarros/dia	1	100.0
Agressão psicológica		
2 a 5 cigarros/dia	49	49.5
6 a 10 cigarros/dia	12	42.9
11 a 10 cigarros/dia	1	20.0
Mais de 20 cigarros/dia	1	100.0
Abuso físico sem sequelas		
2 a 5 cigarros/dia	13	13.1
6 a 10 cigarros/dia	1	3.6
11 a 10 cigarros/dia	1	20.0
Mais de 20 cigarros/dia	0	0.0
Coerção sexual		
2 a 5 cigarros/dia	14	14.1
6 a 10 cigarros/dia	5	17.9
11 a 10 cigarros/dia	0	0.0
Mais de 20 cigarros/dia	0	0.0
Abuso físico com sequelas		
2 a 5 cigarros/dia	2	2.0
6 a 10 cigarros/dia	1	3.6
11 a 10 cigarros/dia	0	0.0
Mais de 20 cigarros/dia	0	0.0

No Tabela III.1.34 observamos que a grande maioria das mulheres inquiridas não ingeriu bebidas alcoólicas durante a última gravidez.

A prevalência de comportamentos de «negociação» foi de 89.0% e 97.2%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 40.5% e 57.7%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» verificamos os valores 7.9% e 14.1%, quanto à «coerção sexual» constatamos que as prevalências variaram entre 13.1% e 23.9% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.1% e 7.0%.

Os resultados do Odds Ratio, mais concretamente os seus intervalos de confiança, permitem-nos observar que existe associação estatisticamente significativa entre os comportamentos de «negociação», «agressão psicológica», «coerção sexual» e «abuso físico com sequelas» e os hábitos alcoólicos durante a última gravidez. Para casos em que a mulher consumiu bebidas alcoólicas, a probabilidade de ocorrerem comportamentos de «agressão psicológica» (2.006) e «coerção sexual» (2.088) é cerca do dobro da probabilidade destes comportamentos ocorrerem com as mulheres que não consumiram bebidas alcoólicas. Enquanto, para comportamentos de «negociação» (4.266) e de «abuso físico com sequelas» (3.539), a probabilidade é sensivelmente quatro vezes superior para as mulheres que consumiram bebidas alcoólicas comparativamente com a probabilidade para as que não consumiram.

Tabela III.1.34. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter consumido bebidas alcoólicas durante a última gravidez

Dimensão	n	Prevalência (%)
Consumiu bebidas alcoólicas durante a última gravidez		
Negociação		
Não	1019	89.0
Sim	69	97.2
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	4.266	(1.033 ; 17.613)
Agressão psicológica		
Não	464	40.5
Sim	41	57.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.006	(1.234 ; 3.259)
Abuso físico sem sequelas		
Não	91	7.9
Sim	10	14.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.899	(0.941 ; 3.832)
Coerção sexual		
Não	150	13.1
Sim	17	23.9
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.088	(1.179 ; 3.698)
Abuso físico com sequelas		
Não	24	2.1
Sim	5	7.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	3.539	(1.308 ; 9.570)

Através do Tabela III.1.35 constatamos que a frequência de consumo de bebidas alcoólicas, entre as mulheres que mantiveram hábitos alcoólicos durante a última gravidez, se situou maioritariamente entre 1 e 3 vezes.

A prevalência de comportamentos de «negociação» e «agressão psicológica» encontra-se entre 0.0% e 100.0%, enquanto nas dimensões «abuso físico sem sequelas», «coerção sexual» e «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% e 50.0%.

Sendo o número de casos que mantiveram hábitos alcoólicos durante a gravidez bastante reduzido, optámos por não estudar a associação entre esta atitude e a frequência dos comportamentos característicos de cada uma das dimensões.

Tabela III.1.35. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função da frequência com que mulher consumiu bebidas alcoólicas

Dimensão	n	Prevalência (%)
Frequência do consumo de bebidas alcoólicas		
Negociação		
1 a 3 vezes	53	96.4
4 a 6 vezes	11	100.0
7 a 9 vezes	2	100.0
Mais de 9 vezes	0	0.0
Agressão psicológica		
1 a 3 vezes	28	50.9
4 a 6 vezes	10	90.9
7 a 9 vezes	2	100.0
Mais de 9 vezes	0	0.0
Abuso físico sem sequelas		
1 a 3 vezes	7	12.7
4 a 6 vezes	2	18.2
7 a 9 vezes	1	50.0
Mais de 9 vezes	0	0.0
Coerção sexual		
1 a 3 vezes	15	27.3
4 a 6 vezes	1	9.1
7 a 9 vezes	1	50.0
Mais de 9 vezes	0	0.0
Abuso físico com sequelas		
1 a 3 vezes	2	3.6
4 a 6 vezes	2	18.2
7 a 9 vezes	1	50.0
Mais de 9 vezes	0	0.0

Relativamente ao consumo de drogas ilícitas durante a última gravidez, observamos (Tabela III.1.36) que a grande maioria das mulheres inquiridas não incorreu nesse tipo de atitudes.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 89.3% e 100.0%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 41.4% e 71.4%, na dimensão

referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores encontram-se entre 8.1% e 42.9%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 13.6% e 28.6% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.3% e 28.6%.

Também nesta situação, o facto de o número de mulheres que consumiram drogas ilícitas durante a gravidez ser muito reduzido levou-nos a optar por não fazer o estudo de associação entre as variáveis em estudo.

Tabela III.1.36. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter consumido drogas ilícitas durante a última gravidez

Dimensão	n	Prevalência (%)
Consumiu drogas ilícitas durante a última gravidez		
Negociação		
Não	1081	89.3
Sim	7	100.0
Agressão psicológica		
Não	501	41.4
Sim	5	71.4
Abuso físico sem sequelas		
Não	98	8.1
Sim	3	42.9
Coerção sexual		
Não	165	13.6
Sim	2	28.6
Abuso físico com sequelas		
Não	28	2.3
Sim	2	28.6

Relativamente ao ganho ponderal durante a última gravidez, os dados que constituem o Tabela III.1.37 permitem-nos constatar que a maioria das mulheres inquiridas referiu valores compreendidos entre 10 e 20 kg.

A prevalência de comportamentos de «negociação» encontra-se entre 88.1% e 100.0%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 16.7% e 55.6%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situam-se entre 5.9% e 22.2%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 0.0% e 18.2%, e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% e 11.1%.

Podemos observar que existe associação estatisticamente significativa entre o ganho ponderal e a frequência com que surgem comportamentos de «agressão psicológica» e «agressão física sem sequelas». Os resultados do Odds Ratio sugerem que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de «agressão psicológica» (1.337) ou de «abuso físico sem sequelas» (2.000) é cerca de uma vírgula três vezes ou de duas vezes, respetivamente, superior para as mulheres cujo ganho ponderal se situou acima dos 12 Kg comparativamente com a probabilidade de ocorrência dos mesmos acontecimentos em mulheres que tiveram, durante a última gravidez, ganho ponderal igual ou inferior a 12 Kg.

Tabela III.1.37. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do ganho ponderal da mulher durante a última gravidez

Dimensão	Ganho ponderal durante a última gravidez	n	Prevalência (%)
Negociação	< 0	9	100.0
	[0 – 10[	225	88.9
	[10 – 20[	789	89.8
	[20 – 30[	52	88.1
	≥ 30	6	100.0
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.854	(0.589 ; 1.237)
Agressão psicológica	< 0	5	55.6
	[0 – 10[	98	38.7
	[10 – 20[	350	41.7
	[20 – 30[	49	49.5
	≥ 30	1	16.7
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.337	(1.063 ; 1.682)
Abuso físico sem sequelas	< 0	2	22.2
	[0 – 10[	15	5.9
	[10 – 20[	69	8.2
	[20 – 30[	15	15.2
	≥ 30	1	16.7
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.000	(1.310 ; 3.053)
Coerção sexual	< 0	1	11.1
	[0 – 10[	33	13.0
	[10 – 20[	113	13.5
	[20 – 30[	18	18.2
	≥ 30	0	0.0
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.080	(0.777 ; 1.500)
Abuso físico com sequelas	< 0	1	11.1
	[0 – 10[	4	1.6
	[10 – 20[	21	2.5
	[20 – 30[	4	4.0
	≥ 30	0	0.0
	Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.182	(0.572 ; 2.445)

Como podemos constatar, a maioria das mulheres frequentou consultas de vigilância durante a última gravidez (Tabela III.1.38).

A prevalência de comportamentos de «negociação» encontra-se entre 73.1% e 89.9%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 38.5% e 41.7%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situam-se entre 8.3% e 11.5%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 13.6% e 15.4% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.4% e 3.8%.

Os coeficientes Odds Ratio permitem-nos observar que existe associação estatisticamente significativa entre a frequência de consultas de vigilância da gravidez e a frequência dos comportamentos de «negociação», cuja probabilidade de ocorrência é mais de três vezes superior (3.276) quando a mulher frequentou consultas de vigilância comparativamente com a probabilidade deles ocorrerem quando a mulher não frequenta essas consultas.

Tabela III.1.38. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter frequentado consultas de vigilância durante a última gravidez

Dimensão	n	Prevalência (%)
Frequentou consultas de vigilância		
Negociação		
Não	19	73.1
Sim	1067	89.9
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	3.276	(1.349 ; 7.952)
Agressão psicológica		
Não	10	38.5
Sim	495	41.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.145	(0.515 ; 2.543)
Abuso físico sem sequelas		
Não	3	11.5
Sim	99	8.3
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.698	(0.206 ; 2.364)
Coerção sexual		
Não	4	15.4
Sim	162	13.6
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.869	(0.296 ; 2.555)
Abuso físico com sequelas		
Não	1	3.8
Sim	29	2.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.626	(0.082 ; 4.779)

No que diz respeito à data de início das consultas de vigilância constatamos (Tabela III.1.39) que, para a maioria das mulheres inquiridas, as consultas iniciaram antes do 2º mês de gravidez.

A prevalência de comportamentos de «negociação» encontra-se entre 83.3% e 90.2%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 38.9% e 54.8%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situam-se entre 6.5% e 21.4%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 13.3% e 23.8% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 1.6% a 9.5%.

Os Odds Ratio permitem-nos constatar que existe associação estatisticamente significativa entre o início das consultas de vigilância e a frequência com que ocorrem os comportamentos de «agressão psicológica», cuja probabilidade é 1.518 vezes superior quando o início das consultas ocorreu após o 2º mês de gravidez e, também, associação significativa com a frequência com que ocorrem os comportamentos de «abuso físico sem sequelas» e «abuso físico com sequelas», cuja probabilidade (2.251 e 2.990, respetivamente) é mais do dobro da probabilidade destes comportamentos ocorrerem com as mulheres que iniciaram as consultas antes do 2º mês de gravidez.

Tabela III.1.39. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do início das consultas de vigilância da gravidez

Dimensão	n	Prevalência (%)
Início das consultas de vigilância		
Negociação		
Antes do 2º mês de gravidez	782	90.2
Entre o 2º e o 4º mês de gravidez	266	88.7
Após o 4º mês de gravidez	35	83.3
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.798	(0.537 ; 1.185)
Agressão psicológica		
Antes do 2º mês de gravidez	337	38.9
Entre o 2º e o 4º mês de gravidez	145	48.3
Após o 4º mês de gravidez	23	54.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.518	(1.180 ; 1.954)
Abuso físico sem sequelas		
Antes do 2º mês de gravidez	56	6.5
Entre o 2º e o 4º mês de gravidez	37	12.3
Após o 4º mês de gravidez	9	21.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.251	(1.490 ; 3.398)
Coerção sexual		
Antes do 2º mês de gravidez	116	13.4
Entre o 2º e o 4º mês de gravidez	40	13.3
Após o 4º mês de gravidez	10	23.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.109	(0.775 ; 1.586)

Abuso físico com sequelas		
Antes do 2º mês de gravidez	14	1.6
Entre o 2º e o 4º mês de gravidez	12	4.0
Após o 4º mês de gravidez	4	9.5
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.990	(1.443 ; 6.196)

Relativamente ao número de consultas de vigilância (Tabela III.1.40), observamos que a maior parte das mulheres indicou ter frequentado até 20 consultas.

A prevalência dos comportamentos de «negociação» encontra-se entre 45.9% e 93.8%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 39.4% e 46.7%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situam-se entre 6.8% e 25.0%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 12.7% e 25.0% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% a 3.2%.

O resultado do Odds Ratio não nos permite concluir quanto à existência de associação estatisticamente significativa entre o número de consultas de vigilância frequentadas até ao parto e a ocorrência de comportamentos inerentes a cada uma das diferentes dimensões.

Tabela III.1.40. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do número de consultas de vigilância da gravidez frequentadas até ao parto

Dimensão	n	Prevalência (%)
Nº de consultas de vigilância		
Negociação		
< 10	271	45.9
10 – 20	548	93.8
≥ 21	24	80.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.975	(0.646 ; 1.472)
Agressão psicológica		
< 10	256	43.4
10 – 20	230	39.4
≥ 21	14	46.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.876	(0.676 ; 1.135)
Abuso físico sem sequelas		
< 10	57	9.7
10 – 20	41	6.8
≥ 21	2	25.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.037	(0.657 ; 1.637)
Coerção sexual		
< 10	87	14.7
10 – 20	77	12.7
≥ 21	2	25.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.023	(0.709 ; 1.475)

Abuso físico com sequelas	19	3.2
< 10	11	1.8
10 – 20	0	0.0
≥ 21		
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.659	(0.267 ; 1.626)

No que respeita à idade gestacional na altura do parto, verificamos que para a maioria das mulheres esta se situou entre as 37 e as 41 semanas (Tabela III.1.41).

A prevalência dos comportamentos de «negociação» encontra-se entre 89.4% e 100.0%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 41.2% e 66.7%, no «abuso físico sem sequelas» os valores situam-se entre 0.0% e 8.6%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 13.3% e 33.3% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências dos comportamentos foram de 0.0% a 2.9%.

Os resultados do Odds Ratio e dos respetivos intervalos de confiança levam-nos a concluir que não existem evidências estatísticas de associação entre a idade gestacional na altura do parto e os comportamentos das cinco dimensões.

Tabela III.1.41. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função da idade gestacional na altura do parto

Dimensão	n	Prevalência (%)
Idade gestacional na altura do parto		
Negociação		
< 37 semanas	95	90.5
37 a 41 semanas	987	89.4
≥ 42 semanas	3	100.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.053	(0.714 ; 1.552)
Agressão psicológica		
< 37 semanas	50	47.6
37 a 41 semanas	455	41.2
≥ 42 semanas	2	66.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.031	(0.812 ; 1.310)
Abuso físico sem sequelas		
< 37 semanas	9	8.6
37 a 41 semanas	93	8.4
≥ 42 semanas	0	0.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.068	(0.700 ; 1.628)
Coerção sexual		
< 37 semanas	14	13.3
37 a 41 semanas	152	13.6
≥ 42 semanas	1	33.3
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.903	(0.639 ; 1.278)

Abuso físico com sequelas		
< 37 semanas	3	2.9
37 a 41 semanas	27	2.4
≥ 42 semanas	0	0.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.795	(0.361 ; 1.752)

Relativamente ao peso do bebé ao nascer, observamos que a maior parte nasceram com peso entre as 2501 e as 4000 g (Tabela III.1.42).

A prevalência dos comportamentos de «negociação» encontra-se entre 88.2% e 100.0%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 35.7% e 64.0%, para a dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situam-se entre 4.3% e 11.8%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 4.3% e 24.0% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 1.4% a 4.0%.

O resultado do Odds Ratio não nos permite concluir quanto à existência de associação estatisticamente significativa entre o peso do bebé ao nascer e a frequência de ocorrência dos comportamentos característicos de cada uma das dimensões.

Tabela III.1.42. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do peso do bebé ao nascer

Dimensão	n	Prevalência (%)
Peso do bebé ao nascer		
Negociação		
< 2000g	25	100.0
2000g – 2500g	65	92.8
2501g – 3000g	272	88.9
3001g – 3500g	454	88.2
3501g – 4000g	219	90.1
≥ 4001g	47	92.2
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.962	(0.667 ; 1.388)
Agressão psicológica		
< 2000g	16	64.0
2000g – 2500g	25	35.7
2501g – 3000g	136	44.4
3001g – 3500g	211	41.0
3501g – 4000g	92	37.9
≥ 4001g	25	49.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.814	(0.648 ; 1.024)
Abuso físico sem sequelas		
< 2000g	2	8.0
2000g – 2500g	3	4.3
2501g – 3000g	28	9.2
3001g – 3500g	45	8.7
3501g – 4000g	18	7.4

≥ 4001g	6	11.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.962	(0.641 ; 1.443)
Coerção sexual		
< 2000g	6	24.0
2000g – 2500g	3	4.3
2501g – 3000g	45	14.7
3001g – 3500g	74	14.4
3501g – 4000g	31	12.8
≥ 4001g	7	13.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.092	(0.787 ; 1.515)
Abuso físico com sequelas		
< 2000g	1	4.0
2000g – 2500g	1	1.4
2501g – 3000g	8	2.6
3001g – 3500g	12	2.3
3501g – 4000g	7	2.9
≥ 4001g	1	2.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.520	(0.726 ; 3.185)

O Tabela III.1.43 é constituído pelos dados referentes ao APGAR do bebé ao 1º e 5º minuto e respetivas prevalências dos comportamentos de cada uma das dimensões. Como podemos observar a maioria dos bebés apresentou resultados superiores a 9 em cada uma dos dois momentos.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 88.2% e 91.0%, no 1º minuto, e 0.0% e 93.5%, no 5º minuto. Na «agressão psicológica» os valores encontram-se entre os 41.2% e 44.6%, no 1º minuto, e de 0.0% a 61.3%, no 5º minuto. Para a dimensão «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 7.8% e 11.8%, no 1º minuto, e entre 0.0% e 16.1%, no 5º minuto. Quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 0.0% e 14.1%, no 1º minuto, e 0.0% e 22.6%, no 5º minuto. Na dimensão «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% e 2.6%, no 1º minuto, e de 0.0% e 2.5%, no 5º minuto.

Os resultados do Odds Ratio permitem-nos concluir que não existe associação estatisticamente significativa entre o APGAR do bebé ao 1º ou ao 5º minuto e a frequência de ocorrência dos comportamentos inerentes às cinco dimensões.

Tabela III.1.43. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do APGAR do bebé ao 1º e ao 5º minuto

Dimensão APGAR	1º minuto		5º minuto	
	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Negociação				
< 5	15	88.2	0	0.0
5 – 8	151	91.0	29	93.5
≥ 9	917	89.3	1054	89.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.808	(0.406 ; 1.611)	1.304	(0.720 ; 2.362)
Agressão psicológica				
< 5	7	41.2	0	0.0
5 – 8	74	44.6	19	61.3
≥ 9	424	41.3	486	41.2
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.217	(0.772 ; 1.919)	0.923	(0.619 ; 1.375)
Abuso físico sem sequelas				
< 5	2	11.8	0	0.0
5 – 8	13	7.8	5	16.1
≥ 9	87	8.5	97	8.2
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.873	(0.370 ; 2.059)	1.166	(0.550 ; 2.469)
Coerção sexual				
< 5	0	0.0	0	0.0
5 – 8	20	12.0	7	22.6
≥ 9	145	14.1	158	13.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.127	(0.596 ; 2.130)	1.066	(0.593 ; 1.918)
Abuso físico com sequelas				
< 5	0	0.0	0	0.0
5 – 8	3	1.8	0	0.0
≥ 9	27	2.6	30	2.5
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.009	(0.236 ; 4.314)	1.028	(0.918 ; 1.038)

Pelos dados que apresentamos no Tabela III.1.44 verificamos que a maioria das mulheres inquiridas não apresentou complicações fetais no último trimestre de gravidez.

A prevalência de comportamentos de «negociação» encontra-se entre 89.4% e 91.1%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 41.0% e 55.4%, no «abuso físico sem sequelas» os valores situam-se entre 8.2% e 12.5%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências variaram entre 13.3% e 21.4% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.3% e 5.4%.

Os coeficientes Odds Ratio identificam associação estatisticamente significativa entre as complicações fetais no último trimestre da gravidez e os comportamentos de «agressão psicológica». A probabilidade destes comportamentos ocorrerem nas mulheres que tiveram complicações é quase duas vezes superior (1.782) à probabilidade de surgirem os mesmos comportamentos com as mulheres não tiveram aquelas complicações.

Tabela III.1.44. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função de existirem complicações fetais no último trimestre da gravidez

Dimensão	n	Prevalência (%)
Complicações fetais no último trimestre da gravidez		
Negociação		
Não	1032	89.4
Sim	51	91.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.216	(0.476 ; 3.104)
Agressão psicológica		
Não	474	41.0
Sim	31	55.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.782	(1.038 ; 3.056)
Abuso físico sem sequelas		
Não	95	8.2
Sim	7	12.5
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.594	(0.703 ; 3.617)
Coerção sexual		
Não	154	13.3
Sim	12	21.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.773	(0.916 ; 3.431)
Abuso físico com sequelas		
Não	27	2.3
Sim	3	5.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.365	(0.695 ; 8.044)

Os dados que constituem o Tabela III.1.45 revelam que, maioritariamente, as mulheres inquiridas não referiram complicações fetais durante o nascimento do bebé.

A prevalência de comportamentos de «negociação» encontra-se entre 89.2% e 92.8%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 40.9% e 55.1%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situam-se entre 8.1% e 13.0%, quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 13.6% e 14.5% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.4% e 2.9%.

Os resultados do Odds Ratio permitem observar que existe associação estatisticamente significativa entre as complicações fetais durante o nascimento e a frequência com que ocorrem os comportamentos de «agressão psicológica». A probabilidade de ocorrerem estes comportamentos nas mulheres que vivenciaram complicações fetais durante o nascimento é superior (1.768) quando comparada com a probabilidade desses comportamentos ocorrerem com as mulheres que não referiram este tipo de complicações.

Tabela III.1.45. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função de existirem complicações fetais durante o nascimento

Dimensão	n	Prevalência (%)
Complicações fetais durante o nascimento		
Negociação		
Não	1020	89.2
Sim	64	92.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.544	(0.610 ; 3.909)
Agressão psicológica		
Não	468	40.9
Sim	38	55.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.768	(1.084 ; 2.882)
Abuso físico sem sequelas		
Não	93	8.1
Sim	9	13.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.694	(0.815 ; 3.521)
Coerção sexual		
Não	156	13.6
Sim	10	14.5
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.072	(0.537 ; 2.141)
Abuso físico com sequelas		
Não	28	2.4
Sim	2	2.9
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.189	(0.277 ; 5.096)

Relativamente a complicações do recém-nascido após o nascimento verificamos (Tabela III.1.46) que a grande maioria das mulheres referiu a não existência destas complicações.

