

ARTIGO ORIGINAL

Violência sexual durante a gravidez: estudo transversal com mulheres no puerpério

Sexual violence during pregnancy: cross-sectional study with women in puerperium

Mariana Pércia Namé de Souza Franco^a, Fernanda Diniz e Silva^a, Ana Luíza de Oliveira Assis^a, Heloisa Fracalossi Frigini^a, Maria Aparecida dos Santos Traverzim^a, Jefferson Drezett^{b,c}



^aDepartamento de Obstetria e Ginecologia - Conjunto Hospitalar do Mandaqui. São Paulo, Brazil.

^bDepartamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade - Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, Brazil.

^cDisciplina de Saúde Sexual, Reprodutiva e Genética Populacional - Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, Brazil.

Autor correspondente
marianapercia@gmail.com

Manuscrito recebido: maio 2021
Manuscrito aceito: dezembro 2021
Versão online: outubro 2022

Resumo

Introdução: a violência sexual durante a gravidez é grave violação de direitos humanos e de direitos reprodutivos. Sua prevalência é variável e multifatorial, dependendo do território analisado e de fatores socioculturais e econômicos, exigindo permanente monitoramento.

Método: estudo transversal conduzido no Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, Brasil. Foi aplicado o Abuse Assessment Screen (AAS) para 350 puérperas, com desfecho de sofrer ou não violência sexual na gravidez, com dados coletados entre setembro e dezembro de 2021. Dados sociodemográficos e reprodutivos foram considerados. Empregamos técnica de urna, com dados pré-codificados analisados em EpiInfo® por Qui-quadrado de Pearson e teste de Mann Whitney, adotando valor de $p < 0,05$ e IC de 95%. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 50580421.5.0000.5551.

Resultados: verificamos oito casos de violência sexual (2,3%) e perda de amostra de 18,9%. Mulheres que sofreram violência sexual reportaram mais violência física nos últimos 12 meses (25,0% x 6,1% - $p = 0,033$, OR/IC 0,19: 0,03-1,03) e medo do parceiro íntimo mais frequente (25,0% x 3,5% - $p = 0,002$, OR/IC 0,10: 0,01-0,59), mas não constatamos diferença no antecedente de sofrer violência antes dos 15 anos e pelo parceiro ao longo da vida. Não observamos diferença quanto a idade, escolaridade, raça/cor, união, renda e trabalho. O mesmo ocorreu para aspectos reprodutivos, sem diferença quanto a ocorrência de prematuridade, gestação de alto risco, planejamento reprodutivo e uso de tabaco/álcool na gestação.

Conclusão: a prevalência de violência sexual na gestação foi menor do que em outros estudos brasileiros e populações de outros países. Mulheres com violência sexual na gestação enfrentam um cotidiano de medo e de violência física mais frequente. O antecedente elevado de sofrer violência antes dos 15 anos e de experimentar violência física ou emocional pelo parceiro íntimo pode agravar a situação. O elevado antecedente de violência e de medo do parceiro pode ter colaborado para eventual subdeclaração.

Palavras-chave: delitos sexuais, violência contra mulher, gestantes, vítimas de crime, violência por parceiro íntimo.

Suggested citation: Franco MPNS, Silva FD, Assis ALO, Frigini HF, Traverzim MAS, Drezett J. Sexual violence during pregnancy: cross-sectional study with women in puerperium. *J Hum Growth Dev.* 2022; 32(3):331-340. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v32.13786>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

Este estudo deriva de Trabalho de Conclusão de Especialização em Ginecologia e Obstetrícia realizado por Mariana Pércia Namé de Souza Franco e por Fernanda Diniz e Silva no Complexo Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, Brasil. O interesse pela violência de gênero está presente em suas formações acadêmicas e o tema da violência sexual contra a mulher durante a gestação, em particular, decorre das observações durante as atividades clínicas e de formação profissional.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

A aplicação do Abuse Assessment Screen (AAS), instrumento para o rastreamento da violência contra a mulher no período gestacional, não constatou fatores sociodemográficos ou reprodutivos associados com a violência sexual na gestação. Contudo, mulheres que sofreram violência sexual na gestação experimentaram mais violência física no último ano e temor do parceiro íntimo mais frequente.

O que essas descobertas significam?

Consideramos que nossos achados contribuem com os indicadores de alta prevalência de violência de gênero e para aumentar a visibilidade do fenômeno no país, destacando a necessidade dos serviços de saúde em identificar e enfrentar a violência sexual durante a gestação.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é reconhecida como grave violação dos direitos humanos e importante questão para a saúde pública. Em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 30% a prevalência global de violência física e sexual contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo, e em 7,2% a prevalência por agressor não parceiro. A violência por parceiro íntimo mostrou distribuição variável, com 24,6% no Pacífico Ocidental, 25,4% na Europa, 29,2% nas Américas, 36,6% na África, e 37,7% no Sudeste da Ásia¹.

Vários fatores são fortemente relacionados com a violência de gênero, como o baixo status socioeconômico, a menor escolaridade da mulher ou do parceiro, o escasso apoio social, e a dependência financeira ou emocional^{2,3}. Nesse contexto, a violência durante a gestação é definida pela ameaça ou ação de violência física, sexual ou psicológica contra a gestante¹. Nos países em desenvolvimento com maiores desigualdades sociais, problemas de saúde pública e iniquidade de gênero, a prevalência da violência durante a gestação é elevada, variando entre 3,8% e 58,6%⁴⁻⁶.

