



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Márcia Fontes Peixoto Azeredo


**Repercussões da violência sob a gestação percebidas pelas
gestantes com Síndromes Hipertensivas.**

Rio de Janeiro

2009

Márcia Fontes Peixoto Azeredo

**Repercussões da violência sob a gestação percebidas pelas gestantes com
Síndromes Hipertensivas**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lucia Helena Garcia Penna

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A993 Azeredo, Márcia Fontes Peixoto.
Repercussões da violência sob a gestação percebidas pelas gestantes com síndromes hipertensivas / Márcia Fontes Peixoto Azeredo. - 2009.
94 f.

Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Gravidez. 2. Violência contra a mulher. 3. Hipertensão. 4. Enfermagem na saúde e higiene da mulher I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Márcia Fontes Peixoto Azeredo

**Repercussões da violência sob a gestação percebida pelas gestantes com
Síndromes Hipertensivas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 11 de março de 2009

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Lucia Helena Garcia Penna (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof^a. Dr^a. Jane Márcia Progianti
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Ao meu querido marido Jairo e nossos filhos Felipe e Tiago, obrigada pelo apoio, incentivo e dedicação em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por me iluminar e pela oportunidade de ter realizado mais este trabalho, ter alcançado meus objetivos e poder estar desenvolvendo a difícil tarefa de ouvir, respeitar e cuidar do outro.

À **minha família**, em especial ao meu marido **Jairo**. Obrigada pela paciência, carinho e compreensão nos momentos em que estive ausente do convívio e, pela força que fizeram com que eu chegasse até aqui.

À **Profª. Drª Lucia Helena Garcia Penna**, minha orientadora, obrigada pelo aprendizado, a paciência, a compreensão, a amizade e a dedicação durante a realização deste trabalho.

Ao **meu pai Mudesto** (in memória) e **meu irmão Paulo Cesar** (in memória) por todo apoio e incentivo durante as várias etapas de minha vida.

À **minha mãe Dalva, minha sogra Cenira e irmã Ana Maria**, obrigada pelas fervorosas preces e o apoio imprescindível para continuar a caminhar.

À chefe e amiga **Abilene Gouvêa** pelo incentivo e apoio constante, sua amizade e sua dedicação em todos os momentos.

Aos todos os colegas do mestrado e especialmente ao **André** pelo apoio, amizade e solidariedade nos momentos difíceis.

Aos enfermeiros **Helder, Thais, Ana Lucia, Regina e Lidiane** obrigada pelo apoio e incentivos no trabalho e momentos difíceis.

Às amigas **Vilma, Luzia e Andréa**, pelo ombro amigo, apoio no trabalho e incentivo diário.

Às **enfermeiras da maternidade do HUAP e HUPE**, obrigada por sua atenção e acolhimento contribuindo de forma efetiva na construção deste trabalho.

Às **mulheres** que confiaram em mim e falaram de suas vidas à procura de apoio e conforto, muito obrigado. Vocês me incentivaram e fizeram com que eu aprofundasse meus conhecimentos na temática da violência.

Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria.

Milton Nascimento e Fernando Brant

RESUMO

AZEREDO, Márcia Fontes Peixoto. *Repercussões da violência sob a gestação percebidas pelas gestantes com síndromes hipertensivas*. 2008. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este estudo tem como objeto a perspectiva de gestantes com síndromes hipertensivas sobre as repercussões da violência vivida na gestação. A violência é um problema muito complexo em virtude de sua multicausalidade, assim como, pelo seu impacto na saúde das populações. Representa ameaça de vida, produz enfermidades e pode provocar até a morte. Várias são as conseqüências da violência para a saúde da mulher, particularmente no processo gestacional e no desenvolvimento do conceito. O estudo fundamenta-se em conhecer o fenômeno a partir da perspectiva da gestante. Possui como objetivos: descrever a definição da violência contra a mulher na perspectiva da gestante com Síndrome Hipertensiva; discutir os tipos de violência vivenciados por gestantes com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva; e analisar as repercussões da violência vivida sobre a gestação na perspectiva da gestante com Síndrome Hipertensiva que a vivenciou. Em decorrência do grau de complexidade e subjetividade do objeto optou-se por uma pesquisa descritiva na abordagem qualitativa, pois esta busca entender um fenômeno específico em profundidade, tendo como fonte primária os discursos dos sujeitos, ou seja, gestantes de risco internadas em maternidades de referência com diagnóstico de Síndromes Hipertensivas e que vivenciaram a violência. Os cenários da pesquisa foram duas maternidades referência para gestação de alto risco, inseridas em dois hospitais universitários da cidade do Rio de Janeiro, sendo investigadas 18 gestantes. A investigação ocorreu no período de abril e maio de 2008. Como técnica de coleta foi realizada entrevista semi-estruturada associada a um questionário de caracterização social dos sujeitos da pesquisa. No aprofundamento dos dados utilizamos a técnica de análise de conteúdo de Bardin, onde emergiram dos depoimentos duas categorias: A violência na perspectiva da gestante com Síndrome Hipertensiva - um olhar de quem a vivenciou; e Violências vivenciadas por gestantes com síndromes hipertensivas e suas repercussões. Na primeira, verificamos que 14 gestantes definem a violência contra a mulher como violação dos direitos humanos e como algo inerente ao contexto familiar; e 04 apresentaram dificuldades em explicar. Na segunda, constatamos que todas as gestantes relatam vivenciar a violência intrafamiliar e algumas, também, a violência comunitária. Das 18 gestantes entrevistadas, 16 fizeram relação da violência vivida com a internação em decorrência da hipertensão arterial. As relações foram expressas através das repercussões da violência vivida na gestação sobre o seu organismo, destacadas como repercussões: emocionais, físicas e sociais. O estudo permitiu conhecer a realidade e aspectos valiosos do contexto dessas gestantes, principalmente, demonstrando a partir das próprias vítimas, a importância de refletir sobre as possíveis causas não fisiológica, tais como a violência, que podem agravar ou mesmo desencadear uma hipertensão arterial. Permitiu também, compreender e visualizar a violência vivenciada pela gestante nos seus diversos contextos: família, trabalho, comunidade onde reside e na instituição hospitalar a que recorre. Consideramos ser relevante despertar para todo o contexto histórico-social que cerca uma gestante, particularmente a que possui uma morbidade associada. E também, oferecer um cuidar integral, que valorize a perspectiva do gênero, focado mais na contextualização do processo saúde doença e na humanização, logo, minimizando a medicalização.

Palavras-chave: Gestação. Violência contra a Mulher. Síndrome hipertensiva. Enfermagem.

ABSTRACT

This study has as object the pregnant perspective with hypertensive syndromes about the violence repercussions experiences in the pregnancy. It represents life threatening, produces illnesses and can provoke including the death. Several are the violence consequences for the woman's health, particularly in the gestational process and in the being development. The study bases on knowing the phenomenon from the pregnant perspective. It has as objectives: describe the violence definition against the woman in the pregnant's point of view with Hypertensive Syndrome; discuss the types of violence experiences by pregnant women with diagnosis of Hypertensive Syndrome; and analyze the violence repercussions experienced about the pregnancy in the pregnant women's point of view with Hypertensive Syndrome that experienced it. Object complexity and subjectivity grade it decided for a descriptive research in the qualitative approach, once this aims at understanding an specific phenomenon in depth, having as primary source the subjects' discourses, in other words, risk pregnant women interned in qualified maternity hospital with diagnosis of Hypertensive Syndromes and who experienced the violence. The research scenarios were two qualified maternity hospitals for high risk pregnancy, inserted in two university hospitals of the Rio de Janeiro city, being investigated 18 pregnant women. Investigation occurred in the period of April and May of 2008. As collection technique it was realized semi-structured interview linked to a questionnaire of social characterization of the research subjects. For the data deepening we utilized the content analysis of Bardin, where emerged from the depositions two categories: The violence in the pregnant women's perspective with Hypertensive Syndrome – a look from who experienced it; and Violence experienced by pregnant women with hypertensive syndromes and theirs repercussions. In the first we verified that 14 pregnant women define the violence against the woman as violation of the human rights and as something inherent to the familiar context and four presented difficulties in explaining such question. In the second, we verified that all the pregnant women relate that experience the intra familiar violence and any women, the community violence. Of the 18 pregnant women interviewed, 16 linked the violence experienced to the internment as result of the arterial hypertension. Relations were expressed through the violence repercussions experienced in the pregnancy about her organism, detached as emotional repercussions: emotional, physical and social. The study allowed to know the reality and value context aspects of these pregnant women, mainly showing from the own victims, the importance of reflecting about the possible no physiological causes, such the violence, that can aggravate or even give rise to an arterial hypertension. It also allowed, understand and visualize the violence experienced by the pregnant in its several contexts: family, work, community where lives and in the hospital institution to one that recurs. We considerer be relevant arise to all historical-social context that envelop a pregnant, particularly the one that has a morbidity associated. And also, offer an integral care, that value the gender perspective, focused more in the health-disease process and in the humanization, therefore, minimizing the medical aid.

Keywords: Pregnancy. Violence against the Woman. Hypertensive syndrome. Nursing.

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1	APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA	21
1.1	Violência contra a mulher	21
1.2	Vivendo a Gestação de risco e a violência	28
2	METODOLOGIA	36
3	RESULTADOS E ANÁLISES	44
3.1	A violência na perspectiva da gestante com Síndrome Hipertensiva: um olhar de quem a vivenciou	44
3.1.1	<u>Dificuldade em explicar a violência</u>	44
3.1.2	<u>A violência como violação dos direitos humanos</u>	45
3.1.3	<u>A violência como algo inerente ao contexto familiar</u>	49
3.2	Violências vivenciadas por gestantes com síndromes hipertensivas e suas repercussões	51
3.2.1	<u>Violência vivenciada na gestação: uma experiência do cotidiano familiar</u>	51
3.2.2	<u>Violência vivenciada na gestação: uma experiência do cotidiano comunitário</u>	59
3.2.3	<u>Repercussão da violência: uma perspectiva da gestante</u>	68
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	77
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A – Termo de autorização para coleta de dados	87
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	88
	APÊNDICE C – Instrumento para caracterização do sujeito.....	89
	APÊNDICE D – Roteiro para entrevista semi-estruturada.....	90
	APÊNDICE E – Quadro de Categorização das entrevistas.....	91
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE.....	93
	ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUAP.....	94

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo tem como **objeto** a perspectiva de gestantes com síndromes hipertensivas sobre as repercussões da violência vivida na gestação.

O interesse pelo mesmo surge a partir de minha prática como enfermeira obstétrica no setor de uma maternidade de referência para gravidez de risco, ou seja, gestantes com alguma morbidade associada, principalmente as com Síndromes Hipertensivas.

Ao acolher as gestantes durante a internação verificava, através de expressões verbais e não verbais que algumas possuíam histórias que traziam à tona ansiedade, estresse, tensão e sofrimentos que acarretavam agravos ao seu quadro clínico-obstétrico. Percebia claramente, que algumas gestantes faziam relação do seu quadro hipertensivo com seu contexto social, considerando-o como fator de origem ou de alteração de sua pressão arterial.

Ao serem questionadas sobre o que as levou a estarem com a pressão alta, com necessidade de internação, muitas relataram problemas particulares que no decorrer da conversa foram sendo colocados, como: dificuldades econômicas, o relacionamento com o chefe no trabalho, as preocupações diversas com os filhos, desentendimentos com familiares e com o companheiro, e também a ocorrência de situações de violência (doméstica, intrafamiliar, de gênero, institucional, social). Tal fato propiciava o surgimento de agravos para a gravidez, tendo por conseqüência a necessidade de internação.

A internação, por sua vez, ao promover o afastamento de seu contexto social, de seus entes queridos, do seu emprego por longo período, a própria perda de sua autonomia e privacidade no interior da instituição de saúde, na maioria dos casos gerava novas preocupações e ansiedades dificultando a normalização da pressão arterial. Essas situações as mobilizavam e muitas mulheres demonstravam, inclusive, preocupação com a possibilidade de que estas facilitassem alteração do seu quadro fisiopatológico, comprometendo física ou emocionalmente sua saúde e conseqüentemente, sua gestação.

Intrigada com tais situações despertei acerca da violência na gestação, buscando entender sua influência na saúde dessa mulher e do seu filho, particularmente, sobre o estado obstétrico e perinatal. Questionava-me principalmente, sobre a dimensão das situações não clínico-obstétricas pouco

valorizadas durante o cuidar destas gestantes e a relação destas com o processo de saúde-doença da mulher. As condições de conflitos, as situações de violência poderiam afetar essas mulheres grávidas? De que forma? Será que essas gestantes relacionam ou não a vivência da violência na gestação e o desenvolvimento de um risco obstétrico, como os das Síndromes Hipertensivas? Minhas inquietações embasavam-se na busca por melhores êxitos junto a essa clientela, no sentido de apontar um cuidado mais integral por toda a equipe profissional.

É notório o fato de que a violência é um problema muito complexo em virtude da sua multicausalidade, assim como o seu impacto na saúde das populações, representando ameaça de vida, produzindo enfermidades e podendo provocar até a morte.

Várias são as conseqüências da violência para a saúde da mulher, particularmente, para o processo gestacional e o desenvolvimento do concepto. Dentre elas se destacam: o adiamento do início do pré-natal, a diminuição dos números de consulta, o ganho de peso insuficiente durante a gestação, abortos espontâneos e/ou induzidos, complicações clínico-obstétricas, partos prematuros, baixo peso ao nascer, riscos de infecções genitais e do trato urinário e a morte da gestante ou do concepto. Além desses, há também alguns efeitos emocionais como: a depressão, angústia, baixa-estima, isolamento social, insegurança, distúrbios do sono, presença de dores abdominais recorrentes, lombalgias crônicas, cefaléias, contusões localizadas, tentativas e idéias de suicídios, uso abusivo do álcool, drogas e cigarro (PARKER; MCFARLANE; SOEKEN, 1994; VALDEZ-SANTIAGO; SANÍN-AGUIRRE, 1996; HEISE; ELLSBERG; GOTTMOELLER, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2005a).

Em estudo com 800 puérperas que deram à luz em maternidades públicas do Rio de Janeiro, chama-se a atenção para a grande parcela de mulheres que havia convivido com algum tipo de violência em seus lares durante a gravidez. Estima-se que 58.000 mulheres atendidas nas maternidades públicas da cidade conviviam com algum tipo de violência e que, dentre estas, 38.000 participavam de situações graves (MORAES; REICHENHEIM, 2002).

Somados a esses transtornos vinculados à saúde da mulher, há os diretamente relacionados com a saúde do feto, onde podem ser devastadoras as conseqüências, como: o baixo peso de nascimento (PARKER; MCFARLANE; SOEKEN, 1994; VALDEZ-SANTIAGO; SANÍN-AGUIRRE, 1996), aborto espontâneo,

descolamento prematuro de placenta, hemorragias intracranianas com conseqüente morte fetal, prematuridade (GOODWIN; BREEN, 1990; BERENSON et al., 1994), restrição de crescimento intra-uterino, ruptura uterina, nati e neomortalidade, doença hipertensiva específica da gravidez (JANSSEN et al., 2003; MENEZES et al., 2003) e corioamnionite (BERENSON et al., 1994; CUNNINGHAM et al., 1997).

Assim, ao vivenciarem a violência, muitas mulheres, além dos sinais visíveis de depressão, ansiedade, medo, traumas, isolamento, podem também desenvolver sinais clínicos de patologias sérias, como: alterações da pressão arterial, do nível de glicose, hormonais, alterações na coagulação, dentre outros. Tais alterações, quando associadas à gravidez, podem desencadear um quadro mais sério que nem sempre somente a terapia farmacológica resolve. Há a necessidade de diagnosticar e tratar a causa não - clínica, como no caso da violência, a qual pode agir trazendo conseqüências sobre todo o organismo, gerando complicações emocionais e psicológicas.

Ao consideramos o indivíduo como um ser integral, é necessário minimizar tais conflitos e valorizar a interferência destes sobre a saúde, em especial da população feminina. É de conhecimento de todos que ansiedades e estresses constituem um dos principais fatores de risco para desenvolverem doenças cardiovasculares que por sua vez, são a primeira causa de morte no Brasil, em mulheres no período reprodutivo, cerca de 30% (BRASIL, 2004).

Infelizmente, os atos violentos têm estado presentes nas relações entre homens e mulheres. Tal fato, possivelmente, decorre do contexto sócio-histórico-cultural e econômico do papel da mulher e do homem na sociedade. Ressalto, entretanto, que alguns níveis de violência à mulher são exercitados com legitimação social, cujas margens de aceitabilidade são mutáveis no tempo. Ao refletirmos sobre o fenômeno da violência é necessário destacar que sua existência é o próprio desrespeito à Declaração Universal dos Direitos Humanos (BARSTED; HERMANN, 2001).

A violência vivenciada pela mulher no seu cotidiano se caracteriza pelo desrespeito aos direitos humanos, reprodutivos e sexuais e pode ser definida como todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual e psicológico à mulher, tanto na esfera pública ou privada, como recomendada na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher de Belém do Pará (CONVENÇÃO..., 1999).

Geralmente, tem sua origem nas questões de gênero e nas desigualdades, que influenciam diretamente a relação de homens e mulheres, atribuindo ao homem o exercício de controle e poder sobre a mulher, e a esta uma postura de subalternidade. Essa relação de poder ocorre também no mundo privado, tornando-a invisível, se não for denunciada.

No mundo privado, ou seja, no ambiente familiar, numa perspectiva sócio-histórica e de gênero, a mulher é um dos grupos populacionais mais vulneráveis à violência nesse cenário, assim como as crianças, adolescentes, idosos e portadores de necessidades especiais.

Para um melhor entendimento, destaco que a violência contra a mulher é denominada de violência doméstica quando cometida por qualquer membro da família ou outra pessoa sem função de parentesco, que conviva no espaço doméstico. E, violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser acometida dentro ou fora de casa por algum membro da família (BRASIL, 2002a).

Pesquisa realizada sobre violência contra a mulher no ambiente doméstico, pela Sociedade Mundial de Vitimologia (IPAS BRASIL, 2007) demonstrou que numa população de 138 mil mulheres de 54 países, 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica, e que a cada quatro minutos, uma mulher é agredida em seu próprio lar por uma pessoa com quem mantém relação de afeto. Constata-se que dos incidentes que acontecem dentro de casa, em 70% o agressor é o próprio marido ou companheiro e mais de 40% das violências resultam em lesões corporais graves decorrentes de socos, tapas, chutes, amarramentos, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos.

Infelizmente, durante meu processo de formação e mesmo durante o cotidiano de minha prática profissional junto à equipe de saúde de uma maternidade - referência para gestação de risco, não observei qualquer atitude de valorização em considerar a relação do quadro de morbidade da gestante com outros fatores psico-sociais, como por exemplo, o fenômeno da violência. Geralmente, limita-se a análise da morbidade por meio dos mecanismos fisiopatológicos da doença. Acredito que tal fato seja decorrente de um modelo assistencial ainda calcado nos princípios biomédicos e por ser a violência, um tema recente no setor da saúde, ainda não discutido de forma mais ampliada nos

currículos da área da saúde e nem valorizada como agente de morbidade e sim, como caso de polícia.

Classificar a gestação como de risco ou não de risco, nos remete a definição do que vem a ser risco. Para nós o risco é a probabilidade de um determinado fator causar danos a uma gestação. E, o fator de risco, no caso da gestação são as condições existentes no contexto da mulher de agravar sua gestação. Deste modo, estamos de acordo que a gestação de risco é aquela onde a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada, como explica Caldeyro-Barcia (BRASIL, 2000).

Compreendemos neste estudo que a violência se constitui em fator de risco porque desencadeia condições que agravam ao estado da gestante, em particular as com síndromes hipertensivas que atualmente são responsáveis pelos maiores índices de morbimortalidade materna e fetal (BRASIL, 2004).

Torna-se, a cada dia, mais claro para nós que a violência contra a mulher é um importante e complexo problema de saúde pública. Dessa forma, é de fundamental importância que haja a revisão dos fatores causais das gestações de risco. Para isso, é necessário rever também, a formação do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, para que este possa adquirir competências durante a graduação, no sentido de identificar e propor soluções para cada caso. A inserção da temática ainda no processo de formação permite a reflexão e revisão de seus preconceitos, atentando que esta é uma situação que pode ocorrer com qualquer pessoa; assim como para possíveis situações que possam contribuir para promover a violência ou mascarar o seu diagnóstico (PENNA, 2005).

A possibilidade de tornar mais visível a violência é importante forma de enfrentamento da mesma. O profissional de saúde, principalmente o enfermeiro instrumentalizado, poderá identificar a mulher que está sendo acometida ou exercendo algum tipo de violência e perceber o prejuízo que tal comportamento traz à sua saúde. E, no período gestacional não é diferente, principalmente por ser um dos períodos em que a mulher fica mais suscetível às reações emocionais e sociais decorrentes da mudança de seu papel social como mulher.