A prevalência de comportamentos de «negociação» encontra-se entre 89.1% e 95.1%, na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 41.1% e 55.7%, na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situam-se entre 8.2% e 8.4%, quanto à «coerção sexual» as prevalências situaram-se entre 8.2% e 14.1% e na dimensão referente ao «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.4% e 3.3%.

Os valores do coeficiente Odds Ratio permitem-nos concluir que existe associação estatisticamente significativa entre as complicações do recém-nascido após o nascimento e a frequência com que ocorrem os comportamentos de «agressão psicológica», cuja probabilidade é 1.805 vezes superior no caso de complicações do recém-nascido após o nascimento comparativamente com a probabilidade destes comportamentos surgirem com as mulheres que não vivenciaram aquelas complicações.

Tabela III.1.46. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função de existirem complicações do recém-nascido após nascimento

Dimensão	n	Prevalência (%)
Complicações do recém-nascido após o nascimento		
Negociação		
Não	1026	89.1
Sim	58	95.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	2.355	(0.727 ; 7.629)
Agressão psicológica		
Não	473	41.1
Sim	34	55.7
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.805	(1.075 ; 3.032)
Abuso físico sem sequelas		
Não	97	8.4
Sim	5	8.2
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.970	(0.380 ; 2.479)
Coerção sexual		
Não	162	14.1
Sim	5	8.2
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.545	(0.215 ; 1.381)
Abuso físico com sequelas		
Não	28	2.4
Sim	2	3.3
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.360	(0.316 ; 5.844)

Verificamos que a maioria das mulheres inquiridas não apresentou RPM, quer na gravidez anterior quer na última gravidez (Tabela III.1.47).

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 76.7% e 87.6%, na gravidez anterior, e 88.9% e 89.7%, na última gravidez. Na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 20.0% e 41.5%, na gravidez anterior, e de 42.0% a 42.6%, na última gravidez. Na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 0.0% e 6.8%, na gravidez anterior, e entre 8.4% e 9.3%, na última gravidez. Quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 13.3% e 14.1%, na gravidez anterior, e 12.0% e 14.0%, na última gravidez. Na dimensão «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% e 2.9%, na gravidez anterior, e de 2.5% e 2.8%, na última gravidez.

Podemos observar que existe associação estatisticamente significativa entre a situação de RPM na gravidez e a frequência de comportamentos de «agressão psicológica» (0.352), «abuso físico sem sequelas» (0.932) e «abuso físico com sequelas» (0.971), Os valores

observados para os coeficientes Odds Ratio indicam que a probabilidade de ocorrência destes comportamentos é inferior em caso de RPM comparativamente com a probabilidade de ocorrência dos mesmos comportamentos quando não houve RPM.

Tabela III.1.47. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido RPM durante a gravidez

Dimensão	Gravidez anterior		Última gravidez	
	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Rutura prematura de membranas				
Negociação				
Não	397	87.6	984	89.7
Sim	23	76.7	96	88.9
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.463	(0.190 ; 1.130)	0.919	(0.489 ; 1.727)
Agressão psicológica				
Não	188	41.5	461	42.0
Sim	6	20.0	46	42.6
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.352	(0.141 ; 0.879)	1.024	(0.686 ; 1.527)
Abuso físico sem sequelas				
Não	31	6.8	92	8.4
Sim	0	0.0	10	9.3
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.932	(0.909 ; 0.955)	1.115	(0.562 ; 2.211)
Coerção sexual				
Não	64	14.1	154	14.0
Sim	4	13.3	13	12.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.935	(0.316 ; 2.768)	0.838	(0.458 ; 1.533)
Abuso físico com sequelas				
Não	13	2.9	27	2.5
Sim	0	0.0	3	2.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.971	(0.956 ; 0.987)	1.132	(0.338 ; 3.795)

No que diz respeito a ameaça de parto pré-termo durante a gravidez, constatamos (Tabela III.1.48) que a maioria das mulheres inquiridas referiu que tal situação não ocorreu.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 86.3% e 95.6%, na gravidez anterior, e 88.8% e 95.1%, na última gravidez. Na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 39.9% e 44.4%, na gravidez anterior, e de 40.3% a 52.1%, na última gravidez. Na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 2.2% e 7.1%, na gravidez anterior, e entre 8.4% e 8.6%, na última gravidez. Quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 11.1% e 14.6%, na gravidez anterior, e 13.1% e 18.4%, na última gravidez. Na dimensão

«abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% e 3.0%, na gravidez anterior, e de 2.1% e 4.9%, na última gravidez.

Os resultados do Odds Ratio permitem-nos concluir quanto à existência de associação estatisticamente significativa entre a ameaça de parto pré-termo, na gravidez anterior, e a ocorrência de «abuso físico com sequelas». A probabilidade de ocorrência destes comportamentos é inferior na nas mulheres que tiveram ameaça de parto pré-termo por comparação com a probabilidade dos mesmos comportamentos ocorrerem nas mulheres que não tiveram esse tipo de ameaça. Na última gravidez, observamos a existência de associações significativas entre a ameaça de parto pré-termo e a frequência com que ocorrem comportamentos de «negociação», «abuso físico sem sequelas» e «abuso físico com sequelas». A probabilidade de ocorrerem esses comportamentos nas mulheres com ameaça de parto pré-termo é superior relativamente à probabilidade dos mesmos comportamentos serem referidos pelas mulheres que não tiveram aquela ameaça, sendo as proporções de 2.445, 1.613 e 2.398, respetivamente.

Tabela III.1.48. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido ameaça de parto pré-termo durante a gravidez

Dimensão Ameaça de parto pré-termo	Gravidez anterior		Última gravidez	
	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Negociação				
Não	379	86.3	927	88.8
Sim	43	95.6	155	95.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	3.404	(0.803 ; 14.419)	2.445	(1.171 ; 5.106)
Agressão psicológica				
Não	175	39.9	421	40.3
Sim	20	44.4	85	52.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.207	(0.650 ; 2.240)	1.613	(1.158 ; 2.246)
Abuso físico sem sequelas				
Não	31	7.1	88	8.4
Sim	1	2.2	14	8.6
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.299	(0.040 ; 2.245)	1.021	(0.566 ; 1.841)
Coerção sexual				
Não	64	14.6	137	13.1
Sim	5	11.1	30	18.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.732	(0.279 ; 1.926)	1.493	(0.967 ; 2.307)
Abuso físico com sequelas				
Não	13	3.0	22	2.1
Sim	0	0.0	8	4.9
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.970	(0.955 ; 0.986)	2.398	(1.049 ; 5.480)

Como podemos constatar pelos dados que constituem o Tabela III.1.49 a maior parte das mulheres inquiridas não teve parto pré-termo em gravidez anterior ou na última gravidez.

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 83.3% e 87.9%, na gravidez anterior, e 89.4% e 92.0%, na última gravidez. Na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 35.2% e 40.9%, na gravidez anterior, e de 41.4% a 46.0%, na última gravidez. Para a dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 6.3% e 7.4%, na gravidez anterior, e entre 6.0% e 8.6%, na última gravidez. Quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 11.1% e 14.5%, na gravidez anterior, e 11.0% e 14.0%, na última gravidez. Na dimensão «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% e 3.0%, na gravidez anterior, e de 2.4% e 4.0%, na última gravidez.

Pelos resultados do Odds Ratio concluímos que existe associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de parto pré-termo, na gravidez anterior, e a frequência de comportamentos de «abuso físico com sequelas», sendo inferior a probabilidade de ocorrerem estes comportamentos nas mulheres que tiveram parto pré-termo por comparação com a probabilidade deles ocorrerem com as mulheres que não tiveram parto-pré-termo (0.970).

Tabela III.1.49. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido parto pré-termo durante a gravidez

Dimensão	Gravidez anterior		Última gravidez	
	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Parto pré-termo				
Negociação				
Não	376	87.9	989	89.4
Sim	45	83.3	92	92.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.691	(0.319 ; 1.497)	1.360	(0.644 ; 2.873)
Agressão psicológica				
Não	175	40.9	458	41.4
Sim	19	35.2	46	46.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.785	(0.435 ; 1.417)	1.205	(0.799 ; 1.818)
Abuso físico sem sequelas				
Não	27	6.3	95	8.6
Sim	4	7.4	6	6.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.188	(0.399 ; 3.535)	0.679	(0.290 ; 1.592)
Coerção sexual				
Não	62	14.5	155	14.0
Sim	6	11.1	11	11.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.738	(0.303 ; 1.798)	0.758	(0.396 ; 1.451)

Abuso físico com sequelas				
Não	13	3.0	26	2.4
Sim	0	0.0	4	4.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.970	(0.954 ; 0.986)	1.731	(0.592 ; 5.062)

A maioria das mulheres inquiridas não sofreu de hipertensão/pré-eclâmpsia durante a gravidez (Tabela III.1.50).

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 87.1% e 88.9%, na gravidez anterior, e 89.5% e 90.1%, na última gravidez. Na «agressão psicológica» observamos prevalências entre 39.5% e 48.1%, na gravidez anterior, e de 41.5% a 47.9%, na última gravidez. Na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 6.4% e 7.4%, na gravidez anterior, e entre 8.4% e 8.5%, na última gravidez. Quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 13.8% e 18.5%, na gravidez anterior, e 13.7% e 14.1%, na última gravidez. Na dimensão «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 2.6% e 3.7%, na gravidez anterior, e de 2.5% e 2.8%, na última gravidez.

Os resultados do coeficiente Odds Ratio evidenciam a não existência de associação estatisticamente significativa entre o facto de a mulher ter sofrido de hipertensão/pré-eclâmpsia e a frequência de ocorrência dos comportamentos inerentes às cinco dimensões.

Tabela III.1.50. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamento da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido hipertensão/pré-eclâmpsia durante a gravidez

Dimensão	Gravidez anterior		Última gravidez	
	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Hipertensão/pré-eclâmpsia				
Negociação				
Não	397	87.1	1019	89.5
Sim	24	88.9	64	90.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.189	(0.347 ; 4.072)	1.068	(0.478 ; 2.383)
Agressão psicológica				
Não	180	39.5	472	41.5
Sim	13	48.1	34	47.9
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.424	(0.654 ; 3.100)	1.297	(0.802 ; 2.096)
Abuso físico sem sequelas				
Não	29	6.4	96	8.4
Sim	2	7.4	6	8.5
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.178	(0.266 ; 5.219)	1.002	(0.423 ; 2.372)
Coerção sexual				
Não	63	13.8	156	13.7
Sim	5	18.5	10	14.1
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.418	(0.518 ; 3.880)	1.032	(0.518 ; 2.057)

Abuso físico com sequelas				
Não	12	2.6	28	2.5
Sim	1	3.7	2	2.8
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.423	(0.178 ; 11.368)	1.149	(0.268 ; 4.923)

Relativamente a outras complicações, verificamos que a maioria das mulheres inquiridas referiu não ter ocorrido qualquer outra situação que pudesse ser considerada complicação durante a gravidez (Tabela III.1.51).

A prevalência de comportamentos de «negociação» situou-se entre 79.4% e 87.6%, na gravidez anterior, e 88.6% e 89.6%, na última gravidez. Na «agressão psicológica» observamos prevalências de comportamentos variou entre 32.4% e 40.9%, na gravidez anterior, e entre 41.5% a 50.0%, na última gravidez. Na dimensão referente ao «abuso físico sem sequelas» os valores situaram-se entre 6.4% e 8.8%, na gravidez anterior, e entre 8.3% e 11.4%, na última gravidez. Quanto à «coerção sexual» verificamos que as prevalências se situaram entre 5.9% e 14.6%, na gravidez anterior, e 13.8% e 14.3%, na última gravidez. Na dimensão «abuso físico com sequelas» as prevalências foram de 0.0% e 2.9%, na gravidez anterior, e de 1.4% e 2.5%, na última gravidez.

A análise dos coeficientes Odds Ratio e dos respetivos intervalos de confiança a 95% permite-nos concluir que existe associação estatisticamente significativa entre a existência de outras complicações durante a gravidez e a ocorrência de comportamentos de «abuso físico com sequelas» mas, apenas, na gravidez anterior. A probabilidade de ocorrência destes comportamentos com mulheres que tiveram outras complicações durante a gravidez anterior é inferior (0.971) à probabilidade deles serem referidos por mulheres que não tiveram essas complicações.

Tabela III.1.51. Prevalência das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) em função do facto da mulher ter tido outras complicações durante a gravidez

Dimensão Outras complicações	Gravidez anterior		Última gravidez	
	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)
Negociação				
Não	396	87.6	1015	89.6
Sim	27	79.4	62	88.6
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.545	(0.227 ; 1.311)	0.901	(0.421 ; 1.928)
Agressão psicológica				
Não	185	40.9	470	41.5
Sim	11	32.4	35	50.0
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.690	(0.328 ; 1.450)	1.411	(0.870 ; 2.287)

Abuso físico sem sequelas				
Não	29	6.4	94	8.3
Sim	3	8.8	8	11.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	1.412	(0.407 ; 4.894)	1.426	(0.663 ; 3.068)
Coerção sexual				
Não	66	14.6	156	13.8
Sim	2	5.9	10	14.3
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.366	(0.086 ; 1.562)	1.044	(0.523 ; 2.082)
Abuso físico com sequelas				
Não	13	2.9	28	2.5
Sim	0	0.0	1	1.4
Odds Ratio e respetivo IC_{95%}	0.971	(0.956 ; 0.987)	0.572	(0.077 ; 4.266)

Seguidamente apresentamos os resultados dos estudos desenvolvidos envolvendo a frequência dos comportamentos inerentes a cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação.

O estudo foi desenvolvido para todas as variáveis mas, atendendo ao volume de informação resultante, optámos por apresentar unicamente os resultados dos casos em que foi observada alguma situação estatisticamente significativa. Assim, não apresentamos os resultados dos estudos envolvendo as variáveis estado civil, tempo de união entre a mulher e o parceiro, coabitação entre a mulher e o parceiro, nacionalidade, situação do parceiro face ao emprego e respetivo tempo de desemprego, vivência de situação de abuso físico, número de filhos nascidos prematuros e nascidos com peso inferior a 2500g, o facto de a mulher já ter tido algum aborto com o atual parceiro, o facto de a mulher ter tido hemorragia vaginal, vômitos e infeções urinárias frequentes durante a gravidez (anterior e última), planeamento e aceitação da última gravidez, consumo de bebidas alcoólicas, ganho ponderal durante a última gravidez, frequência de consultas de vigilância da gravidez e respetivo número, complicações fetais no último trimestre da gravidez, complicações durante o nascimento, problemas em gravidezes anteriores e/ou na última gravidez (rotura prematura de membranas, ameaça de parto pré-termo, parto pré-termo, hipertensão/pré-eclâmpsia, outras) porque em nenhum dos casos se observou a existência de relação ou diferença estatisticamente significativa ao nível da frequência com que ocorreram os diversos comportamentos.

No Quadro III.1.1 apresentamos os resultados do estudo da correlação entre a frequência dos comportamentos e a idade da mulher. O estudo foi desenvolvido através do coeficiente de correlação de *Spearman* e do respetivo teste de significância. Como podemos constatar, apenas se observa relação estatisticamente significativa na frequência de comportamentos

de «negociação» com a idade da mulher ($r_s = -0.13$; $p = 0.000$) e do parceiro ($r_s = -0.11$; $p = 0.000$). Em ambos os casos as correlações são negativas pelo que podemos afirmar que para mulheres e/ou parceiros mais velhos tende a diminuir a frequência com que ocorrem os comportamentos de «negociação».

Quadro Quadro III.1.1. Correlação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) com a idade da mulher e do parceiro

Idade	Mulher		Parceiro	
	Coefficiente	Significância	Coefficiente	Significância
Dimensão				
Negociação	-0.13	0.000	-0.11	0.000
Agressão psicológica	-0.06	0.186	+0.01	0.878
Abuso físico sem sequelas	+0.01	0.887	-0.15	0.125
Coerção sexual	-0.01	0.889	+0.08	0.323
Abuso físico com sequelas	-0.07	0.706	-0.32	0.089

O estudo desenvolvido envolvendo a frequência dos comportamentos e o tempo de coabitação permitiu obter os resultados que constituem o Quadro III.1.2 e verificar a existência de correlação significativa na dimensão «negociação». Atendendo a que o coeficiente de correlação de *Spearman*, apesar de baixo, apresenta valor negativo ($r_s = -0.06$; $p = 0.040$) podemos afirmar que existem evidências estatísticas de que a frequência dos comportamentos de «negociação» tende a diminuir quando aumenta do tempo de coabitação.

Quadro III.1.2. Correlação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) com o tempo de coabitação entre a mulher e o parceiro

Tempo de coabitação		
Dimensão	Coefficiente	Significância
Negociação	-0.06	0.040
Agressão psicológica	+0.04	0.389
Abuso físico sem sequelas	+0.09	0.355
Coerção sexual	+0.07	0.382
Abuso físico com sequelas	-0.21	0.285

Aplicando o teste de *Kruskal-Wallis* permitiu comparar a frequência dos comportamentos em função da escolaridade da mulher e obter os resultados que apresentamos no Quadro III.1.3.

Como podemos constatar, apenas se observa a existência de alguma diferença estatisticamente significativa ao nível da dimensão «negociação». A análise comparativa das medidas de tendência central (média ordinal, média aritmética e mediana) revela que as mulheres com maior escolaridade tendem a adotar com maior frequência os comportamentos de «negociação».

Quadro III.1.3. Comparação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) conforme a escolaridade da mulher

Dimensão	Média ordinal	Média aritmética	Mediana	Valor do teste	Significância
Escolaridade					
Negociação				31.163	0.000
Ensino Básico	454.16	50.28	49.00		
Ensino Secundário	512.01	57.11	53.00		
Ensino Superior	594.42	67.34	65.00		
Agressão psicológica				5.365	0.068
Ensino Básico	271.85	13.68	5.00		
Ensino Secundário	267.53	11.97	5.00		
Ensino Superior	239.01	8.44	4.00		
Abuso físico sem sequelas				5.470	0.065
Ensino Básico	61.71	15.93	5.00		
Ensino Secundário	45.03	6.19	2.00		
Ensino Superior	49.80	5.54	4.00		
Coerção sexual				1.164	0.559
Ensino Básico	88.23	18.32	25.00		
Ensino Secundário	78.84	14.57	15.00		
Ensino Superior	86.37	16.45	25.00		
Abuso físico com sequelas				1.037	0.595
Ensino Básico	18.00	9.75	5.00		
Ensino Secundário	15.04	6.25	1.50		
Ensino Superior	14.05	5.00	1.50		

A comparação da frequência dos comportamentos em função da situação face ao emprego, durante a gravidez, realizada através do teste U de *Mann-Whitney* permitiu constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões «negociação» ($p = 0.003$) e «agressão psicológica» ($p = 0.030$). Comparando os valores das medidas de tendência central podemos verificar que as mulheres que estiveram desempregadas tendem

a referir maior frequência de comportamentos de «negociação» mas, também, maior frequência de comportamentos de «agressão psicológica» (Quadro III.1.4).

Quadro III.1.4. Comparação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) conforme a situação da mulher face ao emprego durante a última gravidez

Dimensão Situação face ao emprego	Média ordinal	Média aritmética	Mediana	Valor do teste	Significância
Negociação				-2.935	0.003
Empregada	529.73	59.46	55.00		
Desempregada	596.24	67.26	63.50		
Agressão psicológica				-2.172	0.030
Empregada	245.55	9.41	4.00		
Desempregada	278.25	13.48	6.00		
Abuso físico sem sequelas				-1.934	0.053
Empregada	47.64	6.52	2.00		
Desempregada	59.56	13.33	4.00		
Coerção sexual				-0.104	0.917
Empregada	83.77	15.99	25.00		
Desempregada	84.59	16.17	16.00		
Abuso físico com sequelas				-1.035	0.301
Empregada	14.29	4.47	1.00		
Desempregada	17.59	10.73	2.00		

No Quadro III.1.5 apresentamos os resultados do estudo da correlação entre o tempo de desemprego e a frequência dos comportamentos. Como podemos constatar, apenas, se observa a existência de correlação significativa na dimensão «coerção sexual» ($r_s = -0.29$; $p = 0.042$). O facto de a correlação ser negativa permite-nos concluir que existem evidências de que as mulheres com maior tempo de desemprego tendem a referir menor frequência de comportamentos de «coerção sexual».

Quadro III.1.5. Correlação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) com o tempo de desemprego durante a última gravidez

Tempo de desemprego		
Dimensão	Coefficiente	Significância
Negociação	-0.12	0.073
Agressão psicológica	-0.00	0.993
Abuso físico sem sequelas	-0.00	0.992
Coerção sexual	-0.29	0.042
Abuso físico com sequelas	+0.17	0.635

A comparação da frequência dos comportamentos em função da história de violência familiar (Quadro III.1.6) permitiu verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões «agressão psicológica» e «abuso físico sem sequelas». A análise dos valores médios e medianos revela que as mulheres que têm uma história de violência familiar tendem a referenciar, com maior frequência, comportamentos de «agressão psicológica» e de «abuso físico sem sequelas».

Quadro III.1.6. Comparação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) conforme a mulher viveu história familiar de violência familiar

Dimensão História de violência familiar	Média ordinal	Média aritmética	Mediana	Valor do teste	Significância
Negociação				-0.377	0.706
Sim	530.64	60.48	53.50		
Não	543.13	61.31	57.00		
Agressão psicológica				-2.435	0.015
Sim	296.15	15.91	8.00		
Não	246.01	9.78	4.00		
Abuso físico sem sequelas				-2.093	0.036
Sim	60.58	15.38	5.50		
Não	46.96	6.55	2.00		
Coerção sexual				-0.624	0.532
Sim	87.54	17.65	25.00		
Não	81.55	15.67	25.00		
Abuso físico com sequelas				-0.686	0.492
Sim	13.44	7.44	2.00		
Não	15.70	6.75	3.00		

No Quadro III.1.7 apresentamos os resultados dos estudos de correlação entre a frequência dos comportamentos na relação e o número de gravidezes, o número de filhos nascidos vivos e o número de filhos nascidos mortos.