A violência durante a gravidez é uma importante causa de suicídio e de mortalidade materna¹, associando-se com maior risco de aborto⁷, óbito fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer⁸, rotura prematura de membranas⁹, e óbito neonatal¹⁰. São frequentes sintomas depressivos e Transtorno de Estresse Pós-Traumático¹¹. Essas mulheres terminam expostas ao estresse emocional contínuo, o que afeta o desfecho perinatal e altera comportamentos, podendo repercutir no estado nutricional e nos cuidados de saúde¹². Mulheres que sofrem violência na gravidez estão mais propensas a iniciar o pré-natal tardiamente¹³, têm maior chance de realizar esse cuidado de maneira insatisfatória^{14,15}, e de interrompem o aleitamento mais precocemente¹⁶. Durante o pré-natal há maior risco de infecção urinária e de sangramento genital¹⁷.

A gravidez parece ser um momento do ciclo de vida da mulher em que a violência pode assumir contornos diferentes. Alguns estudos reportam maior violência psicológica¹¹ e menor violência física e sexual¹⁸, enquanto outros observam maior risco de sofrer violência física, com mais frequência e gravidade, ou de as agressões se iniciarem nessa fase^{19,20}.

Estima-se que a prevalência de violência sexual na gestação (VSG) oscile entre 0,9% e 28%²¹⁻²⁶. Nesses

casos, as mulheres terminam sujeitas a agravos adicionais, como lesões anogenitais e infecções sexualmente transmissíveis²⁷, maior sofrimento sexual²⁸, e problemas de saúde mental mais frequentes³⁰. No Brasil não há inquérito nacional ou pesquisa de base populacional sobre violência física, psicológica ou sexual durante a gestação. A maioria dos estudos envolve puérperas atendidas em maternidades públicas e abordam a violência física na gestação praticada pelo parceiro íntimo, com prevalência entre 5,1% e 18,2%^{9,12,30,31}. Assim, o objetivo deste estudo é identificar a prevalência de VSG e suas características sociodemográficas e reprodutivas entre mulheres atendidas em um hospital público de referência no município de São Paulo.

MÉTODO

Desenho do estudo

Estudo transversal conduzido no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, hospital de referência para atendimento em saúde da mulher na região Norte do município de São Paulo, Brasil. O hospital tem gestão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e financiamento pelo Sistema Único de Saúde, com acesso gratuito para a população, realizando entre 150 a 200 partos mensais.

População do estudo

A população de estudo foi composta por mulheres com 18 anos ou mais que se encontravam no período de até 72 horas do puerpério, com recém-nascidos com peso maior que 500 gramas. Foram excluídas adolescentes menores de 18 anos, mulheres com deficiência intelectual impeditiva para responder as questões, e mulheres que sofreram aborto.

Variáveis de estudo e desfechos

O desfecho foi a declaração de sofrer ou não violência sexual durante a gravidez (VSG), alocadas em dois grupos. Analisamos as variáveis sociodemográficas idade, escolaridade, raça/cor, situação de união, e trabalho ou ocupação. A escolaridade, raça/cor e situação de união foram categorizadas segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³². A análise da escolaridade agrupou as mulheres em baixa escolaridade ou não, com nove anos ou menos de ensino formal. A variável raça/cor

analisou as mulheres negras, soma das pardas e pretas³², contra mulheres não negras. A situação de união agrupou mulheres unidas ou não unidas.

Os aspectos reprodutivos incluíram o planejamento da gestação, prematuridade, gravidez de risco e o uso de álcool ou tabaco durante a gestação. O antecedente de sofrer violências considerou a declaração de sofrer violência antes dos 15 anos, a violência física ou emocional por parceiro íntimo ou conhecido, a ocorrência de violência física nos últimos 12 meses, e a declaração de medo do parceiro íntimo.

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Adotamos a versão em português do Abuse Assessment Screen (AAS), instrumento específico para o rastreamento de violência contra a mulher durante a gestação. O AAS foi desenvolvido pelo Nursing Research Consortium on Violence and Abuse, em 1989, com equivalência semântica e validação da versão em português, em 2000³³. As puérperas responderam o AAS e as questões sociodemográficas e reprodutivas manualmente, em formulário impresso sem identificação, depositado em urna lacrada. Essa etapa foi conduzida em sala fechada e com privacidade no período de setembro a dezembro de 2021.

Um pesquisador capacitado se manteve em sala para ajudar quando solicitado, mas sem interferir nas respostas das mulheres ou acessar o impresso antecipadamente. A abertura da urna e o acesso aos impressos foram feitos após a conclusão da amostra. Considerando a possibilidade de eventos emocionais adversos causados pela lembrança da violência, foi garantido atendimento psicológico e social para as mulheres que assim desejaram.

Cálculo da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra foi adotada a prevalência de 20% de violência contra a mulher na gestação, estimada pela OMS1, com erro absoluto de 5%, nível de significância de 5% e poder do teste de 80%, resultando em amostra robusta de 350 mulheres.

Análise estatística

As entrevistas foram pré-codificadas e tabuladas em software Excel®, versão 2010, e os dados analisados

em software EpiInfo®, versão 7.2.3.1. Foram construídas tabelas de frequência entre sofrer ou não violência sexual durante a gestação e as variáveis de estudo. Aplicamos o teste de Qui-quadrado de Pearson para tabelas de contingência e associação, e o teste de Mann Whitney para amostras independentes. Fixamos em 0,05 ($p < 0,05$) o nível de rejeição da hipótese de nulidade, com Intervalo de Confiança (IC) de 95%.