Estudos como os de Schraiber e D'Oliveira (1999) e Mcfarlane et al. (1992) mostram que a prevalência da violência na gestação tende a ser ainda maior que os índices encontrados para violências físicas e sexuais em populações não - grávidas, levando alguns autores à conclusão de que a gravidez representa um risco para

uma violência maior. Eles confirmam que as altas prevalências de violência na gestação não se estendem para além do abuso físico, incluem a esfera sexual, psicológica e social.

Dados do Ministério da Saúde informam que as mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409, e representam 65% de um total da população feminina de 73.837.876 (BRASIL, 2004). Desse total, não diferente do panorama mundial, a maioria vivencia a violência durante sua vida e geralmente, muito antes dos 10 anos de idade, já são vítimas da violência doméstica ou intrafamiliar.

Ao iniciar a vida profissional, sua realidade é um ganho salarial menor que o do homem, apesar de desempenharem papéis iguais. Concentram-se em profissões mais desvalorizadas; o seu acesso a espaços de decisão no mundo político e econômico é menor, enfrentando ainda maiores dificuldades de luta a favor de seus direitos.

Tais mulheres enfrentam ainda jornadas de trabalho maiores, muitas vezes duplas ou triplas; com uma maior sobrecarga de responsabilidade, como se observa a condição de algumas mulheres que chefiam famílias. Fazem parte de sua vida o sedentarismo; a má alimentação; o tabagismo; a competitividade; o assédio moral e sexual no mundo do trabalho; além de não conseguirem acesso a serviços de saúde e políticas sociais para elas e seus familiares. Além disso, associa-se a condição cultural às situações de desigualdade social, como: classe social, etnia, raça, idade e orientação sexual. Estas situações comprometem a saúde tanto física como mental e social de muitas mulheres, limitando o seu desenvolvimento e gerando a doença.

Deve-se considerar que a maternidade é um dos atributos que a sociedade impõe à mulher como de sua responsabilidade e que esta por si só, pode em alguns casos tornar-se mais um problema. Trata-se de um novo ser, totalmente dependente e que muitas vezes não foi desejado e planejado, podendo em alguns casos ser fruto de uma violência ou de uma desinformação.

Essas situações latentes de violência são de difícil visibilidade e diagnóstico, pois a mulher tem medo de denunciar o agressor e vive sob regime de ameaças. E, é nestes casos, que algumas gravidezes têm início, pois a mulher é forçada a praticar relações sexuais e muitas vezes proibida de utilizar um contraceptivo. São situações que perduram por anos gerando processos de morbidade, e que devem ser considerados como um risco para a hipertensão arterial.

Ao debruçarmos sobre os indicadores de saúde feminina verificamos que, no Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para a hipertensão arterial e os diabetes; e as causas externas. E em relação as gestantes, a primeira causa da mortalidade materna é a hipertensão arterial seguida de hemorragias e infecção, ou seja, todas consideradas evitáveis (BRASIL, 2004).

As Síndromes Hipertensivas são situações clínicas freqüentes durante a gestação. Encontra-se entre as principais causas de óbitos ligados à gravidez, ao parto e ao puerpério, sendo sua taxa a mais elevada, 29,8%, seguida da hemorragia, 18,5%, das complicações do puerpério, 15,4%, e dos abortos, 11,6%. (BRASIL, 2007a; BOTELHO, 2007; BERQUÓ et al., 1995). E sua ocorrência é um dos fatores que aumenta a morbimortalidade materna, a prematuridade e a mortalidade perinatal, na maioria das vezes devido à necessidade de se interromper a gestação para não levar à mortalidade materna.

Considerando que a elevação da pressão arterial, assim como todo processo que envolve a saúde e a doença, não se limita ao aspecto clínico, e que para sua compreensão é necessário inseri-la em um contexto muito mais amplo, o qual deve considerar a experiência cotidiana e a subjetividade como componentes fundamentais; entendemos que não são apenas as condições biológicas que devem ser valorizadas no cuidar.

Analisando a forma de assistência recebida pela mulher nos diversos setores da saúde, pode-se verificar que a mesma resulta em resolver as causas dos problemas através da medicalização. E nem todas as causas tem fundamentação no biológico, podendo ter sua origem no social, o qual pode atingir o psicológico, e que por conseqüência interfere no organismo (biológico).

Dentre as causas sociais, podem-se destacar os conflitos e violência vivenciados nas diversas formas de relações (conjugal, trabalhista, na comunidade e mesmo nas instituições) como sendo um dos fatores a desenvolver patologias como a hipertensão arterial, as quais podem gerar complicações de maior relevância durante o período gravídico-puerperal podendo ser importante fator de morbimortalidade materna e fetal (VIEIRA, 2003).

A ocorrência dessas complicações pode ser precipitada por mudanças internas, como: crises normais do desenvolvimento, no caso a própria gestação; doenças ou traumas; ou externas como: perda ou ameaça de perda de uma fonte de segurança e satisfação; acúmulo de tensões que ameaçam romper o equilíbrio funcional dos mecanismos adaptativos do ego, que podem ser causados pela relação de violência diária gerando a insegurança, a ansiedade e o estresse, desenvolvendo um processo patológico (MALDONADO, 1997).

Diante de tais considerações, emergiram de nossas reflexões as seguintes questões **norteadoras**:

- Como a gestante com Síndrome Hipertensiva define a violência contra a mulher?
- Quais os tipos de violência vivenciados pelas gestantes internadas com Síndrome Hipertensiva durante a gestação atual?
- Quais as repercussões da violência vivida por gestantes com Síndrome Hipertensiva a partir de sua própria perspectiva?

A valorização pelo entendimento das gestantes com Síndrome Hipertensiva acerca da violência vivida e a repercussão desta sobre seu estado de saúde é fundamentada no fato de acreditarmos que a mulher percebe haver tal relação. Entretanto, tais observações não são apontadas nas anamneses realizadas por profissionais de saúde, por geralmente não haver espaço de escuta nos atendimentos e serviços clínico-obstétricos.

Diante destas questões traçamos os seguintes **objetivos**:

- Descrever a definição da violência contra a mulher na perspectiva da gestante com Síndrome Hipertensiva.
- Discutir os tipos de violência vivenciados por gestantes com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva.
- Analisar as repercussões da violência sobre a gestação na perspectiva da gestante com Síndrome Hipertensiva que a vivenciou.

Considerando que o período gestacional consiste ainda num dos únicos momentos que a mulher brasileira procura atendimento de saúde, entendemos que pesquisar a relação estabelecida pelas próprias gestantes de risco sobre a vivência da violência e sua repercussão sobre a gestação poderá contribuir como subsídios às futuras pesquisas e também na construção de estratégias que auxiliarão na

minimização de tais fenômenos negativos à saúde da população feminina, particularmente no período gestacional. Acreditamos que as pesquisas que valorizam a realidade e a vivência da clientela, dando voz à mulher para relatar o que se passa com ela e o que ela precisa enquanto usuária de um serviço, muito contribui na reflexão e construção dessas estratégias.

Mediante as conseqüências que a violência pode causar a mulher e ao feto e a partir das estatísticas de morte materna, principalmente no que diz respeito às omissões, tratamento incorreto, cabe aqui ressaltar a importância desse estudo para que possamos estar atentos a qualquer tipo de fator que possa trazer complicações durante o período gestacional.

A identificação de sinais ou mesmo o relato da gestante mediante a preocupação do profissional, se esta vivencia ou não violência, é mais uma forma de estarmos prevenindo agravos, cuidando dessa gestação e dessa mulher, para que não seja um fator a mais de morbimortalidade para a mãe e o feto.

Consideramos que este trabalho permitirá o despertar de profissionais para ampliarem a visão sobre sua prática e formas de cuidar, visualizando a violência como um fator de risco para várias patologias originárias de um processo de trauma psicológico ou social assim como valorizar a assistência multiprofissional de modo a desenvolver estratégias para o cuidar dessa gestante. Nesse sentido o enfermeiro de forma especial, deve enfatizar a assistência voltada para uma mulher inserida no seu contexto familiar e sociocultural, não limitada apenas ao modelo assistencial existente, fragmentado e curativo. Acrescente-se que este profissional também deverá estar apto para desenvolver o olhar de sua equipe para uma escuta mais apurada e sem preconceito dos relatos das gestantes e trabalhos educativos com a família desta, no decorrer da gravidez.

Dessa forma, o desenvolvimento da presente pesquisa, que está inserida no Grupo de Estudos sobre Violência e Saúde da Mulher do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade (NEPEN) contribuirá para o aprofundamento da temática da violência contra a mulher, particularmente, nas relações de cuidado da enfermeira obstétrica junto à mulher grávida que vivencia violência durante o período gestacional.

A temática dessa pesquisa envolve duas seções, as quais serão abordadas de forma a situar o leitor. São elas: a violência contra a mulher e vivendo a gestação de risco e a violência. Iniciei com a definição da violência contra a mulher, seus

tipos, classificações, dentre outros. E, na segunda seção evidenciamos as consequências da violência para a mãe e para o feto, a saúde reprodutiva, os principais dados de mortalidade e a síndrome hipertensiva, que é um dos principais fatores de risco maternos.

1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

1.1 Violência contra a mulher

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - (KRUG et al., 2002), a violência é definida como o uso da força física ou do poder real, ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou ainda contra um grupo ou comunidade que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A violência pode ser expressa de forma visível (terrorismo, guerras, rebeliões, tumultos civis) e invisível (nos lares, locais de trabalho, instituições e outros). Não tem raízes biológicas, mas afeta diretamente o indivíduo, constituindo-se atualmente num grave problema de saúde pública. É um complexo e dinâmico fenômeno psicossocial, sendo criado e desenvolvido na vida em sociedade (KRUG et al., 2002; MINAYO; SOUZA, 2003).

No Brasil constitui-se na segunda causa de morte perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Os acidentes de trânsito e a crescente frequência dos homicídios foram os responsáveis pela maior magnitude e impacto desse grupo de mortes em relação às outras causas. A violência vem constituindo-se em uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, apresentando diversas facetas que afetam, de modo diferenciado, a população. Dentre estas, a violência contra a mulher que nos últimos anos vem sendo especialmente mais abordada (PENNA, 2005).

Distinguimos, também, os tipos de violência a partir do local da ocorrência e do agressor: violência no âmbito doméstico (violência doméstica), violência praticada por familiares (violência intrafamiliar), as violências praticadas pelo fato de serem mulheres (violência de gênero), o assédio moral (violência no trabalho) e também a violência no serviço público e privado (violência institucional) (BRASIL, 2002a).

A Violência Doméstica é geralmente aquela cometida por pessoas íntimas, envolvendo também filhos, pais, sogros e outros parentes ou pessoas que vivam na mesma casa. É considerada uma prática de tradição nos relacionamentos conjugais e, geralmente, é confundida com a Violência Intrafamiliar (SCHRAIBER;

D'OLIVEIRA, 1999; BRASIL, 2002a; KRUG et al., 2002; HEISE; ELLSBERG; GOTTMOELLER, 2002).

Conceitua-se a Violência Intrafamiliar como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, a psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função de parentesco, ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra. E, esta não se refere apenas ao espaço físico onde ocorre a violência, mas também às relações em que se constrói e efetua (BRASIL, 2002a).

Distingue-se violência doméstica de violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função de parentesco, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se nesse grupo, empregadas ou empregados, pessoas que convivem esporadicamente, agregados.

Define-se violência contra a mulher qualquer ato ou força física ou verbal, coerção ou privação que atente contra a vida, dirigido a uma mulher, adolescente ou menina, que cause dano físico ou psicológico, humilhação ou privação arbitrária da liberdade e que perpetue a subordinação feminina. Pode se manifestar de várias formas, como: física, sexual, psicológica, moral e patrimonial; e ser acometida por parceiros íntimos e/ou familiares, ou pessoas conhecidas ou não, através do estupro, do abuso sexual de meninas, do assédio sexual e moral no local de trabalho, da violência contra a homossexualidade, do tráfico de mulheres, do turismo sexual, da violência étnica e racial, da violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, da mutilação genital feminina, da violência e dos assassinatos ligados ao dote, do estupro em massa nas guerras e conflitos armados (BRASIL, 2002a).

A Violência Contra a Mulher diz respeito a sofrimentos e agressões dirigidos, especificamente, às mulheres, pelo fato de serem mulheres, podendo ser classificada também como Violência de Gênero. Isto significa a diferença de *status* social da condição feminina, diferença esta que faz certas situações de violência experimentadas pelas mulheres, parecerem experiências de vida usuais, especialmente a violência que se dá por agressores conhecidos, próximos e de relacionamento íntimo (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Encontramos também violência nos ambientes de trabalho, onde geralmente em função das relações de poder (gênero) desiguais entre funcionária e chefia/patrão há a ocorrência de assédio moral. O assédio moral é considerado pelo

Ministério do Trabalho e Emprego como toda e qualquer conduta que caracteriza comportamento abusivo, de forma freqüente e intencional, através de atitudes, gestos, palavras ou escritos, que possam ferir a integridade física ou psíquica de uma pessoa, vindo a pôr em risco o seu emprego ou degradando o seu ambiente de trabalho (BRASIL, 2007b).

A capacidade da gestante, que desempenha o trabalho no ambiente público, de se rebelar contra a vivência do assédio moral é limitada, vai depender do seu perfil psicológico e da sua condição social. Ao se sujeitar às diversas humilhações, a gestante possivelmente poderá adoecer psicológica ou fisicamente, refletindo numa diminuição no desempenho do seu trabalho e na motivação em desempenhá-lo. Também encontramos reflexo das relações de gênero desiguais nas instituições de saúde, particularmente ao debruçarmos sobre as questões referentes à saúde reprodutiva. A violência institucional é aquela acometida por instituições prestadoras de serviço público, e é perpetrada por agentes que deveriam proteger as mulheres da violência, prestando uma assistência humanizada, preventiva e reparadora (AGENDE..., 2005).

As instituições de saúde são locais que deveriam acolher a gestante de forma humanizada, ouvindo suas queixas e resolvendo da melhor forma. Nem sempre isto acontece, muitas vezes são situações de constrangimento e despersonalização dessa mulher, sendo locais de produção e reprodução de situações de violências, como: a falta de recursos materiais, a falta de recursos humanos qualificados na assistência, a falta de vagas, com a peregrinação da mulher, a medicalização do corpo feminino, dentre outros. Essa violência atinge os direitos de saúde e reprodutivos da mulher.

Podemos perceber que as classificações e, conseqüentemente, os conceitos de Violência Contra a Mulher, muitas vezes, se entrelaçam. Sendo que as relações conjugais representam o ponto principal das grandes queixas em torno da violência doméstica, seguindo com a violência contra crianças. E, sendo responsáveis pela maior parte das transformações sociais e das iniciativas, públicas e privadas, nesse campo.

A violência contra a mulher traz as mais diversas conseqüências, que podem ser: múltiplas, variadas, alarmantes, mortais e não mortais. Heise; Ellsberg e Gottmoeller (2002) demonstra que, em diversos países, as conseqüências do estupro e da violência doméstica e sexual são maiores que as conseqüências de

todos os tipos de câncer, e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares. A autora inclui nas conseqüências não mortais, desde lesões permanentes, problemas crônicos, tais como dor de cabeça, dor abdominal, infecções vaginais, distúrbios diversos, como insônia, falta de apetite, doenças com efeitos retardados, porém contínuos, como hipertensão, artrite e doenças cardíacas, até drogas, dentre outros.

Além desses transtornos na saúde da mulher verifica-se que nas economias mais desenvolvidas, 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacitação física, por mulheres entre 15 a 44 anos, resultam da violência de gênero (SUAREZ; MACHADO; BANCEIRA, 1999). Além de que as mulheres se tornam mais dependentes economicamente do parceiro, dificultando sua saída desse tipo de relação; e quando trabalham o índice de absenteísmo é elevado, acarretando um custo para o empregador; com baixa produtividade; alto custo com processos judiciais e medidas de proteção e usam o sistema de saúde por um tempo maior.

A saúde reprodutiva é definida, pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (BARSTED, 1996), como um estado geral de bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doenças ou dores, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. São várias as conseqüências da violência na saúde reprodutiva, sendo a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis (DST) as de maior dificuldade das mulheres de se protegerem. Temos também, a multiparidade com curto intervalo intergestacional, o aborto espontâneo ou sem segurança, o início tardio do pré-natal, dieta desequilibrada, a depressão pós-parto, dificuldades no aleitamento materno e outras complicações.

Infelizmente, a violência vem ocorrendo diariamente, fazendo parte das relações humanas, o que não deveria acontecer. Ela é considerada como sendo complexa, pois atinge o biopsicossocial do ser humano. Ocorre tanto no espaço público quanto no particular, fazendo parte de toda a sociedade, dos mais pobres aos mais ricos. Ela ocorre quando se utiliza a força, seja da forma física, psicológica ou verbal, para alcançar determinado objetivo.

Diante dessas conseqüências e de vários esforços para entender o porquê da violência, a Organização Mundial de Saúde elaborou o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG et al, 2002) e propôs um modelo ecológico para facilitar o

melhor entendimento dos fatores que propiciam a violência, dividindo-os em vários níveis.

- Primeiro nível - Fatores Individuais – São os fatores biológicos e pessoais que cada pessoa possui, concentrando-se nas características que aumentam a possibilidade do indivíduo ser a vítima ou o perpetrador da violência, como: rendimento escolar, o uso de drogas lícitas e não - lícitas, poder econômico, dentre outros.
- Segundo nível - Fatores relacionais – Está vinculado às interações sociais, como: os relacionamentos mais próximos dos companheiros, dos colegas, dos parceiros íntimos, dos membros de família; e a influência sobre o indivíduo.
- Terceiro nível – Fatores comunitários – Sendo nomeados os locais de trabalho, a escola e a vizinhança, tendo os problemas de desemprego, o tráfico de armas e de drogas e, o isolamento social em que vivem determinadas famílias.
- Quarto nível - Fatores sociais - é mais amplo, e inclui as normas culturais; as atitudes que consideram a opção pelo suicídio como um direito individual; normas que dão prioridades aos pais sobre a criança; normas que afirmam o domínio do homem sobre a mulher, que validam o uso da força pela polícia contra os cidadãos e as que apóiam os conflitos políticos. Podendo incluir numa visão mais ampla as políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais.

Os atos violentos mais comuns contra a mulher podem ser classificados de acordo com sua natureza: físico, quando uma pessoa, que está em relação de poder em relação à outra, causa ou tenta causar danos físicos não – acidentais; psicológico quando toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa; sexual quando uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade. E, o social que ocorre nas relações sociais de gênero, como a posição da mulher no mercado de trabalho e na sociedade (BRASIL, 2002a).

Como exemplos de atos de violência física: os empurrões, atirar objetos, sacudir, esbofetear, bater, espancar, contusões, estrangular, chutar, torcer os braços, queimar, perfurar, mutilar, torturar, usar armas brancas ou de fogo. Os

psicológicos são: intimidar com ameaças, diminuir, fazer a pessoa sentir-se mal consigo mesma, xingar, fazer a pessoa pensar que está louca, provocar confusão mental, fazer a pessoa se sentir culpada; humilhar, coagir, cercear, controlar os movimentos e perseguir; usar os filhos para fazer chantagem; isolar a vítima de amigos e parentes, além de controlar, reter, tirar o dinheiro da vítima. Os sexuais são: forçar as relações sexuais quando a pessoa não quer, quando está dormindo ou doente; forçar a prática de atos que causam desconforto ou repulsa; obrigar a mulher a olhar imagens pornográficas, quando ela não deseja; obrigar a vítima a fazer sexo com outras pessoas. Além destes, temos os sociais o qual a mulher recebe menor salário que o homem, mesmo desempenhando a mesma atividade, discriminar por atributos de gênero ou por aparência, assediar sexualmente, exigir atestado de laqueadura ou negativo de gravidez para emprego, e promover e explorar a prostituição e o turismo sexual de meninas e de adultas (BRASIL, 2005a; GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

Como conseqüência dessa violência seja física, psicológica, sexual, gênero e social; temos como sinais e sintomas as contusões, hematomas generalizados, inflamações, fraturas, queimaduras, gravidezes indesejadas, DST/AIDS, estado de choque, crise do pânico, medo, confusão, fobias, insônias, pesadelos, auto-reprovação, insegurança, culpa, baixa auto-estima, comportamento autodestrutivo como uso de drogas e álcool, depressão, isolamento por medo, dentre outros (BRASIL, 2004).