Como podemos constatar existem correlações estatisticamente significativas entre o número de gravidezes e a frequência de comportamentos de «negociação» ($r_s = -0.10$; $p = 0.001$) e de «agressão psicológica» ($r_s = +0.09$; $p = 0.036$). Estes resultados permitem-nos afirmar que as mulheres com maior número de gravidezes tendem a referir menor frequência de comportamentos de «negociação» e maior frequência de comportamentos de «agressão psicológica». Verificamos, também, que as mulheres com maior número de filhos nascidos vivos tendem a referir menor frequência de comportamentos de

«negociação» ($r_s = -0.12$; $p = 0.000$) e que as mulheres com maior número de filhos nascidos mortos tendem a mencionar, com maior frequência, comportamentos de «agressão psicológica» ($r_s = +0.10$; $p = 0.038$).

Quadro III.1.7. Correlação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) com o número de vezes que a mulher esteve Grávida, o número de filhos nascidos vivos e o número de filhos nascidos mortos

Dimensão	Nº de gravidezes		Nº de filhos nascidos vivos		Nº de filhos nascidos mortos	
	Coefficiente	Significância	Coefficiente	Significância	Coefficiente	Significância
Negociação	-0.10	0.001	-0.12	0.000	-0.03	0.403
Agressão psicológica	+0.09	0.036	+0.06	0.160	+0.10	0.038
Abuso físico sem sequelas	+0.19	0.062	+0.18	0.079	-0.01	0.912
Coerção sexual	-0.01	0.889	-0.01	0.951	-0.07	0.385
Abuso físico com sequelas	+0.09	0.638	+0.15	0.439	---	---

A comparação da frequência dos comportamentos em função dos hábitos tabágicos durante a última gravidez revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão «agressão psicológica» ($p = 0.011$). Os valores observados para as medidas de tendência central evidenciam que as mulheres que mantiveram hábitos tabágicos durante a gravidez tendem a mencionar com maior frequência a ocorrência de comportamentos de «agressão psicológica» (Quadro III.1.8).

Quadro III.1.8. Comparação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) conforme o facto de a mulher ter fumado tabaco durante a última gravidez

Dimensão	Média ordinal	Média aritmética	Mediana	Valor do teste	Significância
Fumou tabaco durante a última gravidez					
Negociação				-0.499	0.618
Não	542.00	60.85	58.00		
Sim	555.32	62.80	55.00		
Agressão psicológica				-2.533	0.011
Não	245.60	9.44	4.00		
Sim	289.08	15.14	7.50		
Abuso físico sem sequelas				-1.392	0.164
Não	48.27	7.20	2.00		
Sim	57.56	13.92	4.50		

Coerção sexual				-1.111	0.266
Não	85.84	16.61	25.00		
Sim	75.62	13.47	10.00		
Abuso físico com sequelas				-1.795	0.073
Não	13.09	4.68	2.00		
Sim	19.67	16.33	9.50		

No Quadro III.1.9 apresentamos os resultados dos estudos de correlação entre a frequência dos comportamentos nas cinco dimensões, a idade gestacional e o APGAR do bebê ao 1º minuto.

Como se pode constatar, existe correlação estatisticamente significativa entre a frequência dos comportamentos da dimensão «agressão psicológica» e a idade gestacional ($r_s = -0.09$; $p = 0.035$). Sendo a correlação negativa podemos afirmar que as mulheres com maior tempo gestacional tendem a referir com menor frequência a ocorrência deste tipo de comportamentos. Verificamos, também, a existência de correlações estatisticamente significativa entre a frequência dos comportamentos das dimensões de «abuso físico sem sequelas» e de «coerção sexual» e o APGAR do bebê ao 1º minuto ($r_s = +0.21$; $p = 0.038$ e $r_s = -0.26$; $p = 0.001$, respetivamente). O facto de a correlação ser positiva no primeiro caso e negativa no segundo, permite-nos afirmar que as mulheres que tiveram bebês com maior índice de APGAR ao 1º minuto tendem a referir, com maior frequência, comportamentos de «abuso físico sem sequelas» e, com menor frequência, os comportamentos de «coerção sexual».

Quadro III.1.9. Correlação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) com a idade gestacional na data do parto e APGAR do bebê ao 1º minuto

Dimensão	Idade gestacional		APGAR ao 1º minuto	
	Coefficiente	Significância	Coefficiente	Significância
Negociação	-0.02	0.479	-0.01	0.657
Agressão psicológica	-0.09	0.035	+0.06	0.149
Abuso físico sem sequelas	-0.16	0.101	+0.21	0.038
Coerção sexual	-0.01	0.895	-0.26	0.001
Abuso físico com sequelas	-0.08	0.695	0.06	0.751

A comparação da frequência dos comportamentos em função da existência de complicações do recém-nascido após o nascimento permitiu obter os resultados que

constituem o Quadro III.1.10 e revelou que apenas existe diferença estatisticamente significativa na dimensão «negociação» ($p = 0.017$).

Os valores das medidas de tendência central revelam que as mulheres cujos bebês tiveram complicações após o nascimento tendem a apresentar maior frequência dos comportamentos inerentes à «negociação».

Quadro III.1.10. Comparação da frequência dos atos de cada uma das dimensões do Questionário sobre Comportamentos da Relação (CTS15) conforme a existência de complicações do recém-nascido após o nascimento

Dimensão	Média ordinal	Média aritmética	Mediana	Valor do teste	Significância
Complicações do recém-nascido após o nascimento					
Negociação				-2.377	0.017
Não	537.13	60.61	56.00		
Sim	637.53	72.52	68.00		
Agressão psicológica				-0.319	0.750
Não	253.45	10.17	4.00		
Sim	261.69	13.38	4.00		
Abuso físico sem sequelas				-0.748	0.454
Não		8.70	3.00		
Sim	51.01 61.00	9.20	4.00		
Coerção sexual				-0.304	0.761
Não	84.19	16.07	25.00		
Sim	77.90	15.20	15.00		
Abuso físico com sequelas				-0.739	0.460
Não		7.14	2.00		
Sim	15.80 11.25	1.50	1.50		

PARTE IV
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta parte refere-se à discussão dos resultados deste estudo. Apresenta-se a discussão organizada em torno dos objetivos que haviam sido delineados e tendo por base o enquadramento teórico.

IV.1. PREVALÊNCIA DA VPI DURANTE A GRAVIDEZ

Os resultados deste estudo na Região Centro de Portugal acerca das prevalências de VPI durante a gravidez, de alguma forma, se enquadram dentro dos dados nacionais disponíveis, sendo que a maior prevalência de vitimização encontrada (41,6%) é semelhante à prevalência disponibilizada pela APAV (2016) para a faixa etária entre os 25 e 54 anos (40,6%), faixa em que se centra a amostra deste estudo.

Quando comparado com os dois estudos realizados em Portugal que estudaram os diferentes tipos de VPI durante a gravidez, verificamos que a prevalência deste estudo é semelhante (43,4%) a Almeida (2013) talvez por, em parte, também ter sido desenvolvido num dos locais de saúde da Região Centro. Já o estudo de Almeida (2014), realizado na Região Norte, apresenta uma prevalência global superior (58,2%).

As prevalências das diferentes formas de violência encontradas neste estudo vão ao encontro dos resultados obtidos nos estudos anteriores, sendo a agressão psicológica a que mais se verificou. Mais uma vez os dados deste estudo (41,6%) se aproximam dos valores do estudo de Almeida (2014) com 43,2%, comparativamente aos dados de Almeida (2013) com 59,3%. No que respeita às outras formas de vitimização, os resultados já se apresentam diferentes entre si. A violência física encontrada neste estudo (10,9%) é superior à prevalência (8,4%) de Rodrigues et al. (2008). Contudo, é inferior quando comparado com os 17,9% do estudo de Almeida (2013) e os 21,9% do estudo de Almeida (2014). Da mesma forma, a violência sexual (13,7%) é inferior quando comparada com os 24,6% de Almeida (2013) e os 19,6% de Almeida (2014). Desta análise, podemos supor que as diferenças culturais, das diferentes regiões do país, poderão ter tido impacto nestes resultados. Por outro lado, a identificação dos diferentes tipos de violência pelos autores dos estudos, divergiram. Apenas o estudo de Almeida (2013) recorreu à CTS2 (versão portuguesa- CTS15) associada à *Abuse Assessment Screen* (AAS). Isto pode justificar as

diferenças tão significativas da violência física encontrada em Rodrigues et al. (2008) uma vez que este usou unicamente a AAS, a qual tem sido apontada como sendo falível no rastreio de VPI, pelo que não deve ser usada como único instrumento de rastreio da violência (Reichenheim & Moraes, 2004).

Quando analisamos as prevalências encontradas a nível internacional e as do presente estudo, verificamos que existe uma semelhança quanto ao tipo de violência tendencialmente mais observado, nomeadamente a violência psicológica, que é transversal a diferentes países (Makayoto et al., 2012; Puccia & Mamede, 2012; Kita et al., 2014; Oliveira et al., 2015; Fonseca-Machado et al., 2015; Saito & Chaboyer, 2013; Okada et al., 2015; Rodrigues et al., 2014; Alhusen et al., 2014; Finnbogadóttir, et al., 2014; Idoko et al., 2015).

Os outros tipos de violência, física ou sexual, variam de acordo com a população estudada. A prevalência de abuso físico deste estudo (10,9%) inclui-se no intervalo (entre 3,6% e 21%) encontrado por Puccia & Mamede (2012). Contudo, a prevalência de coerção sexual encontrada neste estudo (13,7%) é superior a Puccia & Mamede (2012), ajustando-se dentro do intervalo de prevalências para esta forma de violência, entre os outros estudos mais recentes apresentados na revisão teórica, os quais revelam uma amplitude maior para este tipo de violência.

Um dado curioso que constatamos na revisão de estudos que usam a escala CTS2 é que, nenhum faz referência à dimensão *negociação* presente na escala, que se refere aos comportamentos na relação de forma a resolver algum conflito. É a tática mais reportada Paiva & Figueiredo (2006), contudo sendo distinguida dos atos de violência intencionais, normalmente surge ausente dos estudos publicados disponíveis. De acordo com Redondo et al. (2012), nas situações de conflito a intensidade pode elevar-se e resultar em situações de violência, quando uma das partes tenta utilizar a força ou subjugar a outra. E é por isso que consideramos relevante continuar a aprofundar também esta dimensão que poderá estar interligada com o risco de ocorrência de atos de agressão susceptíveis de causar dano para a saúde dos envolvidos. A negociação poderá ser positiva dentro da relação conjugal, mas também poderá ser negativa. No caso da VPI durante a gravidez, apesar de não ter sido estudado neste estudo, a análise das alterações no padrão de conflituosidade antes, durante e depois da gestação, poderá também ajudar a compreender este fenómeno.

Os resultados encontrados revelam a presença de VPI durante a gravidez em Portugal e sugerem a importância de reforçar o conhecimento sobre o fenómeno. Apesar de já existirem em Portugal directrizes para o rastreio de VPI, nos serviços de saúde que prestam cuidados de saúde à mulher grávida e no pós-parto (Vicente et al., 2015), ainda não existem dados disponíveis que possam servir de referência ao problema em Portugal. Por outro lado, a elevada prevalência de agressão psicológica verificada nos estudos em Portugal, deixa um sinal de que a abordagem da grávida/casal nos serviços de saúde, deverá acontecer com a sensibilidade necessária para que a grávida sinta a confiança suficiente para falar de problemas no seu relacionamento conjugal. A monitorização sistemática de VPI nas consultas pré-natais exige aos profissionais de saúde formação adequada sobre o fenómeno, habilidades na avaliação do risco e identificação de sinais não verbais dos diferentes tipos de violência. Por outro lado, Manita, Ribeiro & Peixoto (2009) referem que é necessário que os profissionais de saúde trabalhem as estratégias comunicacionais para que seja facilitador o trabalho com a vítima de violência.

Pensando no cuidar conforme descrito por Swanson (1993) é importante compreender os acontecimentos e o significado da VPI na vida da grávida e da família. O cuidar deverá ser centrado na mulher, apreciando com detalhe os aspectos da realidade da mulher, sem ideias pré-concebidas. O Enfermeiro deve estar presente emocionalmente para a mulher, transmitindo-lhe que ela e as suas vivências e sentimentos são importantes para ele. Estar com a pessoa, não só em presença física mas também mostrando disponibilidade para a escutar e partilhar sentimentos. Cuidar nesta perspectiva, implica também agir no sentido de promover o bem-estar da grávida, confortando-a, protegendo-a e preservando a sua dignidade. Finalmente, ainda é importante capacitar a grávida para que seja capaz de cuidar de si, informando-a e apoiando-a, assim como ajudando-a a refletir sobre alternativas possíveis de transformação da sua realidade, de forma a assegurar o seu bem-estar e o do feto/neonato.

Sustentado nos pressupostos da teoria do cuidar humano de Jean Watson, podemos ainda considerar que o cuidado de enfermagem deverá estar centrado mais na promoção da saúde do que propriamente na cura, de forma que a grávida consiga encontrar o equilíbrio emocional, seguir comportamentos de saúde que assegurem as suas necessidades durante a gravidez e as do feto e encontrar estratégias de prevenção do risco de VPI. Promover um ambiente de cuidado favorecedor da identificação do problema e ao mesmo tempo

protector, é fundamental para a relação de confiança com a grávida e a livre expressão de sentimentos e emoções (Watson, 2002).

IV.2. FATORES DEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À VPI NA GRAVIDEZ

Nos resultados deste estudo encontramos informação, sobre os dados demográficos, na sua maioria similar à evidência já conhecida. Foi encontrada associação estatisticamente significativa em todas as variáveis em estudo, excepto para a nacionalidade.

Relativamente às idades das mulheres participantes no estudo, a maioria situou-se na faixa etária entre os 16 e 45 anos, sendo a média das idades de 28,29 anos com desvio padrão de 6,45. A maioria era casada ou viviam em união de facto, numa relação com o seu companheiro inferior a dez anos. O tempo de união era em média 3 anos e larga maioria coabitava com o companheiro há menos de 10 anos. Maioritariamente eram de nacionalidade portuguesa e estavam empregadas, assim como o seu companheiro, auferindo a maioria de um rendimento inferior a 25.000 Euros. A maioria referiu não ter vivenciado situações de violência familiar no passado, nem ter vivido alguma situação de abuso.

Neste estudo, foi encontrada associação significativa entre a idade da mulher e a VPI durante a gravidez, havendo maior probabilidade de ocorrer nas mulheres mais jovens, sobretudo agressão psicológica e abuso físico sem sequelas, quando comparadas com o grupo das não vítimas. Estes dados são consistentes com alguma evidência já existente (Robbins et al., 2015; Laanpere et al., 2012). Por outro lado, também para os companheiros foi encontrada associação significativa no que respeita ao abuso físico sem sequelas, sendo que é maior a probabilidade deles ocorrerem em homens mais novos. Este dado deixa claro que a violência recíproca pode estar presente durante a gravidez (Shneyderman & Kiely, 2013), assim como a presença de conflituosidade entre o casal, atendendo a que também neste estudo se encontrou correlação estatisticamente significativa entre a frequência de comportamentos de negociação e a idade da mulher e do companheiro, tendendo a diminuir a frequência nas mulheres e homens mais velhos.

Tal como encontrado na literatura (Vieira, Perdoná & Santos, 2011; Puccia & Mamede, 2012; Finnbogadóttir et al., 2014) encontramos maior probabilidade de ocorrência de VPI durante a gravidez (abuso físico com e sem sequelas) nas mulheres solteiras ou com outro estado civil, comparativamente às casadas ou a viver em união de facto. Da mesma forma as mulheres, em relações de menor duração, tinham mais probabilidade de ser vítima de abuso físico sem sequelas durante a gravidez.

Verificamos ainda que, existe maior probabilidade de VPI durante a gravidez (agressão psicológica, abuso físico com e sem sequelas), nas mulheres que não coabitavam com o companheiro e nas que tinham um tempo de coabitação mais curto. Não podemos supor que a coabitação com o companheiro possa ser protectora de VPI durante a gravidez como Robbins (2015) afirmou, mas podemos constatar que é um fator relevante de ser avaliado aquando do rastreio de VPI nos serviços de saúde pré-natais.

Na literatura é encontrada associação da VPI ao baixo nível de escolaridade da mulher (Laanpere, et al., 2012; Abdollabi, Abhari, Develar, & Charati, 2015), indo ao encontro da menor probabilidade de VPI (abuso físico sem sequelas) nas mulheres com nível superior de escolaridade, deste estudo. Contudo para a agressão psicológica foi verificado o contrário, havendo maior probabilidade de ocorrência, nas mulheres com nível superior de escolaridade. Por outro lado, foi encontrada forte associação significativa entre os comportamentos de negociação e o nível superior de escolaridade, sendo mais provável a ocorrência dos mesmos, entre as mulheres com este perfil de escolaridade. Isto é, parece ser muito mais provável a participação das mulheres com nível de escolaridade superior, na argumentação racional, comunicação ou expressão de sentimentos, durante uma situação de discórdia dentro da relação. Contudo esta paridade de poder, dentro da relação íntima, poderá sujeitar mais a mulher à possibilidade de ser vítima de agressão psicológica.

Os resultados corroboram a literatura no que se refere à maior probabilidade de VPI durante a gravidez quando o homem está desempregado (Audi et al., 2008; Sgobero et al., 2015), sendo neste estudo e neste caso, a agressão psicológica, a forma de violência mais comum. Foi ainda encontrada relação estatisticamente significativa, para as mulheres que estiveram desempregadas (Finnbogadóttir et al., 2014), sendo maior a probabilidade de sofrerem atos de agressão psicológica durante a gravidez. Quando ambos estão desempregados a probabilidade maior foi de ocorrência de abuso físico sem sequelas. Por outro lado, a agressão sexual, neste estudo, apareceu como mais provável em mulheres

com menos rendimentos (Okada et al., 2015) e desempregadas há menos tempo. No que se refere aos comportamentos de negociação entre o casal, verificamos neste estudo que a probabilidade de ocorrerem foi superior nas mulheres com rendimentos mais elevados, assim como foi mais frequente em mulheres que tiveram um período de tempo maior de desemprego durante a gravidez. Neste caso poderemos supor que, haverá maior probabilidade de ocorrência de conflituosidade na resolução de uma discórdia na relação de intimidade, por parte das mulheres com menos rendimentos e em situação recente de desemprego. Este facto poderá estar relacionado com as responsabilidades económicas acrescidas que um filho acarreta na vida familiar e a tentativa do casal gerir a imprevisibilidade da situação.

Tal como em outros estudos, a presença de história de violência familiar anterior, aparece associada a maior probabilidade de VPI durante a gravidez (Vieira, Perdoná & Santos, 2011; Finnbogadóttir et al., 2014), tendo sido encontrada neste estudo uma associação significativa para a presença de todas as formas de violência na presença de história de abuso ou violência familiar anterior.

A atenção sobre estas variáveis de natureza demográfica poderá ajudar a identificar as situações de VPI durante a gravidez ou o risco de vir a verificar-se. A identificação do risco gravídico ao longo das consultas pré-natais requer uma atenção reforçada sobre os fatores sociais/demográficos que poderão estar associados à situação de vitimização com impacto na saúde da mulher e do feto (Vicente, 2015). Por outro lado, confirma-se a relevância de intervenção precoce nas relações de intimidade, junto dos mais jovens e sobretudo ainda no namoro, promovendo formas saudáveis de relacionamentos íntimos (Leitão et al., 2013).

IV.3. HISTÓRIA REPRODUTIVA ASSOCIADA À VPI NA GRAVIDEZ

Neste capítulo constam, os resultados encontrados neste estudo, no que respeita à história reprodutiva das mulheres expostas a VPI durante a gravidez.

Quanto ao uso de contraceção, foi verificado que a maioria das mulheres usava um método contraceutivo, sendo a pílula a opção utilizada pela maioria. Não foi encontrada associação

estatisticamente significativa entre o uso de contraceptivos e ocorrência de qualquer tipo de VPI durante a gravidez. Estes resultados não corroboram os resultados da literatura que apontam para baixas taxas de contraceção em mulheres vítimas de VPI (Scribano et al., 2013). Todavia a elevada adesão à contraceção e recurso à pílula por parte das mulheres portuguesas deste estudo, vem ao encontro dos resultados de um estudo nacional sobre as práticas contraceptivas em Portugal, o qual revelou que 94% das mulheres sexualmente ativas usavam contraceção e mais de metade (58,2%) usava a pílula (Águas, Bombas & Silva, 2015).

Quanto ao número de gestações constatámos que a maioria das participantes teve até duas gravidezes, tendo sido encontrada associação estatisticamente significativa quando o número de gravidezes é igual ou superior a três. Neste caso, é menor a probabilidade de ocorrência de comportamentos de abuso físico sem sequelas e de agressão psicológica. Pelos resultados do estudo de correlação, foi também encontrada correlação estatisticamente significativa para os comportamentos de agressão psicológica, os quais tendem a ser mais frequentes em mulheres com maior número de gravidezes. Os resultados encontrados vêm ao encontro da evidência que aponta para associação entre o número elevado de gestações e a VPI durante a gravidez (Vieira, Perdona & Santos, 2011). No que se refere aos comportamentos de negociação foi também encontrado valor estatisticamente significativo nos estudos de associação e correlação, sendo que nas mulheres com maior número de gravidezes há menor probabilidade de ocorrência, assim como as mesmas tendem a referir menor frequência destes comportamentos. Este resultado também vem ao encontro da literatura, evidenciando a possibilidade de existência de alguma forma de controlo masculino na relação íntima (Puccia & Mamede, 2012) de mulheres com maior número de gestações, com diminuição das ações de comunicação afetiva entre o casal e maior tendência à frequência de agressão psicológica.

Neste estudo a maioria das mulheres expostas a VPI durante a gravidez não referiu história de abortos. Contudo, foi encontrada associação estatisticamente significativa, sendo maior a probabilidade de ocorrência de comportamentos de abuso físico sem sequelas e coerção sexual na ausência de casos de aborto. Estes resultados diferem de outros estudos que confirmaram estatisticamente a maior probabilidade de história de abortos em mulheres expostas a VPI durante a gravidez (Finnbogadóttir et al., 2014; Kita et al., 2014). Por outro

lado, podemos entender os resultados que foram encontrados neste estudo, atendendo a que a maioria das mulheres fazia contraceção.