Aspectos éticos

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram a oportunidade de fazer perguntas e obter esclarecimentos. Ao final da participação, todas as mulheres receberam informações escritas sobre órgãos governamentais disponíveis de proteção e tratamento para mulheres em situação de violência.

Foram observadas as resoluções nº 196/1996 e nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre aspectos éticos inerentes à pesquisa com seres humanos. Nenhuma paciente foi por qualquer meio identificada. O manejo das informações foi realizado em computador protegido por senha e com acesso restrito aos pesquisadores. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, aprovação CAAE nº 50580421.5.0000.5551.

RESULTADOS

Foram convidadas para participar do estudo 432 puérperas e recusa de 82 mulheres, resultando em perda de 18,9% e amostra final de 350 mulheres. Encontramos oito casos de violência sexual na gestação (VSG), prevalência de 2,3%. Entre as mulheres que não sofreram VSG a idade variou de 18 a 46 anos, média de 32,2 ± 6,26 anos e mediana 26 anos. Entre as que sofreram VSG a idade variou entre 19 e 41 anos, média de 28,3 ± 9,85 anos e mediana 23 anos, sem diferença significativa. Não observamos diferença para as variáveis sociodemográficas de idade, renda, baixa escolaridade, raça/cor, união e trabalho. Quanto aos aspectos reprodutivos, em ambos os grupos a maioria das mulheres declarou que a gestação não foi planejada e sem diferença quanto a ocorrência de prematuridade, gestação de risco ou uso de álcool/tabaco (tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas e reprodutivas de mulheres no puerpério segundo declaração de sofrer ou não violência sexual durante a gravidez, Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, 2021

	Violência sexual não (n=342)		Violência sexual sim (n=8)		Total (n=350)		OR (IC 95%)	p*
	n	%	n	%	n	%		
Renda **								
< 1	174	51,1	6	75,0	180	51,4	0,34 (0,06-1,73)	0,177
1 – 2	140	40,9	2	25,0	142	40,6	2,07 (0,41-10,45)	0,364
> 2	28	8,0	0	0	28	8,0	-	0,398
Baixa escolaridade ***								
sim	73	21,3	3	37,5	76	21,7	0,45 (0,10-1,93)	0,273

Continuação - Tabela 1: Características sociodemográficas e reprodutivas de mulheres no puerpério segundo declaração de sofrer ou não violência sexual durante a gravidez, Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, 2021

	Violência sexual não (n=342)		Violência sexual sim (n=8)		Total (n=350)		OR (IC 95%)	p*
	n	%	n	%	n	%		
Não	269	78,7	5	62,5	274	78,3		
Raça / cor								
Negra	216	63,1	5	62,5	221	63,1	1,02 (0,24-4,37)	0,969
Não negra	126	36,9	3	37,5	129	36,9		
Situação de união								
Sim	236	69,4	3	37,5	239	68,2	3,71 (0,87-15,81)	0,058
Não	106	30,6	5	62,5	111	31,8		
Trabalho								
Sim	154	45,0	4	50,0	158	45,1	0,81 (0,20-3,32)	0,780
Não	188	55,0	4	50,0	192	54,9		
Gestação planejada								
Sim	121	35,4	2	25,0	123	35,1	1,64 (0,32-8,26)	0,543
Não	221	64,6	6	75,0	227	64,9		
Gestação de risco								
Sim	109	31,9	3	37,5	112	32,0	0,77 (0,18-3,32)	0,735
Não	233	68,1	5	62,5	238	68,0		
Uso de álcool ou tabaco								
Sim	36	10,5	0	0	36	10,3	-	0,332
Não	306	89,5	8	100,0	314	89,7		
Prematuridade								
Sim	32	9,4	1	12,5	33	9,4	0,72 (0,08-6,06)	0,736
Não	310	90,6	7	87,5	317	90,6		

Legendas: OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confiança. *Teste de Qui-Quadrado de Person. **Salário mínimo de R\$ 1.100,00 mensais. ***9 anos ou menos de escolaridade.

Nos antecedentes de violências (tabela 2), não ocorreu diferença para a violência antes dos 15 anos e para violência física ou emocional por parceiro íntimo ou conhecido nos dois grupos. Observamos diferença significativa para violência física nos últimos 12 meses,

mais frequente nas mulheres com VSG, mas sem diferença quanto ao autor dessa violência ou número de agressões. O medo do parceiro se mostrou mais frequente entre as que sofreram VSG.

Tabela 2: Antecedente de violências entre 350 mulheres no puerpério segundo declaração de sofrer ou não violência sexual durante a gravidez, Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, 2021

	Violência sexual não (n=342)		Violência sexual sim (n=8)		Total (n=350)		OR (IC 95%)	p*
	N	%	n	%	n	%		
Violência antes dos 15 anos								
Sim	63	18,4	2	25,0	65	18,6	0,67 (0,13-3,43)	0,636
Não	279	81,6	6	75,0	285	81,4		
Violência física ou emocional por parceiro ou conhecido								

Continuação - Tabela 2: Antecedente de violências entre 350 mulheres no puerpério segundo declaração de sofrer ou não violência sexual durante a gravidez, Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, 2021