Em São Paulo, estudo em um serviço de atenção primária mostrou que 57% das mulheres atendidas relataram algum episódio de violência na vida (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Como previamente mencionado, a violência que mais acomete a mulher é a de gênero, no qual se baseiam no que a sociedade determina, e culturalmente aprendidas. A mulher é educada para casar e ter filhos, sendo a principal função a sexualidade e a procriação. Suarez, Machado e Banceira (1999), afirma que essas representações são legitimadas pela visão essencialista de que mulheres são mães por natureza, e que são responsáveis pela estrutura familiar.

A família é a primeira sociedade que o indivíduo faz parte e podemos chamá-la de micro sociedade em tamanho, mas uma macro-sociedade na importância que estabelece no desenvolvimento do indivíduo, onde aprenderemos valores, costumes, crenças que irão formar a personalidade e a parte emocional das

peças. É através do relacionamento de afeto que a dinâmica e a organização da família ocorre, com suas diferenças de poder entre os sexos e no contexto afetivo. Essa dinâmica no relacionamento entre os membros da família, se não houver a compreensão e a tolerância, poderá tornar-se violenta. E, com o tempo essa violência poderá ser repetitiva e tornar-se progressivamente mais grave.

O impacto da violência repercute seriamente na saúde das mulheres e conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Desencadeia prejuízos na saúde reprodutiva da mulher acarretando gestações de risco e mesmo gravidezes não - planejadas (SCHRAIBER et al., 2005).

A violência contra a mulher e suas conseqüências muitas vezes são invisíveis para o serviço de saúde e essas mulheres acabam sendo rotuladas como poliqueixosas, somatizadoras ou portadoras de distúrbios neuro-vegetativos. Os processos patológicos que surgem associados à violência e ao sofrimento psicoemocional, se não forem abordados de forma integrada, resultam em casos de difícil solução (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003).

A gravidez em algumas situações é tida como fator de risco para a violência doméstica, podendo esta ter início depois da gestação ou alterar o padrão quanto à freqüência e gravidade neste período (MENEZES et al., 2003). Portanto, a violência é considerada fator desencadeante dos fatores de risco, assim como: as condições sócio-econômicas, a idade, a nutricional, dentro outros, que poderão ser a causa do agravamento ou surgimento de uma patologia na gestação.

Assim, torna-se oportuno refletir que a violência é um dos possíveis fatores de risco gestacional. É possível suspeitar que a violência possa ser uma causa do agravamento ou surgimento de um de risco ou um dano à saúde da gestante.

No modelo biomédico de assistência, como ainda não há uma valorização da violência como um fator de riscos para complicações do estado de saúde, muitos profissionais não conseguem percebê-la como tal e diagnosticá-la. A terapêutica do risco gestacional é geralmente restrita às causas fisiopatológicas e ou clínico-obstétricas. Tal conduta, muitas vezes, não consegue evitar uma complicação e ou mesmo tratá-la com êxito.

Na implementação das atividades de assistência à gestante, é necessário identificar os fatores de riscos a que cada uma está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. É

indispensável que esta avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em todo acompanhamento gestacional.

1.2 Vivendo a Gestação de risco e a violência

No Brasil, em função das diferenças sociais, culturais, econômicas e políticas existentes em suas regiões percebemos uma diversificação de situações e fatores que podem proporcionar algum risco gestacional, tais como: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; doenças obstétricas na gestação atual; intercorrências clínicas. Tais fatores devem ser avaliados durante o atendimento de pré-natal, sendo a ausência deste acompanhamento um fator de risco para a mesma ou para o conceito. Conforme preconizado pelo Ministério da saúde e apresentado mais detalhadamente no quadro abaixo (BRASIL, 2005b):

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis	História reprodutiva anterior	Doença obstétrica na gravidez atual	Intercorrências clínicas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Idade menor que 17 e maior que 35 anos; ➤ Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos, biológicos e estresse; ➤ Situação conjugal insegura; ➤ Baixa escolaridade; ➤ Altura menor que 1,45 m; ➤ Peso menor que 45 Kg e maior que 75 Kg; ➤ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Morte perinatal explicada e inexplicada; ➤ Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; ➤ Abortamento habitual; ➤ Esterilidade e/ou infertilidade; ➤ Intervalo temporal menor que dois ou maior que cinco anos; ➤ Nulliparidade e multiparidade; ➤ Síndrome hemorrágica ou doença hipertensiva; ➤ Cirurgia uterina anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; ➤ Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ➤ Ganho ponderal inadequado; ➤ Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; ➤ Amniorrexe prematura; ➤ Hemorragias de gestação; ➤ Isoimunização; ➤ Óbito fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cardiopatias; ➤ Pneumopatias; ➤ Nefropatias; ➤ Endocrinopatias; ➤ Hemopatias; ➤ Hipertensão arterial; ➤ Epilepsia; ➤ Doenças infecciosas; ➤ Doenças auto-imunes; ➤ Ginecopatias.

Quadro 1 – Fatores de risco para a gravidez

Como já definimos o risco gestacional é uma probabilidade de causar agravos à gestação. E os fatores que desencadeiam esse risco podem estar presentes em todo o período gestacional, ou parte dele. Há fatores que atuam de forma isolada e outros que quando associados podem ocasionar uma gestação de risco. A violência se caracteriza como um fator de risco que tanto pode agravar a gestação isoladamente ou associada a outros fatores.

Ao analisarmos os fatores que levam ao risco na gestação, é possível verificar que no primeiro grupo indicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), onde são apontadas as características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, não há destaque para a violência como um fator de risco para a gravidez.

Cabe destacar que o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) afirma que a gestação consiste num período de grandes transformações psíquicas, de que decorre importante transição existencial, favorecendo o surgimento de conflitos internos e externos. Conseqüentemente, no acompanhamento gestacional deve-se acrescentar a necessidade de associar a história clínica com a vida pessoal, seus sentimentos, desejos e suas ansiedades, ou seja, uma avaliação integral da saúde da mulher em todo seu contexto social, histórico e político.

Assim, ao discutir gestação de risco é necessário compreender o processo saúde-doença para além das suas causas, devendo-se incluir a relação entre sujeito e contexto social como determinante das condições gerais de saúde.

No contexto social coexistem diferentes fatores psicossociais que atuam como estímulos nocivos: a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, o risco iminente de desemprego, as precárias condições de vida, a violência no interior das relações familiares, a gravidez indesejada; ocasiona a desagregação dos laços sociais, a dificuldade de constituir vínculos, assim como a inserção ao pré-natal. Quanto mais os vínculos se desfazem, maior a probabilidade de interferência sobre a saúde dessa mulher, particularmente a saúde reprodutiva, ocasionando adoecimento e sofrimento (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003).

A saúde da mulher abrange vários aspectos relativos a enfermidades, doença, bem-estar, assim como as atividades de prevenção, assistência e cura. A saúde é determinada por vários fatores, como: biológicos, reprodutivos, condições de trabalho, nutrição, estresse, conflitos, violência, entre outros.

Graham e Campbell (1998) definem a saúde reprodutiva como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuam para a saúde e o bem-estar reprodutivo mediante a prevenção e solução dos problemas de saúde reprodutiva. Incluindo também a saúde sexual que tem como objetivo a melhoria da vida e das relações pessoais, e não somente o aconselhamento e a atenção referentes à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis.

Os serviços de saúde quando não organizados para atender a mulher considerando seus direitos, particularmente os reprodutivos, indicam que há violação de seus direitos. Quando os direitos não são respeitados, podem apresentar-se e expressar-se no desenvolvimento de patologias que interferem direta e indiretamente na mulher. E se esta estiver grávida, poderá atingir sua saúde e a de seu feto, representando também, um dos componentes influenciadores dos índices de mortalidade materna, que se caracteriza por ser um indicador para avaliar as condições de saúde de uma população.

Durante a sua vida, a mulher está suscetível a várias doenças, dentre elas a hipertensão. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, no ano de 2005, para 100.000 nascidos vivos, 74,5 foram a óbitos maternos, sendo todas as causas evitáveis, como: hipertensão arterial, hemorragias, infecção puerperal e aborto (BRASIL, 2007a).

O aparecimento ou agravamento da hipertensão arterial pode estar ou não vinculado ao período gestacional. Laurenti, Jorge e Gotlieb (2004) em estudo realizado com uma população estimada em 7332 mortes de mulheres, no primeiro semestre de 2002, sobre a mortalidade materna nas capitais brasileiras, apontou que 67,1% das mortes maternas foram decorrentes de causas obstétricas diretas, predominando os transtornos hipertensivos, com quase 25%, praticamente a mesma proporção correspondente às causas obstétricas indiretas. Somente a doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclampsia e eclampsia) totalizou 37% de todas as mortes obstétricas diretas.

Portanto, a gravidez de risco, principalmente vinculada à hipertensão arterial é considerada gravidez que necessita de um acompanhamento integral. O profissional de saúde tem que estar sensível à escuta, sem discriminação ou constrangimento sobre o contexto vivido da mulher.

A gestante que se descobre de risco, geralmente apresenta emoções que geram ansiedade, medo, angústia e até uma sensação de incompetência em gerar

um filho sem problemas. Essa situação quando vinculada a um contexto social que reforça esses sentimentos, como no caso de mulheres que vivenciam a violência, torna tais repercussões mais significativas, interferindo no desenvolvimento da gestação, gerando ou descompensando patologias pré-existentes.

Estudos sobre violência à gestante têm pouco mais de vinte anos e, embora a pesquisa na área esteja crescendo, existem várias lacunas a serem investigadas, como: fatores de risco, conseqüências e prevalência do tipo de violência (JASINSKI, 2004).

Menezes et al. (2003), em um estudo, na cidade de Recife (Brasil), com 420 mulheres que tiveram o parto assistido em maternidade terciária, com feto acima de 500 gramas, demonstraram que a prevalência de violência física é de 13% antes da gestação e 7,4% durante a gravidez, sendo as formas de agressão mais freqüente o empurrão, tapa e manchas roxas. Em relação ao padrão da violência, 43,6% das mulheres afirmaram ter cessado; 27,3% diminuído; 18,2% informam ter permanecido inalterado e 10,9% tendo aumentado durante a gravidez.

Outros estudos apontam para prevalência de violência entre parceiros íntimos durante a gestação que variam de 1% a 32% (CUNNINGHAM et al., 1997; MORAES; REICHENHEIM, 2002; JANSSEN et al., 2003). Essa variação entre alguns estudos, pode ter ocorrido pelo uso de definições diferenciadas de violência, das características das amostras estudadas e do método de coleta de dados utilizados (JASINSKI, 2004).

As pesquisas sobre a violência na gravidez vêm demonstrando que a gestação não parece impedir que a mulher seja vítima de violência e muitas mulheres relatam mudanças no padrão e na freqüência do abuso neste período. A exacerbação do estresse familiar durante a gravidez pode precipitar o primeiro ato violento, intensificando ou amenizando a violência pré-existente.

Verificamos que alguns pesquisadores têm se dedicado ao estudo das conseqüências da violência intrafamiliar para a saúde materno-infantil, sejam fisicamente ou psicologicamente. E o que se constata da relação da violência com a saúde da mulher é que esta apresenta: o isolamento social, a insegurança, a depressão, os distúrbios do sono, a baixa auto-estima, a presença de dores abdominais recorrentes, lombalgias crônicas, cefaléia, contusões localizadas e distúrbios psicossomáticos (VALDEZ-SANTIAGO; SANÍN-AGUIRRE, 1996; KRUG et al., 2002).

Além desses estudos, Schraiber e D'Oliveira (2003), apontam para a associação entre disfunção familiar, incluindo abuso físico da gestante por seu companheiro, e ausência de cuidados pré-natais. E Dietz et al. (1997) ressaltam que mulheres que vivenciam violência apresentam características similares às aquelas que procuram pela assistência pré-natal após o terceiro trimestre de gestação, como: são jovens, de baixa renda, baixo nível de escolaridade, e frequentemente têm a gravidez indesejada, passando a ser um grande problema vivenciado pela mulher.

Outras repercussões ocorrem nas gestantes através de sofrimentos que muitas vezes se tornam crônicos como, o relato de dor no baixo ventre, na região pélvica e de cefaléia, devido aos medos, ansiedades, pesadelos; que se apresentam como desmaio, tonturas, insônia, sangramentos vaginais, DST, Infecção do trato urinário, abortamento do bebê e baixo peso do recém-nascido (SCHRAIBER et al, 2005).

A gravidez indesejada que muitas vezes é resultado de uma violência perpetrada pelo parceiro íntimo, em não permitir o uso de métodos anticoncepcionais, principalmente a camisinha, é caracterizada como violência de gênero. Ela afeta o bem-estar das mulheres, das crianças e das famílias. De fato, alguns especialistas em saúde acreditam que a gravidez indesejada e levada a termo possui maior probabilidade de apresentar complicações. Schraiber e D'Oliveira (2003), afirmam que mulheres com gravidez indesejada podem estar sujeitas a mais maus-tratos físicos por seus parceiros durante a gravidez.

Algumas mulheres possuem dificuldades em escolher um método contraceptivo, seja pela dificuldade em estabelecer um diálogo com o companheiro, ou pelo fato de determinados métodos contraceptivos serem contra-indicados à sua condição de saúde, ou por ter que usar algum método sem que o parceiro tenha conhecimento. Isto ocorre principalmente em mulheres que vivem sob a ameaça por parte de seus parceiros íntimos, sendo um fator de risco para a gravidez indesejada e até para doenças sexualmente transmissíveis.

Cunningham et al. (1997) e Moraes e Reichenheim (2002) apontam que fatores como: os hábitos de vida do casal, as características demográficas e reprodutivas da gestante, a presença de problemas psicológicos, a falta de rede social de apoio, o tabagismo, o mau uso do álcool e de substâncias ilícitas causam vários prejuízos à saúde da gestante e do feto, como doença hipertensiva específica

da gravidez, deslocamento prematuro de placenta, amniorrexe prematura, sofrimento fetal, dentre outros. Esses fatores podem ser considerados como de risco para a violência familiar, e por outro lado a violência familiar pode ser um fator de propensão a esses fatores (MCFARLANE; PARKER; SOEKEN, 1996; GUELLES, 1997).

Além de pesquisarmos a violência na gestação, optamos por relacioná-las as Síndromes Hipertensivas agravadas ou surgidas na gravidez por apresentar-se diretamente relacionada a diversos fatores sócio-emocionais, caracterizando-se também como um problema de saúde de grande complexidade, e por serem umas das maiores causas de mortalidade materna.

Com base no Manual do Ministério da Saúde podemos resumir a classificação clínica das Síndromes Hipertensivas na gravidez em quatro grupos (BRASIL, 2000):

a) hipertensão gestacional (HG) – é quando aparece a hipertensão arterial, decorrente da gravidez, após a 20ª semana, com ausência da proteinúria em mulheres previamente normotensas, com pressão diastólica ≥ 90 mmHg e com aumento acima de 15mmHg do valor conhecido previamente. Pode evoluir clinicamente para a pré-eclâmpsia, quando a hipertensão associa-se à proteinúria; e para a hipertensão latente ou transitória, principalmente em multíparas;

b) hipertensão crônica (HC)- é a presença de hipertensão persistente anterior à gravidez ou à 20ª semana de gestação, e que se mantém após o puerpério;

c) hipertensão arterial não classificadas (HAñC)- refere-se ao aparecimento da hipertensão após 20 semanas de gestação, sem dados conclusivos para classificar a hipertensão, como a primeira consulta de pré-natal iniciada após a 20ª semana, ou a idade gestacional duvidosa ou ignorada, mas clinicamente superior a 20 semanas e história clínica inconclusiva para o diagnóstico de hipertensão arterial crônica;

d) eclâmpsia – é a presença de convulsões tônico-crônicas generalizadas em mulher com quaisquer dos quadros hipertensivos descritos, não causadas por epilepsia ou qualquer outra patologia convulsiva, e que pode ocorrer na gravidez, parto ou até dez dias de puerpério.

Cabe destacar que em nosso trabalho estudaremos as gestantes com diagnóstico de Síndromes Hipertensivas na gravidez classificadas em um dos três primeiros grupos, em virtude da gravidade clínica presente no último grupo.

Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia hipertensão que se manifesta na gestação permanece desconhecida. Acredita-se haver combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

No que diz respeito ao fator ambiental temos a vivência da violência, a qual gera sentimentos como o estresse, a ansiedade, o medo, a angústia, que são fatores de risco importante no desenvolvimento de doenças psicossomáticas, como a hipertensão arterial, coronariopatias, úlceras gastroduodenais, infecções respiratórias por diminuir as defesas imunológicas, dermatológicas, dentre outras (LIPP; ROMANO, 1987).

Howard e Lewis (1984) descobriram a existência de uma relação íntima entre as emoções e a hipertensão, ou seja, a pressão sanguínea elevada. Estas emoções que muitas vezes, durante a vivência de situações de violência, irão representar um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima.

Ao engravidar, a mulher além das modificações fisiológicas adaptativas ao processo gestacional, também vivencia modificações nas relações interpessoais e sociais de seu cotidiano, principalmente em decorrência de seu novo papel social, transformando sua condição de filha para ser mãe.

Vieira (2003) ressalta que fatores como: o componente emocional da mulher grávida, os fatores psíquicos preexistentes e atuais, componentes específicos da gravidez, o contexto social, a vivência do casal, o papel que o companheiro desempenha e a própria família, com suas reações manifestadas através de sentimentos de exclusão, ressentimento, agressividade, culpa entre outros influenciam diretamente na gravidez e podem levá-la ao risco.

Nessas emoções intensas, a vivência da violência e as tensões da vida moderna podem ocasionar uma elevação da pressão arterial e até produzir hipertensão. Isso ocorre principalmente nos indivíduos que têm dificuldades de dar vazão aos seus sentimentos negativos, como raiva, frustrações amorosas e no campo profissional, os quais podem gerar medo, preocupação, estresse e ansiedade

- fontes adicionais de sobrecarga cardíaca e que estão presentes principalmente, nas gestantes de risco.

Para Vieira (2003) o diagnóstico da hipertensão encontra-se freqüentemente associado com a presença de um fator traumático, sendo difícil precisar a sua origem e o tempo de sua instalação no indivíduo, assim como prever com exatidão a probabilidade de sua ocorrência. A prevalência da hipertensão apresenta significativa variação em relação a fatores socioculturais tais como a situação socioeconômica, desigualdade social e acesso aos cuidados com a saúde. Desta forma, observa-se o agravamento no quadro das doenças crônico-degenerativas, especialmente quando se refere à população de baixa renda, onde as perspectivas tornam-se pouco promissoras para a sua solução.

Logo, cabe ao profissional de saúde despertar para as diversas nuances presentes no processo saúde-doença, tornando o atendimento mais global e satisfatório para a saúde física e emocional da gestante.

As gestantes que vivenciam um contexto social estressante necessitam de uma atenção mais direcionada à minimização desses problemas, prevenindo inclusive o surgimento de morbidades, como a doença hipertensiva. Diante desse quadro, percebemos que a gestante precisa de apoio, de uma escuta sensível, de acolhimento por parte da família e dos profissionais de saúde que a acompanham no período gestacional e puerperal.

É necessário, numa perspectiva do cuidar integral avaliar se o estado hipertensivo gestacional é somente associado aos problemas biológicos ou se os mesmos apresentam-se associados às situações que ocasionam estresses, ansiedades como as situações de violência.

2 METODOLOGIA

No sentido de aprofundar acerca das repercussões da violência sob a gestação percebida pelas gestantes com Síndromes Hipertensivas optou-se por uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, pois é aquela que busca entender um fenômeno específico em profundidade, tendo como fonte primária os discursos dos sujeitos, ou seja, gestantes de risco internadas em maternidades de referência com diagnóstico de Síndromes Hipertensivas.

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2002).

A metodologia qualitativa tem a capacidade de envolver o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto à sua transformação, com construções humanas significativas. Ela tem como objetivo a compreensão dos valores culturais e as representações de um determinado grupo sobre temas específicos ligados à natureza do social, às relações entre indivíduo e sociedade, entre ação, estrutura e significados (MINAYO, 2000).

A necessidade de trabalhar com uma abordagem de natureza qualitativa surgiram da complexidade e subjetividade presente na temática da pesquisa. Esta modalidade de investigação preocupa-se com questões que não podem ser relativizadas através de variáveis. Há uma especial atenção à qualidade, aos elementos que sejam significativos para o investigador, que irá à busca de valores subjetivos camuflados nos atos da humanidade, tentando compreender as ações e reações do mundo humano, suas crenças, atitudes e posturas.

O método qualitativo parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interligação entre o sujeito e o objeto, um vínculo inseparável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa, o sujeito observador é parte do processo de conhecimento e é capaz de interpretar os fenômenos, atribuindo-lhes um significado (CHIZZOTTI, 2001).