Todavia, para entender melhor os resultados anteriores acerca da história reprodutiva das mulheres vítimas de VPI, seria preciso estudar melhor se o número elevado de gestações resultou de falta de contraceção ou se estiveram relacionadas com os efeitos adversos da agressão psicológica levando a situações de aborto espontâneo. Assim como, seria preciso recolher mais informação sobre se os abortos foram espontâneos ou induzidos.

Neste estudo foi significativa a maioria das mulheres que tinham entre um e dois filhos nascidos vivos e ausência de filhos mortos, inviabilizando o estudo da associação com os diferentes tipos de VPI durante a gravidez. Todavia foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis que nos permitem afirmar que, as mulheres com maior número de filhos vivos tendem a referir menor frequência de comportamentos de negociação e que, as mulheres com maior número de filhos mortos tendem a mencionar com maior frequência agressão psicológica. Estes resultados de alguma forma coincidem com outros estudos que apontam para a tendência de elevada paridade em situações de VPI (Pool et al., 2014).

Relativamente às repercussões obstétricas, não foi possível concluir quanto à existência de associação estatisticamente significativa, para a Hemorragia Vaginal atendendo a que a maioria das mulheres não teve esta intercorrência, nem para a Hipertensão Arterial. Todavia, tal como nalguns estudos, foi encontrada associação com as variáveis Ameaça de Parto Pré-termo (APPT), Parto Pré-termo (PPT), Rotura Prematura de Membranas (RPM) (Abdollabi, Abhari, Develar, & Charati, 2015), Infecções urinárias, Vômitos frequentes e outras complicações maternas (Bachus et al., 2004).

Neste estudo a APPT surgiu associada à VPI durante a gravidez, com maior probabilidade de ocorrência em caso de abuso físico com e sem sequelas, tal como noutros estudos recentes (Watson et al., 2013; Sanchez et al., 2013). Todavia, nos casos em que havia história de APPT ou PPT em gravidez anterior, esta probabilidade foi menor. Verificou-se também que a probabilidade de ocorrência de comportamentos de negociação na relação íntima era maior na presença de APPT. Numa pesquisa desenvolvida no Peru com mulheres expostas a VPI durante a gravidez (Sanchez et al., 2013) foi encontrado um maior risco de PPT não só na presença de abuso físico, mas também perante o abuso

emocional, sendo que ambos em simultâneo aumentavam ainda mais a probabilidade deste problema ocorrer.

Relativamente à RPM a maioria das mulheres expostas a VPI deste estudo não apresentou esta intercorrência durante a última gravidez ou gravidez anterior, mas foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a RPM na gravidez anterior e a exposição à VPI. Neste caso é menor a probabilidade de frequência de comportamentos de agressão psicológica e abuso físico com e sem sequelas, para as mulheres com história de RPM na gravidez anterior. A associação da RPM à presença de violência física já havia sido encontrada no estudo de Abdollabi, Abhari, Develar, & Charati (2015).

Os atos de VPI mais violentos, nomeadamente o abuso físico, aparece associado a consequências mais adversas para a saúde reprodutiva da mulher (Abdollabi, Abhari, Develar, & Charati, 2015), todavia outros estudos apesar do significado importante das intercorrências encontradas, não confirmaram associação estatisticamente significativa entre a VPI durante a gravidez e as mesmas (Rodrigues et al., 2014). Nos resultados deste estudo sobressai a influência que podem ter, os acontecimentos adversos em gravidez anterior, na menor probabilidade da mulher vir a sofrer de VPI na gestação seguinte. Esta pode ser uma explicação possível nas situações em que, é verificado abrandamento nos comportamentos violentos por parte do parceiro, quando a companheira está grávida.

Já as situações que aparentemente são menos valorizadas como adversas na gravidez, como os vômitos frequentes, foi verificado neste estudo que, tanto na gravidez anterior como na última gravidez, houve predominância de ocorrência destes casos. Foi ainda encontrada associação estatisticamente significativa, sendo cerca de metade a probabilidade de ocorrência de comportamentos de negociação, em mulheres sem vômitos frequentes na gravidez anterior, comparativamente com as que sofreram deste problema. Os vômitos na gravidez podem resultar das alterações fisiológicas da gravidez, mas quando são excessivos podem estar relacionados com fatores psicológicos menos favoráveis. Alguns destes fatores podem estar relacionados com a gravidez não desejada, quando a vida emocional do casal não é estável e em situações de ansiedade e *stress* (Lowdermilk & Perry, 2006), fatores que podem estar associados a história de VPI.

A maior predisposição da mulher grávida a infeções poderá levar à confusão na interpretação dos resultados associados à variável infeções urinárias. É comum encontrar

intercorrências desta natureza nas mulheres grávidas, como por exemplo no estudo de Rodrigues et al. (2014) e não ser encontrada associação estatisticamente significativa. No nosso estudo, também foi verificada grande prevalência de ocorrência destes casos, mas foi encontrada maior probabilidade de ocorrência de agressão psicológica e abuso físico sem sequelas nas mulheres que sofreram de infecções urinárias frequentes durante a última gravidez.

Neste estudo foi verificado que, na maioria das mulheres expostas a VPI, não ocorreram outras complicações durante a gravidez anterior ou última gravidez. Contudo, foi encontrada associação estatisticamente significativa, sendo menor a probabilidade de ocorrência de abuso físico com sequelas em mulheres que tiveram outras complicações não específicas na gravidez anterior.

IV.4. CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ E EVOLUÇÃO PERINATAL

Relativamente à última gravidez, da população em estudo, apurou-se que maioritariamente a gravidez havia sido planeada e aceite por ambos os membros do casal. A maioria fez uma vigilância adequada da gravidez, tendo frequentado consultas de vigilância pré-natal, iniciando antes do segundo mês de gestação e até cerca de 20 consultas.

No que respeita ao planeamento da gravidez os resultados corroboram a tendência ao não planeamento da gestação das mulheres expostas a VPI (Okada et al., 2015; Rodrigues et al., 2014), sendo que neste estudo foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o não planeamento da gravidez por ambos os membros do casal e a maior probabilidade de ocorrência de comportamentos de agressão psicológica e de coerção sexual. Os resultados mostram ainda uma probabilidade bastante inferior, de ocorrência de abuso físico com sequelas, quando existe aceitação da gravidez por ambos os membros do casal. Estes resultados levam-nos a pensar que, provavelmente, o não planeamento da gravidez e a sua não aceitação, poderá contribuir para o início da violência na relação de intimidade ou agravar a sua intensidade neste período (Puccia & Mamede, 2012) ou para o início tardio de consultas pré-natais (Ononokpono & Azfredrick, 2014).

Neste estudo foi encontrado o triplo da probabilidade de comportamentos de negociação quando a mulher frequentou as consultas pré-natais. Este resultado vai ao encontro de outros estudos que associam a baixa adesão aos serviços de saúde para vigilância da gravidez, à presença de VPI na relação (Moraes et al., 2010). Foi também encontrada maior probabilidade de ocorrência de agressão psicológica quando o início das consultas ocorreu após o segundo mês de gestação. Contrariamente, a probabilidade foi maior para a ocorrência de abuso físico com e sem sequelas, quando o início foi antes do segundo mês. Na literatura apenas encontramos uma possível justificção para este comportamento, o qual poderá estar relacionado com o receio da gravidez dos atos de violência, levando a que a mulher recorra mais cedo aos serviços de saúde, tentando proteger-se e ao seu filho de complicações na gravidez. O acompanhamento, proporcionado pelos profissionais dos cuidados de saúde primários ou diferenciados, poderá reduzir a possibilidade de agressões durante a gestação (Viellas et al., 2013).

Nada se concluiu sobre a frequência de maior número de consultas e a existência de comportamentos de VPI durante a gravidez.

Quanto aos comportamentos de substâncias nocivas para a gravidez e feto, verificou-se no estudo que a maioria das participantes não relatou comportamentos de consumo de tabaco e as que tiveram esses comportamentos, referiram ter fumado até 10 cigarros diários no primeiro trimestre de gravidez e 2 a 5 cigarros diários no segundo e terceiro trimestre. A maioria também não revelou consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez, mas quem referiu ingerir apenas o fez uma a três vezes. Contudo, foi possível encontrar associação entre a VPI e estes comportamentos de risco comprometedores da saúde materna e fetal, o hábito de fumar e o consumo de álcool (Sgobero et al., 2015; Alhusen, Ray, Sharps, & Bullock, 2015). De facto, neste estudo foi encontrada maior probabilidade de ocorrência de abuso físico sem sequelas e maior frequência de agressão psicológica, nas mulheres com hábitos tabágicos na gravidez. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, foi encontrada também associação significativa entre os comportamentos de VPI (negociação, agressão psicológica, coerção sexual e abuso físico com sequelas) e os hábitos alcoólicos durante a gravidez. Verificamos que a probabilidade de ocorrerem comportamentos de negociação e abuso físico com sequelas, é quatro vezes superior para as mulheres expostas a VPI na gravidez, assim como existe o dobro da probabilidade de ocorrerem comportamentos de agressão psicológica e coerção sexual.

Não foi identificado neste estudo os hábitos de consumo dos companheiros, mas a investigação sugere que normalmente a VPI está associada ao consumo de álcool por parte do companheiro (Audi et al., 2008; Okada et al., 2015), sendo que este comportamento poderá estar relacionado com a maior probabilidade da natureza dos atos de violência encontrados, nomeadamente o abuso físico com sequelas.

Maioritariamente verificou-se não ter havido consumos de drogas ilícitas durante a gravidez e pela pouca frequência de consumo de drogas ilícitas não foi possível estudar esta variável.

Quanto ao ganho de peso, durante a gestação, foi verificado que maioritariamente situou-se entre os 10 a 20 kg, com maior probabilidade de comportamentos de VPI (agressão psicológica e abuso físico sem sequelas) em mulheres com ganho ponderal superior a 10Kg. Estes dados não nos permitem comparações com a literatura, uma vez que este ganho ponderal está dentro do que se considera ser adequado durante a gravidez dependendo do Índice de Massa Corporal da mulher antes de engravidar, o qual não foi determinado neste estudo (Vicente, 2015).

No que respeita aos resultados com o feto foi verificado que a maioria dos nascimentos ocorreu entre as 37 e 41 semanas de gestação e não foram encontradas evidências estatísticas de associação entre a idade gestacional ao nascer e a VPI durante a gravidez nas suas diferentes dimensões. Todavia foi encontrada correlação estatisticamente significativa para a agressão psicológica, em que as mulheres com maior idade gestacional tendem a referir, com menor frequência, a ocorrência deste tipo de violência. De facto, a ocorrência de problemas a nível psíquico na presença de ansiedade ou *stress* em mulheres vítimas de VPI durante a gravidez (Woods et al., 2010) poderá levar a piores resultados na gestação (Krug et al., 2002), entre os quais o PPT e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (Rodrigues et al., 2008).

Neste estudo a maior parte dos recém-nascidos pesavam ao nascimento mais de 2,500gr e não foi possível concluir quanto à existência de associação estatisticamente significativa entre o peso ao nascer e a frequência de VPI durante a gravidez. Na literatura encontra-se frequentemente a associação de VPI durante a gestação à ocorrência de baixo peso ao nascimento (Abdollahi, Abhari, Develar, & Charati, 2015) mas também o contrário (Rodrigues et al., 2014). As diferenças ainda encontradas entre os estudos não permitem

consolidar a associação direta à VPI durante a gravidez, talvez pelas razões que já foram apontadas anteriormente, como o recurso a amostras diferentes na sua dimensão, à natureza da violência estudada. Por exemplo o primeiro estudo (Abdollabi, Abhari, Develar, & Charati, 2015) foi realizado no Irão e estudou a violência física com uma amostra maior de mulheres (1461) enquanto o segundo estudo (Rodrigues et al., 2014) foi realizado no Brasil, estudando diferentes tipos de violência (sexual, psicológica e física) numa amostra de 232 mulheres. As prevalências de violência física encontrada nos estudos foi quase o triplo no estudo desenvolvido no Irão. Este facto poderá justificar os resultados e a associação encontrada com o baixo peso ao nascer.

Neste estudo foi verificado que a maioria não apresentou complicações fetais no terceiro trimestre da gravidez, ao nascimento ou após nascimento. Foi encontrada associação estatisticamente associativa para os comportamentos de agressão psicológica cuja probabilidade de ocorrer é maior em mulheres com complicações fetais, no último trimestre, ao nascimento ou após nascimento. Por outro lado, o estudo de correlação mostrou diferença estatisticamente significativa na frequência dos comportamentos de negociação, sendo mais frequentes em mulheres cujos filhos tiveram complicações após o nascimento.

A maioria dos recém-nascidos neste estudo apresentou resultados de APGAR superiores a 9 no 1º e 5º minuto de vida extra-uterina, não tendo sido encontrada associação significativa com a frequência de VPI durante a gravidez. Outros estudos que investigaram resultados neonatais também não encontraram associação significativa do APGAR no 1º ou 5º minuto de vida e a ocorrência de VPI durante a gestação, confirmando parte dos resultados (Rodrigues et al., 2014). Foi ainda encontrado, no estudo de correlação, que as mulheres com recém-nascidos com maior índice de APGAR ao 1º minuto tendem a referir maior frequência de abuso físico sem sequelas e menor frequência de coerção sexual.

Pelas características que foram apuradas, na população em estudo, parece-nos relevante manter o estudo aprofundado da implicação indirecta que a VPI pode ter na evolução da gravidez e nos resultados perinatais. Por outro lado, este estudo aprofundado na população portuguesa, ajudará a compreender as variações no padrão de VPI durante a gravidez e de certa forma pressionará a medidas mais efetivas de prevenção e suporte à mulher grávida, assim como medidas de apoio ao tratamento do agressor.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Pretendemos neste último capítulo apresentar a síntese dos principais resultados desta investigação, tendo em consideração os objetivos iniciais, assim como os contributos que se consideram poder existir para a prática clínica, para a formação e para a investigação. Também iremos fazer algumas considerações sobre as limitações que envolveram as diferentes etapas do estudo.

Relativamente ao estudo da prevalência da VPI durante a gravidez os resultados mostraram que:

- a. A VPI durante a gravidez é uma realidade na Região Centro de Portugal, com prevalências semelhantes a outros estudos desenvolvidos em Portugal e noutros países.
- b. Dos diferentes tipos de VPI que foram avaliados, a Agressão Psicológica foi a mais verificada (41,6%), seguida da Coerção sexual (13,7%), do Abuso Físico sem sequelas (8,4%) e do Abuso Físico com sequelas (2,5%).
- c. Sobressaiu de forma notória a dimensão Negociação (89,4%), que se refere aos comportamentos na relação de forma a resolver algum conflito. Apesar de não terem sido estudadas as alterações, no padrão de conflituosidade recíproca durante a gravidez, os resultados mostraram haver variações na sua intensidade relativamente a algumas variáveis em estudo.

Relativamente aos fatores demográficos das mulheres expostas a VPI durante a gravidez, os resultados deste estudo vieram confirmar que:

- d. São as mulheres e os companheiros mais jovens que estão associados à ocorrência de VPI durante a gravidez.
- e. É maior a probabilidade de ocorrência de agressão psicológica e abuso físico sem sequelas em mulheres mais jovens.
- f. Em mulheres e companheiros mais velhos, tende a diminuir a frequência de comportamentos de negociação, a fim de resolver um conflito na relação íntima.

- g. O estado civil de casado/união de facto está associado a menor ocorrência de VPI, pelo que uma grávida solteira ou separada do companheiro poderá constituir-se como fator de risco para a VPI.
- h. Existe maior probabilidade de agressão psicológica, assim como abuso físico com e sem sequelas, nas mulheres que não coabitam com o companheiro e nas que têm tempo de coabitação mais curto.
- i. O nível de formação académica da mulher está associado à ocorrência de VPI durante a gravidez, sobretudo abuso físico sem sequelas nas mulheres com baixa escolaridade e agressão psicológica nas mulheres com nível de escolaridade mais elevado. O nível de escolaridade superior aparentemente surge como protector de VPI física e sexual.
- j. Há mais probabilidade de comportamentos de negociação em mulheres com nível de escolaridade superior.
- k. O desemprego está associado à probabilidade de VPI durante a gravidez. A agressão psicológica é a mais provável perante a situação de desemprego do homem ou de desemprego da mulher. Quando ambos estão desempregados existe maior probabilidade de ocorrência de abuso físico sem sequelas.
- l. Mulheres grávidas com menos rendimentos e desempregadas há menos tempo têm maior probabilidade de sofrerem de agressão sexual.
- m. As mulheres com rendimentos mais elevados e desempregadas há mais tempo têm maior probabilidade de terem comportamentos de negociação na relação íntima. Assim, há maior probabilidade de ocorrência de conflituosidade na resolução de uma discórdia na relação de intimidade, em mulheres com menos rendimentos e em situação recente de desemprego.
- n. A história anterior de abuso ou violência familiar está associada à probabilidade de qualquer forma de VPI durante a gravidez.
- o. Neste estudo, a nacionalidade da mulher não surgiu associada à presença de qualquer tipo de VPI durante a gravidez.

A história reprodutiva das mulheres expostas a VPI durante a gravidez deixa transparecer algumas repercussões adversas associadas. Os resultados permitem as seguintes conclusões:

- p. Existência de elevada adesão à contraceção, nomeadamente a pílula contracetiva. Neste estudo não foi encontrada associação entre o uso de contracetivos e a ocorrência de qualquer tipo de VPI durante a gravidez.
- q. É menor a probabilidade de ocorrência de comportamentos de VPI (abuso físico sem sequelas e agressão psicológica) quando o número de gestações é igual ou superior a três. Neste caso, os comportamentos de agressão psicológica tendem a ser mais frequentes e os comportamentos de negociação tendem a ser menos frequentes.
- r. A ausência de história de aborto associa-se a maior probabilidade de ocorrência de comportamentos de abuso físico sem sequelas e coerção sexual.
- s. As mulheres com maior número de filhos vivos tendem a referir menor frequência de comportamentos de negociação na relação de intimidade.
- t. As mulheres com maior número de filhos mortos tendem a mencionar com maior frequência agressão psicológica.
- u. A APPT surgiu associada à VPI durante a gravidez com maior probabilidade de ocorrência na presença de comportamentos de abuso físico com e sem sequelas. Todavia, na presença de história de APPT ou PPT em gravidez anterior, esta probabilidade é menor. Por outro lado, é maior a probabilidade de ocorrência de comportamentos de negociação na relação íntima, na presença de APPT.
- v. A existência de RPM na gravidez anterior associa-se à exposição à VPI, sendo menor a probabilidade de frequência de comportamentos de agressão psicológica e abuso físico com e sem sequelas, nos casos de RPM na gravidez anterior.
- w. Encontrada predominância de vômitos frequentes, tanto na gravidez anterior como na última gravidez. A probabilidade de ocorrência de comportamentos de negociação, em mulheres com vômitos frequentes na gravidez anterior, é cerca do dobro.
- x. Encontrada predominância de infeções urinárias na população em estudo, com maior probabilidade de ocorrência de agressão psicológica e abuso físico sem sequelas, nas mulheres que apresentaram queixas frequentes de infecção urinária durante a última gravidez.
- y. É menor a probabilidade de ocorrência de abuso físico com sequelas em mulheres que tiveram outras complicações não específicas na gravidez anterior.

Relativamente à gravidez recente (última gravidez) e à evolução perinatal das mulheres expostas a VPI durante a gravidez, os resultados do estudo permitem concluir que:

- z. Tendência ao não planeamento da gestação nas mulheres expostas a VPI. Existe maior probabilidade de ocorrência de comportamentos de agressão psicológica e de coerção sexual quando a gravidez não é planeada por ambos os membros do casal.
- aa. A probabilidade de ocorrer abuso físico com sequelas é bastante inferior, quando a gravidez é aceite por ambos os membros do casal.
- bb. Existe o triplo da probabilidade de ocorrência de comportamentos de negociação, quando a mulher frequenta as consultas pré-natais. As mulheres expostas a VPI durante a gravidez tendem a procurar as consultas pré-natais, mais cedo ou mais tarde, dependendo da natureza dos atos de agressão. É maior a probabilidade de ocorrência de agressão psicológica quando o início das consultas é após o segundo mês de gestação e maior probabilidade, de abuso físico com e sem sequelas, quando o início das consultas ocorre antes do segundo mês de gestação.
- cc. Existe associação entre a VPI e os hábitos tabágicos na gravidez. É maior a probabilidade de ocorrência de abuso físico sem sequelas e maior frequência de agressão psicológica, nas mulheres com hábitos tabágicos na gravidez.
- dd. Existe associação entre a VPI e o consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez. A probabilidade de ocorrerem comportamentos de negociação e abuso físico com sequelas é quatro vezes superior para as mulheres expostas a VPI na gravidez, assim como existe o dobro da probabilidade de ocorrerem comportamentos de agressão psicológica e coerção sexual.
- ee. Existe maior probabilidade de ocorrência de comportamentos de VPI (agressão psicológica e abuso físico sem sequelas) em mulheres com ganho ponderal na gravidez superior a 10 Kg.
- ff. As mulheres com maior idade gestacional referem com menos frequência a ocorrência de agressão psicológica.
- gg. É maior a probabilidade, de ocorrência de comportamentos de agressão psicológica, em mulheres com complicações fetais, no último trimestre, ao nascimento ou após nascimento. A frequência de comportamentos de negociação é maior em mulheres cujos filhos tiveram complicações após o nascimento.

- hh. Mulheres com recém-nascidos com maior índice de APGAR ao 1º minuto tendem a referir maior frequência de abuso físico sem sequelas e menor frequência de coerção sexual.

Apesar das limitações na generalização dos resultados, este estudo veio acrescentar conhecimento ao fenómeno da VPI durante a gravidez em Portugal, contribuindo para o seu reconhecimento e confirmação da necessidade de adequar as práticas e os contextos de oferta de cuidados de saúde. Desta forma, contribui significativamente para a melhoria da qualidade da assistência à mulher grávida, quer seja na prevenção ou controlo do risco, no acompanhamento e na referenciação.