	Violência sexual não (n=342)		Violência sexual sim (n=8)		Total (n=350)		OR (IC 95%)	p*
	N	%	n	%	n	%		
Sim	107	31,3	4	50,0	111	31,7	0,45 (0,11-1,85)	0,260
Não	235	68,7	4	50,0	239	68,2		
Violência física nos últimos 12 meses								
Sim	21	6,1	2	25,0	23	6,6	0,19 (0,03-1,03)	0,033
Não	321	93,9	6	75,0	327	93,4		
Autor da violência								
parceiro íntimo	16	76,2	2	100,0	18	78,3	-	0,435
estranho / desconhecido	5	23,8	0	0	5	21,7		
Numero de agressões								
uma	6	28,6	0	0	6	26,1	-	0,379
múltiplas	15	71,4	2	100,0	17	73,9		
Medo do parceiro íntimo								
Sim	12	3,5	2	25,0	14	4,0	0,10 (0,01-0,59)	0,002
Não	330	96,5	6	75,0	336	96,0		

Legendas: OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confiança. *Teste de Qui-Quadrado de Person.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência de violência sexual na gestação (VSG) de 2,3% foi semelhante ao verificado no país por Santos *et al.* (2010)⁹, com 2,1% no Rio de Janeiro, e por Durand e Schraiber (2007)³, com 3,1% em São Paulo. Mas foi menor do que o observado em São Paulo por Ferri *et al.* (2007)³³, com 5%; por Okada *et al.* (2015)¹¹, com 4,9%; em Campinas por Audi *et al.* (2008)¹⁴, com 6,5%; e no Rio de Janeiro por Moraes e Reichenheim (2002)³⁰, com 9,9%. Comparado com outros países, nosso resultado se aproximou ao da Itália, verificado por Bo *et al.* (2020)²⁰, com 2,6%, e em Uganda, por Kaye *et al.* (2006)²⁵, com 2,7%. Prevalências mais altas foram descritas na Turquia, de 5,9% (Gürkan *et al.*, 2020)²⁹; na Nicarágua, de 7,0% (Valladares *et al.*, 2005)²²; na China, de 9,4% (Leung *et al.*, 1999)²⁴; em Ruanda, de 9,7% (Rurangirwa *et al.*, 2017)³⁵; no Reino Unido, de 10% (Johnson *et al.*, 2003)²³; no Irã, de 12,5% (Naghizadeh *et al.*, 2021)³⁶; e no Malawi, de 28% (Chasweka *et al.*, 2018)²⁶.

A prevalência de VSG que encontramos foi menor do que o observado na maior parte dos estudos nacionais e internacionais. A confidencialidade e a privacidade durante a aplicação dos instrumentos de pesquisa são fundamentais para evitar o constrangimento ou o temor de revelar violências^{5,9}. Ao adotarmos a técnica de urna e conduzirmos a atividade em sala reservada, sem gravação, sem acompanhante, e sem respostas verbais diretas para um entrevistador, buscamos reduzir a subdeclaração da

violência. Entretanto, reconhecemos essa possibilidade, seja pela eventual percepção de insuficiência desses cuidados para algumas mulheres, pela limitação sociocultural para reconhecer a violência ou por formas de coerção e intimidação menos explícitas.

Neste estudo, a média de idade das mulheres com VSG (28,3 ± 9,85 anos) não se mostrou diferente das mulheres que não sofreram violência (32,2 ± 6,26 anos). Nossa escolha por não incluir adolescentes menores de 18 anos dificultou a comparação com outros estudos que incluíram mulheres mais jovens. Na literatura, a menor ou a pouca idade da mulher é relevante para sofrer violências durante a gestação. Adolescentes podem passar a sofrer violências após revelarem a gestação, tanto pela família como pelo parceiro íntimo¹⁹. Estudos como o de Moraes e Reichenheim (2002)³⁰, de Moraes *et al.* (2010)¹⁵, e de Rurangirwa *et al.* (2017)³⁵ associaram a menor idade da mulher com a violência durante a gestação, enquanto Bessa (2014)³¹ não encontrou diferença entre adolescentes e adultas.

Diferente de muitos estudos, nós não verificamos relação entre baixa escolaridade e maior frequência de VSG, assim como Santos *et al.* (2010)⁹, Khosla *et al.* (2005)⁴, Bessa (2014)³¹, e Okada *et al.* (2015)¹¹. Também não encontramos diferença entre as mulheres segundo a renda e trabalho, diferente de Bessa (2014)³¹, que verificou menor renda nas que sofreram VSG, mas não quanto ao trabalho. Poucos estudos como o de Cervantes-Sánchez *et al.*, (2016)³⁷ constataram níveis

maiores de ocupação entre mulheres em situação de violência na gestação. As evidências, no entanto, são contundentes quanto desigualdades sociais, pobreza, baixa escolaridade, dependência financeira e desemprego como fatores associados à violência doméstica durante a gestação^{3,8,11,22,26,30}.

A questão racial é descrita como relevante para sofrer violência na gestação e desfavorável para as mulheres negras e minorias étnico-raciais^{38,39}. Estudo de Garcia e Silva (2014)⁴⁰ com 86 serviços de emergência brasileiros encontrou quase 70% dos casos de violência envolvendo mulheres negras. O feminicídio no Brasil, extremo da violência contra a mulher, também é mais frequente entre mulheres negras. No período de 2016 a 2018, Monteiro *et al.* (2021)⁴² encontraram taxa de 12,5/100.000 óbitos entre mulheres negras, enquanto a taxa entre brancas foi quase a metade, de 5,9/100.000. Apesar de reconhecermos a maior vulnerabilidade das mulheres negras para sofrer violências, essa variável não se relacionou com a VSG neste estudo, assim como nos achados de Bessa (2014)³¹.