O objeto não é um dado novo neutro, isolado, está possuído de significados e relações construídas pelos sujeitos em suas ações. Assim, entendemos que ao

estudar as gestantes internadas em função da hipertensão arterial na gestação e que vivenciaram violência é necessário conhecer parte de sua história, seus problemas, suas crença e valores, sendo necessário uma abordagem qualitativa.

Escolhemos como cenário, duas maternidades de referência para gestação de risco inseridos em hospitais universitários de grande porte, ambos localizados no Estado do Rio de Janeiro. Essa escolha ocorreu pelos seguintes motivos: em função da multisetorialidade e multidisciplinaridade dos dois hospitais; e pelo fato de serem hospitais de ensino e pesquisa, onde a partir de uma perspectiva educacional (de formação profissional) estes desenvolvem ou devem desenvolver a busca por uma anamnese mais aprofundada e ampliada (o contexto que envolve a situação de morbidade).

Uma das maternidades caracteriza-se por ser um núcleo perinatal de assistência, inserido na estrutura administrativa de um Hospital Universitário Estadual do Rio de Janeiro – Hospital Universitário Pedro Ernesto, vinculado a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ), tendo como missão ser referência para o atendimento de saúde às gestantes que demandem cuidados terciários e para a formação de profissionais e a produção de conhecimento na área de saúde perinatal.

A referida unidade é composta por 18 leitos para gestantes de risco, mas somente 10 estão autorizados a internar; e 04 leitos de Unidade Intermediária, para assistência às gestantes de alto risco descompensadas. Para o desenvolvimento do estudo entrevistamos somente as gestantes com Síndromes Hipertensivas que não se encontravam na Unidade Intermediária, visto que as mesmas inspiravam maiores cuidados, monitorizadas e sem um espaço privativo para o desenvolvimento da entrevista.

Outra unidade selecionada foi uma maternidade vinculada ao Hospital Universitário Antônio Pedro, vinculado a Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF) a qual possui uma enfermaria de gestantes de risco com 06 leitos. Tal unidade, assim como a anterior, caracteriza-se em ser um serviço de referência para atendimento as gestantes de risco para o Estado do Rio de Janeiro.

O projeto do estudo foi encaminhado aos Comitês de Ética e Pesquisa de cada unidade hospitalar, tendo sido avaliado por ambos. A aprovação foi concedida em uma unidade hospitalar em 14 de dezembro de 2007 com o protocolo nº 1957-

CEP (Anexo A), e na outra unidade em 15 de fevereiro de 2008, recebendo o nº. 010/08 de protocolo de pesquisa (Anexo B).

As gestantes foram entrevistadas após terem sido informadas sobre as peculiaridades da pesquisa e seus direitos; e autorizando sua participação a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), conforme legislação vigente na Resolução 196/96 que dispõe acerca das diretrizes da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

Os sujeitos deste estudo foram 18 gestantes internadas em maternidades de referência para risco obstétrico e/ou clínico que apresentavam nos seus prontuários o diagnóstico de Síndrome Hipertensiva, tendo sido 09 (nove) gestantes em cada unidade hospitalar. Na seleção dos sujeitos do estudo desenvolvemos algumas etapas de aproximação junto às gestantes. Primeiramente estabelecemos como critério de inclusão possuir o diagnóstico de algum tipo de hipertensão arterial, o que foi identificado pela investigação dos registros nos prontuários das unidades.

Num segundo momento, ao aproximarmos das gestantes internadas com algum tipo de hipertensão arterial, apresentei-me como enfermeira obstétrica e pesquisadora buscando iniciar uma interação pessoal.

Assim, no primeiro contato estabelecemos o diálogo com a gestante procurando saber a causa de sua internação; como ocorreu o processo gestacional; a existência de outros filhos; sua condição profissional/ocupação; o conhecimento do seu cotidiano – intrafamiliar e social; a existência de algum conflito que significasse violência. Expliquei que como enfermeira e ao cuidar de algumas gestantes estas relatavam a violência, e a partir daí interessei-me pelo tema. Como pesquisadora queria entender melhor o cotidiano delas e se a violência fazia parte de seu contexto. Com essa abordagem, obtive um melhor êxito na aceitação da participação e na coleta dos depoimentos. Após a confirmação da vivência da violência, explicava-lhes os objetivos da pesquisa e perguntava se gostaria de participar da mesma respondendo algumas perguntas. Ao concordarem em participar a entrevista era realizada num espaço reservado, na própria unidade.

Cabe ressaltar que realizamos um teste piloto objetivando adequar o roteiro da entrevista e a abordagem às gestantes. Foram realizadas seis entrevistas pilotos, três em cada unidade hospitalar. Tais entrevistas não foram incluídas na análise final dos dados, sendo somente importantes na adequação do instrumento de coleta de dados.

No cenário da Maternidade do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ, as entrevistas foram realizadas nos meses de abril e maio de 2008. Neste registramos um total de 22 (vinte e duas) gestantes hipertensas. Desse total, 08 (oito) encontravam-se na unidade intermediária que acabaram realizando cesárea; 02 (duas) não desejaram participar; 03 (três) afirmaram não vivenciar violência no período gestacional e 09 (nove) afirmaram vivenciar a violência na gestação.

Na Maternidade do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF), a coleta de dados também ocorreu nos meses de abril e maio de 2008. Nesta registramos um total de 17 (dezessete) gestantes hipertensas, onde 04 (quatro) encontravam-se com quadro clínico complexo, impossibilitadas de serem entrevistadas, 02 (duas) não desejaram participar; 02 (duas) afirmaram não vivenciar violência na gestação e 09 (nove) afirmaram vivenciar a violência.

O quantitativo de entrevistas foi estabelecido pela recorrência dos depoimentos das gestantes, o que caracterizava o fenômeno de saturação. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Cabe destacar que, considerando a complexidade da temática e própria dificuldade da maioria das mulheres em admitir a vivência de violência, entendemos ter depoimentos representativos da realidade das gestantes que vivenciaram violência na gestação e que percebiam a repercussão desta na sua saúde.

Num terceiro momento, iniciamos a entrevista propriamente dita. Para a coleta de dados utilizamos um instrumento contendo perguntas direcionadas ao preenchimento da caracterização das gestantes em relação ao perfil social (Apêndice C) e um roteiro com três perguntas guias, relacionadas à temática da violência na gestação (Apêndice D).

Todas as entrevistas foram desenvolvidas individualmente, em sala exclusiva, com privacidade para que estas pudessem relatar os fatos. As mesmas foram gravadas em fita magnética e transcritas posteriormente na íntegra.

Foi garantida a cada participante, total liberdade para o esclarecimento de dúvidas que tivessem durante o estudo, oportunidade para eventual recusa em

responder à(s) questão (ões) e a desistência da participação na pesquisa, sem qualquer tipo de penalização.

Ao final das entrevistas foi feita uma cuidadosa escuta e transcrição das mesmas, com posterior organização do material a ser analisado. Em seguida, realizamos a análise qualitativa dos dados utilizando a técnica de Bardin (2004) que utiliza a análise de conteúdo, definindo-a como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Diversas leituras flutuantes e analíticas dos depoimentos foram realizadas objetivando identificar as unidades de registros no texto; a construção das unidades de significação correspondeu à etapa seguinte, realizada a partir da associação com um tema comum das unidades de registros; e posteriormente tratamos de agrupá-las definindo as categorias temáticas oriundas dos depoimentos (Apêndice E).

A partir da análise dos depoimentos, emergiram duas categorias:

- A violência na perspectiva da gestante com Síndrome Hipertensiva: um olhar de quem a vivenciou.
- Violências vivenciadas por gestantes com síndromes hipertensivas e suas repercussões

Com o intuito de favorecer uma melhor compreensão dos resultados obtidos, consideramos relevante apresentar a caracterização social das 18 gestantes entrevistadas, destacando a unidade hospitalar onde cada uma delas se encontrava internada, o diagnóstico clínico-obstétrico da síndrome hipertensiva, sua idade, a idade gestacional que se encontrava no momento da entrevista, número de gestações, cor, escolaridade, estado civil e ocupação profissional.

A referida caracterização social dessas 18 mulheres foi distribuída no quadro de caracterização dos sujeitos, o qual será mostrado na página seguinte.

Ent	Unidade Hospitalar	Diagnóstico*	Idade	Idade da gestação	Números de gestação	Cor	Escolaridade	Estado Civil	Profissão
1	HUAP/UFF	HAñC	26 a	28 sem	G 2 / P 1 / A 0	Branca	Fund. Incompleto	Viúva	Faxineira-Diarista
2	HUAP/UFF	HAñC	32 a	34 sem	G 2 / P 0 / A 1	Parda	Médio incompleto	Solteira	Manicure
3	HUAP/UFF	HAñC	23 a	40 sem	G 2 / P 0 / A 1	Parda	Médio completo	Solteira	Do lar
4	HUAP/UFF	HG	23 a	40 sem	G 2 / P 0 / A 1	Branca	Médio incompleto	Solteira	Do lar
5	HUAP/UFF	HG	25 a	30 sem	G 1 / P 0 / A 0	Branca	Superior completo	Casada	Assistente Social
6	HUAP/UFF	HAñC	21 a	33 sem	G 2 / P 1 / A 0	Preta	Fund. Completo	Solteira	Do lar
7	HUAP/UFF	HAñC	20 a	35 sem	G 1 / P 0 / A 0	Branca	Fund. Completo	Solteira	Cabeleireira
8	HUAP/UFF	HAñC	24 a	34 sem	G 3 / P 2 / A 0	Preta	Fund. Incompleto	Casada	Do lar
9	HUAP/UFF	HC	29 a	26 sem	G 2 / P 1 / A 0	Parda	Fund. Incompleto	Solteira	Do lar
10	HUPE/UERJ	HG	20 a	30 sem	G 1 / P 0 / A 0	Preta	Fund. Incompleto	Solteira	Atendente
11	HUPE/UERJ	HG	28 a	30 sem	G 8 / P 6 / A 1	Preta	Fund. Incompleto	Casada	Emp. Doméstica
12	HUPE/UERJ	HC	33 a	36 sem	G 4 / P 3 / A 0	Preta	Fund. Completo	Solteira	Emp. Doméstica
13	HUPE/UERJ	HC	31 a	37 sem	G 3 / P 2 / A 0	Parda	Fund. Incompleto	Solteira	Do lar
14	HUPE/UERJ	HC	26 a	27 sem	G 2 / P 1 / A 0	Parda	Fund. Completo	Casada	Do lar
15	HUPE/UERJ	HAñC	29 a	32 sem	G 3 / P 2 / A 0	Preta	Fund. Completo	Casada	Do lar
16	HUPE/UERJ	HG	22 a	34 sem	G 5 / P 3 / A 1	Preta	Fund. Incompleto	Solteira	Do lar
17	HUPE/UERJ	HC	27 a	35 sem	G 4 / P 3 / A 0	Preta	Fund. Incompleto	Solteira	Do lar
18	HUPE/UERJ	HAñC	25 a	23 sem	G 2 / P 1 / A 0	Preta	Fund. Incompleto	Casada	Do lar

* HC = Hipertensão Crônica; HG = Hipertensão Gestacional; HAñC = Hipertensão Arterial não Classificada

Quadro 2 - Caracterização dos Sujeitos

Ao analisarmos as características sociais das gestantes em relação à sua faixa etária e o tipo da Síndrome Hipertensiva verificamos que 15 gestantes encontram-se entre a faixa etária de 20 a 29 anos, sendo que 07 delas possuíam o diagnóstico de Hipertensão Arterial não Classificada (HAñC), 05 gestantes tinham

Hipertensão Gestacional (HG) e 03 apresentavam Hipertensão Crônica (HC). Apenas 03 gestantes encontravam-se na faixa etária de 30 a 39 anos. Nesta faixa, 01 gestante apresentava diagnóstico para HAñC, 02 para HC e nenhuma para HG.

Em relação à idade gestacional por ocasião da entrevista, verificamos que 07 gestantes se encontravam com a idade gestacional variando entre 23 a 31 semanas e 11 gestantes entre 32 a 40 semanas, ou seja, são gestantes que descreveram sobre a vivência da violência tendo mais de dois trimestres de gestação, e todas declararam estar realizando o pré-natal. Quanto à paridade destacamos que somente 03 gestantes encontravam-se na primeira gestação. Tal dado nos permite afirmar que são mulheres que iniciaram a maternidade precocemente, possuindo na maioria mais de um filho.

No que diz respeito à caracterização das gestantes segundo a cor auto identificada verificamos que 14 das gestantes se diziam pretas e pardas, ou seja, não eram brancas, e 04 se diziam brancas. Ao relacionarmos o tipo de Síndrome Hipertensiva com a cor, constatamos que das 14 gestantes que se diziam não brancas, 06 possuíam o diagnóstico de HAñC, 05 tinham HC e 03 apresentavam HG.

Ao relacionarmos a cor com os diagnósticos encontrados nas gestantes entrevistadas, percebemos a prevalência da hipertensão arterial mais comum nas gestantes não brancas. Contudo, nos chama a atenção o fato de identificarmos que dentre essas 14 gestantes não brancas, 05 tinham HC, ou seja, já apresentavam a hipertensão arterial confirmada como anterior à gestação. O que nos permite refletir que 09 gestantes apresentaram agravamento da mesma ou desenvolveram pela primeira vez os sinais e sintomas da patologia nessa gestação.

Outro ponto importante destacado no perfil social das gestantes entrevistadas foi à escolaridade e a ocupação profissional exercida, onde constatamos que 09 das gestantes possuem o nível fundamental incompleto, 05 gestantes o nível fundamental completo, 02 gestantes o nível médio incompleto, 01 gestantes o nível médio completo e 01 gestante o nível superior completo. Em relação às ocupações profissionais, verificamos que 15 delas afirmam serem “Do lar” e 03 exercem atividades remuneradas fora do lar. As ocupações profissionais exercidas pelas gestantes são: Faxineira-diarista (01 gestante) e Empregada doméstica (02 gestantes). Destaca-se ainda que das 15 gestantes que afirmaram não exercerem

ocupação remunerada, 04 possuem uma formação profissional, tais como: Manicure, Recepcionista, Cabeleireira e Assistente Social.

Ao buscarmos entender as condições da relação conjugal e relações sociais próximas questionamos sobre as condições da convivência marital e verificamos que 11 gestantes consideram viver um relacionamento estável (casadas e/ou união consensual), e 07 gestantes disseram viver um relacionamento não estável. No passado, o casamento ou a união consensual caracterizava a idéia que as mulheres teriam certa segurança, status e uma visibilidade social por estarem ao lado de um homem, seja companheiro, marido ou até o concubinato.

Constatamos através dos depoimentos que 09 gestantes afirmaram que, em sua realidade, o chefe da família é o companheiro, 06 apontaram os pais e 03 gestantes afirmaram que eram elas próprias. Apesar de algumas transformações na estrutura familiar, ainda faz parte da cultura da sociedade brasileira o modelo de mulher mantida por um homem, sempre necessitada de proteção masculina, seja do pai ou do marido.

Isto fica evidente nos resultados encontrados ao investigarmos sobre o planejamento da gravidez atual. Encontramos que das 18 gestações, somente 02 gestantes afirmaram ter planejado a gestação e 16 delas não foram planejadas. Geralmente, os motivos do não planejamento, segundo as mesmas, são decorrentes de: descuido, descaso, falta de dinheiro para compra de preservativos, o não uso da camisinha pelo companheiro, que tinha como desculpa, o não gostar ou não querer ou não aceitar. Geralmente as mulheres vêem na gravidez não planejada a consequência de uma relação desigual junto ao companheiro, no que diz respeito à saúde reprodutiva e sexual do casal.

Em nosso estudo, as gestantes declararam que a gravidez foi rejeitada pelo companheiro em 12 das entrevistadas, rejeitada por ambos em 04 e somente nas 02 gestações que foram planejadas, houve a aceitação das mesmas pelo casal. Essa realidade aponta os possíveis conflitos vivenciados pela mulher ao engravidar e que possivelmente geraram violência, podendo ter repercutido sobre a saúde da mulher e no desenvolvimento do feto.

3 RESULTADOS E ANÁLISES

3.1 A violência na perspectiva da gestante com Síndrome Hipertensiva: um olhar de quem a vivenciou.

Ao buscarmos conhecer os tipos de violência vivenciados pelas 18 (dezoito) gestantes que se encontravam internadas na maternidade, com diagnóstico de uma Síndrome Hipertensiva, percebeu-se primeiramente a necessidade de compreender o entendimento acerca do fenômeno da violência pela gestante que a vivenciou e, assim analisar a dimensão da violência vivida a partir de suas falas.

Ao questioná-las sobre o que entendiam por violência, constatamos que 04 gestantes (04 UR) demonstraram não saber explicá-la. As 14 (quatorze) demais afirmaram entendê-la como violação dos direitos (30UR) podendo acontecer em qualquer cenário, público ou privado. Também, afirmaram entendê-la como aquela que acontece no contexto familiar (25 UR), ou seja, violência com parceiros íntimos, pais e filhos.

3.1.1 Dificuldade em explicar a violência

Apesar da maioria demonstrar conhecer sobre a temática da violência, algumas gestantes tiveram dificuldades em explicá-la, dizendo não saber defini-la. Possivelmente, isto é decorrente da complexidade, multicausalidade e naturalização do fenômeno (condições sociais, culturais, políticas e outras), onde a própria situação em que vivem essas mulheres é cenário cotidiano da violência (SCHRAIBER et al, 2005; PENNA, 2005).

(Silêncio) Não... Sei lá (ENTREVISTA nº 1).

(Silêncio)... Não sei nem dizer o que é violência (ENTREVISTA nº 6).

Violência... Ah. (abaixou a cabeça) eu não sei te falar. Violência acho que é violência mesmo. Sei lá (ENTREVISTA nº 9).

Schraiber et al (2005) apontam como barreiras na verbalização da violência, o sentimento de medo, de culpa, de vergonha e humilhação, o temor pela sua segurança e de seus filhos, as más experiências no passado ao relatar sua situação de violência, a falta de controle sobre o que acontece na sua vida, a esperança de

que o agressor mude seu comportamento, a não valorização das suas lesões e do seu problema, a proteção do companheiro por dependência econômica ou afetiva, o medo de perder os filhos, quando o agressor a acompanha ao serviço permanecendo ao lado da mesma no momento em que esta se encontra sob os cuidados do profissionais e quando tais profissionais desvalorizam a situação por desconhecimento ou preconceito.

Em muitas situações, as dificuldades apresentadas na verbalização sobre a violência por algumas das gestantes entrevistadas puderam ser confirmadas através de outras expressões corporais, como gestos e emoções, o silêncio, o choro, o desviar do olhar. Essas expressões (comportamentos, atitudes e sinais) manifestadas por elas, muitas vezes inconscientes denotam solicitação de ajuda, de compreensão, de socorro para aquela situação em que elas não sabem como resolver. Para Ferreira (2006), expressão é considerada ato de exprimir-se e, também enunciação do pensamento por gestos e palavras escritas ou faladas.

Em função das dificuldades de se falar sobre a temática, os profissionais de saúde devem desenvolver um olhar mais atento para mulheres que apresentam sinais de vivência da violência. A visão do profissional sobre a cliente, para efeito de diagnóstico, tem que ser integral, valorizando as expressões corporais e emocionais das gestantes as quais são expressas por: ansiedade, nervosismo, tristeza, medo e culpa; tais sinais possibilitam constatar indícios de vivencia de situações de violência (MEDINA, 2007).

3.1.2 A violência como violação dos direitos humanos

Em relação à compreensão das gestantes acerca da violência como violação dos direitos, verificamos que tal entendimento tem base naquilo que é feito contra o desejo do indivíduo, ou seja, através de situações que lhe são impostas social e culturalmente. Elas percebem como sendo algo que faz mal para o outro, que não deve acontecer a ninguém, que vai contra o outro – a discriminação, o preconceito, atos de covardia, constrangimentos, crimes, violências sociais, situações complexas, porém presente em seu cotidiano. Ao analisarmos essas visões percebemos que elas expressam situações vividas por elas e por pessoas próximas a elas, e que em geral, a violência atinge a todos, sem distinguir sexo, raça, posição social.

A violência hoje em dia está em tudo quanto é lugar, é uma coisa muito ruim. As pessoas têm que ter mais consciência e não querer (ENTREVISTA nº 3).

Violência é aquilo que fere a pessoa, que vai contra princípios básicos (ENTREVISTA nº 7).

É ver pessoas morrerem de forma tão cruel. Não sei se merecem ou não. Mas não quero aquilo pra nenhum inimigo meu (ENTREVISTA nº 14).

Em seus relatos, percebemos também uma visão crítica, uma posição contrária à ocorrência do fenômeno - de que as pessoas não devem querer mais conviver com a violência, que não deve acontecer com ninguém, que faz mal para o outro. As gestantes percebem a violência como algo comum, que fere e machuca a todos, mas que não deveria continuar existindo na família e nem na sociedade.