Assim, sugere-se que os resultados deste estudo sejam utilizados pela gestão e coordenação de serviços, especificamente aqueles que prestam cuidados de saúde à mulher/família durante o seu ciclo reprodutivo, para uma prática mais efetiva no que se refere à prevenção e controlo do risco de VPI:

- i. Organização de Comissão Interna de Controle da VPI (pluriprofissional), em cada Instituição prestadora de cuidados de saúde primários e diferenciados, na área da saúde sexual e reprodutiva.
- ii. Analisar as condições que têm causado demora na implementação do rastreio sistemático da VPI na gravidez, conforme consta nas directrizes da DGS.
- iii. Organização ou melhoria de protocolos e orientações para os diferentes grupos profissionais, relativamente à identificação, apoio e encaminhamento para equipas diferenciadas.
- iv. Criar ou melhorar o formulário de identificação do risco de VPI, a ser usado pela rede de parceiros (cuidados de saúde primários e diferenciados), que seja conduzido de forma adequada em ambientes que garantam a privacidade e a segurança da mulher e sua família.
- v. Direcionar a formação em serviço para a capacitação das equipas pluriprofissionais, em particular os Enfermeiros de Família e os Enfermeiros Especialistas em ESMO, relativamente ao rastreio, o apoio e referenciação da mulher exposta a VPI, garantindo proteção e o seu bem-estar e capacitando-a para cuidar de si.
- vi. Incluir nos programas de preparação para o parto e parentalidade (quer seja em grupo ou individual), temáticas e estratégias que focalizem a conjugalidade e a

gestão do conflito na relação, as adaptações psicossociais da gravidez e pós-parto, o ajustamento materno e paterno.

- vii. Criar ou otimizar projetos de intervenção comunitária, centrados na intervenção precoce nas relações de intimidade/namoro, em articulação com os agrupamentos de escolas do ensino básico, secundário e universitário.
- viii. Organizar e disponibilizar nos serviços, de forma visível e acessível, um pacote de materiais informativos (papel e digitais) sobre VPI, especificamente, suas consequências para a saúde materna, fetal e neonatal, e sobre a Linha Nacional de Emergência Social (telefone 144).

Estas necessidades de ação na prática, apelam a que os novos profissionais de saúde, especificamente os Enfermeiros, desde a sua formação inicial, tenham a possibilidade de aprender mais em profundidade sobre este fenómeno. Neste sentido, considera-se relevante sugerir que as instituições de ensino de Enfermagem:

- ix. Promovam formação avançada pós-graduada sobre violência de género.
- x. Nos Planos Curriculares dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem e Mestrado em ESMO, sejam integrados ou melhorados, conteúdos sobre o fenómeno da violência interpessoal e suas consequências para a saúde do indivíduo, grupos e/ou populações.
- xi. Naquilo que for considerada a responsabilidade social da instituição, demonstrar disponibilidade para encontrar soluções em conjunto com as entidades da clínica, integrando ou liderando projetos de intervenção e/ou investigação para a melhoria contínua de cuidados.
- xii. Sendo a violência de género também uma área prioritária para a investigação, criar apoios e incentivos, para projetos de investigação de mestrado e doutoramento, na área.

Considera-se que este estudo apresenta limitações nos resultados das prevalências encontradas de VPI durante a gravidez, as quais podem não espelhar a realidade do fenómeno na Região Centro, atendendo às dificuldades na constituição da amostra, tendo havido dificuldades em encontrar participantes que aceitassem colaborar no estudo e à significativa percentagem de não resposta, entre as que haviam previamente aceite participar. Por outro lado, as que aceitaram responder à totalidade das questões, podem em algum momento ter ocultado alguma verdade nas respostas.

Por outro lado, a natureza do estudo, apenas permitiu fazer uma caracterização do fenómeno da VPI junto deste grupo de participantes, deixando um conjunto de probabilidades de ocorrência de situações de risco, para a saúde materno-fetal, em mulheres expostas à VPI durante a gravidez.

De entre os resultados deste estudo e perante as suas limitações, considera-se ser possível retirar algumas orientações para futuras pesquisas em Portugal.

- xiii. Realizar mais estudos epidemiológicos sobre VPI na gravidez, em outras regiões do país.
- xiv. Investigar sobre as alterações no padrão de conflituosidade antes, durante e após a gestação.
- xv. Investigar sobre as influências culturais e o valor social da maternidade nas situações de VPI na gravidez.
- xvi. Investigar sobre VPI recíproca durante a gravidez e as consequências que dela também podem advir, considerando não só a vitimização mas também a perpetuação pela grávida.
- xvii. Neste estudo não foi encontrada associação com a prematuridade ou baixo peso ao nascer, fatores fortemente associados à VPI em outros estudos. Por isso, a pesquisa desta associação deve ser reforçada em outras realidades, usando outras amostras e diferentes estratégias de recolha de dados.
- xviii. Os resultados deste estudo relacionados com eventuais complicações perinatais, não trouxeram contributos relevantes para o conhecimento, atendendo a que não se verificaram ocorrências suficientes na amostra para permitir o estudo. Assim, é importante que se continue a desenvolver pesquisa sobre as consequências perinatais que podem estar relacionadas com a presença de VPI, talvez estudando o impacto da VPI para cada variável isoladamente.

Finaliza-se acreditando que os resultados deste estudo podem ser utilizados pelos enfermeiros, para adequar intervenções nos contextos da prática clínica, para propor e liderar projetos de melhoria de cuidados, para influenciar as lideranças institucionais, para desenvolver mais investigação sobre a temática.

BIBLIOGRAFIA

- Abdollahi, F., Abhari, F.R., Delavar, M.A., & Charati, J.Y. (2015). Physical violence against pregnant women by an intimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran. *Journal of Family and Community Medicine*, January, 22(1), 13-18. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4317989/>. doi: 10.4103/2230-8229.149577
- Almeida, C. P. (2013) – *Violência doméstica na gravidez: consequências para o desenvolvimento do bebé no primeiro ano de vida*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Almeida, F.S.J. (2014) – *Violência na Gravidez? Prevalência e Alguns Fatores Associados*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Superior Politécnico de Viseu, Portugal.
- Almeida, C.P., Sá, E., Cunha, F. & Pires, E.P. (2013). Violence during pregnancy and its effects on mother-baby relationship during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(4), 370-380. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2013.822058>.
- Alhusen, J., Ray, E., Sharps, P., & Bullock, L. (2015). Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. *Journal of Women`s Health*, 24(1), 100-106. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4361157/>. doi: 10.1089/jwh.2014.4872
- Alhusen, J.L. , Bullock, L., Sharps, P., Schminkey, D., Comstock, E., & Campbell, J. (2014). Intimate Partner Violence During Pregnancy and Adverse Neonatal Outcomes in Low-Income Women. . *Journal of Women`s Health*, 23(11), 920-926. doi: 10.1089/jwh.2014.4862
- Andrade, C.J.M.; Fonseca, R.M.G.S. (2008). Considerações sobre violência doméstica, género e o trabalho das equipas de saúde da família. *Revista da Escola de*

Enfermagem Universidade de São Paulo, 42 (3), 591-595. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v42n3/v42n3a24>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2016). Estatísticas APAV – Relatório Anual 2016. APAV. Recuperado de http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf

Associação de Mulheres Contra a Violência (Coord.) et al. (2013). Avaliação e Gestão de Risco em Rede. Manual para profissionais. Lisboa: AMCV. Recuperado de http://www.academia.edu/7065986/Manual_de_Avaliacao_de_Risco_em_Violencia_Domestica

Audi, C.A.F., Segall-Corrêa, A.M., Santiago, S.M., Andrade, M.G.G., & Pérez-Escamilla, R. (2008). Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 42(5),877-885. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n5/6642>

Averbuch, T., & Spatz, D. (2009). Breastfeeding Mothers and Violence: Wath Nurses Need to Know. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, September/October, 34 (5), 284-289.

Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2004). Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 113, 6–11. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211503003269>.

Bailey, B.A., & Daugherty, R.A. (2007). Intimate Partner Violence During Pregnancy: Incidence and Associated Health Behaviors in a Rural Population. *Matern Child Health Journal*, 2007, 11, 495-503. Recuperado de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10995-007-0191-6.pdf>. doi: 10.1007/s10995-007-0191-6

Bullock, L., Bloom, T., Davis, J., Kilburn, E., & Curry, M.A. (2006). Abuse Disclosure in Privately and Medicaid-Funded Pregnant Women. *Journal Midwifery Womens Health*, 51(5), 361-369. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2006.02.012/full>. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.02.012

- Burch, R.L., & Gallup, G.G.J. (2004). Pregnancy as a Stimulus for Domestic Violence. *Journal of Family Violence*, 19(4), August, 243-247. Recuperado de <https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000032634.40840.48>
- Barrios, Y.V., Gelaye, B., Zhong, Q., Nicolaidis, C., Rondon, M.B., Garcia, P.J.,....., & Williams, M.A. (2015). Association of Childhood Physical and Sexual Abuse with Intimate Partner Violence, Poor General Health and Depressive Symptoms among Pregnant Women. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0116609>
- Barros, P. P., Lisboa, M., Cerejo, D., & Barrenho, E. (2008). *Health Care Costs of Domestic Violence Against Women - Evidence from Portugal*. July 15. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1160306>
- Bianchi, A.L., McFarlane, J., Nava, A., Gilroy, H., Maddoux, J., & Cesario, S. (2014). Rapid Assessment to Identify and Quantify the Risk of Intimate Partner Violence During Pregnancy. *BIRTH*, 41(1), March, 88-92. Recuperado de <http://news.nursesforurses.com.au/test/wp-content/uploads/2015/02/birt12091.pdf>
- Bowen, E., Heron, J., Waylen, A., Wolke, D., & ALPAC (2005). Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG*, 112, 1083–1089. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2005.00653.x/full>
- Caleyachetty, R., Echouffo-Tcheugui, J.B., Stephenson, R. & Muennig, P. (2014). Intimate partner violence and current tobacco smoking in low-to middle-income countries: Individual participant meta-analysis of 231,892 women of reproductive age. *Global Public Health*, 9(5), 570-578. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2014.905616>
- Campbell, J., Garcia-Moreno, C., & Sharps, P. (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 7, 770-789. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077801204265551>
- Castro, R., Peek-Asa, C., & Ruiz, A. (2003). Violence Against Women in Mexico: A Study of Abuse Before and During Pregnancy. *American Journal of Public Health*,

- july, 93(7), 1110-1116. Recuperado de <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.93.7.1110>
- Coker, A. L., Sanderson, M., & Dong, B. (2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 18(4), 260–269. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3016.2004.00569.x/full>. doi:10.1111/j.1365-3016.2004.00569.x
- Demelash, H., Nigatu, D., & Gashaw, K. (2015). A Case-Control Study on Intimate Partner Violence during Pregnancy and Low Birth Weight, Southeast Ethiopia. *Obstetrics and Gynecology International*, 2015, 1-6. Recuperado de <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2015/394875/>
- Direção-Geral da Saúde (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>
- Doubova, S.V., Pámanes-González, V., Billings, D.L., & Torres-Arreola, L.P. (2007). Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 582-590. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/cd9e/3e13bd128265e7b640412f9b3993c97c2214.pdf>
- Durand, J. G. (2005). *Gestação e Violência: Estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Durand, J., & Schraiber, L. (2007). Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(3), 310-322. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v10n3/02.pdf>
- Escribá-Agüir, V., Royo-Marque's, M., Artazcoz, L., Romito, P., Ruiz-Pérez, I., & Martín-Baena, D. (2012). Personal and psychosocial predictors of psychological abuse by partners during and after pregnancy: a longitudinal cohort study in a community

sample. *BJOG*. 120, 576-582. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12051/full>

European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violência contra as mulheres: um inquérito à escala da União Europeia-Síntese dos resultados*. Viena: Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA). Recuperado de <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/11/Viol%C3%Aancia-contra-as-mulheres-um-inqu%C3%A9rito-%C3%A0-escala-da-UE.pdf>. doi:10.2811/61606

Figueiredo B. & Paiva, C.A. (2006). Versão portuguesa das ‘Escala de Táticas de Conflito Revisadas’: Estudo de avaliação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8, 14–39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1938/193818634001>

Finnbogadóttir, H., Dejin-Karlsson, E., & Dykes, A. (2011). A multi-centre cohort study shows no association between experienced violence and labour dystocia in nulliparous women at term. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(14), 1-9. Recuperado de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-11-14?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>

Finnbogadóttir, H., Dykes, A., & Wann-Hanson, C. (2014). Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Women's Health*, 14-63. <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-14-63>. doi:10.1186/1472-6874-14-63

Fonseca-Machado, M.O, Alves, L.C., Monteiro, J.C.S., Stefanello, J., Nakano, A.M.S., Haas, V.J., & Gomes-Sponholz, F. (2015). Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter?. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1289–1299. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12728/full>

Hall, M., Chappell, L.C., Parnell, B.L., Seed, P.T., & Bewley, S. (2014). Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 11(1), e1001581. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001581>. doi: 10.1371/journal.pmed.1001581

- Harris-Britt, A., Martin, S.L., Li, Y., Casanueva, C., & Kupper, L.L. (2004). Posttraumatic Stress Disorder and Associated Functional Impairments During Pregnancy: Some Consequences of Violence Against Women. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), December, 253-264. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/B:JOCS.0000045345.72671.5e>
- Idoko, P., Ogbe, E., Jallow, O., & Ocheke, A. (2015). Burden of intimate partner violence in The Gambia - a cross sectional study of pregnant women. *Reproductive Health*, 12-34. Recuperado de <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0023-x>. doi: 10.1186/s12978-015-0023-x
- International Council of Nurses. (2011) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Jesus, A.L.H.G., Salgado, D.F.G., & Moreira, R.M.S. (2016). Impacto do abuso sexual na infância no exercício do papel maternal. *Referência*, Série IV, Suplemento nº 9, 97.
- Jones, R. (2008). *Domestic Abuse: supporting women and asking the question*. In Edwins, J. (2008) *Community Midwifery Practice*. Blackwell Publishing Ltd, 219-241.
- Laanpere, M., Ringmets, I., Part, K., & Karro, H. (2012). Intimate partner violence and sexual health outcomes: a population-based study among 16–44-year-old women in Estonia. *European Journal of Public Health*, 23(4), 688-693. Recuperado de <https://academic.oup.com/eurpub/article/23/4/688/429845/Intimate-partner-violence-and-sexual-health>
- Landenburger, K., & Campbell, J.C. (2008). Violence Against Women. In I. Fogel, N.F. Woods (Eds.), *Women's Health Care in Advanced Practice Nursing* (pp.457-473). New York: Springer Publishing Company.
- Leitão, M. et al. (2013) *Prevenir a Violência no Namoro - N(amor)o (Im)perfeito - Fazer diferente para fazer a diferença*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem (UICISA-E) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Lisboa, M., (Coord.), Vicente, L. & Barroso, Z. (2005). *Saúde e Violência Contra as Mulheres – Estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Recuperado de [campbellhttps://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-e-violencia-contra-as-mulheres-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-e-violencia-contra-as-mulheres-pdf.aspx)

Lourenço, M., & Deslandes, S. (2008). Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. *Revista de Saúde Pública*, 42 (4), p. 615-621. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6914.pdf>

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loudes: Lusodidacta.

Manita, C. (Coord.), Ribeiro, C. & Peixoto, C. (2009). *Violência Doméstica: compreender para intervir – Guia de boas práticas para profissionais de saúde*. Lisboa, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Recuperado de <http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/publicacoes/vd2-gbp-profissionais-apoio-vitimas.pdf>

Makayoto, L.A., Omolo, J., Kamweya, A.M., Harder, V.S., & Mutai, J. (2012). Prevalence and Associated Factors of Intimate Partner Violence Among Pregnant Women Attending Kisumu District Hospital, Kenya. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 441–447. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3574621/>. doi: 10.1007/s10995-012-1015-x

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Mattar, R., Silva, E.Y.K., Camano, L., Abrahão, A.R., Colás, O.R., Neto, A., & Lippi, U.G. (2007). A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29 (9), 470-477. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000900006

Matseke, G., Peltzer, K., & Mlambo, G. (2012). Partner violence and associated factors among pregnant women in Nkangala district, Mpumalanga. *SAJOG*, October, 18(3), 77-81. Recuperado de <http://www.sajog.org.za/index.php/SAJOG/article/view/469/300>. doi: 10.7196/SAJOG.469

- Moraes, C.L., Arana, F.D.N., & Reichenheim, M.E. (2010). Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Revista Saúde Pública*, 44(4), 667-676. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/672/67240186010.pdf>
- Moraes, C.L., Arana, F.D.N., & Reichenheim, M.E. (2010). Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 667-676. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/672/67240186010.pdf>
- Águas, F., Bombas, T., & Silva, D.P. (2016). Avaliação das Práticas Contracetivas das Mulheres em Portugal. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(3). Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000300002
- Nunes, M.A.A., Camey, S., Ferry, C.P., Manzoli, P., Manenti, C.N. & Schmidt, M.I. (2010). Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population on Brazil. *European Journal of Public Health*, 21(1), 92–97. Recuperado de <https://academic.oup.com/eurpub/article/21/1/92/475804/Violence-during-pregnancy-and-newborn-outcomes-a>. doi:10.1093/eurpub/ckp241
- Öberg, M., Stenson, K., Skalkidou, A., & Heimer, G. (2014). Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counselling. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93, 45-51. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/f088/e9a25b4cd65f0fa4d1e11478d4ec2d29729d.pdf>. doi: 10.1111/aogs.12279
- Okada, M.M., Hoga, L.A.K., Borges, A.L.V., Albuquerque, R.S., & Belli, M.A. (2015). Violência doméstica na gravidez. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 270-4. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307039760013.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201500045>
- Oliveira, L.C.Q., Fonseca-Machado, M.O., Stefanello, J., & Gomes-Sponholz, F. (2015). Violência por parceiro íntimo na gestação: identificação de mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 233-238. Recuperado de

<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/57320/3680>
6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2015.esp.57320>

Ononokpono, D.N., & Azfredrick, E.C. (2014). Intimate Partner Violence and the Utilization of Maternal Health Care Services in Nigeria. *Health Care for Women International*, 35,973–989. doi: 10.1080/07399332.2014.924939

United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Recuperado de <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>

Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pool, M.S., Otupiri, E., Owusu-Dabo, E, Jonge, A., & Agyemang, C. (2014). Physical violence during pregnancy and pregnancy outcomes in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 71. Recuperado de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles>. doi:10.1186/1471-2393-14-71

PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo (2017). Recuperado a 31 julho 2017, de <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Prazeres, V. et al. (Coord.) (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, Direção-Geral de Saúde.

Puccia, M.I.R., & Mamede, M.V. (2012). Revisão integrativa sobre a violência por parceiro íntimo na gestação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, out/dez, 14(4), 944-956. Recuperado de <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/viewFile/16039/13360>

Quinlivan, J.A. & Evans S.F. (2005). Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in setting of best clinical practice. *Arch Womens Ment Health*, 8, 191-199. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-005-0079-7?LI=true>. doi:10.1007/s00737-005-0079-7

Rahman, M. (2015). Intimate partner violence and termination of pregnancy: a cross-sectional study of married Bangladeshi women. *Rahman Reproductive Health*, 12-

102. Recuperado de <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0095-7>.
- Karaoglu, L., Celbis, O., Ercan, C., Ilgar, M., Pehlivan, E.,..., Egri, M. (2005). Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. *European Journal of Public Health*, 16(2), 149–156. Recuperado de <https://academic.oup.com/eurpub/article/16/2/149/505761/Physical-emotional-and-sexual-violence-during>. doi: 10.1093/eurpub/cki161
- Kita, S., Yaeko, K, & Porter, S.E. (2014). Prevalence and Risk Factors of Intimate Partner Violence Among Pregnant Women in Japan. *Health Care for Women International*, 35,442–457. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2013.857320>
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (eds.) (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
- Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (Coords.) (2012). Manual SARAR – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos. Ceira: Serviço de Violência Familiar – Hospital Sobral Cid, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Recuperado de <https://www.cig.gov.pt/siic/wp-content/uploads/2015/01/Manual-SARAR-site.pdf>
- Robbins, H.A., Hurley, E.A., Liu, L; & Chao, S.M. (2015). Multilevel Correlates of Broadly- and Narrowly-Defined Intimate Partner Violence Among Pregnant Women in Los Angeles. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 1643-1651. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4544841/>. doi 10.1007/s10995-015-1675-4
- Rodrigues, D.P., Gomes-Sponholz, F.A., Stefanelo, J., Nakano, A.M.S., & Monteiro, J.C.S. (2014). Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 206-213. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-206.pdf. doi:10.1590/S0080-623420140000200002

- Resolução do Conselho de Ministros N° 102/2013 de 31 de dezembro de 2013. Diário da República n° 253/2013-1ª série. Recuperado de https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/01/V_PL_IGUALD_GENERO.pdf
- Rodrigues, T., Rocha, L. & Barros H.(2008). Physical abuse during pregnancy and preterm delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, February, 171-176. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937807006291>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.05.015>
- Saito, A., Creedy, D., Cooke, M., & Chaboyer, W. (2013). Effect of Intimate Partner Violence on Antenatal Functional Health Status of Childbearing Women in Northeastern Thailand. *Health Care for Women International*, 34, 757–774. Recuperado de https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/55843/88415_1.pdf?sequence=1. doi: 10.1080/07399332.2013.794459
- Sanchez, S.E., Alva, A.V., Chang, G.D., Qiu, C., Yanez, D., Gelaye, B., & Williams, M.A. (2013). Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Exposure to Intimate Partner Violence During Pregnancy in Peru. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 485-492. Recuperado de <https://link.springer.com/article/doi:10.1007/s10995-012-1012-0>.
- Stöckl, H., Hertlein, L., Himsl, I., Delius, M., Hasbargen, U., Friese, K., & Stöckl, D. (2012). Intimate partner violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 128-133. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0412.2011.01264.x/full>
- Scribano, P.V., Stevens, J., & Kaizar, E. (2012). The Effects of Intimate Partner Violence Before, During, and After Pregnancy in Nurse Visited First Time Mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 307-318. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-012-0986-y>. doi 10.1007/s10995-012-0986-y
- Sgobero, J.K.G.S., Monteschio, L.V.C., Zurita, R.C.M., Oliveira, R.R., Mathias, T.A.F. (2015). Violência física por parceiro íntimo na gestação: prevalência e alguns fatores associados. *Aquichan*. 15(3), 339-350. Recuperado de <http://www.scielo.org.co>

/scielo.php?pid=S1657-59972015000300003&script=sci_arttext&tlng=en. doi: 10.5294/aqui.2015.15.3.3