O antecedente de sofrer violência física nos últimos 12 meses foi significativamente maior nas mulheres com VSG (25,0%), todas declarando o parceiro íntimo como agressor. Esse valor foi notadamente maior do que o verificado em nosso meio por Ferri *et al.* (2007)³⁴, de 14,6%; por Santos *et al.* (2010)⁹, de 9,4%; por Fiorotti *et al.* (2018)⁴², de 7,6%; por Menezes *et al.* (2003)¹², de 13,1%; e por Durand e Schraiber (2007)³, de 13,5%. Apenas o estudo de Moraes e Reichenheim (2002)³⁰ mostrou valores maiores, com 33,8%.

As evidências são consistentes sobre o papel do parceiro íntimo na violência contra a mulher, inclusive na gestação. Contudo, alguns estudos apontam que mulheres sem parceiro estão mais propensas a sofrer violências na gestação⁴²⁻⁴⁴. Nesse aspecto é possível que o fator protetor da união se associe com valores comuns entre a mulher e o parceiro na formação e relações familiares⁴⁴. Neste estudo, não encontramos relação entre a situação de união da mulher e sofrer VSG, assim como reportado por Bessa (2014)³¹. Nós inferimos que a união que a declaração de não viver em união possa ser uma categoria subordinada, sendo mais importante ter ou não um parceiro íntimo.

Também não observamos diferença no antecedente de sofrer violência física ou emocional pelo parceiro íntimo ou outra pessoa próxima. Entretanto, a frequência dessa situação mostrou considerável magnitude, alcançando 50,0% das mulheres com VSG e 31,3% das mulheres sem VSG, reforçando o papel do parceiro íntimo nas relações violentas de gênero. Em certa medida, esse achado se traduz no medo do parceiro íntimo nas mulheres com VSG (25,0%), quase sete vezes mais frequente do que em mulheres sem VSG (3,5%). Nosso resultado mostrou semelhança com outros estudos brasileiros, como o de Durand e Schraiber (2007)³, com 26,5%, e de Audi *et al.* (2008)¹⁴, com 19,1%. Também se aproximou dos resultados em Uganda (24,8%)²⁵, no Reino Unido (27,0%)²³, e na Nicarágua (32%)²². Poucos estudos apontaram valores maiores, como o de Moraes e Reichenheim (2002)³⁰, com 78,3% no Rio de Janeiro. Resultados menores foram constatados na China (3,6%)²⁴

e no Canadá (1,5%)⁴⁵. No entanto, a maioria desses estudos incluiu mulheres que sofreram violência durante a gravidez, não tratando especificamente da VSG, o que limita as comparações.

Nós não encontramos diferença no antecedente de sofrer violência antes dos 15 anos nas mulheres estudadas. Mesmo assim, 18,4% das mulheres sem VSG e 25,0% com VSG declararam essa situação, contribuindo para a percepção da adolescência como uma etapa de maior vulnerabilidade para sofrer violências. Além disso, o dado corrobora com o entendimento de que muitas mulheres vivenciam contínua e recorrente violência ao logo da vida. No ano de 2019, as instituições de segurança pública brasileiras registraram quase 60% dos casos de violência sexual entre menores de 13 anos de idade⁴⁶. Outro estudo brasileiro constatou quase 25% dos casos de violência sexual entre adolescentes de 12 a 17 anos⁴⁷.

Os elevados valores que encontramos nos dois grupos para a violência física nos últimos 12 meses, violência praticada pelo companheiro no passado, e de temor do parceiro íntimo, contrastam com a baixa prevalência de VSG que encontramos. Acreditamos ser razoável supor um efeito sinérgico dessas formas de violência de gênero para inibir as mulheres de declarar a VSG, particularmente pelo medo represálias.

Resultados perinatais adversos da violência na gestação, como a prematuridade e baixo peso ao nascer, podem se relacionar com fatores neuroendócrinos, como sugerido por Talley *et al.* (2006)⁴⁸, que encontraram relação linear significativa nos níveis de beta-endorfina e de hormônio adrenocorticotrófico entre as mulheres que sofreram violência na gestação. Nós não encontramos maior frequência de prematuridade nas mulheres com VSG, diferente dos resultados de Santos *et al.* (2010)⁹, e de Belay *et al.* (2019)⁴⁹.

A gestação não planejada é descrita em nosso meio por Okada *et al.* (2015)¹¹ e por Santos *et al.* (2010)⁹ como fator de risco para sofrer violência durante a gestação. Embora a falta de planejamento reprodutivo tenha sido expressiva entre mulheres com VSG (75%), não encontramos diferença com as mulheres sem VSG (64,6%). Esse achado parece não diferir da situação reprodutiva global das mulheres brasileiras, mesmo com a atual prevalência elevada de uso de métodos contraceptivos modernos e a decrescente taxa de fecundidade⁵⁰. Também não encontramos relação entre sofrer VSG e maior consumo de álcool/tabaco, ou de gestação de alto risco, diferente do observado por Santos *et al.* (2010)⁹.