Vários estudos enfocam o crescimento da violência externa (na sociedade) e interna (na família). No Brasil, na década de 90, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes, sendo que 400 mil faleceram por homicídios. Os homens são as maiores vítimas das violências externas e as mulheres, crianças, idosos e pessoas com necessidades especiais são das violências internas, ou seja, inerentes à família (SOUZA; LIMA, 2007; MINAYO, 2003; KRUG et al., 2002).

A violência vem aumentando no nosso cotidiano, atingindo qualquer indivíduo independente de idade, sexo, de sua condição social, e vem se alastrando dentro da sociedade, correndo o risco de se banalizar. Tal banalização é decorrente da violência que já não tem faces e limites, e, pela sensação de impotência na solução do problema, pois já não sabemos quem estaria pronto para praticá-la, em quais circunstâncias, quem se desejaria atingir e quais as razões, se é que temos razão para justificar uma violência.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (KRUG et al., 2002) define como principais fatores sociais que criam as tensões entre pessoas, grupos ou países as seguintes normas: as culturais que apóiam a violência; as que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança; as que reafirmam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; as que validam o uso abusivo da força pela polícia contra os cidadãos e as que apóiam os conflitos políticos. Nesses fatores incluímos também as políticas de saúde, econômicas, educacionais e sociais que mantêm as desigualdades econômicas e sociais entre os grupos na sociedade em altos níveis.

Essas tensões e normas sociais geram desigualdades, conflitos que nada mais são do que a violência atingindo tanto o cotidiano da família quanto a sociedade (instituições educacionais, nas relações de trabalho, no setor saúde e na segurança pública). Tais situações são visíveis no contexto familiar das gestantes, sendo demonstradas pelas dificuldades socioeconômicas em se manter e criar um filho, no direito de ir e vir, nos fechamentos de instituições educacionais, comerciais, hospitalares por questões de segurança, pelo enfrentamento entre polícia e bandido, na deficiência de transporte coletivo e nas dificuldades de se conseguir atendimento e assistência na saúde para ela e família.

É colocar filho no mundo e não poder criar, dar uma vida digna (ENTREVISTA nº 8).

É a violência lá onde a gente vive. Foi assim, teve lá uma guerra e eles fecharam tudo. Está tudo fechado colégio, comércio, supermercado. Não abre nada. Isso é violência (ENTREVISTA nº18).

Observamos nas falas das gestantes que estas percebem o quanto o indivíduo vem sendo destituído de seus direitos, e que a violência estrutural¹ está presente tanto na comunidade quanto na família, através da miséria, má-distribuição de renda, falta de saneamento básico, desemprego, ausência de lazer, falta de assistência na educação e saúde, dentre outros. Esses problemas se alastraram por várias décadas atingindo vários setores da sociedade, tornando-se uma questão complexa e de difícil resolubilidade, por falta de políticas públicas sérias, na educação, saúde, segurança, família, e não-inclusão dos direitos assegurados à pessoa como cidadã.

Dentre esses setores, podemos destacar o relacionado à saúde, que tem importante papel no enfrentamento e na prevenção da violência, mas que para isso, precisa modificar a estrutura de formação desses profissionais. Há ainda nesse setor a necessidade de rever sua estrutura de atendimento, investir na capacitação e sensibilização dos profissionais, pois encontramos lacunas no preparo de como lidar com as situações de violência (PENNA, 2005).

¹ Violência do comportamento que aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos e conduz à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, sendo negadas conquistas da sociedade, tornando-os vulneráveis ao sofrimento e à morte. (MINAYO, 1994)

Sabemos que os profissionais formados, em sua maioria, enfrentam dificuldades em lidar com as reais necessidades da população que utilizam o Sistema Único de Saúde. É necessário capacitar permanentemente os profissionais em serviço. Geralmente, o profissional, ano após ano exerce suas práticas sem um conhecimento prévio ou mesmo uma sensibilização sobre o tema, o que permite não atentar para diversas situações de prevenção, diagnóstico e tratamento, como no caso particular da violência contra a mulher.

A mudança de visão do profissional é importante para a clientela, como para o serviço de saúde, que deixa de ser curativo, para ser preventivo, detectando casos de violência antes que estes se tornem crônicos ou que até levem ao óbito. Principalmente na violência contra a mulher, criança, idosos, pessoas com necessidades especiais, pois a abordagem passa a incluir aspectos psicossociais, tanto em relação ao impacto sobre as vítimas, quanto aos fatores que caracterizam os agressores e o ambiente, seja na família ou na sociedade.

Verificamos também, que a violência para as gestantes é apontada quando ocorre um atentado à vida, porém sem motivo aparente ou aceitável, o qual é considerado crime. Isso nos faz pensar em qual seria o motivo que justificasse a morte de alguém. Quais valores sociais e culturais estariam envolvidos nessa relação? Será que o cotidiano da violência vem mudando a condição para que alguém seja morto? Esse tipo de julgamento moral realizado é uma visão que atualmente a sociedade vem apresentando no que diz respeito aos atos violentos. E dependendo do contexto e da cultura em que ocorre, há diferença de valores podendo ser aceito ou não.

É quando alguém mata alguém por nada (ENTREVISTA nº 4).

No Brasil, a violência social ocorre a partir de eventos letais e não letais, apresentando uma magnitude e intensidades sem precedentes, maiores até do que as observadas em países em situação de guerra. O ano de 2003 teve as taxas mais elevadas de morte por causas externas (acidentes e violências) 28,9 e 19,0 por 100 mil habitantes. O crime, em todas as culturas, nunca foi visto com tolerância pela sociedade, uma vez que fere, principalmente, a moral. A violência afeta a população

de modo desigual, gerando riscos diferenciados em função de gênero, raça, idade e espaço social (SOUZA; LIMA, 2007).

3.1.3 A violência como algo inerente ao contexto familiar

Além de considerar a violência como violação dos direitos, as gestantes também apontaram a violência vivida em seu cotidiano familiar. São situações de violência surgida das desavenças, violências físicas, violências contra a mulher, contra a criança, e a violência psicológica, caracterizada principalmente pelo uso de palavras agressivas, que machucam, ferem, humilham, ofendem, e que afeta o emocional e o psicológico das pessoas envolvidas.

Violência é usar palavras que machucam. Você não precisa agredir a pessoa pra ser violenta... Geralmente as pessoas não estão preparadas para lidar com certas situações e acabam que com algumas palavras ela é violenta (ENTREVISTA nº 7).

Violência é quando o homem bate na mulher, fala palavras agressivas, xingar, essas coisas (ENTREVISTA nº 10).

A violência contra a mulher e contra a criança, geralmente acontece no ambiente doméstico, podendo ser acometida na forma psicológica, física e ou sexual; e o perpetrador é na maioria o seu companheiro. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar realizada no ano de 1988 (IBGE, 1989), 55% das mulheres vítimas de agressão na Região Sudeste do Brasil haviam sido vitimizadas em seus próprios lares, sendo que, em 62,2% dos casos os agressores foram seus parentes ou companheiros. No caso das crianças e adolescentes a proporção é ainda maior. Segundo a pesquisa, 80% das agressões físicas foram perpetradas por esses agressores.

A violência no interior da família tem raízes na tradição patriarcal. Ela é aceita pela sociedade, que promove a vulnerabilidade feminina aos abusos masculinos, sendo estruturada na desigualdade entre o gênero onde o homem exerce poder e controle da mulher usando a força.

Há um século, na sociedade brasileira, as diferenças entre homens e mulheres eram bem marcadas por atitudes e comportamentos, de ambos os sexos. A educação era baseada nos papéis representados pelos sexos; aos meninos se ensinava que fossem obedientes, respeitosos, honestos e trabalhadores, e as meninas que fossem submissas, delicadas, puras, com capacidade de doação e de

dedicação às prendas domésticas e às habilidades manuais. Esses papéis, impostos e reproduzidos durante anos, levaram o homem ao domínio e a mulher à submissão, gerando a desigualdade dos direitos na família, sendo vigiados e reforçados por uma sociedade controladora (BIASOLI-ALVES, 2002; FALEIROS, 2007).

Na visão das depoentes de que a violência é algo inerente ao contexto familiar, o tipo de violência mais apontado como de maior gravidade é aquela que afeta psicologicamente a mulher, principalmente nas manifestações por agressões verbais e insultos.

Acho que a física é até amena, pois dói ali na hora e depois passa. Mas a psicológica a gente fica remoendo, vivendo sentimentos ruins (ENTREVISTA nº 5).

É um tipo de violência que não deixa marcas externas, mas que acarreta inquestionáveis estragos na estrutura psicológica, assim como no desenvolvimento da personalidade e na construção e ou manutenção de sua identidade como cidadã.

Além da psicológica, as gestantes identificaram a violência física no contexto familiar. Esta, geralmente vem associada à violência psicológica e verbal, e se caracterizara basicamente pelo ato de bater, ferir fisicamente.

Eu mesmo, o pai dos meus dois filhos batia em mim. Isso é uma violência (ENTREVISTA nº 13).

Para Schraiber et al. (2005) a violência física é qualquer ato que agrida deixando marcas como hematomas, arranhões, cortes, manchas e fraturas; quebras de objetos, utensílios e móveis; rasgo de roupas; esconderijo ou rasgo de pertences e documentos; aprisionamento da mulher em casa, ameaças com faca, tentativa de asfixia e homicídios.

Cabe ressaltar que há outros atos comuns de agressões físicas presentes no dia – a - dia dessas mulheres, tais como: rasgar roupas, documentos, quebrar utensílios, dentre outras. Violências que tentam destruir pilares concretos da mulher (seu corpo, seus objetos de referencia, sua identidade)

O conhecimento do que as gestantes entendem sobre violência é de grande relevância como ferramenta para subsidiar a análise da visão que as mesmas têm do problema que as cerca. Verificamos que seu entendimento está diretamente relacionado com a violência que vivencia, pelas imposições sócio-culturais

determinadas ao gênero feminino, seja no público ou no privado, onde suas experiências de vida retratam violações de direitos. Também verificamos em seus depoimentos que compreendem a violência, a partir das diversas conquistas e políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da violência, em especial à violência contra a mulher, e pela própria mídia.

3.2 Violências vivenciadas por gestantes com síndromes hipertensivas e suas repercussões

Ao analisarmos os depoimentos das 18 gestantes com diagnóstico de Síndromes Hipertensivas (SH) em relação aos tipos e/ou manifestações de violência vividos na gestação e suas repercussões constatou-se que todas as gestantes afirmaram vivenciar a violência no contexto intrafamiliar (280 UR) e 13 delas (85 UR) também apontaram vivenciar no contexto comunitário.

3.2.1 Violência vivenciada na gestação: uma experiência do cotidiano familiar

O fato das 18 gestantes entrevistadas relatarem vivenciar situações de violência intrafamiliar (280 UR) não nos surpreende. Infelizmente, a gestação não caracteriza uma proteção à violência. Há vários estudos que nos mostram essa realidade como os de Moraes e Reichenheim (2002), que obtiveram uma prevalência bastante alta (63,4%) de violência por parceiro íntimo na gestação entre usuárias de três maternidades públicas do Rio de Janeiro e o de Castro e Ruíz (2004) que constataram taxa de 32,1% para qualquer forma de violência na gestação entre usuárias gestantes, no Estado do México.

As gestantes entrevistadas, não diferem em seus fatores predisponentes para a violência, da maioria da população mundial. Basicamente, temos como fatores predisponentes para a prevalência da violência familiar o perfil social - baixa escolaridade, serem mulheres do lar, dependente financeiramente do parceiro e da família, múltiparas e terem ficado grávidas sem planejamento, conforme verificamos no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde - OMS (KRUG et al., 2002).

As características das gestantes do estudo fortalecem a análise do papel da mulher na sociedade a partir da categoria de gênero, explicitado principalmente nos

distintos papéis sociais atribuídos aos sexos, onde os homens são direcionados para a esfera pública e as mulheres à esfera privada. Constatamos a predominância destas gestantes no papel da mulher no lar, ou seja, é responsável pela casa, pelo cuidado com os filhos e no atendimento às necessidades da relação conjugal. Além disto, ao exercerem alguma atividade, todas desenvolvem profissões ditas socialmente como femininas, de menor status e menores remunerações. Tais condições sociais favorecem ainda mais a posição de submissão no interior do contexto familiar por parte da mulher.

Dentre as manifestações mais comuns de violência no âmbito familiar, observamos que a física e a psicológica foram as mais vividas, sendo esta última a mais prevalente e perpetrada tanto pelo companheiro (222 UR) como pelos familiares (58 UR).

Minha mãe ficou com muita raiva, quando soube da gravidez. Parece até que a culpa é só minha. Achei que ela poderiam falar comigo de outra forma, me chamou de irresponsável, me xingou e disse que eu iria me virar para cuidar do bebê. Foi muito ruim (ENTREVISTA nº 10).

Eu e meu companheiro sempre discutíamos, ele me ofendia e quando eu ia ofender ele, ele acabava me agredindo com tapa (Entrevista nº 16).

Em relação à violência física vivenciada encontramos que das 18 gestantes, 05 (17 UR) relataram terem sofrido agressões, tapas, socos, empurrões, durante o período gestacional, pelo companheiro. E, 01 gestante (3UR) afirmou ter vivenciado violência física pelos familiares.

Meu companheiro me batia muito (ENTREVISTA nº 1).

Minha mãe me empurrou, quase que rolei da escada. O susto que levei, me fez passar mal (ENTREVISTA nº 5).

Em pesquisa realizada em São Paulo encontrou-se que 27,3% de mulheres de 15 a 49 anos relataram violência física cometida por parceiros íntimos ou ex-parceiros, em episódio ocorrido pelo menos uma vez na vida. E, 22,1% disseram ter sofrido essa forma de agressão por qualquer outra pessoa, familiares, conhecidos ou não (SCHRAIBER et al., 2002).

A vivência da violência num relacionamento conflituoso geralmente extrapola, podendo chegar às tensões mais graves como a violência física. Essa situação ocorre como um ciclo, conhecido como ciclo da violência, o qual é composto de três fases. A primeira é a construção da tensão, com incidentes menores, como

agressões verbais, ciúmes, ameaças, destruição de objetos. A segunda é marcada por agressões agudas, as tensões atingem seu ponto máximo e ocorrem os ataques mais graves. E, a terceira fase, é marcada pela fase da lua-de-mel, quando o agressor mostra remorso e medo de perder a companheira. É nesta fase que a mulher alimenta suas esperanças de que a situação irá melhorar e que o companheiro irá mudar de comportamento, o que não acontece (KRUG et al, 2002).

Até então, ele me xingava, mas desta vez ele me deu um soco na boca, puxou meus cabelos e deu um chute na minha barriga, bem aqui ó (mostrou a região epigástrica) foi no carnaval e eu já estava grávida, vê. (ENTREVISTA N °15).

A gestante tem consciência da vivência da violência, mas a encara como situação não tão grave, banalizando-a e dificultando o seu enfrentamento. Essa atitude é vista como uma negação, medo do agressor, vergonha, culpa e, com isso, alegam que a sua situação não é tão ruim e que existem pessoas em piores condições do que ela.

Tem sempre alguém pior que eu, que está precisando de uma ajuda maior (ENTREVISTA nº 2).

A negação, geralmente é vista como um mecanismo de defesa que ajuda a reduzir a ansiedade e torna a situação ameaçadora mais tolerável. Por outro lado, ela dificulta o reconhecimento do problema e conseqüentemente, a busca de solução para que a situação fique resolvida. Este pensamento é reforçado pela sociedade com sua cultura machista acrescida pela baixa auto-estima da mulher (VENGUER et al.,1998).

Consideramos ainda que a dificuldade em visualizar a sua vivência acerca da violência como algo ruim, está diretamente relacionada ao fato desta não dispor ainda de condições emocionais, financeiras e sociais para romper barreiras tais como: sair dessa situação; a quem pedir apoio; a própria gravidez; a importância do casamento na sua vida, a preocupação em manter a si e seus filhos, a esperança de que algum dia o marido mude; a sensação de fracasso no casamento; o isolamento social e a dificuldade de recomeçar.

Outra violência no contexto familiar apontada por todas as gestantes foi a violência psicológica. No que diz respeito ao agente agressor estas destacaram

como principal, o companheiro (205 UR), seguido dos familiares (55 UR) destacados por 10 gestantes.

Observamos que as gestantes revelaram como violência psicológica a utilização de palavras rudes, modo e forma de falar ocorrido durante as discussões, ou até na ausência de diálogo, ou seja, quando a estratégia do silêncio era utilizada para machucar ou agredir. É comum o agressor verbal, ao perceber que quando um comentário ou argumento é esperado para o momento, ele se cala, emudece e, evidentemente, esse silêncio machuca mais do que se tivesse falado alguma coisa.

Ele é muito calado, muito fechado. Quando discutia, falava meia dúzia de palavras, me ofendia e ficava calado. Essa atitude dele doía muito, quem gosta de ter um relacionamento assim, fica difícil, machuca (ENTREVISTA nº 3).

Outros pesquisadores também constataram como forma de violência em maior escala, a violência psicológica. Schraiber et al. (2002) em estudo com 322 mulheres em São Paulo, onde lhes foi perguntado se em algum momento de sua vida havia tido a ocorrência de maus tratos, humilhação e agressão, 179 disseram que sofreram, sendo que 65 apontaram o companheiro como o perpetrador e com igual número para familiares.

As gestantes também apontaram a vivência da violência psicológica, no interior da família, perpetrada por familiares, principalmente pela mãe e pai. Geralmente, estas são associadas ao recebimento da notícia da gravidez e, com isso, fica evidente a dependência financeira, dependência para ficar com os netos para que possa trabalhar, e até mesmo a dependência emocional da gestante. Para as gestantes entrevistadas, o fato da família não apoiar no processo gestacional se caracteriza também como uma violência, interferindo em sua auto-estima.

Fui falar com minha mãe e meu padrasto para eles me ajudarem, e eles disseram que o dinheiro é deles, que eu é que tenho que me virar. Isso é humilhante (ENTREVISTA nº 8).

Minha mãe. Só que toda hora ela joga na minha cara, que era eu que tinha que sustentá-la e como não bastasse, ainda arrumei outra boca para ela sustentar (ENTREVISTA nº 9).

A falta de apoio, muitas vezes, tem suas raízes nos problemas econômicos e sociais em que a família está inserida. Entretanto, esta não tem sido mencionada nas diretrizes e programas propostos pela política social brasileira, pela falta de políticas de erradicação da pobreza e da exclusão a que está submetida. Giordani,

(2006), ratifica que esta pobreza e exclusão da família refletem nas relações entre os indivíduos que fazem parte da família, principalmente nas relações marido e mulher, mãe e filho, pai e filho.

No início foi uma grande surpresa. Eu sou filha única, acho que eles sonhavam com uma outra vida pra mim. Discutimos muito (ENTREVISTA nº 7).

O que minha mãe ganha mal dá pros gastos dela, fica difícil me ajudar (ENTREVISTA nº 9).

Algumas vezes a violência entre os familiares mais próximos pode desencadear a violência entre o casal. Como o que ocorreu em dois casos deste estudo em que a violência entre filho e mãe e entre filha e avó levavam à violência conjugal. E, em outras situações, a violência conjugal do pai e da mãe desencadeia a violência entre a mãe e os filhos.

Eu gosto dela [sogra] e dele [meu companheiro], e eles ficam discutindo à toa e depois sobra pra mim (ENTREVISTA nº 2).

Minha mãe queria que eu parasse de falar com meu pai. Como não parei, ela começou a dizer que eu era safada que nem ele, que eu apoiava as safadezas dele, que eu era igual a ele. Aí foi uma confusão, ela [a mãe] me xingou, gritou, me empurrou da escada (ENTREVISTA nº 5).

Quando eu vou me meter eles param, aí eles se voltam contra mim e começam a discutir comigo (ENTREVISTA nº 8).

Em relação às características das manifestações mais comuns de violência psicológica perpetrada pelos companheiros, onde muitas delas são vivenciadas concomitantemente com outras, encontramos gestantes que destacaram: falta de apoio financeiro e emocional; rejeição das mulheres após engravidarem; vivência da traição no relacionamento pelo companheiro; rejeição do sexo do bebê pelo companheiro; paternidade não assumida e solicitação de abortos feita pelos companheiros (Apêndice F).

Uma das motivações da violência psicológica/emocional vivida pelas gestantes no interior da família, apontadas pelas gestantes, está diretamente relacionada ao não planejamento da gravidez ou mesmo a não negociação da saúde sexual e reprodutiva entre o casal, sendo o grande desencadeador de uma série de violências relatadas pela gestante.

Não, o meu companheiro disse que camisinha incomoda. Como eu não usava outra forma de impedir a gravidez, engravidei e não queria. Nem eu e nem ele (ENTREVISTA nº 12).