- Shneyderman, Y, & Kiely, M. (2013). Intimate partner violence during pregnancy: victim or perpetrator? Does it make a difference?. *BJOG*, 120, 1375-1385. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12357/full>
- Silva, E.P., Ludermir, A.B., Araújo, T.V.B., & Valongueiro, S.A. (2011). Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Revista Saúde Pública*, 45(6),1044-53. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/2806.pdf>.
- Sistema de Segurança Interna (2016). *Relatório Anual de Segurança Interna – Ano 2016*. Lisboa: Gabinete do Secretário-Geral. Recuperado de https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheActividadeParlamentar.aspx?BID=104739&ACT_TP=RSI
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well - Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352 - 357. Recuperado de http://www.nursing.sites.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) (2015). *O consumo de álcool na gravidez*. Recuperado de http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/157/Relatorio_Divulgacao_EstudoAlcoolGravidez.pdf
- Straus M.A., Hamby S.L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D.B. (1996). *The Revised Conflict Tactic Scale (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data*. *Journal of Family Issues*, 17, 283–316. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/David_Sugarman/publication/240329416_The_Revised_Conflict_Tactics_Scales_CTS2_Development_and_Preliminary_Psychometric_Data/links/0c96052d40683c5e9b000000/The-Revised-Conflict-Tactics-Scales-CTS2-Development-and-Preliminary-Psychometric-Data.pdf
- Topbas, M., Ünsal, M, Çan, G., Bacak, A., & Özgün, S (2008). The Effect of Pregnancy on the Physical and Sexual Abuse of Women That Presented to a State Hospital in

Trabzon, Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 38 (4), 335-342. Recuperado de <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-08-38-4/sag-38-4-8-0708-22.pdf>

UMAR (2016). Observatório de Mulheres Assassinadas da UMAR-Dados 2016. Lisboa: Autor. Recuperado de http://www.umarfeminismos.org/images/stories/oma/2016/Relat%C3%B3rio_Final_OMA_2016.pdf

Usher-Patel, M. (2013). *A Life Course Approach to Improve the Health and Well-being of Women. Evidence, Trends and Action*. Geneva: International Council of Nurses (ICN). Recuperado de http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/Improving_Womens_Health.pdf

Van Parys, A., Deschepper, E., Michielsen, K., Kristien, R., Temmerman, M., & Verstraelen, H. (2015). Intimate partner violence and psychosocial health, a cross-sectional study in a pregnant population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15-278. Recuperado de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0710-1>. doi:10.1186/s12884-015-0710-1

Vicente, L.F. (Coord.) et al. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Vieira, E.M., Perdoná, G.S.C., & Santos, M.A. (2011). Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*, 45(4), 730-7. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/en_2647.pdf

Viellas, E.F., Gama, S.G.N., Carvalho, M.L., & Pinto, L.W. (2013). Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *Jornal de Pediatria*, 89, 83-90. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553613000141>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2012.08.009>

Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura- Um Novo Paradigma da Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, L.F., & Taft, A.J. (2013). Intimate Partner Violence and the Association with Very Preterm Birth. *BIRTH*, 40(1), March, 17-23. Recuperado de <http://online.library.wiley.com/doi/10.1111/birt.12024/full>

- Woods, S.M., Melville, J.L., Guo, Y., Fan, M., & Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 202(61),e1-7. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811236/>. doi:10.1016/j.ajog.2009.07.041
- World Health Organization (2014a). *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
- World Health Organization (2014b). *Violence prevention -The evidence*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77936/1/9789241500845_eng.pdf
- World Health Organization (2007). *Preventing injuries and violence: A guide for ministries of health*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43628/1/9789241595254_eng.pdf
- World Health Organization (2013). *Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1
- World Health Organization (2005). *WHO multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>

ANEXOS

ANEXO I

Autorização da administração da versão portuguesa das CTS2
(CTS15)

Rosa Moreira

De: Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo <bbfi@psi.uminho.pt>
Enviado: 11 de abril de 2012 21:03
Para: Rosa Moreira
Assunto: RE: Pedido autorização uso CTS2

Categorias: Categoria Vermelha

Boa noite Rosa

Tem a minha autorização para administrar a versão portuguesa das CTS-2 no quadro do estudo a que se refere.

Atenciosamente

Barbara Figueiredo
Professora Associada

Escola de Psicologia
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4710-057 Braga
Portugal
e-mail: bbfi@psi.uminho.pt

De: Rosa Moreira [<mailto:rosa@esenfc.pt>]
Enviada: ter 03-04-2012 18:05
Para: Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo
Assunto: Pedido autorização uso CTS2

Boa tarde Profª Drª Bárbara Figueiredo

Tomo a liberdade de a contactar para solicitar informações sobre o pedido de autorização da CTS2 versão portuguesa.

Sou Rosa Moreira, Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estudante do Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa em Lisboa e estou a estudar a violência por parceiro íntimo na gravidez orientada pela Profª Drª Margarida Vieira. Pretendo usar a CTS2 no meu estudo e como o instrumento já está traduzido e validado para Portugal gostaria de o usar. Neste sentido, venho questionar se detém os direitos de autor e me pode conceder a autorização, ou se terei de solicitar ao autor original. Toda a informação que me possa ser facultada sobre o uso deste instrumento será importante e desde já agradeço.

Com os melhores cumprimentos.

Rosa Moreira
Professora Adjunta
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Rua 5 de Outubro e/ou Avenida Bissaya Barreto, Apartado 55
3001-901 Coimbra
Tel 239 802 850 / 239 487 200
Email - rosa@esenfc.pt

ANEXO II

Instrumento de recolha de dados

A- DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Qual a sua idade? anos.

2. Qual a idade do parceiro/marido? anos.

3. Qual o seu Estado Civil?

- Casada/União de Facto
- Solteira
- Outra _____

3.1. Indique o tempo de união com o seu parceiro/marido: anos ou meses.

4. Indique se vive em coabitação (na mesma casa) com parceiro/marido:

- Sim
- Não

4.1. Se respondeu sim à pergunta anterior indique o Tempo que vive em coabitação com o seu parceiro/marido anos ou meses.

5. Indique qual a sua Nacionalidade:

- Só Portuguesa
- Estrangeira. Qual? _____
- Outra. Qual? _____

6. Qual a sua escolaridade completa?

- Não sabe ler, nem escrever
- Ensino Básico (até ao 9º ano)
- Ensino Secundário (do 10º ao 12º ano)
- Ensino Superior (Bacharelato, Mestrado, Doutoramento)

7. Qual a sua situação profissional de emprego durante a última gravidez?

- Empregada
- Desempregada

7.1. Se esteve **desempregada**, durante quanto tempo durou o desemprego durante a última gravidez? meses.

8. Qual a situação profissional de emprego do seu parceiro durante a última gravidez?

- Empregado
- Desempregado

8.1. Se esteve **desempregado**, durante quanto tempo durou o desemprego durante a última gravidez? meses.

9. Indique a estimativa do rendimento líquido anual (em euros) do seu agregado familiar no último ano:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> 0 – 5.000 | <input type="radio"/> 20.001 – 25.000 |
| <input type="radio"/> 5.001 – 10.000 | <input type="radio"/> 25.001 – 30.000 |
| <input type="radio"/> 10.001 – 15.000 | <input type="radio"/> 30.001 – 35.000 |
| <input type="radio"/> 15.001 – 20.000 | <input type="radio"/> 35.001 + |



10. Por favor, indique se viveu história familiar de violência doméstica:

Sim Não

11. Por favor, indique se viveu alguma situação de abuso (físico, psicológico ou sexual) na sua infância/ adolescência (antes dos 18 anos)

Sim Não

B- HISTÓRIA REPRODUTIVA

12. Estava a usar algum método contraceptivo antes da última gravidez?

Sim Não

12.1. Se respondeu sim, indique qual.

- Pílula
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Preservativo
- Anel Vaginal
- Implante cutâneo
- Coito interrompido
- Outro _____

13. Indique o número de vezes que esteve grávida, incluindo a última gravidez. vezes

14. Por favor, indique:

14.1 - Número de filhos nascidos vivos

14.2 - Número de filhos nascidos mortos

14.3 - Número de filhos nascidos prematuros (antes das 37 semanas)

14.4 - Número de filhos nascidos com peso inferior a 2500 gr.

15. Já teve algum aborto (com o atual parceiro/marido)?

Sim Não

15.1. Se respondeu **Sim**, indique quantos:

16. Responda de acordo com a sua situação, se já teve algum destes problemas em gravidezes anteriores e/ou na sua última gravidez:

16.1. Hemorragia vaginal durante a gravidez :

Gravidez anterior	Última Gravidez
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim

16.2. Vômitos frequentes durante a gravidez

Gravidez anterior	Última Gravidez
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim

16.3. Infecções urinárias frequentes

Gravidez anterior	Última Gravidez
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim



C- CARACTERÍSTICAS DA ÚLTIMA GRAVIDEZ

17. A sua última gravidez foi planeada?

- Não, aconteceu por acidente
- Foi planeada apenas por mim
- Foi planeada apenas pelo meu parceiro/marido
- Foi planeada por mim e pelo meu parceiro/marido

18. A sua última gravidez foi aceite?

- Não
- Foi aceite apenas por mim
- Foi aceite apenas pelo meu parceiro/marido
- Foi aceite por mim e pelo meu parceiro/marido

19. Durante a última gravidez fumou tabaco?

- Não
- Sim

19.1. Se respondeu **Sim**, indique quantos cigarros fumou:

Nos primeiros 3 meses de gravidez

- 2 a 5 cigarros/dia
- 6 a 10 cigarros/dia
- 11 a 20 cigarros/dia
- Mais de 20 cigarros/dia

Dos 3 meses aos 6 meses de gravidez.

- 2 a 5 cigarros/dia
- 6 a 10 cigarros/dia
- 11 a 20 cigarros/dia
- Mais de 20 cigarros/dia

Nos últimos 3 meses de gravidez.

- 2 a 5 cigarros/dia
- 6 a 10 cigarros/dia
- 11 a 20 cigarros/dia
- Mais de 20 cigarros/dia

20. Durante a última gravidez bebeu bebidas alcoólicas?

- Não
- Sim

20.1. Se respondeu **Sim**, indique a frequência:

- 1 a 3 vezes
- 4 a 6 vezes
- 7 a 9 vezes
- Mais de 9 vezes



21. Consumiu drogas ilícitas (não autorizadas) durante a última gravidez?

Não Sim

21.1. Se respondeu **Sim**, indique quais?

22. Para determinar o ganho de peso durante a sua última gravidez, indique:

22.1. Peso antes da gravidez: Kg

22.2. Peso no final da gravidez: Kg

23. Na última gravidez, frequentou consultas de vigilância da gravidez?

Não Sim

23.1. Se respondeu **Sim**, indique:

Quando iniciou a primeira consulta de vigilância da gravidez:

Antes do 2º mês de gravidez

Entre o 2º mês de gravidez e durante o 4º mês de gravidez

Após o 4º mês de gravidez

O número de consultas realizadas até ao momento do parto: Consultas



D- QUESTIONÁRIO SOBRE COMPORTAMENTOS DA RELAÇÃO (CTS2)
(Versão CTS15 para ADVS)
Bárbara Figueiredo
Universidade do Minho

Independentemente de duas pessoas se darem bem ou não, há alturas em que discutem, ficam aborrecidas uma com a outra, pretendem coisas diferentes uma da outra, ou têm quezílias ou brigas apenas porque estão de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão. As pessoas têm também formas diversas de tentarem resolver as suas diferenças. A seguir, encontrará uma lista de coisas que podem acontecer quando duas pessoas têm diferenças.

Por favor, assinale quantas vezes aconteceu que, de há um ano para cá, você tenha feito cada uma dessas coisas e, também, quantas vezes aconteceu que, de há um ano para cá, o seu companheiro o fizesse. Se não aconteceu que você, ou o seu companheiro(a), tenha feito qualquer uma dessas coisas no último ano, mas isso já aconteceu antes, marque um "7" na folha de resposta para a questão correspondente. Se isso nunca aconteceu, marque um "8" na folha de resposta.

Quantas vezes isto aconteceu?

- 1 = Uma vez, de há um ano para cá
- 2 = 2 vezes, de há um ano para cá
- 3 = 3-5 vezes, de há um ano para cá
- 4 = 6-10 vezes, de há um ano para cá
- 5 = 11-20 vezes, de há um ano para cá
- 6 = Mais de 20 vezes, de há um ano para cá
- 7 = Não de há um ano para cá, mas isso já aconteceu antes
- 8 = Isso nunca aconteceu

- | | |
|---|---|
| 1. Mostrei ao meu companheiro(a) que me preocupava com ele, mesmo que discordássemos..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 2. O meu companheiro(a) mostrou que se preocupava comigo, mesmo que discordássemos..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 3. Numa discussão, expliquei ao meu companheiro(a) o meu ponto de vista..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 4. O meu companheiro(a) explicou-me o seu ponto de vista numa discussão..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 5. Insultei ou disse palavrões ao meu companheiro(a)..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 6. O meu companheiro(a) fez isso comigo..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 7. Atirei ao meu companheiro(a) alguma coisa que o poderia magoar..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 8. O meu companheiro(a) fez isso comigo..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 9. Torci o braço ou puxei o cabelo ao meu companheiro(a)..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 10. O meu companheiro(a) fez isso comigo..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 11. Tive um entorse, pisadura, ferida ou um pequeno corte por causa de uma luta com o meu companheiro(a)..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 12. O meu companheiro(a) teve um entorse, pisadura, ferida ou pequeno corte por causa de uma luta comigo..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 13. Mostrei respeito pelos sentimentos do meu companheiro(a) acerca de um assunto..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 14. O meu companheiro(a) mostrou respeito pelos meus sentimentos acerca de um assunto..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 15. Fiz o meu companheiro(a) ter relações sexuais sem preservativo..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 16. O meu companheiro(a) fez isso comigo..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 17. Empurrei ou apertei o meu companheiro(a)..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |
| 18. O meu companheiro(a) fez isso comigo..... | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 |



RECOLHA DE DADOS DO PROCESSO CLÍNICO

A - RESULTADOS PERINATAIS da última gravidez

1. Idade gestacional na altura do parto: (semanas)

2. Peso ao nascer: gr

3. APGAR (1º, 5º e 10º minutos)

1º 5º 10º

4. Complicações fetais no último trimestre da gravidez:

Não Sim

Se Sim, quais? _____

5. Complicações fetais durante o nascimento:

Não Sim

Se Sim, quais? _____

6. Complicações do recém-nascido após nascimento:

Não Sim

Se Sim, quais? _____

B - HISTÓRIA REPRODUTIVA

7. Problemas em gravidezes anteriores e/ou na última gravidez:

7.1. Rotura prematura de membranas

Gravidez anterior

Não Sim

Última Gravidez

Não Sim

7.2. Ameaça parto pré-termo

Gravidez anterior

Não Sim

Última Gravidez

Não Sim

7.3. Parto pré- termo

Gravidez anterior

Não Sim

Última Gravidez

Não Sim

7.4. Hipertensão/pré-eclâmpsia

Gravidez anterior

Não Sim

Última Gravidez

Não Sim

7.5. Outras

Gravidez anterior

Não Sim

Última Gravidez

Não Sim



ANEXO III

Parecer da comissão de ética externa

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)**

Parecer N° 75-03/2012

Título do Projecto: Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais.

Identificação do Proponente

Nome(s): Rosa Maria dos Santos Moreira

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra / Universidade Católica Portuguesa.

Investigador Responsável/Orientador: Prof.^a Doutora Margarida Maria Silva Vieira

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

A investigadora propõe-se realizar, no âmbito de programa de doutoramento, estudo com o objectivo de determinar a prevalência da violência por parceiro íntimo (VPI) e alguns factores associados, em mulheres no período pós-parto na região centro de Portugal.

A solicitação de autorização aos serviços para contacto com as puérperas depende do presente parecer.

Propõe-se um "*estudo epidemiológico, observacional, analítico, transversal, do qual se partirá para um de caso controlo*", tendo por base populacional a totalidade de internamentos em serviços de puerpério de nove instituições de saúde. O tamanho da amostra definida tem como pressuposto a existência de dados que apontam para a existência de cerca de um terço de casos de VPI durante a gravidez.

São admitidos danos resultantes da natureza íntima e emocional que envolvem as questões colocadas, prevendo-se providenciar acompanhamento especializado, se necessário, por parte da instituição onde ocorre o internamento.

Não estão previstos custos económicos pela participação no estudo.

Do desenho do estudo, tal como apresentado, estarão garantidas as condições para a participação livre e esclarecida das informantes.

Face ao exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo tal como apresentado.

O relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 18/04/2012 O Presidente da Comissão de Ética: Margarida Maria Silva Vieira



ANEXO IV

Pareceres dos conselhos de administração das instituições



Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Quinta do Alvito
6200-251 COVILHÃ

Nossa Referência Data de Expedição
ICS/385/2012 2012-06-14

— **ASSUNTO:** Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor,

— O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que a aluna Rosa Maria dos Santos Moreira, do Doutoramento em Enfermagem, portadora do Bilhete de Identidade nº 7333372, residente na Rua dos Alqueves, nº 97 - Cave Esq., 3040-008 COIMBRA, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Doutor, cujo projeto se intitula: "Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais".

Da recolha de dados a fazer junto de puérperas internadas nos Serviços de Internamento de Obstetrícia/Puerpério, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo garantido o anonimato dos intervenientes que voluntariamente aceitem colaborar no estudo.

A recolha dos dados será realizada a partir de julho de 2012 prolongando-se, se possível, por um período de cerca de 6 meses.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.cia ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
(Diretor)

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 19 de julho de 2012

Ex. Sr. Diretor

do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher
do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE

Assunto: Solicitação de autorização para investigação

O projeto da investigação que pretendemos desenvolver intitula-se "Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais", estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. Os objetivos são: determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez.

A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. Pretende-se que a puérpera aceite responder a um questionário e que autorize a recolha de dados do seu processo clínico. Neste sentido, prevê-se obter a colaboração de um Enfermeiro/a do serviço, que será a pessoa de referência entre investigador e utente.

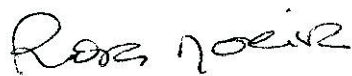
Atendendo à natureza de algumas questões do questionário, que consideramos vir a poder causar algum incómodo físico e emocional, gostaríamos de obter o apoio assistencial do serviço, caso seja necessário. Dispomos ainda, de material informativo (folheto) com orientações sobre serviços/instituições de apoio a vítimas de violência doméstica em Portugal, que colocaremos à disposição das participantes.

Pretende-se com o estudo aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o exposto e com vista à obtenção de autorização para aprovação de realização do estudo, vimos solicitar a V. Ex. autorização para colheita de dados no serviço de internamento de puerpério do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher.

Colocamo-nos ao dispor de V. Ex. para os esclarecimentos que forem entendidos necessários

Com os melhores cumprimentos.



PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Título do Projecto: Violência por parceiro íntimo (VPI) na gravidez e consequências perinatais

Descrição dos Objectivos: Determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez na Região Centro e analisar a associação entre as variáveis.

Metodologia: Estudo Epidemiológico, Observacional, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. A população alvo é o conjunto de puérperas internadas em hospitais de apoio perinatal e apoio perinatal diferenciado da Região Centro do país. Pretende-se obter uma amostra de 389 mulheres expostas a VPI durante a gravidez através da estratificação por local, sendo que no CHCB é necessário obter 17 mulheres expostas a VPI durante a gravidez. Na recolha de dados é usado o questionário, o qual será sujeito a um pré-teste. Alguns dados serão recolhidos diretamente do processo clínico da utente e recém-nascido. Pretende-se a colaboração de um elemento da equipa de enfermagem dos serviços de internamento que será a pessoa de referência entre investigador e utente. Estão garantidos os princípios éticos inerentes à investigação.

Responsáveis:

Investigador: Rosa Moreira **Contacto TM:** 962659147 **Mail:** rosa@esenfc.pt

Orientador: Margarida Vieira **Contacto TM:** 966508530 **Mail:** mmvieira@porto.ucp.pt

Co-Orientador: _____ **Contacto TM:** _____ **Mail:** _____ @ _____

Instituição de Base: Instituto de Ciências da Saúde Lisboa, Universidade Católica Portuguesa

Participantes no projecto que interagem com o DSCM _____

Contactos: Rosa Moreira – 962659147 _____

Recursos solicitados ao DSCM

1. **Instalações:** _____

2. **Equipamentos:** _____

3. **Humanos:** Solicita-se colaboração na distribuição do questionário, obtenção do consentimento Informado junto da utente, completar o preenchimento do instrumento com dados do processo clínico da utente. Solicita-se para esta colaboração um enfermeiro do serviço de internamento que será a pessoa de referência entre investigador e utente, a qual se pretende que seja voluntária, em regime pós-laboral. Como forma compensatória, propomos reconhecer o colega como colaborador na investigação, assim como, a possibilidade de participação como co-autor de artigo científico. Poderemos, ainda, ponderar outro tipo de compensação considerada oportuna, como por exemplo formação/comunicação sobre violência por parceiro íntimo na gravidez, para os Enfermeiros/outras profissionais do serviço/Instituição.

Responsável pela aplicação do Questionário Rosa Moreira

Objectivos científicos: Com este projeto de investigação no âmbito do Doutoramento em Enfermagem pretende-se aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Titulares das publicações em nome do DSCM: O nome do Investigador como primeiro autor, orientador como segundo autor e os restantes colaboradores a seguir. _____

Vertente financeira

Departamento de Saúde da Criança e da Mulher

Direcção

- 1. Fundos disponibilizados ao projecto:** Apoio financeiro da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Apoio da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem. _____
- 2. Encargos indirectos para o DSCM:** Não se prevê encargos. _____
- 3. Proventos:** Possibilidade de colaboração no estudo realizado na Região Centro a par com outros hospitais de apoio perinatal e apoio perinatal diferenciado. Possibilidade de divulgação dos dados obtidos no serviço através de publicação científica em colaboração com o investigador. Possibilidade do desenvolvimento de estratégias potenciadoras de melhorar as respostas em cuidados de saúde à mulher/família no que respeita à intervenção junto da mulher exposta a VPI durante a gravidez. _____

Apresentação dos resultados ao DSCM previsível em: 2014

Covilhã, 19 de julho de 2012, João Noeir, comprometo-me a entregar uma cópia do trabalho elaborado, na Direcção do DSCM, até á data indicada.

O Director do DSCM

Data da decisão da aprovação: ___ / ___ / _____

**PARECER N.º 38/2012 DA COMISSÃO DE ÉTICA DO
CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA, EPE**

Na sua reunião de 24 de Julho de 2012, esta Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para a realização de um projecto de investigação subordinado ao tema "Violência por parceiro íntimo (VPI) na gravidez e consequências perinatais", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher – Serviço de Obstetrícia deste Centro Hospitalar, por Rosa Maria dos Santos Moreira, aluna do Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Apreciado o projecto, concluiu esta Comissão de Ética nada a opor à realização do estudo mesmo.