Outros fatores têm sido associados com a violência durante a gestação, como a religião da mulher^{11,42,51}, ser solteira ou ter filhos com outro parceiro⁴³, ter união precoce antes dos 18 anos⁵², ou viver em áreas urbanas³⁵. Quanto ao parceiro íntimo, aponta-se o etilismo, a baixa escolaridade⁵³, a pouca idade¹⁴, uso de drogas psicoativas^{2,14}, infidelidade⁵², possessividade⁵⁴, ou a dúvida sobre a paternidade da gestação em curso⁵⁴. A questão geracional surge para mulheres que vivenciam violência doméstica antes dos 15 anos, com maior risco de sofrerem violência na gestação quando adultas^{12,14}. Apesar de não explorarmos esses aspectos, nós reconhecemos sua importância para estudos futuros.

Considerando as características do Sistema Único de Saúde no Brasil, os serviços públicos de assistência pré-natal são espaços privilegiados para identificar mulheres em situação de violência durante a gestação⁹. Contudo, excepcionalmente as mulheres revelam violências por questões culturais e de gênero, ou por medo e constrangimento, o que colabora para restringir a visibilidade do fenômeno². Além disso, a violência geralmente não deixa evidências ao exame físico que permitam aos profissionais de saúde identificar ou suspeitar de sua ocorrência⁹. Limitações como essas exigem que as políticas públicas de saúde adotem novas formas de acolhimento e de reconhecimento do problema.

Ao mesmo tempo, casos de violência durante gestação deveriam ter os autores identificados e responsabilizados, medidas importantes para interromper o ciclo da violência doméstica e impedir ou reduzir os agravos para as mulheres. No Brasil, os profissionais de saúde tem dever legal com essa questão, conforme Lei nº 13.931 de 2019, com observância dos princípios ético-legais do sigilo e confidencialidade⁵⁵. Ao mesmo tempo, as políticas públicas de saúde deveriam incorporar e oferecer programas e atividades para a prevenção da violência, tanto para parceiros íntimos como para familiares envolvidos em agressões contra a gestante.

Entre os limites deste estudo, entendemos que parte das variáveis analisadas está sujeita a fatores de confundimento, na medida em que aspectos clínicos e sociodemográficos se inter-relacionam com os agravos da violência. Além disso, admitimos a eventual ocorrência de um viés de informação e de memória sobre violência na gestação, por se tratar de pesquisa conduzida no puerpério, o que poderia ter prejudicado a fidedignidade dos dados e da prevalência¹². Considerando a violência na gestação um fenômeno multifatorial, cabe cautela para não generalizar os resultados para populações em diferente situação cultural, econômica e sociodemográfica. Este estudo foi realizado durante a pandemia da COVID-19, o que pode, em alguma medida, ter influenciado os resultados, limitando a comparação com estudos realizados fora desse cenário.

CONCLUSÃO

A prevalência de violência sexual na gestação (VSG) foi menor do que a observada em outros estudos com mulheres brasileiras e populações de outros países.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. 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; 2005. 206p.
2. Bessa MMB, Drezett J, Rolim M, Abreu LC. Violence against women during pregnancy: sistematized revision. *Reprod Clim*. 2014;29(2):71-9. DOI: 10.1016/j.recli.2014.09.001.
3. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(3):310-22. DOI: 10.1590/S1415-790X2007000300003.
4. Khosla AH, Dua D, Devi L, Sud SS. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. *Indian J Med Sci*. 2005;59(5):195-9. DOI: 10.4103/0019-5359.16255.

Não encontramos associação entre a VSG e fatores sociodemográficos e reprodutivos, mas o antecedente de sofrer violência física nos últimos 12 meses e de ter medo do parceiro íntimo foram mais frequentes nas mulheres com VSG, com valores maiores do que o reportado pela maior parte da literatura. O antecedente de sofrer violência antes dos 15 anos e de sofrer violência física ou emocional pelo parceiro íntimo mostrou-se notadamente elevado, embora não tenhamos identificado diferença entre mulheres que sofreram ou não VSG. Os dados sugerem que mulheres com VSG estão envolvidas em um contínuo desfavorável de violência de gênero.

Orcid dos autores

Mariana Pércia Namé de Souza Franco – ORCID: 0000-0002-3912-9288;
 Fernanda Diniz e Silva – ORCID: 0000-0002-6854-7120;
 Ana Luíza de Oliveira Assis – ORCID: 0000-0003-2223-699X;
 Heloisa Fracalossi Frigini – ORCID: 0000-0003-2780-0254;
 Maria Aparecida dos Santos Traverzim – ORCID: 0000-0003-0556-350X;
 Jefferson Drezett - ORCID: 0000-0003-4072-3636.

Contribuição dos autores

M.P.N.S.F., F.D.S., e J.D., elaboraram a pergunta de pesquisa. M.P.N.S.F., F.D.S., A.L.O.S., e H.F.F., conduziram as entrevistas. J.D., realizou a análise estatística. M.P.N.S.F., F.D.S., J.D., e M.A.S.T., interpretaram os resultados. J.D., elaborou as tabelas. M.P.N.S.F., F.D.S., J.D., e M.A.S.T., escreveram o manuscrito. J.D., e M.A.S.T., revisaram o manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Abreviaturas e símbolos

AAS	Abuse Assessment Screen
OMS	Organização Mundial da Saúde
VSG	Violência Sexual na Gestação

Financiamento

Os autores não receberam nenhum apoio financeiro para a pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo.