Não. Não foi planejado, ele quer que eu aborte. Mas foi responsabilidade minha, não usava nada para impedir a gravidez. Camisinha ele não queria usar porque não gostava, deu no que deu (ENTREVISTA nº 15).

Na análise dos depoimentos das gestantes, pudemos observar a íntima relação entre a paternidade não assumida e a violência vivida na gestação. Esta desencadeia posturas irresponsáveis do companheiro como: a falta de apoio emocional e financeiro, promovendo a violência psicológica caracterizada pelas gestantes na ausência do parceiro (não telefonam, não visitam e nem se preocupam com seu estado e, principalmente, com o filho que estão gerando), assim como ocorre em relação aos seus pais.

A falta de apoio financeiro é um dos principais problemas relatado por elas - ou porque o companheiro não queria ajudar, ou porque estava desempregado, ou porque vivia de biscate e o que ganhava mal dava para ele, ou porque gastava tudo em bebida.

Segundo a OMS (KRUG et al., 2002), a gravidez não planejada pode ser um desencadeador da violência ou consequência da mesma, ameaçando a saúde reprodutiva da mulher e, dentre essas violências destaca-se a paternidade não assumida.

Sozinha com três filhos pra criar, grávida de um quarto, que não sei nem como vai ser (ENTREVISTA nº 13).

Agora percebo que ele só queria era curtir. Estou internada e ele nem apareceu, pra saber de mim e do bebê (ENTREVISTA nº 7).

Torna-se essencial, como profissionais de saúde, localizarmos a relação de gênero nas questões reprodutivas, onde tradicionalmente, o homem é estimulado a se manter alheios às questões da reprodução e da paternidade. Infelizmente, os serviços de saúde ainda não estão preparados para incorporar o homem nas questões da saúde sexual e reprodutiva - anticoncepção, gravidez, aborto, filhos, pois tais questões são tidas como “coisas de mulher”.

Os homens, como esse que me fez um filho, só se aproximam das mulheres pra fazer filho, depois largam e vão embora como se nada tivesse acontecido (ENTREVISTA nº 13).

Ele não oferece ajuda financeira, nem se preocupa comigo nem com o neném, essas coisas (ENTREVISTA nº 3).

Sim, meu marido trabalha, mas não ajuda. Como vou arrumar dinheiro pra comer? (ENTREVISTA nº 11).

Os estresses psicológicos agravam-se à medida que as dificuldades econômicas se estabelecem com a gestação. Associado a paternidade não assumida há também as dificuldades em conseguir manter o emprego. A gestação dificulta o acesso ao novo emprego ou a manutenção do mesmo, após o período gestacional. E essa dificuldade torna-se maior quando a gestante desenvolve um agravo, como a hipertensão arterial.

Também foi destacado, pelas gestantes entrevistadas em seus relatos, o alcoolismo como sendo um desencadeador da falta de apoio financeiro e um dos indicadores de risco para a violência contra a mulher.

Por que o pouco dinheiro que nós temos vai todo pra bebida, e eu é que tenho que me virar. (ENTREVISTA nº 8).

As mulheres que vivem com homens que bebem correm maiores risco de sofrer violência por parte de seus parceiros. O alcoolismo pode causar vários transtornos para o indivíduo, nos grupos familiares, no trabalho, bem como na sua saúde física e mental, podendo levar a homicídios e suicídios. Podem desencadear vários conflitos, como: violência, problemas no trabalho, perda de reputação, perda de oportunidades educacionais e profissionais, dificuldades financeiras, entre outros.

Na família, os distúrbios de conduta do alcoolizado, são capazes de gerar sentimentos, como: ansiedade, vergonha, raiva, dentre outros; que por sua vez levam a culpa e negação, levando ao isolamento social, bem como ambiente familiar de constantes brigas e ressentimentos, interferindo principalmente na relação conjugal. (KRUG et al., 2002; CALHEIROS, 2007)

Outro tipo de violência psicológica encontrada nas análises das falas das gestantes foi a experiência de rejeição pelo companheiro, ao informarem a notícia de que estava grávida. Observamos que unanimemente, os parceiros se afastam, deixando de comparecer em casa, de telefonar e até mesmo de visitarem-na no hospital, demonstrando claramente a não aceitação da violência, o desprezo e o abandono por parte deles.

Meu companheiro me largou assim que soube que estava grávida. Disse que não queria mais filho e me deixou (ENTREVISTA nº 6).

(...) e quando a gravidez aparece, o cara te trata como se você estivesse com uma doença contagiosa (ENTREVISTA nº 9).

Além da rejeição pelo fato de estarem grávidas, algumas destacaram também a rejeição do sexo do bebê. O companheiro ao saber que a criança era do sexo feminino, através do exame de ultra-sonografia, rejeitou-a. Isso caracteriza a violência de gênero onde antes mesmo de nascer já se estabelece uma depreciação do ser pelo sexo que este possui. Tal comportamento retrata uma determinação histórico-social que se imputa a cada sexo de seu “status social”, onde ser homem é possuir maior status, poderes, possibilidades.

Ao saber da gravidez, senti que ele não gostou. Começou a se afastar e não me ligava. Quando soube que seria uma menina, ficou mudo, teve uma reação fria, estranha. Até hoje não me ligou e nem me procurou (ENTREVISTA nº 3).

Podemos perceber que neste caso não só a mãe vivenciou uma violência psicológica, mas também o bebê, ainda no útero materno já vivencia o sentimento de rejeição. E é possível que, essa rejeição paterna possa ser expressa de outras formas quando essa criança nascer.

A rejeição é um dos piores sentimentos que o ser humano pode experimentar. Essa rejeição é vivida pela mulher e pelo bebê. Ela desenvolve e acentua sentimentos negativos e os transtornos emocionais e psicológicos, tanto para mãe quanto para o bebê, atrapalhando o seu desenvolvimento emocional e físico. Rejeitar significa não reconhecer e não desejar a mulher como companheira e o bebê como filho. A aceitação é definida basicamente pelo nível de afeto expressado e o ser humano precisa de afeto para ser equilibrado durante toda a vida (FERREIRA, 2006).

Outra situação que emergiu como sendo uma violência perpetrada pelo parceiro, foi a traição conjugal.

Bem nesse momento agora mesmo estou passando por momentos de traição. Cheguei do trabalho e encontrei ele com outra mulher. Discuti com ela [a amante] a mulher ficou com raiva e partiu pra cima de mim, me empurrando (ENTREVISTA nº 1).

A gente tinha se separado por que ele arrumou outra, entendeu? (ENTREVISTA nº 3).

Culturalmente, o homem considera compreensível, perdoável e até natural suas possíveis traições e infidelidades. É comum ele não reconhecer como infidelidade os relacionamentos ocasionais e 'puramente físicos'.

Durante o período de gravidez, em função das modificações corporais, das imputações religiosas e do apelo social dos padrões estéticos, algumas mulheres sentem-se sexualmente incapazes. Por sua vez, o homem quando não consegue desassociar maternidade da sexualidade, se percebe "respeitando sexualmente" a mulher durante o período gestacional procurando ligações extraconjugais durante a gravidez (MALDONADO, 1997).

Diante dos depoimentos onde a violência por parceiros íntimos e ou familiares é comumente encontrada, também verificamos que as gestantes entrevistadas possuem dificuldade em denunciar, seja por terem esperança de que eles mudem, pela dependência financeira e emocional, ou por vergonha da família e da própria instituição policial.

Eu não tenho coragem de fazer nada contra ele, por que gosto muito dele (ENTREVISTA nº 1).

Schraiber et al. (2005), nos relata que são vários os motivos para a mulher não denunciar, além dos citados, temos os registros policiais que são feitos de uma única ocorrência. E, há mulheres que sofreram agressões durante muitos anos, e ao denunciar, tem que relatar a ultima agressão como uma tapa, soco ou ameaça, sendo todos crimes de "baixo potencial ofensivo". E, as agressões verbais continuadas, as ameaças, suspeitas de adultério ou recusa de contribuição financeira, são queixas raramente ouvidas e acabam sendo desqualificadas em seu agravo, fazendo com que muitas mulheres não recorram à denúncia.

3.2.2 Violência vivenciada na gestação: uma experiência do cotidiano comunitário

Conforme já mencionamos, 13 gestantes (85 UR) destacam também vivenciar a violência no contexto comunitário. Desse total, 04 gestantes (32 UR) registraram terem vivenciado no cenário urbano e institucional hospitalar; 03 gestantes (13 UR) somente no institucional hospitalar; 03 gestantes (14 UR) no urbano e 03 (26 UR) gestantes no trabalho.

Segundo o relatório da OMS (KRUG et al., 2002), define-se a violência comunitária como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Temos como expressões desse tipo de violência: a juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e inclusive a violência institucional que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, instituições de saúde, prisões e asilos.

Fui parar no hospital. Cheguei às 5 horas da manhã, com pressão 15X11, fizeram uma medicação e me mandaram embora, não deram importância. Você mora longe, mandam você pra casa, você depende do carro do vizinho, ficar andando de lá pra cá, não tenho condições de pegar táxi, e se eu não procurasse o pré-natal como seria? Teria perdido meu neném, pois nem fizeram um exame (ENTREVISTA nº 4).

Meu patrão me trata como se eu fosse um lixo (chorou) (ENTREVISTA nº 12).

Meu marido foi assaltado e quando entregou a carteira, um dos bandidos foi ver seu documento e tinha sua carteira de policial, na mesma hora ele mandou o outro matar ele por que era policial (chorou). Ele se atracou com o bandido, pois viu que ia morrer de qualquer maneira, e levou três tiros. Um no joelho, outro na clavícula e outro no braço (ENTREVISTA nº 14).

A violência comunitária é muito abrangente e envolve vários aspectos desde o individual até o coletivo e geralmente se caracteriza por desrespeito às normas de relacionamento entre os indivíduos de uma sociedade com o uso do poder para se obter benefícios próprios ou de um determinado grupo. A violência no contexto comunitário, que atinge a área urbana, se faz presente nos bairros ou comunidades, tornando-se um estado de perigo iminente. Perigo este presente em toda a parte, em todo o Estado, atingindo a população independente de sua classe social.

As estatísticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) mostram que as mortes por acidentes e violências, na década de 80, passaram a responder pela segunda causa de mortalidade no quadro geral, sendo um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. Essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Já em 1996 e 1997, os acidentes e violências foram responsáveis por aproximadamente 120 mil mortes anuais, tendo uma concentração maior nas áreas urbanas, acumulando cerca de 75% do total das mortes por causas violentas.

As gestantes relataram como forma de vivência da violência urbana, o que elas presenciam na comunidade no seu dia – a - dia, como: discussões e xingamentos entre vizinhos, conflitos entre bandidos e policiais; conflitos e ameaças vindas de bandidos, milícias e da polícia; fechamento de escolas, comércios e até

posto de saúde, devido aos tiroteios; acidentes de carro; torturas entre bandidos sendo presenciadas pela comunidade; assalto à mão armada e familiares envolvidos com o tráfico. Diante de tais situações, constatamos ser a violência resultante do desrespeito às leis de convivências de uma sociedade, além de desrespeito ao direito humano e constitucional em relação à segurança que deveria ser estabelecido tanto pelos indivíduos, quanto pelo Estado.

Mas agora ele não está nem indo pra escola, por que lá onde a gente vive teve uma guerra e eles fecharam tudo. Está tudo fechado: colégio, comércio, supermercado. Não abre nada. (...) Atrapalha os estudantes. Já pensou quem está fazendo a 5ª série, a 8ª série perde muita matéria e depois não tem como concorrer com as outras crianças que estão estudando direito (ENTREVISTA nº 18).

Fico preocupada com meu filho maior, não quero ele envolvido com coisas erradas (ENTREVISTA nº 15).

A violência urbana é qualquer ação que atinge as leis, a ordem pública e as pessoas. (SOUZA; LIMA, 2007) É um mal que atinge as comunidades que vivem nos centros urbanos, e interfere diretamente na rotina dos indivíduos, ocasionando transtornos como a perda da liberdade, a pouca oferta de empregos e a deterioração do serviço público.

Em 2003, 51.043 brasileiros foram assassinados, sendo 140 mortes por dia. No mesmo ano ocorreram 33.619 óbitos por ações violentas no trânsito, sendo a taxa de violência, acometida neste ano, por sexo de 52,8/100 mil habitantes para homens em relação a 4,3/100 mil mulheres, sendo 12,3 vezes maior no homem (SOUZA; LIMA, 2007). Assim, verificamos que mais homens morrem em consequência da violência urbana enquanto as mulheres adoecem pelos efeitos das perdas de filhos, companheiros, irmãos e amigos.

A violência urbana, como fator de risco, acentua diferenças socioeconômicas e demográficas das regiões, como por exemplo: desigualdades de renda, diminuição nos indicadores de desenvolvimento humano, de escolaridade, de condição de vida, na concentração demográfica, na heterogeneidade, e ocasiona isolamento pelo pouco vínculo social, trazendo como consequência, vizinhos que não se relacionam com a comunidade, o tráfico de drogas, altos índices de desemprego, jovens ociosos sem atividade e educação, dentre outros.

Em nossa sociedade, é visível a fragilidade das instituições e as profundas desigualdades que levam a violência no cotidiano das grandes cidades. Infelizmente,

ela admite passivamente a violência dos agentes do Estado contra as pessoas mais pobres, tanto quanto ocorre com o descompromisso dos indivíduos em relação às regras de convívio.

Esse tipo de violência dificulta o desenvolvimento e o crescimento intelectual, econômico e cultural do indivíduo e conseqüentemente da comunidade; tornando, principalmente, os jovens e desempregados, vítimas fáceis do tráfico. Para as gestantes torna-se estressante viver numa comunidade que já é carente das necessidades básicas e, ainda presenciar a dor, a morte de outras pessoas.

Fins de semana nós sempre nos reunimos e fazemos um churrasquinho, eu e minhas amigas. E, quantas vezes nós estamos assando um carinha, tomando uma cerveja e a bandidagem passa arrastando um que parece estar mais morto que vivo, isso quando não batem nos caras até morrer, na nossa frente. E, ainda ameaçam mandando a gente entrar se não vai acontecer a mesma coisa com a gente. Eles dizem que quem vê demais, acaba assim. É muito duro morar onde eu moro (ENTREVISTA nº 17).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (KRUG et al., 2002) nos informa que, com um aumento descompassado das diferenças sociais entre ricos e pobres, poderá haver um aumento da violência social, interferindo sobre os diversos setores da sociedade, como educação, saúde e segurança.

O Estado, que é a lei, infelizmente é o primeiro a omitir-se, cometendo inúmeras violências contra a sociedade; seja de forma indireta, direta e representacional ou moral.

A indireta é aquela em que o Estado não propicia a devida infra-estrutura urbana de serviços necessários para se ter uma qualidade de vida, como saneamento básico, sistema viário, energia elétrica e iluminação pública, transporte, lazer, educação, creches, equipamentos culturais, segurança pública e acesso à justiça. A forma direta é aquela em que representantes de instituições públicas perpetram a violência de forma ilegítima ou ilegal, e, através do enfrentamento da violência, toma medidas pouco eficientes, fortalecendo a idéia de sua incapacidade própria e de suas instituições em resolver o problema, aumentando a sensação de insegurança e medo por parte da sociedade, incidindo nas questões de saúde e doença da população. E, a forma representacional e moral, é aquela que através de práticas de corrupção de funcionários estatais, cometem-se ilegalidades de ações públicas e a impunidade dessas ações.

Todos os indivíduos de uma sociedade, em particular a mulher gestante, necessitam dos serviços básicos para se ter qualidade de vida e poder gerar e criar os filhos. Estas, além dos serviços de saúde de qualidade, precisam de escolas em tempo integral que ajudem na formação intelectual, social e cultural de seus filhos e creches que fiquem com suas crianças em idades menores, para que possam ingressar no mercado de trabalho se tornando financeiramente independentes.

Atualmente, o que percebemos é a ausência do Estado em diversas áreas, com a sensação do domínio do crime organizado ditando normas e leis, no aumento da existência de comunidade carente desses serviços, o qual interfere diretamente na rotina e na saúde da população, que se encontra assustada, amedrontada e cada vez mais presa aos domicílios.

Ah, tem tudo a ver, é um susto que leva, se está na rua tem que voltar rápido pra casa, correndo por que está acontecendo alguma coisa diferente. Mexe muito. Fico o tempo todo sobressaltada, principalmente quando vou levar meu filho à escola. Isso quando não fecham o comércio, as escolas, os postos de saúde e ficamos sem nenhuma assistência (ENTREVISTA nº 18).

Entendemos ser preciso trabalhar para obter resultados contra a exclusão social, o crime organizado e o quadro institucional e cultural em que a criminalização do uso de drogas se insere no Brasil para pensarmos no alcance da saúde da população. O desemprego, a desestruturação familiar, a frustração de não alcançar padrões sociais de um mundo de consumo, contribuem para a delinqüência e a violência, nos grandes centros urbanos, adoecendo a população que nele vive (SOUZA; LIMA, 2007).

Outra forma de violência mencionada foi a institucional hospitalar, apontada principalmente nos serviços de saúde a que elas recorreram. Geralmente foram vividas durante o atendimento no pré-natal e na assistência de urgência prestada nos hospitais, ao dar entrada com a pressão arterial elevada.

Conforme a Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento (AGENDE..., 2005), a violência institucional é definida como a praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos, como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciário. É perpetrada por agentes que deveriam proteger as mulheres vítimas de violência, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos e não, causadora de humilhações, aborrecimentos, estresses e desconforto tanto para a mulher quanto para seu bebê que se encontra

no seu ventre, gerando estresses, frustrações e uma sensação de incompetência, reforçando na gestante a sua baixa auto-estima e culpa.

Nas instituições de saúde, a principal forma de violência apontada foi referente às condutas dos profissionais de saúde. As gestantes demonstraram sentirem emocionalmente afetadas com o atendimento, com orientações e condutas precárias; o descuido do profissional durante o cuidar, a não solução para os problemas e o preconceito em relação ao contexto biopsicosocial. Durante o atendimento, as gestantes perceberam a qualidade da assistência que lhe é oferecida e a forma como é tratada.

É possível entender que tal fato tem relevância para as gestantes visto a situação de estresse e insegurança gerada pelo processo gestacional. Elas referem uma carga emocional grande em função da gravidez que não é bem recebida em seu meio; associada a própria sensibilidade do processo gestacional e também possuem, expectativas de serem atendidas de forma acolhedora.

Fui procurar o serviço de emergência por que não estava me sentindo bem, e fui maltratada. Me deram um remédio para a pressão que estava alta, e disseram para procurar o local onde fazia o pré-natal, para ser acompanhada pelo profissional. Nem reavaliaram minha pressão. Só sei que quando cheguei no pré-natal, minha pressão estava muito mais alta e o profissional me internou (ENTREVISTA nº 8).

Também foi apontada a violência institucional a partir das condições estruturais, como a gestão e organização da assistência e o ambiente de atendimento do serviço. As gestantes indicaram: falta de leito, peregrinação por falta de recursos humanos e tecnológicos para atendimento da gravidez de risco e falta de transporte para levá-las a outra instituição que tivesse condições de atendê-las, correndo diversos riscos.

Poxa, eu não tenho carro, nem dinheiro para pagar táxi, custava terem me atendido e se fosse o caso me transferir para um hospital, Só que não fui atendida e fiquei passando mal (ENTREVISTA nº 6).

A violência institucional torna-se também mais grave, pois acaba interferindo nas expectativas de soluções para os problemas das mulheres. As gestantes que já vivenciam a gravidez não planejada, algumas inclusive rejeitadas no seu contexto familiar, ao procurar a Instituição, que tem como objetivo prestar uma assistência humanizada e acolhedora, buscando minimizar seu sofrimento ou mesmo encontrar

um melhor encaminhamento para seus problemas e, quando não encontram esse espaço, acabam agravando o estresse vivido.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) relata que um atendimento tem que ter duas características essenciais: a humanização e a qualidade. O profissional tem o dever de acolher a mulher e sua gravidez com dignidade, tratando-os como indivíduos e não objeto. Humanizar o atendimento é valorizar a gestante como indivíduo, identificando suas necessidades. Além de prover os recursos humanos e materiais necessários para um bom atendimento, organizar suas rotinas de forma que as intercorrências também façam parte dessa rotina, estabelecer relações baseadas na ética, garantido a privacidade e autonomia da gestante e compartilhar com elas condutas e decisões a serem tomadas em sua vida, caso contrário, cometeremos um ato de violência impondo o poder do “saber” do profissional.

Mas a estrutura está precária, está super lotada. Eu fiquei na cadeira por que ainda estava grávida ao lado de uma menina sentada no chão, quase que vomitei em cima dela, fui reclamar e me disseram que estava lotado e não tinha mais maca. A menina foi pro chão, por que ela já tinha tido o parto e pra me dar a cadeira. Me senti mais mal do que já estava (ENTREVISTA nº 5).