Covilhã, 24 de Julho de 2012

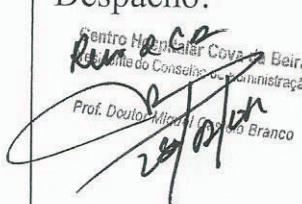
P' O Presidente da Comissão de Ética



(Dr. Neves da Gama)

W.A. Investigação
01/07/2012

Rubi
27/07/12

Parecer:	Despacho:  Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração Prof. Doutor Miriam Branco
----------	---

ASSUNTO: Projecto de Investigação nº62/2012 - "Violência por parceiro íntimo (VPI) na gravidez e consequências perinatais"

PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração DE: Gabinete de Investigação e Inovação	N.º 74/GII Data 25/07/2012
--	---

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização Rosa Maria dos Santos Moreira, aluna do Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para a realização de um estudo subordinado ao tema, "Violência por parceiro íntimo (VPI) na gravidez e consequências perinatais", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher – Serviço de Obstetrícia deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer favorável nº 38/2012, emitido pela Comissão de Ética

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Núcleo de Investigação.

Com os melhores cumprimentos,

?
O Coordenador do Gabinete de Investigação e Inovação



(Prof. Doutor Francisco Alvarez Pérez)

Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 13 de agosto de 2012

Ex. Sra. Enfª Chefe
do Serviço de Obstetria do DSCM
Enfª Rosa Moreira

Assunto: Solicitação de apoio em investigação

O projeto da investigação que pretendemos desenvolver intitula-se “Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais”, estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. Os objetivos são: determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez. Pretende-se com o estudo aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. Pretende-se que a puérpera aceite responder a um questionário e que autorize a recolha de dados do seu processo clínico. Neste sentido, prevê-se obter a colaboração de um/a Enfermeiro/a do serviço, para a entrega e recolha do questionário junto da utente e preenchimento dos dados a recolher do processo clínico, o qual será a pessoa de referência entre investigador e utente.

Após obtenção de autorização para a realização da investigação na vossa unidade de cuidados e tendo em conta, que necessitamos da colaboração de um/a Enfermeiro/a, vimos junto de V. Ex. solicitar apoio na agilização do processo necessário à obtenção desta colaboração, a qual se pretende que seja voluntária, em regime pós-laboral. Como forma compensatória, propomos reconhecer o/os colega/as como colaborador/es na investigação, assim como, a possibilidade de participação como co-autor/es de artigo científico. Estamos ainda, dispostas a ponderar outro tipo de compensação considerada oportuna, como por exemplo formação/comunicação sobre violência por parceiro íntimo na gravidez, para os Enfermeiros do serviço.

Vimos ainda, disponibilizarmo-nos para uma reunião com V. Ex. e equipa de Enfermagem no sentido de esclarecer todas as dúvidas relacionadas com a investigação.

Com os melhores cumprimentos.



Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Santo André - Leiria
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE
Rua das Olhalvas - Pousos
2410-197 LEIRIA

Nossa Referência Data de Expedição
ICS/388/2012 2012-06-14

— **ASSUNTO:** Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor,

— O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que a aluna Rosa Maria dos Santos Moreira, do Doutoramento em Enfermagem, portadora do Bilhete de Identidade nº 7333372, residente na Rua dos Alqueves, nº 97 - Cave Esq., 3040-008 COIMBRA, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Doutor, cujo projeto se intitula: "Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais".

Da recolha de dados a fazer junto de puérperas internadas nos Serviços de Internamento de Obstetrícia/Puerpério, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo garantido o anonimato dos intervenientes que voluntariamente aceitem colaborar no estudo.

A recolha dos dados será realizada a partir de julho de 2012 prolongando-se, se possível, por um período de cerca de 6 meses.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.cia ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
(Diretor)

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 10 de julho de 2012

Ex.mo Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Hospital Santo André, EPE

Assunto: Informações sobre investigação

O projeto da investigação que pretendemos desenvolver intitula-se "Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais", estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. Os objetivos são: determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez.

A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. Pretende-se que a puérpera aceite responder a um questionário e que autorize a recolha de dados do seu processo clínico. Neste sentido, prevê-se obter a colaboração de um Enfermeiro/a do serviço, que será a pessoa de referência entre investigador e utente. Esta colaboração pretende-se que seja voluntária, em regime pós-laboral. Como forma compensatória, propomos reconhecer o/os colega/as como colaborador/es na investigação, assim como, a possibilidade de participação como co-autor/es de artigo científico. Estamos ainda, dispostas a ponderar outro tipo de compensação considerada oportuna, como por exemplo formação/comunicação sobre violência por parceiro íntimo na gravidez, para os Enfermeiros do serviço.

Atendendo à natureza de algumas questões do questionário, que consideramos vir a poder causar algum incómodo físico e emocional, gostaríamos de obter o apoio assistencial do serviço, caso seja necessário. Dispomos ainda, de material informativo (folheto) com orientações sobre serviços/instituições de apoio a vítimas de violência doméstica em Portugal, que colocaremos à disposição das participantes.

Pretende-se com o estudo aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o exposto, reforçamos junto de V.Ex. o pedido de autorização para a colheita de dados pretendida no serviço de internamento de puerpério do Hospital de Santo André e colocamo-nos ao dispor de V. Ex. para os esclarecimentos que forem entendidos necessários e para uma reunião caso considere oportuna.

Com os melhores cumprimentos.

Rosa Moreira



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA
POMBAL

Conselho de Administração

Exmo. Senhor
Diretor
Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa
Palma de Cima
1649 – 023 Lisboa

SAL.HSA 10546 *12-12-05

Assunto: Pedido para realização de colheita de dados

No seguimento da Vossa comunicação, através da qual solicitam autorização para que a aluna Rosa Maria dos Santos Moreira, do Doutoramento em Enfermagem, realize a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Doutor, no âmbito do projeto intitulado “Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais”, serve o presente para informar que o Conselho de Administração, em 2012.11.27, deliberou autorizar o pedido.

Mais se informa que foi dado conhecimento desta deliberação à Directora do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia.

Com os melhores cumprimentos.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

(HELDER MANUEL MATIAS ROQUE)



Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Infante D. Pedro
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
Av. Artur Ravara
3814-501 AVEIRO

Nossa Referência Data de Expedição
ICS/383/2012 2012-06-14

— **ASSUNTO:** Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor,

— O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que a aluna Rosa Maria dos Santos Moreira, do Doutoramento em Enfermagem, portadora do Bilhete de Identidade nº 7333372, residente na Rua dos Alqueves, nº 97 - Cave Esq., 3040-008 COIMBRA, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Doutor, cujo projeto se intitula: "Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais".

Da recolha de dados a fazer junto de puérperas internadas nos Serviços de Internamento de Obstetrícia/Puerpério, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo garantido o anonimato dos intervenientes que voluntariamente aceitem colaborar no estudo.

A recolha dos dados será realizada a partir de julho de 2012 prolongando-se, se possível, por um período de cerca de 6 meses.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.cia ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
(Diretor)

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 23 de julho de 2012

Ex. Sr. Diretor do Serviço de Obstetrícia

Dr. Mário Oliveira

Assunto: Solicitação de autorização para investigação no Serviço de Obstetrícia

O projeto da investigação que pretendemos desenvolver intitula-se “Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais”, estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. Os objetivos são: determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez.

A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. Pretende-se que a puérpera aceite responder a um questionário e que autorize a recolha de dados do seu processo clínico. Neste sentido, prevê-se obter a colaboração de um Enfermeiro/a do serviço, que será a pessoa de referência entre investigador e utente.

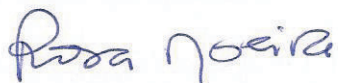
Atendendo à natureza de algumas questões do questionário, que consideramos vir a poder causar algum incómodo físico e emocional, gostaríamos de obter o apoio assistencial do serviço, caso seja necessário. Dispomos ainda, de material informativo (folheto) com orientações sobre serviços/instituições de apoio a vítimas de violência doméstica em Portugal, que colocaremos à disposição das participantes.

Pretende-se com o estudo aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o exposto e com vista à obtenção de autorização para aprovação de projeto de investigação, vimos solicitar a V. Ex. autorização para realização do estudo no serviço de Obstetrícia do Hospital D. Pedro – C. H. Baixo Vouga, EPE.

Colocamo-nos ao dispor de V. Ex. para os esclarecimentos que forem entendidos necessários

Com os melhores cumprimentos.



Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 25 de outubro de 2012

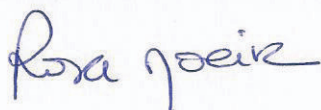
Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética
do Centro Hospitalar Baixo Vouga – Unidade de Aveiro

Assunto: Informação sobre a colaboração para a colheita de dados no serviço de Obstetria

No âmbito da investigação que pretendemos desenvolver sobre “Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais”, em que pretendemos colher dados através da aplicação de um questionário à puérpera internada no serviço de Obstetria, para o qual pretendíamos o apoio de um Enfermeiro/a do serviço, vimos informar que após contacto com a Enfermeira Chefe Maria do Céu Silvestre, ela disponibilizou-se para prestar esta colaboração.

Mantemo-nos ao dispor de V. Ex. para os esclarecimentos que forem entendidos necessários.

Com os melhores cumprimentos.



Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO

Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395

sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt

Matrícula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro

Capital Social 40.284.651 €

Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Ex.mo Senhor
Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
Univ. Católica/Instituto Ciências da
Saúde
Palma de Cima
1649-023 LISBOA

S/ Ref. ^a	S/ Comunicação de	N/ Ref. ^a	Aveiro,
ICS/383/2012	14-06-2012	038922	21-12-2012

ASSUNTO: Pedido para realização de colheita de dados – aluna Rosa Maria dos Santos Moreira.

Em resposta ao pedido de colaboração, e depois de ter obtido parecer favorável da Comissão de Ética, da qual juntamos cópia, vimos pelo presente informar que se autoriza a colheita de dados sobre “Violência de parceiro intimo (VPI) na gravidez e consequências perinatais”.

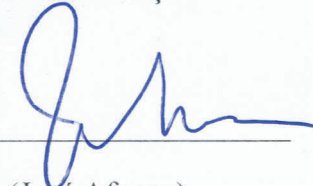
Mais se informa que, deverá contactar o Diretor de Serviço quando iniciar o trabalho.

Quando for dado por concluído o projecto, deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Formação e Investigação deste Centro Hospitalar.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de

Administração



(José Afonso)

GM.

EXMO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DO
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA EPE.

A Comissão de Ética reuniu no dia 14 de Novembro de 2012, com a ausência justificada da senhora Enfermeira D. Maria do Céu e Dr. ^a Isabel.

Analizou um pedido para colheita de dados sobre a “Violência de parceiro íntimo (VPI) na gravidez e consequências perinatais” formulado pela aluna Rosa Maria dos Santos Moreira da Universidade Católica Portuguesa, para ser realizado no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia com a colaboração da senhora enfermeira, D. Maria do Céu Silvestre.

Tem a autorização do Director do Serviço e o consentimento informado e esclarecido.

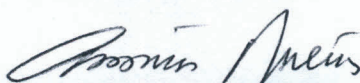
A investigadora deu, em reunião, os esclarecimentos pedidos, tendo rectificado questões previstas no questionário e que poderiam ferir a privacidade das questionadas.

O trabalho obedece a princípios eticamente correctos, pelo que a Comissão de Ética é de parecer que nada há a opor ao pedido formulado.

Respeitosos cumprimentos

Aveiro, 14 de Novembro de 2012

Pela Comissão de Ética



Amorim Figueiredo
(Presidente)



Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Sousa Martins - Guarda
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE
Av. Rainha D. Amélia
6301-857 GUARDA

Nossa Referência Data de Expedição
ICS/387/2012 2012-06-14

— **ASSUNTO:** Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor,

— O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que a aluna Rosa Maria dos Santos Moreira, do Doutoramento em Enfermagem, portadora do Bilhete de Identidade nº 7333372, residente na Rua dos Alqueves, nº 97 - Cave Esq., 3040-008 COIMBRA, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Doutor, cujo projeto se intitula: "Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais".

Da recolha de dados a fazer junto de puérperas internadas nos Serviços de Internamento de Obstetrícia/Puerpério, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo garantido o anonimato dos intervenientes que voluntariamente aceitem colaborar no estudo.

A recolha dos dados será realizada a partir de julho de 2012 prolongando-se, se possível, por um período de cerca de 6 meses.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.cia ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
(Diretor)

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 24 de julho de 2012

Ex. Sr. Diretor do Serviço de Obstetrícia
Hospital Sousa Martins – Guarda
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

Assunto: Solicitação de autorização para investigação

O projeto da investigação que pretendemos desenvolver intitula-se “Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais”, estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. Os objetivos são: determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez.

A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. Pretende-se que a puérpera aceite responder a um questionário e que autorize a recolha de dados do seu processo clínico. Neste sentido, prevê-se obter a colaboração de um Enfermeiro/a do serviço, que será a pessoa de referência entre investigador e utente.

Atendendo à natureza de algumas questões do questionário, que consideramos vir a poder causar algum incómodo físico e emocional, gostaríamos de obter o apoio assistencial do serviço, caso seja necessário. Dispomos ainda, de material informativo (folheto) com orientações sobre serviços/instituições de apoio a vítimas de violência doméstica em Portugal, que colocaremos à disposição das participantes.

Pretende-se com o estudo aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o exposto e com vista à obtenção de autorização para aprovação de realização do estudo, vimos solicitar a V. Ex. autorização para colheita de dados no serviço de internamento de puerpério.

Colocamo-nos ao dispor de V. Ex. para os esclarecimentos que forem entendidos necessários

Com os melhores cumprimentos.

Rosa noeira



Exma. Senhora
Rosa Maria dos Santos Moreira
Rua dos Alqueves, nº 97 – Cave Esq.,
3040 – 008 Coimbra

Sua referência Sua comunicação de

Nossa referência

7217

Data, 12/09/2012

ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados no âmbito da Tese de Doutoramento Subordinada ao tema: “Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais”.

Relativamente ao vosso pedido supra - mencionado, e de acordo com o parecer da Comissão de Ética, de que nada tem a opor, informo que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de Administração

(Dra. Ana Manso)



Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar E Universidade de Coimbra, EPE
Av. Bissaya Barreto – Praceta Prof. Mota Pinto
3000-075 COIMBRA

Nossa Referência Data de Expedição
ICS/386/2012 2012-06-14

— **ASSUNTO:** Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor,

— O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que a aluna Rosa Maria dos Santos Moreira, do Doutoramento em Enfermagem, portadora do Bilhete de Identidade nº 7333372, residente na Rua dos Alqueves, nº 97 - Cave Esq., 3040-008 COIMBRA, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Doutor, cujo projeto se intitula: "Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais".

Da recolha de dados a fazer junto de puérperas internadas nos Serviços de Internamento de Obstetrícia/Puerpério, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo garantido o anonimato dos intervenientes que voluntariamente aceitem colaborar no estudo.

A recolha dos dados será realizada a partir de julho de 2012 prolongando-se, se possível, por um período de cerca de 6 meses.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.cia ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
(Diretor)

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 4 de junho de 2012

Ex. Sr. Diretor do Serviço de Obstetrícia
da Maternidade Dr. Daniel de Matos
Dr. Paulo Moura

Assunto: Solicitação de autorização para investigação no Serviço de Obstetrícia

O projeto da investigação que pretendemos desenvolver intitula-se “Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais”, estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. Os objetivos são: determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez.

A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. Pretende-se que a puérpera aceite responder a um questionário e que autorize a recolha de dados do seu processo clínico. Neste sentido, prevê-se obter a colaboração de um Enfermeiro/a do serviço, que será a pessoa de referência entre investigador e utente.

Atendendo à natureza de algumas questões do questionário, que consideramos vir a poder causar algum incómodo físico e emocional, gostaríamos de obter o apoio assistencial do serviço, caso seja necessário. Dispomos ainda, de material informativo (folheto) com orientações sobre serviços/instituições de apoio a vítimas de violência doméstica em Portugal, que colocaremos à disposição das participantes.

Pretende-se com o estudo aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o exposto e com vista à obtenção de autorização para aprovação de projeto de investigação junto do Diretor da Unidade de Inovação e Desenvolvimento, vimos solicitar a V. Ex. autorização para realização do estudo nos serviços de Obstetrícia da Maternidade Dr. Daniel de Matos.

Colocamo-nos ao dispor de V. Ex. para os esclarecimentos que forem entendidos necessários

Com os melhores cumprimentos.

PARECER CIENTIFICO

Projecto Investigação: Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais.

Promotor: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

Investigador: Rosa Maria dos Santos Moreira

Serviço: Serviço de Obstetrícia da Maternidade Dr. Daniel de Matos

Parecer Científico

Objectivos. Metodologia. Resultados esperados.

Outros Centros ou Serviços envolvidos.

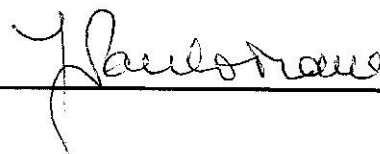
Objetivos: Determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; Caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez; Analisar a associação entre as variáveis em estudo.

Metodologia: Estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. A recolha de dados será feita através de questionário e através do respetivo processo clínico. Prevê-se a colaboração de um Enfermeiro/a do serviço, que será a pessoa de referência entre investigador e utente. Serão tomados os procedimentos necessários à salvaguarda do anonimato e confidencialidade dos dados, assim como estão previstas medidas de proteção face ao risco temporário de incómodo físico e emocional atendendo à natureza das questões que os sujeitos terão de responder.

Resultados esperados: aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Outros Centros/Serviços envolvidos: H. Infante D. Pedro (Aveiro); H. Amato Lusitano (Castelo Branco); CH Cova da Beira (Covilhã); USL Guarda; H. Santo André (Leiria); H. S. Teotónio (Viseu); Maternidade Bissaya Barreto (CHUC).

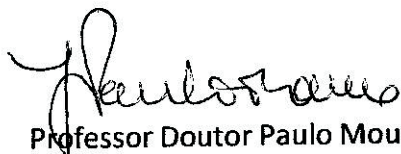
O Director do Serviço



DECLARAÇÃO

Tendo tomado conhecimento dos Objectivos e Metodologia do Projecto de Investigação “*Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais*”, a realizar pela Sra. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Rosa Maria Santos Moreira, a Direcção do Serviço de Obstetrícia do HUC-CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. disponibiliza-se para colaborar no referido Projecto, autorizando a entrevista a puérperas aqui internadas.

Serviço de Obstetrícia, 6 de junho de 2012



Professor Doutor Paulo Moura
Director de Serviço

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 6 de junho de 2012

Ex. Sr^a. Diretora do Serviço de Obstetrícia
da Maternidade Bissaya Barreto
Dr^a. Maria do Céu Almeida

Assunto: Solicitação de autorização para investigação no Serviço de Obstetrícia

O projeto da investigação que pretendemos desenvolver intitula-se “Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais”, estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. Os objetivos são: determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez.

A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. Pretende-se que a puérpera aceite responder a um questionário e que autorize a recolha de dados do seu processo clínico. Neste sentido, prevê-se obter a colaboração de um Enfermeiro/a do serviço, que será a pessoa de referência entre investigador e utente.

Atendendo à natureza de algumas questões do questionário, que consideramos vir a poder causar algum incómodo físico e emocional, gostaríamos de obter o apoio assistencial do serviço, caso seja necessário. Dispomos ainda, de material informativo (folheto) com orientações sobre serviços/instituições de apoio a vítimas de violência doméstica em Portugal, que colocaremos à disposição das participantes.

Pretende-se com o estudo aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o exposto e com vista à obtenção de autorização para aprovação de projeto de investigação junto do Diretor da Unidade de Inovação e Desenvolvimento, vimos solicitar a V. Ex. autorização para realização do estudo nos serviços de Obstetrícia da Maternidade Bissaya Barreto.

Colocamo-nos ao dispor de V. Ex. para os esclarecimentos que forem entendidos necessários

Com os melhores cumprimentos.

Rosa Moreira

Nada a fazer
para a realização do estudo
desde que se encontre
em conformidade com a legislação
nos serviços de Obstetrícia da Maternidade Bissaya Barreto
com a colaboração
assistencial do serviço.

PARECER CIENTIFICO

Projecto Investigação: _Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais.

Promotor: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

Investigador: Rosa Maria dos Santos Moreira

Serviço: Serviço de Obstetrícia da Maternidade Bissaya Barreto

Parecer Científico

Objectivos. Metodologia. Resultados esperados.

Outros Centros ou Serviços envolvidos.

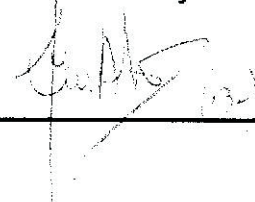
Objectivos: Determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; Caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez; Analisar a associação entre as variáveis em estudo.

Metodologia: Estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. A recolha de dados será feita através de questionário e através do respetivo processo clínico. Prevê-se a colaboração de um Enfermeiro/a do serviço, que será a pessoa de referência entre investigador e utente. Serão tomados os procedimentos necessários à salvaguarda do anonimato e confidencialidade dos dados, assim como estão previstas medidas de proteção face ao risco temporário de incómodo físico e emocional atendendo à natureza das questões que os sujeitos terão de responder.

Resultados esperados: aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Outros Centros/Serviços envolvidos: H. Infante D. Pedro (Aveiro); H. Amato Lusitano (Castelo Branco); CH Cova da Beira (Covilhã); USL Guarda; H. Santo André (Leiria); H. S. Teotónio (Viseu); Maternidade Dr. Daniel de Matos (CHUC).

O Director do Serviço



Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 11 de junho de 2012

Ex. Sr. Enf^o Diretor
do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Enf^o António Marques

Assunto: Solicitação de apoio em investigação no Serviço de Obstetrícia

O projeto da investigação que pretendemos desenvolver intitula-se “Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais”, estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. Os objetivos são: determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez. Pretende-se com o estudo aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. Pretende-se que a puérpera aceite responder a um questionário e que autorize a recolha de dados do seu processo clínico. Neste sentido, prevê-se obter a colaboração de um/a Enfermeiro/a do serviço, para a entrega e recolha do questionário junto da utente e preenchimento dos dados a recolher do processo clínico, o qual será a pessoa de referência entre investigador e utente.