5. Campbell J, García-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*. 2004;7:770-89. DOI: 10.1177/1077801204265551.
6. Ilyasu Z, Abubakar IS, Galadanci HS, Hayatu Z, Aliyu MH. Prevalence and risk factors for domestic violence among pregnant women in northern Nigeria. *J Interpers Violence*. 2013;28(4):868-83. DOI: 10.1177/0886260512455872.
7. Taft AJ, Watson LF. Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health*. 2008;26(75):1-8. DOI: 10.1186/1471-2458-8-75.
8. Hoang TN, Van TN, Gammeltoft T, Meyrowitsch DW, Thuy HNT, Rasch V. Association between intimate partner violence during pregnancy and adverse pregnancy outcomes in Vietnam: a prospective cohort study. *PLoS One*. 2016;11(9):e0162844. DOI:10.1371/journal.pone.0162844.
9. Santos SA, Lovisi GM, Valente CCB, Legay L, Abelha L. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Colet*. 2010;18(4):483-93.
10. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2004;18(4):260-9. DOI: 10.1111/j.1365-3016.2004.00569.x.
11. Okada MM, Hoga LAK, Borges ALV, Albuquerque RS, Belli MA. Domestic violence against pregnant women. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(3):270-4. DOI: 10.1590/1982-0194201500045.
12. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(5): 309-16. DOI: 10.1590/S0100-72032003000500002.
13. Karaoglu L, Celbis O, Ercan C, Ilgar M, Pehlivan E, Gunes G, et al. Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. *Eur J Public Health*. 2006;16(2):149-56. DOI: 10.1093/eurpub/cki161.
14. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pèrez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):877-85. DOI: 10.1590/S0034-89102008005000041.
15. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):667-76. DOI: 10.1590/S0034-89102010000400010.
16. Viellas EF, Gama SGN, Carvalho ML, Pinto LW. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *J Pediatr*. 2013;89(1):83-90. DOI: 10.1016/j.jpdp.2012.08.009.
17. Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *Am J Public Health*. 2006;96(8):1423-8. DOI: 10.2105/AJPH.2005.066316.
18. Martin-de-Las-Heras S, Velasco C, Luna-Del-Castillo JD, Khan KS. Maternal outcomes associated to psychological and physical intimate partner violence during pregnancy: a cohort study and multivariate analysis. *PloS One*. 2019;14(6):e0218255. DOI:10.1371/journal.pone.0218255.
19. Monteiro CFS, Costa NSS, Nascimento PSV. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(4):373-6. DOI: 10.1590/S0034-71672007000400002.
20. Bo M, Canavese A, Magnano L, Rondana A, Castagna P, Gino S. Violence against pregnant women in the experience of the rape centre of Turin: Clinical and forensic evaluation. *J Forensic Leg Med*. 2020;76:102071. DOI: 10.1016/j.jflm.2020.102071.
21. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*. 1996;275(24):1915-20. doi:10.1001/jama.1996.03530480057041
22. Valladares E, Peña R, Persson LA, Högberg U. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG*. 2005;112(9):1243-8. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2005.00621.x.
23. Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG*. 2003;110(3):272-5. DOI: 10.1046/j.1471-0528.2003.02216.x.
24. Leung WC, Leung TW, Lam YYI, HO PC. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community: social issues in reproductive health. *Int J Gynecol Obstet*. 1999;66(1):23-30. DOI: 10.1016/S0020-7292(99)00053-3.
25. Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birth weight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital,

- Uganda. *Trop Med Int Health*. 2006;11(10):1576-84. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2006.01711.x.
26. Chasweka R, Chimwaza A, Maluwa A. Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi. *Malawi Med J*. 2018;30(3):191-6. DOI: 10.4314/mmj.v30i3.11.
 27. Drezett J, Bessa MMM, Valenti VE, Adami F, Abreu LC. Sexually transmitted infections among adolescent and adult women victims of sexual violence in the metropolitan region of São Paulo, Brazil. *Hum Reprod Arch*. 2020;35:e000320. DOI: 10.4322/hra.000320.
 28. Dikmen HA, Çankaya S. The effect of exposure to sexual violence on sexual dysfunction and sexual distress in pregnant women. *J Sex Med*. 2020;17(12):2394-407. DOI: 10.1016/j.jsxm.2020.09.006.
 29. Gürkan ÖC, Ekşi Z, Deniz D, Çırçır H. The influence of intimate partner violence on pregnancy symptoms. *J Interpers Violence*. 2020;35(3-4):523-41. DOI: 10.1177/0886260518789902.
 30. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;79(3):269-77. DOI: 10.1016/s0020-7292(02)00250-3.
 31. Bessa MMM, Drezett J, Souza-Júnior HMF, Adami F, Bezerra IMP, Abreu LC. Physical and sexual violence during pregnancy in the northeastern backlands of Brazil: a cross-sectional study. *Hum Reprod Arch*. 2022;37:e000321. DOI: 10.4322/hra.000321.
 32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016. 141p.
 33. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saude Publica*. 2000;34(6):610-16. DOI: 10.1590/S0034-89102000000600008.
 34. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health*. 2007;7:209. DOI: 10.1186/1471-2458-7-209.
 35. Rurangirwa AA, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda, its associated risk factors and relationship to ANC services attendance: a population-based study. *BMJ Open*. 2017;7(2):e013155. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013155.
 36. Naghizadeh S, Mirghafourvand M, Mohammadirad R. Domestic violence and its relationship with quality of life in pregnant women during the outbreak of COVID-19 disease. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):88. DOI: 10.1186/s12884-021-03579-x.
 37. Cervantes-Sánchez P, Delgado-Quiñones EG, Nuño-Donlucas MO, Sahagún-Cuevas MN, Hernández-Calderón J, Ramírez-Ramos JK. Prevalence of domestic violence in pregnant women from 20 to 35 years in a family medicine unit. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(3):286-91.
 38. Koch AR, Rosenberg D, Geller SE. Higher risk of homicide among pregnant and postpartum females aged 10-29 years in Illinois, 2002-2011. *Obstet Gynecol*. 2016;128(3):440-6. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001559.
 39. Halpern-Meekin S, Costanzo M, Ehrenthal D, Rhoades G. Intimate partner violence screening in the prenatal period: variation by state, insurance, and patient characteristics. *Matern Child Health J*. 2019;23(6):756-67. DOI: 10.1007/s10995-018-2692-x.
 40. Garcia LP, Silva GDM. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad Saude Publica*. 2018;34(4):e00062317 DOI: 10.1590/0102-311X00062317.
 41. Monteiro MFG, Romio JAF, Drezett J. Is there race/color differential on femicide in Brazil? The inequality of mortality rates for violent causes among white and black women. *J Hum Growth Dev*. 2021;31(2):358-66. DOI: 10.36311/jhgd.v31.1225.
 42. Fiorotti KF, Amorim MHC, Lima EFA, Primo CC. Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3). DOI: 10.1590/0104-07072018000810017.
 43. Stöckl H, Watts C, Kilonzo Mbwambo JKK. Physical violence by a partner during pregnancy in Tanzania: prevalence and risk factors. *Reprod Health Matters*. 2010;18(36):171-80. DOI: 10.1016/S0968-8080(10)36525-6.
 44. Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016;16:228. DOI: 10.1186/s12884-016-1017-6.

45. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(5):1341-7. DOI: 10.1067/mob.2003.274.
46. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário brasileiro de segurança pública 2020. 14^a ed. Brasília: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2020. 332p.
47. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: FLACSO; 2015. 83p.
48. Talley P, Heitkemper M, Chicz-Demet A, Sandman CA. Male violence, stress, and neuroendocrine parameters in pregnancy: a pilot study. *Biol Res Nurs.* 2006;7(3):222-33. DOI: 10.1177/1099800405283182.
49. Belay S, Astatkie A, Emmelin M, Hinderaker SG. Intimate partner violence and maternal depression during pregnancy: a community-based cross-sectional study in Ethiopia. *PLoS One.* 2019;14(7):e0220003. DOI: 10.1371/journal.pone.0220003.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 302p.
51. Al-Tawil NG. Association of violence against women with religion and culture in Erbil Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2012; 12(1). DOI: 10.1186/1471-2458-12-800.
52. Mohammadhosseini E, Sahraean L, Bahrami T. Domestic abuse before, during and after pregnancy in Jahrom, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* 2010;16:752-8. DOI:10.26719/2010.16.7.752.
53. Peedicayil A, Sadowski LS, Jeyaseelan L, Shankar V, Jain D, Suresh S, et al. Spousal physical violence against women mduring pregnancy. *BJOG.* 2004;111(7):682-7. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2004.00151.x.
54. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. A qualitative exploration of the nature of domestic violence in pregnancy. *Violence Against Women.* 2006;12(6):588–604. DOI: 10.1177/1077801206289131.
55. Ministério Público do Estado de São Paulo. Nota técnica. Alterações trazidas pela Lei n° 13.931/19 na Lei de notificação compulsória n. 10.778/03 e a Portaria n. 2.282, de 27 de agosto de 2020 do Ministério da Saúde. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo; 2020. 46p.

Abstract

Introduction: sexual violence during pregnancy is a serious violation of human rights and reproductive rights. Its prevalence is variable and multifactorial, depending on the analyzed territory and sociocultural and economic factors, requiring permanent monitoring.

Methods: a cross-sectional study conducted at the Mandaqui Hospital, São Paulo, Brazil. The Abuse Assessment Screen (AAS) was applied to 350 puerperium women, with the outcome of suffering or not sexual violence during pregnancy, with data collected between September and December 2021. Sociodemographic and reproductive data were considered. We used an urn technique, with pre-coded data analyzed in EpilInfo® by Pearson's Chi-square and Mann Whitney test, adopting $p < 0.05$ and 95% CI. Research approved by the Research Ethics Committee, CAAE No. 50580421.5.0000.5551.

Results: we found eight cases of sexual violence (2.3%) and sample loss of 18.9%. Women who suffered sexual violence reported more physical violence in the last 12 months (25.0% x 6.1% - $p = 0.033$, OR/CI 0.19: 0.03-1.03) and fear of the most frequent intimate partner (25.0% x 3.5% - $p = 0.002$, OR/CI 0.10: 0.01-0.59), but we did not find a difference in the history of suffering violence before the age of 15 and by the partner throughout life. There was no difference in age, schooling, race/color, union, income and work. The same occurred for reproductive aspects, with no difference regarding the occurrence of prematurity, high-risk pregnancy, reproductive planning and tobacco/alcohol use during pregnancy.

Conclusion: the prevalence of sexual violence during pregnancy was lower than in other Brazilian studies and populations from other countries. Women with sexual violence during pregnancy face a daily life of fear and more frequent physical violence. The high history of suffering violence before the age of 15 and experiencing physical or emotional violence by the intimate partner can aggravate the situation. The high history of violence and fear of the partner may have contributed to eventual understatement.

Keywords: sex offenses, violence against woman, pregnant women, crime victims, intimate partner violence.

©The authors (2022), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.