E, muito antes de conhecer ele, o profissional disse que se eu quisesse engravidar, teria que fazer um tratamento, que não engravidaria à toa. Ele disse que eu tinha o útero infantil, e que teria que fazer um tratamento para amadurecer o útero. E acabou que acreditei nele, não me preveni e engravidei (ENTREVISTA nº 3).

Acolher é recepcionar a gestante, ouvindo suas queixas, suas necessidades e se responsabilizando pelos cuidados que cabem naquele momento, garantindo-lhe uma atenção e solução, seja na unidade ou em articulação com outros serviços de saúde, isso fará com que ela se sinta importante e valorizada, criando um vínculo com o profissional, ao mesmo tempo que facilita e torna a relação fortalecida, dando segurança para que a gestante possa falar de suas intimidades, seus medos, seus conflitos. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) nos coloca que o acolhimento não é um local, um espaço, e sim ações que mudem a relação profissional e cliente, devendo ocorrer em todos os momentos da assistência, seja ela preventiva, assistencial ou curativa. Uma relação profissional sem vínculos gera insegurança e falta de confiança da cliente, dificultando o diagnóstico e o tratamento.

Não e não conto nada. Eles não vão resolver nada mesmo. O problema é meu, se eu não consigo resolver, como eles vão? (ENTREVISTA nº 15).

Mesmo não havendo a verbalização da violência, seja física e/ou psicológica e/ou sexual, pela gestante é possível ao profissional de saúde sensível e capacitado em cuidar de vítimas de violência perceber as suas alterações físicas, seus comportamentos, sentimentos e detectar suas alterações de humor que podem ser expressas através de sinais, levando à suposição de situações de violência vivenciadas pelas mulheres. Medina (2007) relata que através da avaliação das suas alterações físicas, comportamentais, emocionais é possível detectar as alterações de humor expressas através de sinais, levando à suposição de situações de violência vivenciadas pelas mulheres.

Outra violência que emergiu nas falas das gestantes foi a vivenciada no trabalho. Verificamos que 03 gestantes (20 UR) apontaram a vivência no trabalho a partir de discussão, substituições em função da gravidez, falta de infra-estrutura, relacionamento difícil com patrão, e principalmente violação dos direitos trabalhistas. Todas essas violências afetaram a gestante na forma psicológica, com a utilização de agressões verbais, não obtendo relatos de violência física e sexual. Observou claramente a desigualdade de gênero, resultando num relacionamento de poder exercido sobre as gestantes enquanto funcionárias.

Não tenho culpa de ter ficado grávida e muito menos de estar com a pressão alta e não poder fazer o serviço mais pesado. Meu patrão vive me humilhando e reclamando. Eu não tenho vontade de ir trabalhar. Já pensou trabalhar nessa situação, tendo sido substituída, é muito chato (ENTREVISTA nº 12).

A relação de poder estabelecida entre o patrão e funcionário é geralmente acentuada quando esse empregado é uma mulher. A discriminação sexual e social na esfera do trabalho ocorre pela dominação histórico-social do masculino nas relações profissionais, caracterizada pela desvalorização de profissões destinadas ao público feminino. Estas questões nos mostram como a mulher vivencia a violência no contexto do trabalho público, principalmente quando esta se encontra gestante, com alguma patologia associada (por exemplo a hipertensão), e com restrições médicas a desenvolver determinados trabalhos.

Além dessas condições no ambiente público, temos o fato da gestante ter de atender as condições também do ambiente doméstico, necessitando desenvolver a dupla jornada de trabalho com o cuidar da família, das obrigações junto ao parceiro e o trabalho assalariado.

A inserção da mulher no mercado de trabalho não diminuiu sua responsabilidade social quanto ao trabalho doméstico. Esta continua com o papel de cuidadora do lar e o papel no ambiente público. Por ser pouco valorizado, é visto como um complemento da renda familiar, independente do valor de sua remuneração, mantendo-se socialmente o orçamento familiar como do homem, que justifica sua ausência nos trabalhos domésticos.

Como gestante, essa mulher passa a desempenhar mais um papel na sociedade, a de reprodutora. Então, podemos afirmar que a gestante não desempenha uma dupla jornada, e sim uma tripla jornada - reprodutora, cuidadora e “complementadora” da renda familiar. E infelizmente, nesses três segmentos, ela vivencia a violência.

Pedi pro banana do meu marido ir buscar o dinheiro e levar a carteira pra me poupar do aborrecimento com meu patrão, mais ele diz que o problema é meu e eu é que tenho que resolver. (chorou de soluçar) (ENTREVISTA nº 13).

As gestantes apontaram como violência no trabalho, os conflitos enfrentados com o patrão como: o assédio moral e o estresse ao perceber que seus benefícios não foram pagos por esse empregador.

Fui resolver minha licença, e descobri que minha patroa não pagou o meu INSS. Pra mim foi como uma rasteira que levei. Mesmo que ela pague, até o INSS liberar vai demorar e já pensou se tiver que brigar na justiça, aí é que estou perdida (ENTREVISTA Nº 11).

Ele só vai assinar a carteira quando eu voltar, por que com a gravidez, ele não quis assinar (ENTREVISTA nº 10).

Claramente, observa-se que as gestantes não conhecem seus direitos trabalhistas, o que favorece a ocorrência da violência silenciosa nas relações, entre empregador e empregada. O empregador que não respeita os direitos da empregada, não cumprindo com o seu dever, poderá ocasionar futuros problemas de ilicitude jurídica à previdência e conseqüências á saúde da mulher, tanto atuais como futuras.

3.2.3 Repercussão da violência: uma perspectiva da gestante

Ao analisar as repercussões apontadas pelas gestantes decorrentes da vivência da violência na gestação e sua relação com o agravamento de sua saúde, observamos que durante suas declarações, 16 gestantes (172 UR) afirmaram perceber haver alguma relação da violência vivida nesta gestação e seu estado de saúde e 02 gestantes (02 UR) não souberam dizer se existe tal relação.

Das 02 gestantes que afirmam não saberem da existência de alguma relação entre a violência vivida e a sua saúde atual, ambas relataram a vivência da violência urbana no local onde residem e afirmaram que a violência interfere em suas vidas, mas não sabem afirmar se isso interferiu no agravamento ou surgimento da síndrome hipertensiva.

Não sei, se há alguma coisa a ver com minha pressão alta. Quando começa o troteio a gente fica tremendo, com medo, nervosa, tenta se proteger junto com os filhos, que ficam desesperados, choram muito. Sinto que o coração acelera, às vezes tenho dor de cabeça quando dura a tarde toda (ENTREVISTA nº 13).

Não, não sei te dizer (ENTREVISTA nº 17).

É difícil para algumas mulheres assumir que vive uma situação de violência, principalmente, para aqueles tipos de violência que não atingem somente a elas, como é o caso da violência urbana. Possivelmente, por ser uma violência atualmente presente mais frequentemente na mídia, e que ocorre em geral na sociedade, elas não conseguiram perceber a relação da violência com a sua situação de saúde.

Além disto, para determinadas gestantes que vivem em um relacionamento violento freqüente e repetitivo, isso pode fazer com que a sua área cognitiva esteja afetada, bem como, o seu emocional e o seu comportamento. Essa circunstância ocasiona, como conseqüência, o abalo na auto-estima, favorecendo um círculo vicioso de isolamento, depressão, que interfere em sua capacidade de interagir com o mundo que a circunda.

Segundo Oliveira (2007), isto ocorre porque a mente apresenta dificuldades para se concentrar, diminuindo o poder de observação da gestante. A reatividade

deixa de ser tão eficiente, a objetividade e os poderes críticos são reduzidos, tornando o pensamento confuso e irracional.

Logo é notório, que a violência afeta o emocional, a individualidade, a dignidade e os direitos dessas mulheres, em especial, das gestantes. E diversas são as conseqüências sobre a saúde, no social e na sua própria condição de cidadã.

Diante das circunstâncias e da dificuldade em apontar as repercussões da violência sobre sua vida, torna-se singular e de extrema relevância, analisar quando essas gestantes apontam tais repercussões e estabelecem algumas relações da violência vivida durante o período gestacional com sua condição de saúde, em especial, ao agravamento ou surgimento da SH.

Acho que interfere sim, porque essa gravidez está sendo complicada (ENTREVISTA nº 1).

Eu vejo claramente essa relação (ENTREVISTA nº 5).

Sim, tem relação, pois foi após a discussão fiquei muito nervosa e me senti mal”(Entrevista nº 9).

Acho não tenho certeza. Eu não tenho vontade de ir trabalhar (ENTREVISTA nº 12).

Considerando que relacionar representa o ato de vincular, ligar, fazer a correspondência entre elementos de dois conjuntos (FERREIRA,2006) verificamos que as 16 gestantes relacionaram as violências vividas com o seu quadro gestacional, seja pelo agravamento ou surgimento da SH, mas também com outras intercorrências. Cabe ressaltar que algumas gestantes apontaram essa relação, associando com mais de um tipo de violência.

A gravidez é considerada um período de transição, transformações e adaptações a uma nova condição de vida caracterizada por mudanças metabólicas complexas. Um estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos sociais, psicológicos e biológicos, como por exemplo: a necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos, além de mudança de identidade. Nesse sentido, os fatores socioeconômicos são fundamentais, novas preocupações surgem, principalmente com o futuro do próprio bebê (MALDONADO, 1997).

Dessa forma, nesse período, as gestantes se tornam mais susceptíveis e vulneráveis às conseqüências físicas e mentais geradas pela violência. Isto provoca efeitos psicofisiológicos sobre esse organismo, através da liberação de adrenalina e noradrenalina das supra-renais na corrente sanguínea, causando distúrbios cardiovasculares, como moléstias do coração e derrames; problemas renais decorrentes da hipertensão arterial, oscilações nos níveis de açúcar no sangue, agravando o diabetes e a hipoglicemia. Esses efeitos emocionais reduzem a capacidade de relaxamento do tônus muscular, de se sentir bem, de se desligar das preocupações e ansiedades, tornando o quadro crônico e com efeitos mais acentuados (OLIVEIRA, 2007).

Isso tudo [passar mal] começou, depois que ele soube da gravidez. Ele não me procurou mais, e quando eu o procurava me destratava. Não me ajudou em nada, nem para comprar uma roupinha para o bebê, e disse que eu devia ter me cuidado para evitar isso (ENTREVISTA nº 3).

Sim faço relação. Porque se quando eu fosse dar entrada na minha licença não tivesse dado esse problema eu não tinha me aborrecido, fiquei nervosa, estressada. Me aborreci no INSS e com minha patroa, com isso minha pressão subiu. Agora estou preocupada, ansiosa, como vou resolver isso e como vou comprar comida nesse período sem minha pensão (ENTREVISTA nº 11).

A ciência vem comprovando o quanto é difícil e prejudicial viver sob tensão, resultantes de situações estressantes, como a violência. O organismo libera elevada taxa de hormônios no sangue, alterando o funcionamento dos órgãos e resultando em uma série de manifestações fisiológicas, sendo mais acentuado no organismo da gestante que já está passando por alterações hormonais e mudanças em função da própria gravidez.

Porque a gente fica sensível, carente. E, a gente quando chega em casa encontra o marido com outra na nossa cama, não sei nem definir o que senti, humilhação, desprezo, raiva (ENTREVISTA nº 1).

Mas é aquela atenção que agente quer, e em vez disso, o cara só sabe xingar (ENTREVISTA nº 3).

Essas tensões fazem com que aflorem sentimentos de rejeição, culpa ou hostilidade, resultando em mudanças físicas, psicológicas e químicas. Nas relações conjugais de estrutura frágil, a gravidez pode, já pela própria condição, tanto levar aos maiores níveis de integração e aprofundamento no relacionamento do casal, como favorecer ao rompimento, sendo esta última o mais provável de acontecer. À

medida que isso aconteça, os conflitos, estresses se intensificam desencadeando uma série de alterações, sentimentos e emoções desconfortantes e desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o bebê (LIPP; ROMANO, 1987; BOADELLA, 1992).

Esses sentimentos e emoções têm uma relação íntima com a hipertensão. Elas fazem com que o sangue exerça uma maior força contra as paredes das artérias. O coração apresenta tendência ao aumento de seus batimentos, com prejuízo de suas funções. Na maioria dos casos de hipertensão, a causa de desencadeamento não é orgânica e sim psicológica (HOWARD; LEWIS, 1984).

Para as mulheres entrevistadas, o fato de terem ficado grávidas desencadeou ou intensificou a vivência da violência, tanto por parte do companheiro, como dos familiares e ou chefe no trabalho.

Depois que falei da gravidez ele mudou. Quando tento pedir uma ajuda de dinheiro, nós sempre acabamos discutindo, e fico logo com dor de cabeça. Outro dia fui parar no Hospital, minha pressão estava 16 X 10, fizeram uma medicação, fiquei em observação por um tempo, e fui liberada (ENTREVISTA nº 8).

Depois que engravidei o meu patrão passou a pegar no meu pé, dizendo que meu trabalho não era o mesmo, reclama de tudo. Não consigo ter paz pra trabalhar, acho que ele tem medo de eu pegar licença e me pertuba pra eu não agüentar mais e pedir demissão (voz embargada) (ENTREVISTA nº 12).

Logo, a instabilidade emocional comum ao período gestacional tende a potencializar-se em virtude dos transtornos e agravos decorrentes de situações de violência. E, conseqüentemente, tornam-se gestações com maior propensão à gravidade

O meu sentimento é mágoa. Enquanto eu não estava grávida ele era maravilhoso comigo. No dia em que eu falei que estava grávida ele mudou. Virou outra pessoa. Ele me disse que me repudiava por eu ter engravidado. Simplesmente não quis saber de nada (ENTREVISTA nº 7).

Eu sinto é tristeza, desprezo, vergonha e humilhação. Não precisava passar pelo que estou passando, dependendo de meus pais. É uma mágoa muito grande. Sinto que isso me faz mal (ENTREVISTA Nº 16).

As gestantes identificaram as repercussões da violência a partir dos sentimentos e emoções negativos vividos, que em sua percepção, resultaram em reações fisiopatológicas expressas em sintomas e sinais. Para elas, tais situações

geraram preocupação e levaram-nas a procurar assistência hospitalar, onde foram internadas em virtude da hipertensão arterial.

Estas ao relacionarem o surgimento ou o agravamento da hipertensão arterial, fizeram tanto com a ocorrência da violência psicológica, como a da física, ou mesmo da social, seja no contexto intrafamiliar, comunitário, no trabalho ou mesmo na instituição de saúde.

Ah, com certeza porque eu não estava assim antes. Foi depois do dia 26, que eu tive essa briga, que eu comecei a ter dor de cabeça, minha perna inchar, antes eu não estava assim, eu nunca fui hipertensa, até meu cartão do pré-natal está relatado que na última consulta minha pressão era 11X6. Foi por aborrecimento. eu tive um problema com minha mãe, uma briga bem séria (ENTREVISTA nº 5).

Sim, tem relação. Fui procurar o serviço de emergência por que não estava me sentindo bem, e fui maltratada. Me deram um remédio para a pressão que estava alta, e disseram para procurar o local onde fazia o pré-natal, para ser acompanhada pelo profissional. Nem reavaliaram minha pressão. Só sei que quando cheguei no pré-natal, minha pressão estava muito mais alta e o profissional me internou, podia ter perdido meu filho (ENTREVISTA nº 6).

As repercussões de caráter afetivo (emocional) destacadas pelos sentimentos e emoções negativos vividos, foram denominadas de Repercussões Emocionais. Dentre elas temos: decepção, desilusão, raiva, preocupação, medo, vergonha, sofrimento, insegurança, tristeza, desprezo, mágoa, desespero, irritação, arrependimento, nervoso, solidão, o medo de um parto prematuro; as preocupações com os riscos de sua saúde e do seu bebê.

Bom, depois dessa situação [discussão e abandono] eu passei a ter insegurança, a ficar com medo de acontecer alguma coisa comigo, com meu filho (ENTREVISTA Nº 9).

Eu depois que vi meu marido bem [o marido levou três tiros], não sei se é relaxar a palavra, você me entende. É como eu tivesse deixado vir a tona todo o sentimento que controlei esse tempo todo, como medo, insegurança, preocupação, desespero, angústia... (ENTREVISTA nº 14).

Eu me senti violentada, humilhada, triste e desprezada, [no hospital durante sua internação] (ENTREVISTA Nº18).

Os sofrimentos na esfera mental tendem a serem transformados em ansiedades, depressões ou toda sorte de quadros mórbidos. Cabe destacar o momento ímpar do período gestacional, onde tais repercussões, reações e os próprios sentimentos vividos pela violência (de gênero), encontram-se entrelaçados

com o momento de transição da própria identidade dessa mulher, da definição de papéis (da condição de filha para a de mãe) e de seu amadurecimento.

Nesse sentido, Oliveira (2007) e Schraiber et al. (2003) ressaltam que os profissionais médicos (de saúde) não devam somente associar tais sofrimentos à esfera dos transtornos mentais e sim pensar na causa principal, ou seja, uma possível situação de violência.

Além das repercussões emocionais, as gestantes apontaram sinais e sintomas físicos como indicadores da busca por assistência hospitalar, os quais denominamos Repercussões Físicas. Dentre tais as repercussões relacionadas com a síndrome hipertensiva na perspectiva das gestantes destacaram-se: mal - estar, dores de cabeça, dores na nuca, aperto no peito, náuseas, edemas de membros inferiores, cólicas, lesões físicas, sangramentos, a diminuição do líquido amniótico, alterações da glicose e da pressão arterial.

Eu nunca fiquei internada na outra gravidez. Nasceu no tempo certinho, tudo certinho. E nessa gravidez eu vim parar aqui com minha pressão alta, com uma dor na nuca, aperto no peito. Quase que o neném nasce antes do tempo, depois do empurrão que levei e pela dificuldade em baixar a pressão, até sangramento eu tive (ENTREVISTA nº 1).

Após as discussões que tinha com minha mãe e padrasto minha glicose ficava alterada, pois sou diabética, e dessa vez foi a minha pressão. Por isso que estou internada e meu bebê correndo risco (Entrevista nº 8).

Eu acho que foi por causa disso que eu perdi líquido. Ele me deu um soco aqui (mostrou a região epigástrica). Claro, se acha que essas dores que sinto são o que? É consequência do chute que aquele animal me deu. Depois disso vivo sentindo cólicas e tomando dipirona (Entrevista nº15).

As repercussões para a saúde não se limitam a distúrbios ou sintomas que ocorrem por ocasião da violência. A mulher procura o serviço de saúde em busca de solução para problemas que podem ser decorrentes da violência, classificados de agudos, ou seja, distúrbios ou sintomas que ocorrem por ocasião da violência (lesões traumáticas, hematomas, lesões musculares e fraturas); ou crônicos, surgidos lentamente, pouco expressivos, em decorrência de sucessivas situações da violência e de suas consequências como sofrimentos de longa duração, infecções urinárias de repetição, infecções sexualmente transmissíveis que podem ocasionar as inflamações pélvicas crônicas, além do sofrimento mental crônico, que leva à perda da habilidade de lidar emocionalmente com outras situações difíceis,

causando depressão, ansiedade e pensamentos ou tentativas de suicídios (SCHRAIBER et al, 2005; KRUG et al., 2002)

As repercussões da violência sobre a saúde da mulher ocorrem em todo o seu ciclo de vida, inclusive no período reprodutivo. Neste período, é comum verificar como conseqüência da violência, queixa de sangramento vaginal, dor pélvica, dor em baixo ventre, abortos, recém nascido de baixo peso, ansiedade, depressão, além do início do pré-natal tardio, dificultando a identificação de comportamentos de risco, uso de medicamentos proscritos e de patologias pregressas ou correlatas à gravidez, como a própria hipertensão arterial, acarretando um possível aumento de complicações maternas e fetais (STEWART; CECUTTI, 1993; MCFARLANE; PARKER; SOEKEN, 1996; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA 2003; NOGUEIRA, 2006).

Algumas gestantes apontaram repercussões da violência sobre seu cotidiano pessoal e social e que foram relacionadas com surgimento ou agravamento da síndrome hipertensiva vivida por elas, tais como: o isolamento por vergonha; ansiedade gerada pela necessidade de internação que a afasta de suas atividades e do cuidar dos seus filhos, de sua casa; preocupações, mas também, o isolamento, pois algumas não recebem visitas quando internadas.

Não procurei [o hospital]. Não quis sair para ir ao hospital. É que sangrou muito a boca. Tinha vergonha que alguém de onde eu moro me visse assim. Mas tomei um remédio para a dor (ENTREVISTA Nº15).