Tendo em conta, que necessitamos da colaboração de um/a Enfermeiro/a dos serviços de internamento de puerpério, vimos junto de V. Ex. solicitar apoio na agilização do processo necessário à obtenção desta colaboração, a qual se pretende que seja voluntária, em regime pós-laboral. Como forma compensatória, propomos reconhecer o/os colega/as como colaborador/es na investigação, assim como, a possibilidade de participação como co-autor/es de artigo científico. Estamos ainda, dispostas a ponderar outro tipo de compensação considerada oportuna, como por exemplo formação/comunicação sobre violência por parceiro íntimo na gravidez, para os Enfermeiros do serviço.

Neste momento, estamos a tratar do processo necessário à obtenção de autorização para a colheita de dados nos serviços de internamento de puerpério do CHUC, de acordo com as orientações da Unidade de Inovação e Desenvolvimento. Assim, apenas pretendemos avançar nos contactos que viabilizem a recolha de dados nos serviços, logo que obtenhamos autorização nesse sentido.

Agradecemos a atenção e colocamo-nos ao dispor de V. Ex. para os esclarecimentos que forem entendidos necessários.

Com os melhores cumprimentos.



Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos

Exma. Senhora
Enf^a. Rosa Maria dos Santos Moreira
R. dos Alqueves, 97 Cave Esquerda
3040-008 Coimbra

15/11/2012

Junto envio a V. Exa., os Pareceres da Comissão de Ética e do Conselho de Administração,
relativos ao Projecto de Investigação:

CHUC-66-12: "VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GRAVIDEZ E CONSEQUÊNCIAS PERINATAIS"

Com os melhores cumprimentos,

Unidade de Inovação e Desenvolvimento

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Visto / À U.I.D.
para difusão

Prof. Doutor José *António*
Director Clínico
C.H.U.C. - EPE
15/10/2012

Exmo. Senhor:
Director Clínico do
CHUC, E.P.E.

N/Ref^a
CES

Ofício N^o
0159

Data
03.10.2012

ASSUNTO: [CHUC-66-12] - *Estudo Observacional "Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais"* - Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas - Director do Instituto de Ciências da Saúde da universidade Católica Portuguesa (Investigadora Principal - Rosa Maria dos Santos Moreira - aluna do Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (estudo a ser realizado no Serviço de Obstetrícia da Maternidade Dr. Daniel de Matos e Maternidade Bissaia Barreto, CHUC).

Cumpre-me informar Vossa Ex.^a que a Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, EPE, reunida em 28 de Setembro de 2012, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu **parecer favorável** à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

O estudo tem como objectivos: 1) Determinar a prevalência da VPI durante a gravidez, na Região Centro; 2) Caracterizar factores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente, e a evolução perinatal da gravidez, das mulheres expostas a VPI durante a gravidez na Região Centro; 3) Analisar a associação entre as variáveis.

O estudo destina-se: 1) Puérperas internadas entre 6 horas após o parto e a alta; 2) 166 puérperas que foram expostas a VPI durante a gravidez.

Plano de investigação: Colaboração dum Enfermeiro de cada Serviço (referência entre investigador e utente); este enfermeiro fará a selecção das puérperas internadas em condições de participarem no estudo, desde que aceitem participar no estudo.

Na recolha de dados é usado um questionário, o qual será sujeito a um pré-teste. Alguns dados serão recolhidos directamente do processo clínico da utente e recém-nascido (sobre elementos da

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

história obstétrica e elementos relacionados com o recém-nascido da última gravidez).

Nenhum questionário será identificado; apenas será atribuído um código para controlo. Os dados recolhidos serão protegidos e apenas usados com o consentimento da utente.

Dado que nas Maternidades existem Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que têm referenciados os grupos a incluir neste estudo, aconselha-se que estes trabalhos sejam desenvolvidos em articulação com os referidos núcleos.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

P' A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DO CHUC, E.P.E.
Comissão de Ética para a Saúde
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do HUC - CHUC

A CES do HUC-CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Dra. Alexandra Vilela; Padre José António Afonso Pais.

A CES do HSC-CHUC: Dra. Cláudia Santos; Dra. Conceição Pascoal; Dra. Ana Maria Martins, Dr. Paulo Figueiredo; Enf.ª Fernanda Pereira.

A CES do HG-CHUC: Dra. Maria Alice Torcato; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dra. Maria Helena Gomes; Dr. José António Pinheiro; Dra. Margarida Cunha Martins



Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos

C.H.U.C. - Conselho de Administração

M. C.
M. C.

M. C.
M. C.
Dr. José Martins Nunes
 Presidente do Conselho de Administração
 C.H.U.C. - EPE

Exm.º Senhor
 Presidente do Conselho de Administração
 do C.H.U.C.

8.11.12

<i>[Signature]</i> (Dr. José Martins Nunes - Presidente)
<i>[Signature]</i> (Dr. Pedro Poldos - Vice-Presidente)
<i>[Signature]</i> (Dr. António M. ...)
28/09/2012 (Dr. António M. ...)

Ref.ª: CHUC-66-12

A pedido da **Sra. Enf.ª Rosa Maria dos Santos Moreira** recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre "**VIOLENCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GRAVIDEZ E CONSEQUÊNCIAS PERINATAIS**", ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 46/2004 de 19 de Agosto e colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

O Director da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

M. C.

(Prof. Doutor Pedro Monteiro)

C.H.U.C. - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. nº 8310 PCA
Origem
3110 2012



Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos

AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	66	12
------	----	----

NOME DO PROJECTO:

"VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GRAVIDEZ E CONSEQUÊNCIAS PERINATAIS"

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Sr. Enf^a. Rosa Maria dos Santos Moreira

De acordo com a Legislação em vigor, é autorizada a realização, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA:

12/11/12

Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

(Dr. José Martins Nunes)



Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital São Teotónio, EPE – Viseu (CHTV, EPE)
Av. Rei D. Duarte
3504-509 VISEU

Nossa Referência Data de Expedição
ICS/389/2012 2012-06-14

— **ASSUNTO:** Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor,

— O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que a aluna Rosa Maria dos Santos Moreira, do Doutoramento em Enfermagem, portadora do Bilhete de Identidade nº 7333372, residente na Rua dos Alqueves, nº 97 - Cave Esq., 3040-008 COIMBRA, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Doutor, cujo projeto se intitula: "Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais".

Da recolha de dados a fazer junto de puérperas internadas nos de Internamento de Obstetrícia/Puerpério, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo garantido o anonimato dos intervenientes que voluntariamente aceitem colaborar no estudo.

A recolha dos dados será realizada a partir de julho de 2012 prolongando-se, se possível, por um período de cerca de 6 meses.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.cia ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
(Diretor)

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 10 de julho de 2012

Ex.mo Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Hospital São Teotónio, EPE

Assunto: Informações sobre investigação

O projeto da investigação que pretendemos desenvolver intitula-se "Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais", estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. Os objetivos são: determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez.

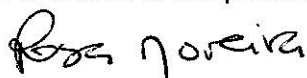
A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. Pretende-se que a puérpera aceite responder a um questionário e que autorize a recolha de dados do seu processo clínico. Neste sentido, prevê-se obter a colaboração de um Enfermeiro/a do serviço, que será a pessoa de referência entre investigador e utente. Esta colaboração pretende-se que seja voluntária, em regime pós-laboral. Como forma compensatória, propomos reconhecer o/os colega/as como colaborador/es na investigação, assim como, a possibilidade de participação como co-autor/es de artigo científico. Estamos ainda, dispostas a ponderar outro tipo de compensação considerada oportuna, como por exemplo formação/comunicação sobre violência por parceiro íntimo na gravidez, para os Enfermeiros do serviço.

Atendendo à natureza de algumas questões do questionário, que consideramos vir a poder causar algum incómodo físico e emocional, gostaríamos de obter o apoio assistencial do serviço, caso seja necessário. Dispomos ainda, de material informativo (folheto) com orientações sobre serviços/instituições de apoio a vítimas de violência doméstica em Portugal, que colocaremos à disposição das participantes.

Pretende-se com o estudo aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o exposto, reforçamos junto de V.Ex. o pedido de autorização para a colheita de dados pretendida no serviço de internamento de puerpério do Hospital São Teotónio e colocamo-nos ao dispor de V. Ex. para os esclarecimentos que forem entendidos necessários e para uma reunião caso considere oportuna.

Com os melhores cumprimentos.



Ministério da Saúde
Conselho de Administração

009100 12SEP12

[Exmo. Senhor
Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
Diretor do Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa
Palma de Cima
1649-023 Lisboa

]

Processo	Vossa referência	Nossa Referência	Data
	ICA/389/2012 14-06-2012	CA	CHTV - 13-09-2012

Assunto: Pedido para a realização de colheita de dados.
- Aluna – Rosa Maria dos Santos Moreira – Doutoramento em Enfermagem.
“Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais”.

Relativamente ao assunto em referência, informamos V. Exa. que foi deliberado em Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, do dia 12-09-2012, com base no parecer da Comissão de Ética desta Instituição:

“Deliberado emitir parecer negativo, dado que não se afigura adequado o período do parto (atá à data) para a realização do estudo; momento em que a mulher tem de efectuar importantes processos adaptativos, designadamente o de vinculação ao recém-nascido.

Contudo, afigurando-se de elevada importância o estudo em perspectiva, deverá o mesmo ser realizado em momento posterior.”

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


(Dr. Carlos Fernando Ermida Rebelo)

ER/ac

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 17 de outubro de 2012

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Hospital São Teotónio, EPE

Assunto: Pedido de esclarecimentos sobre parecer da Comissão de Ética

Estando neste momento na posse da deliberação emitida pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, no dia 12-09-2012, relativamente a pedido para a realização de colheita de dados em serviço de internamento de puerpério, para estudo sobre "Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais" no âmbito do Doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa, vimos muito respeitosamente solicitar informações.

Atendendo a que, apesar do parecer da Comissão de Ética ter sido negativo justificando que o período previsto neste estudo para colheita de dados (internamento de puerpério) não ser adequado, o mesmo parecer contempla no último parágrafo que a colheita de dados deverá ser realizada em momento posterior.

Neste sentido, gostaríamos de obter mais esclarecimentos sobre o momento posterior que nos é proposto e para isso solicitávamos, se possível, agendamento de reunião com a Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos.

Rosa Moreira



Exma. Senhora

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda Mestre da Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde – Lisboa

Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da saúde – Enfermagem

Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

012403 12DEC12

Comissão de Ética para a Saúde

Data: Viseu, 12 de Dezembro de 2012

Assunto: Parecer da CES relativamente à realização do estudo “Violência por Parceiro Íntimo na Gravidez e Consequências Perinatais”, por parte da Doutoranda Mestre Rosa Maria dos Santos Moreira.

Exma. Sra. Doutoranda Mestre Rosa Maria dos Santos Moreira,

Após apreciação preliminar da CES do Centro Hospitalar Tondela Viseu E.P.E., relativamente à realização do estudo em epígrafe, deliberou a mesma emitir parecer negativo à sua realização que nos cumpre fundamentar:

1. No estudo referenciado é proposta a avaliação de um «conjunto de mulheres puérperas, a partir das 6 horas após parto até à data da alta» utilizando uma entrevista estruturada, incluindo a utilização duma escala normalizada.
2. Na referida escala (CTS2) são efetuadas perguntas às puérperas cujo teor é passível de suscitar reações emocionais não despididas e de consequências imprevistas.
3. É dado conhecido da literatura técnico-científica a instabilidade emocional e, até, a depressão transitória do humor (*blue*) das puérperas.



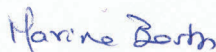
4. Sem prejuízo da boa intenção do estudo, não nos parece oportuno ou tempestivo, sujeitar mulheres, desde meras 6 horas após o parto, num período tipicamente de instabilidade emocional e durante o qual será suposto o estabelecimento de importantes e insubstituíveis vínculos afetivos mãe-filho, ao conteúdo das perguntas constantes do questionário; sendo certo que haverá – seguramente – oportunidades anteriores ou posteriores, de proceder a semelhante inquérito com os mesmos objetivos e virtudes sem, no entanto, condicionar eventuais convulsões emocionais de repercussões incertas não só para a puérpera mas, outrossim para o recém-nascido, bem como para a própria relação vinculativa entre ambos.
5. A previsão duma “negociação” com o Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E. da «colaboração para o encaminhamento assistencial, caso seja necessário» ou da distribuição de «material informativo, com orientações sobre serviços/instituições de apoio a vítimas de violência doméstica», parecem-nos insuficiente compensação paliativa dos potenciais riscos inerentes (e.g: suicídio ou infanticídio in extremis), ética e moralmente inaceitáveis.

Em conclusão, relativamente ao remetimento da realização do estudo para momento, posterior ou anterior – entenda-se relativamente ao internamento do puerpério – deverá o mesmo ficar, salvo melhor opinião, ao critério da Investigadora.

Com os melhores cumprimentos e consideração,

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E.

Dra. Marina Bastos (Presidente)





Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Amato Lusitano
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
Av. Pedro Álvares Cabral
6000-084 CASTELO BRANCO

Nossa Referência Data de Expedição
ICS/384/2012 2012-06-14

— **ASSUNTO:** Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor,

— O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que a aluna Rosa Maria dos Santos Moreira, do Doutoramento em Enfermagem, portadora do Bilhete de Identidade nº 7333372, residente na Rua dos Alqueves, nº 97 - Cave Esq., 3040-008 COIMBRA, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Doutor, cujo projeto se intitula: "Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais".

Da recolha de dados a fazer junto de puérperas internadas nos Serviços de Internamento de Obstetrícia/Puerpério, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo garantido o anonimato dos intervenientes que voluntariamente aceitem colaborar no estudo.

A recolha dos dados será realizada a partir de julho de 2012 prolongando-se, se possível, por um período de cerca de 6 meses.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.cia ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
(Diretor)

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Coimbra, 10 de julho de 2012

Ex.mo Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Hospital Amato Lusitano

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

Assunto: Informações sobre investigação

O projeto da investigação que pretendemos desenvolver intitula-se "Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na Gravidez e Consequências Perinatais", estudo Observacional, Analítico, Transversal, do qual se partirá para um de Caso Controlo. Os objetivos são: determinar a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal; caracterizar fatores demográficos, história reprodutiva, a gravidez recente e a evolução perinatal da gravidez das mulheres expostas a VPI durante a gravidez.

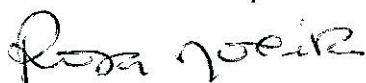
A população alvo deste estudo, são puérperas internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, da Região Centro. Pretende-se que a puérpera aceite responder a um questionário e que autorize a recolha de dados do seu processo clínico. Neste sentido, prevê-se obter a colaboração de um Enfermeiro/a do serviço, que será a pessoa de referência entre investigador e utente. Esta colaboração pretende-se que seja voluntária, em regime pós-laboral. Como forma compensatória, propomos reconhecer o/os colega/as como colaborador/es na investigação, assim como, a possibilidade de participação como co-autor/es de artigo científico. Estamos ainda, dispostas a ponderar outro tipo de compensação considerada oportuna, como por exemplo formação/comunicação sobre violência por parceiro íntimo na gravidez, para os Enfermeiros do serviço.

Atendendo à natureza de algumas questões do questionário, que consideramos vir a poder causar algum incómodo físico e emocional, gostaríamos de obter o apoio assistencial do serviço, caso seja necessário. Dispomos ainda, de material informativo (folheto) com orientações sobre serviços/instituições de apoio a vítimas de violência doméstica em Portugal, que colocaremos à disposição das participantes.

Pretende-se com o estudo aumentar o conhecimento sobre a VPI durante a gravidez em Portugal, para que possibilite a sensibilização e reflexão sobre a dimensão do problema, organização de sistema de identificação e registo de casos, estratégias de intervenção para a prevenção e apoio às vítimas identificadas e a capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o exposto, reforçamos junto de V.Ex. o pedido de autorização para a colheita de dados pretendida no serviço de internamento de puerpério do Hospital Amato Lusitano e colocamo-nos ao dispor de V. Ex. para os esclarecimentos que forem entendidos necessários e para uma reunião caso considere oportuna.

Com os melhores cumprimentos.



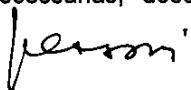
Exmo. Sr.
Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
Diretor do Instituto de Ciências da Saúde
da Universidade Católica Portuguesa
Palmas de Cima
1649-023 Lisboa

Sua Referência	Sua comunicação	N/ Ofício - Data
ICS/384/2012	14.06.2012	Administracao HAL HAL 01 4247 2012-07-19 11:26:02

Assunto: Pedido para realização de colheita de dados

No seguimento do ofício de V. Exa. supracitado, somos a informar que se autoriza a recolha de dados nesta Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, pela aluna Rosa Maria dos Santos Moreira no âmbito do projecto de Investigação "Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais".

Ao dispor para todas as colaborações necessárias, desde que dentro das nossas possibilidades, sou com os melhores cumprimentos,



O Presidente do Conselho de Administração da ULSCB, EPE


Dr. António Vieira Pires

AVP/SC

ANEXO V

Consentimento Informado



INFORMAÇÃO SOBRE INVESTIGAÇÃO

A violência dentro da relação conjugal, especificamente pelo parceiro íntimo sobre a mulher, tem sido alvo de preocupação de organizações de saúde em todo o mundo. Durante a gravidez, é considerada uma séria ameaça à saúde da mãe e do feto/recém-nascido.

Em Portugal existe pouca investigação sobre este problema durante a gravidez, pelo que conhecer mais em profundidade a sua dimensão, e também as consequências para a mãe e para o bebé, é muito importante para que os profissionais de saúde possam trabalhar na adequação dos serviços que prestam. Neste sentido, a sua participação neste estudo é importante, para ajudar ao desenvolvimento de melhores serviços de saúde à mulher grávida.

A sua participação consta no preenchimento de um questionário, o qual está dividido em quatro partes, onde estão questões sobre si e situação familiar, sobre contraceção e acontecimentos relacionados com gravidezes anteriores, sobre a sua última gravidez, e algumas questões sobre comportamentos da relação conjugal. Pretendemos ainda, recolher dados do seu processo clínico, sobre elementos da história obstétrica, assim como elementos relacionados com o feto/recém-nascido da última gravidez.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir em qualquer momento. É garantido o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados apenas usados para o desenvolvimento da presente investigação. Pela natureza de algumas questões, que podem vir a causar-lhe alguma sensibilidade, está prevista a possibilidade de assistência.

Se entender necessitar de esclarecimentos adicionais, poderá contactar a investigadora.

Obrigada pela sua colaboração.

Rosa Maria dos Santos Moreira

Doutoranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Lisboa
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
rosa@esenfc.pt - 962659147

Declaração de Consentimento

Eu, abaixo assinado, concordo em colaborar nesta investigação, tendo sido informada sobre o sigilo do meu nome e de dados que me identifiquem perante terceiros, os quais estarão protegidos pelo investigador e colaboradores.

Fui alertada para a natureza de algumas questões presentes no questionário, que poderão trazer-me recordações difíceis e delicadas e da possibilidade de assistência em caso de necessidade.

A minha participação é voluntária e poderei a qualquer momento interromper a participação no estudo.

Data: __ / __ / __

Assinatura: _____

Consentimento Livre e Informado

Rosa Maria dos Santos Moreira, Professora Adjunta da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a frequentar o Curso de Doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, a realizar um trabalho de investigação no âmbito da Tese de Doutoramento, subordinado ao tema “Violência por parceiro íntimo durante a gravidez e consequências perinatais”, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito. Informo que algumas questões relacionadas sobre comportamentos da vida conjugal poderão causar algum incómodo emocional. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- < Entregou esta informação
- < Explicou o propósito deste trabalho
- < Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pela utente.

Rosa Maria dos Santos Moreira

Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

19/07/2012

(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- < A Sra. leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- < Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- < Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- < A Sra. recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome da Utente (Legível)

Representante Legal

(Assinatura da Utente ou Representante Legal)

(Data)

ANEXO VI

Folheto informativo

Contactos úteis

Número Nacional de Emergência—112

(gratuito 24 h)

GNR- Guarda Nacional Republicana e PSP-

Polícia de Segurança Pública (contactar

posto mais próximo)

Linha Nacional de Emergência Social—144

(gratuito 24 h)

Serviço de Informação a Vítimas de Vio-

lência Doméstica -800 202 148 (gratuito

24h)

CIG—Comissão para a Cidadania e Igual-

dade de Género - 217 983 000/Lisboa -

222 074 370/Porto

Associação de Mulheres Contra a Violên-

cia - 213 802 160

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à

Vítima - 707 200 077 (dias úteis: 10h- 13h

e 14h- 17h)

UMAR - União de Mulheres Alternativa e

Resposta - 218 873 005 /Lisboa 222 025

048/Porto

Fonte:

www.portalseguranca.gov.pt



UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ENFERMAGEM



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA



Sobre a Violência Doméstica

O que é a Violência Doméstica?

Consiste na violência que ocorre na esfera da vida privada, geralmente entre indivíduos que estão relacionados por consanguinidade ou por intimidade e pode assumir diferentes tipos, incluindo a física, a psicológica e a sexual. (ONU, 2004)

A violência dentro da relação conjugal, especificamente pelo parceiro íntimo sobre a mulher, é um problema transversal e alvo de preocupação em todo o mundo.

Em Portugal a Violência Doméstica é crime público. (Artº 152º do Código Penal: Lei nº59/2007, de 4 de setembro)

Conheça a Lei 112/2009, de 6 de setembro, que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica; à proteção e à assistência das suas vítimas.

Proteja-se!

Adote estratégias para aumentar a sua confiança e reagir face aos comportamentos de quem a/o agride.

Em caso de agressão procure um Hospital/Centro de Saúde para ser observada/o. As vítimas de violência doméstica estão isentas de taxas moderadoras.

Apresente queixa no Posto da GNR, na Esquadra da PSP, no Tribunal, nos serviços do Instituto de Medicina Legal mais próximos ou através da internet.

O mais importante é a sua segurança e a dos seus filhos. Evite que o agressor/a se aperceba ou desconfie da sua intenção de apresentar queixa ou de ser observado por profissionais de saúde.

Tipos de violência:

Física—qualquer forma de contacto que magoe a vítima, indo desde a bofetada, o murro ou pontapé até aos espancamentos, queimaduras e agressões com objetos e armas...

Psicológica—ações ou afirmações que pretendem desvalorizar a vítima, afetar a autoestima da vítima—insultos, humilhações, ameaças...

Sexual—submeter a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade.

Social—Promover o isolamento da vítima, restringindo o contacto desta com a família e amigos, proibir o acesso ao telefone, negar o acesso aos cuidados de saúde...

Económica—Negar o acesso ao dinheiro ou a outros recursos básicos, impedir a sua participação no emprego e educação.