Eu não falo muito, mais fico pensando nelas, como será que elas estão, será que esta comendo, fazendo o dever, se cuidando. Fico preocupada, quando começo a lembrar, eu passo muito mal, isso me faz muito mal (ENTREVISTA nº 14).

A violência ao ser vivenciada promove insegurança à vítima, além de depressão, distúrbios do sono, isolamento social progressivo, intimidação, baixa auto-estima e distúrbios psicossomáticos (MARTIN et al., 1996; GUELLES, 1997; DANIELS, 2005). Outros problemas são apresentados como os custos da assistência de saúde. São mulheres que apresentam maior propensão a utilizar os serviços de saúde e serem atendidas nos serviços de emergências, demandando, por vezes, um atendimento multiprofissional e de alta complexidade. Ao vivenciarem atos de violência freqüentemente e progressivamente mais graves, tornan-se vulneráveis a morbimortalidade materna e fetal (COKER et al., 2004; JONES et al., 2006; RIVARA et al., 2007).

Verificamos, ao analisar repercussões apontadas pelas gestantes e sua relação, estabelecida pelas mesmas, com a violência, no agravamento e surgimento da síndrome hipertensiva, que se faz mister a importância de identificar outras possíveis causas, não biológicas para o advindo de patologias como a síndrome hipertensiva. E que a violência, em particular a que é voltada contra a mulher, pode representar um dos fatores motivadores ou agravantes de riscos à saúde. Infelizmente, é comum nas patologias clássicas como a hipertensão arterial conhecer sua relação com outros problemas que não orgânicos, entretanto, pouco se valoriza além da intervenção bioquímica no cuidar de pessoas com essa patologia.

Resultados obtidos por Silva e Aquino (2008), numa pesquisa com mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência, mostraram que a mulher percebe os efeitos da violência sobre a sua saúde, mas o problema continua invisível para os profissionais de saúde, não havendo nenhum registro em prontuário acerca do que ocorreu com a mulher e que o atendimento se resume ao tratamento das marcas deixadas no corpo especialmente para as vítimas de traumas, demonstrando que a violência somente é considerada para efeito de cuidados quando pode ser exteriorizada.

Os profissionais de saúde são formados e se tornam competentes para lidar com diagnósticos de quadros mórbidos delimitados, tendo como conduta a intervenção curativa, que é a intervenção médica tradicional, de tratar as enfermidades do que em ações de caráter preventivo e de promoção da saúde (SCHRAIBER et al., 2005; PENNA, 2005)

Para prestarmos um cuidado integralizado e interdisciplinarizado, precisamos acolher de forma humanizada essas gestantes, com olhar diferenciado a cada uma, valorizando suas queixas físicas, psicológicas e o seu contexto social, para identificar a verdadeira causa do problema, dando opções para que ela possa sair dessa realidade.

Apesar do SUS ter como objetivo a integralidade² da assistência, e com isso resolver a dicotomia entre a assistência preventiva e curativa, constatamos que muitos profissionais, particularmente os apontados pelas gestantes, e que trabalham nas emergências e no serviço de pré-natal, não ofereceram um atendimento

² A integralidade envolve três grandes conjuntos, as práticas dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e às respostas aos problemas de saúde (MATTOS, 2004).

resolutivo. Parecem não estarem preparados para desenvolverem uma assistência integral e humanizada, voltando-se mais para os aspectos curativos, e os sinais e sintomas visíveis no momento.

Conforme Boff (2000) afirma “o cuidado é a dedicação a alguém, é dispor a participar de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim de sua vida. Cuidado é zelar, dar atenção e ter bom trato”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Acreditamos que este estudo alcançou os objetivos propostos de identificar os tipos de violência que as gestantes portadoras de SH vivenciam e também as relações estabelecidas pelas mesmas a partir das repercussões da violência vivida sobre sua condição de saúde, ou seja, o agravamento ou surgimento da hipertensão arterial.

Conhecer a realidade das gestantes que são portadoras da SH e que vivenciam a violência na gestação foi de grande importância, pois revelou aspectos valiosos, apontados pelas próprias gestantes, na identificação das causas não fisiológica que podem estar desencadeando a hipertensão arterial. Além do mais, permitiu a visualização da violência vivenciada pela gestante, nos seus diversos contextos: família, trabalho, comunidade que vive e também na instituição hospitalar a que recorre; e o muito que se tem que fazer para melhorar essa realidade.

Foi difícil para essas gestantes relataram esse cotidiano de violência, observamos isso não só através de suas falas, mas também na expressão corporal e de seus sentimentos. Mas, ao mesmo tempo percebemos que ao conseguirem expressar sobre a situação que passavam, ficavam com um semblante de alívio, e muitas afirmaram ter sido positivo falar sobre o assunto.

Analisando o perfil sócio-cultural dessas gestantes, encontramos as seguintes características: mulheres de faixa etária jovem, entre 20 a 29 anos; com baixa escolaridade; do lar; com idade gestacional acima de 20 semanas; a maioria multípara; a maioria dessas gravidezes não foi planejada e são rejeitadas pelo companheiro, estão inseridas num relacionamento conjugal conflituoso e inseguro e, sendo rejeitada pelo companheiro. Percebemos que elas apresentam fatores de vulnerabilidade tanto para a hipertensão arterial como para a vivência da violência em vários contextos e de diferentes tipos, principalmente na violação dos seus direitos como cidadãos, como consequência das desigualdades sociais e estruturais enfrentadas no contexto intrafamiliar e no contexto comunitário.

Ao valorizarmos o perfil sócio-cultural das gestantes com seu contexto social (modelo ecológico) verificamos que o mesmo é predisponente para a ocorrência da violência, assim como, um possível fator de risco para a hipertensão arterial, o que nos leva a despertar para a importância da integralidade da assistência, e em decorrência disto, para a necessidade de ampliar a visão de todo processo de

saúde-doença. Cabe ressaltar que a Síndrome Hipertensiva na gestação é a primeira causa da mortalidade materna em nosso país, devendo ser reavaliado os mecanismos de sua identificação, agravamento e tratamento. E que a violência está presente na vida da maioria das mulheres em todo o seu ciclo vital.

Outro ponto importante foi o que as gestantes definiram como violência contra a mulher - uma violação dos direitos e a violência familiar. Com isso, podemos verificar que as mulheres possuem a consciência do que seja a violência contra ela. Seu entendimento é basicamente fruto do que vivem em seu cotidiano, na relação e convívio com o companheiro e a família; no trabalho, na comunidade onde mora e nas instituições hospitalares que lhe deviam prestar uma assistência humanizada e digna.

O tipo de violência vivenciado pelas gestantes hipertensas e apontado pela maioria foi psicológico. É uma violência comum que ocorre no cotidiano, pouco visível, sendo muito difícil de ser detectada e percebida, mas que essas gestantes o percebem. Um dado interessante é que todas vivenciam a violência psicológica com o companheiro e grande parte dessa violência estava vinculada ao fato do surgimento da gestação não planejada. Tal dado nos faz pensar sobre os programas assistenciais de planejamento familiar, das ações sobre a saúde reprodutiva, não só da mulher, mas principalmente do casal.

Como foi definida pelas próprias gestantes, a violência começa na violação dos direitos na família, com a falta de uma conscientização do companheiro por ocasião da divisão das tarefas domésticas, assim como pela não inclusão deste na responsabilidade do planejamento dos filhos, na escolha e utilização de um método contraceptivo que favoreça a ambos. No campo do trabalho, esta pode ser combatida pelo cumprimento de leis que favoreçam a mulher gestante no desempenho de seu trabalho, não somente o empregador. Nas instituições hospitalares que seja colocado em prática o objetivo do Sistema Único de Saúde e da própria Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, qual seja, proporcionar uma assistência acolhedora, humanizada e integral. E, acrescente-se, na comunidade em que vivem é necessário que os órgãos governamentais priorizem políticas de segurança, dando condições de "ir e vir" sem colocar em risco a vida.

Destacamos ainda, as repercussões e a relação identificada pelas gestantes da vivência a violência e o surgimento ou aumento da pressão arterial, em diversos contextos: familiar, tanto com o companheiro quanto com os pais; comunitário,

através do trabalho, com situações de assédio moral e urbana com violência no trânsito e a violência vivida com a impunidade de bandidos e os conflitos destes com policiais; e nas instituições hospitalares, nas relações com o profissional e a peregrinação nos serviços.

Durante a coleta de dados ao caracterizarmos essas gestantes, tivemos dificuldades em obter algumas informações nos prontuários, pois estes possuíam lacunas nas anamneses, principalmente quanto aos dados de identificação, de fatores como: socioeconômicos; etnia, grau de escolaridade; profissão, estado civil/união; número de filhos e se havia uma sobrecarga de trabalho doméstico; a renda familiar; condição de moradia, saneamento básico, informações sobre sua saúde reprodutiva e sexual. Isso nos permite constatar que ainda nos deparamos com uma desvalorização desse contexto para conclusão do diagnóstico e principalmente, na investigação das causas sociais que podem desencadear diagnósticos fisiopatológicos.

É necessário haver uma modificação no modelo de assistência e de formação dos profissionais, já que este ainda possui resquícios do modelo biomédico, centrado na cura da sintomatologia e não na prevenção das causas que desencadeiam essa sintomatologia.

Diante do contexto social e familiar das gestantes que vivenciam violência e que apresentam a SH, o profissional de saúde tem várias e importantes funções a serem desenvolvidas diretamente com as próprias gestantes, mas também com seu parceiro e família, e também com a equipe onde trabalha.

Destaca-se como ponto importante na minimização das lacunas de valorização da cliente como um todo, o investimento na formação dos profissionais de saúde, para que estes não sejam somente centrados no modelo biomédico, ou seja, que seu olhar não seja focado apenas sobre a patologia que a gestante apresenta e sim em todo o processo gestacional e no contexto em que está inserido.

O profissional de saúde tem papel importante em diversas ações a serem desempenhadas na prevenção da violência intrafamiliar e suas conseqüências. Desde o acolhimento dessa gestante no serviço de saúde, onde se sinta valorizada e tenha confiança no serviço, até na formação de grupos educativos, no atendimento individualizado e multiprofissional com as gestantes, nas visitas domiciliares, na produção de material educativo explicativo de situações de risco para a violência, e nas orientações sobre as diversas formas de saída desse contexto. Com isto,

promoverão a saúde da gestante e bem - estar do concepto, assim como, as ações assistências para melhorar seu quadro, neste caso a hipertensão na gravidez.

Deve-se focar, principalmente, a atuação desse profissional no campo da saúde reprodutiva, o qual tem que desempenhar papel diferenciado desde a pré-adolescência, com instruções e orientações, destacando o papel e a responsabilidade do homem numa gravidez não planejada e suas conseqüências.

A enfermeira obstétrica assim como os obstetras tem um campo de atuação muito grande, no planejamento familiar, no pré-natal, no parto e puerpério. Praticamente são estes profissionais que acompanham essa mulher por mais de um ano, durante o desenvolvimento e após a gestação, período em que tem possibilidades de conversar, analisar e trabalhar o contexto de vida dessa gestante, além do companheiro e família.

Outro ponto importante a ser considerado é capacitar e sensibilizar toda a equipe de saúde, para que a gestante seja atendida a partir de um olhar diferenciado. Destacamos também a necessidade de um respaldo institucional e psicológico para a equipe, no atendimento às mulheres que vivenciam a violência, prevenindo dificuldades que muitas vezes podem surgir a partir desse atendimento.

Para que essas ações sejam eficientes, principalmente no contexto da violência, o trabalho tem que ser desempenhado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, a fim de que o problema tenha uma compreensão abrangente e intervenções sejam efetivas.

É de grande importância que haja um incentivo para que o profissional de saúde desenvolva pesquisas no campo da violência, principalmente, naquelas que revelem o máximo de conhecimento básico a respeito de todos os aspectos da violência contra a mulher e especial a mulher gestante, sua magnitude, características e conseqüências. E, com isso atuar nas formulações de políticas públicas para promover, prevenir e assistir de forma integrada a gestante que vivencia a violência.

REFERÊNCIAS

AGENDE - Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento: 10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção Belém do Pará. 3. ed. Brasília, DF: [s.n.], 2005.

BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004

BARSTED, L.P. *Mulher, população e desenvolvimento: subsídios aos parlamentares na implementação do Plano de Ação da Conferencia Internacional sobre População e Desenvolvimento –CAIRO 94*. Brasília, DF: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 1996.

BARSTED, L.L; HERMANN J., (Ed.) *Instrumentos internacionais de proteção aos direitos*. Rio de Janeiro: CEPIA, 2001.

BERENSON, A. B. et al. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, n. 170, p. 1760-1769, 1994.

BERQUÓ, E. et al. *Fecundidade, saúde reprodutiva e pobreza na América Latina*. São Paulo: CEBRAP, 1995. V.1: O caso brasileiro. Mimeografado.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Ruptura e permanência no século 20. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 8 mar. 2002. Folha da mulher, p.5.

BOADELLA, D. *Correntes da vida: uma introdução à biossíntese*. São Paulo: Summus, 1992.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.

BOTELHO RA. *Hipertensão arterial na gestação*. 2007. Disponível em: <www.medsara.hpg.ig.com.br/hasgest.htm>. Acesso em: 14 set. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. [Brasília, DF], 1996. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 6 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. *Gestação de Alto Risco*. Brasília, DF, 2000

_____. *Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília, DF, 2002a. 96p.

_____. Portaria MS/GM nº737 de 16 de maio de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 maio 2001. Seção 1e, p. 9.

_____. *Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2004.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF, 2005 a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília, DF, 2005b.

_____. *Painel de Indicadores do SUS*, Brasília, DF: Organização Pan-americana da Saúde, 2007a. 24 p.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Trabalho doméstico: Direitos e deveres: orientações*. 3. ed. Brasília, DF: TEM, SIT, 2007b. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 29 jun. 2008.

CALHEIROS, M. *Impactos psicossociais do alcoolismo em homens adultos na sua relações conjugal*. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=920>>. Acesso em: 25 nov. 2007.

CASTRO, R. E.; RUÍZ, A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. *Rev Saúde Pública*, v.38, n.1, p. 62-70, 2004.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 2001.

CONVENÇÃO interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. In: HERMANN, J., BARSTED, L.L. *O Judiciário e a violência contra a mulher: a ordem legal e a (dês) ordem familiar*. Rio de Janeiro: CEPIA, 1999. (Cadernos CEPIA, 2).

COKER, A. L. et al. Physical partner violence and medicaid utilization and expenditures. *Public Health Reports*, n.119, 2004.

CUNNINGHAM, F. G. et al *Obstetrics*. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1997.

DANIELS, K. Intimate partner violence & depression: a deadly comorbidity. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, n.43, p.44-51. 2005.

DIAZ, M.; DIAZ, J. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva. In: Loren, G. (Col.) *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1999.

DIETZ, P. M. et al. Delayed entry into prenatal care: effect of physical violence. *Obstetrics & Gynecology*, v. 90, p.221-224, 1997.

FALEIROS, Eva. Violência de Gênero. In: TAQUETTE, Stella R. (Org.). *Violência contra a mulher adolescente/jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. p. 61-65.

FERREIRA, A. B. H. *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. 6. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

FONTANELLA B. J. B.; RICAS J.; TURATO E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 17-27, jan. 2008.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIORDANI, A. T. *Violências contra a mulher*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Ed. 2006.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.) *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p.135-140.

GOODWIN, T. M.; BREEN, M. T., Pregnancy outcome and fetomaternal hemorrhage after noncatastrophic trauma. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v.162, p.665-671, 1990.

GRAHAM, W.J.; CAMPBELL, O.M, *Measuring maternal health defining issues*. London: London School of Hygiene and Typical Medicine, Maternal and Child Epidemiology Unit, 1998.

GUELLES, R. J. *Intimate violence in families*. London: SAGE Publications, Inc., 1997.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTMOELLER, M. The global overview of gender based violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 78, p. S5-S14, 2002. Supplement.

HOWARD, R.; LEWIS, M. E. *Fenômenos psicossomáticos*. Rio de Janeiro: J. Olimpio, 1984.

IBGE. *Indicadores sociais sobre a mulher*. Rio de Janeiro: IBGE, 1989. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/presidência/noticias>>. Acesso em: 1 out. 2008.

IPAS BRASIL. *Protegendo a saúde das mulheres: Promovendo os Direitos Reprodutivos das Mulheres*. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br>>. Acesso em: 4 jun. 2007.

JANSSEN, P. A. et al. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v.188, p.1341-1347, 2003.

JASINSKI, J. L. Pregnancy and domestic violence: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, v.5, p.47-64, 2004.

JONES, A. S. et al. Long-term costs of intimate partner violence in a sample of female HMO enrollees. *Women's Health Issues*, v.16, p.252-261, 2006.

KRUG, E.G. et al *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v.7, n.4, p.449-460, 2004.

LIPP, M. N.; ROMANO, A. S. F. O stress infantil. *Estudo de Psicologia*, n. 4, p.42-54, 1987.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 1997.

MARTIN, S. L. et al. Violence and substance use among North Carolina pregnant women. *Am J Public Health*, n.86, p. 991-998, 1996.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MCFARLANE, J. et al. Assessing for abuse during pregnancy. severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*, v. 267, n. 23. p. 3176-3178, 1992.

MCFARLANE, J.; PARKER, B.; SOEKEN, K. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research*, v.45, p.37-43, 1996.

MEDINA, A. B. C. *Violência intrafamiliar em mulheres grávidas: a identificação pela enfermeira obstétrica*. 2007. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MENEZES, T. C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.25, p.309-316, 2003.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 15. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. 80p.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, p.7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v.79, p.269-277, 2002.

NOGUEIRA, F. *Violência física entre parceiros íntimos durante a gestação como fator de propensão à má qualidade da assistência pré-natal*. 2006. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, E. N. *Pancada de amor dói e adoce: violência física contra mulheres*. Sobral, CE: Edições UVA, 2007.

PARKER, B.; MCFARLANE, J.; SOEKEN, K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth-weight in adult and teenage women. *Obstetrics & Gynecology*, v. 45, p.37-42, 1994.

PENNA, L. H. G. *A Temática da violência contra a mulher na formação da enfermeira*. 2005. 233f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueiras, Rio de Janeiro, 2005.

PERAÇOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A., Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v..27, n.10, p.627-634, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 3 jul. 2007.

RIVARA, F. P. et al. Intimate partner violence and health care costs and utilization for children living in the home. *Pediatrics*, v.120, p.1270-1277, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. 2. ed. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina, 2003.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v.3, n.5, p.11-25, 1999.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.36, n.4, p. 470-477, ago. 2002.

SCHRAIBER, L. B. et al. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SILVA I. V.; AQUINO E. M. Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2103-2114, set. 2008.

SOUZA, E. R; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 1211-1222, 2007.

STEWART, D.; CECUTTI, A. Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, v. 149, p.1257-1263. 1993.

SUÁREZ, M.; MACHADO, L. Z.; BANCEIRA, L. M. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1999.

VALDEZ-SANTIAGO, R.; SANÍN-AGUIRRE, L. H. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*, México, v. 38, p.352-362, 1996.

VENGUER, T. et al. *Violência doméstica: um marco conceptual para la capacitación del personal de salud*. México: IMIFAP/Population Council, 1998.

VIEIRA, V. A. Hipertensão arterial: aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos: implicações para a área de saúde. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 3, n.4, p481-488, 2003.

APÊNDICE A - Termo de autorização para coleta de dados

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Ilmo Sr. Diretor (a)

Ilma Sr^a Chefe de Enfermagem

Venho pelo presente, apresentar o meu Projeto de Pesquisa do Mestrado, intitulado, provisoriamente, “**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: VIVÊNCIA DE MULHERES COM DOENÇA HIPERTENSIVA GESTACIONAL**”, e solicitar a V. Sa. o desenvolvimento de tal proposta nesta unidade de saúde, e a divulgação e publicação dos dados. A referida pesquisa tem como objetivos: Discutir os tipos de violência vivenciados por gestantes com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva na Gravidez, e analisar as relações estabelecidas pela gestante com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva na Gravidez e a vivencia da violência durante a sua gestação.

Para o desenvolvimento do projeto será realizada uma entrevista semi estruturada com as gestantes com diagnóstico de Síndromes Hipertensivas na Gestaçã o e que vivenciam a violência, atendendo os critérios científicos estabelecidos pela Lei 196/96 do CNS. (Em anexo – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Todo o material da pesquisa estará à disposição desta unidade, sendo inclusive doado ao Centro de Memória da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Certa de contar com sua colaboração, desde já agradeço e coloco-me à disposição para qualquer dúvida e esclarecimentos.

Rio de Janeiro, __ de _____ 2007.

Márcia Fontes Peixoto Azeredo
Pesquisadora

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Solicito sua participação nesta pesquisa intitulada “**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: VIVÊNCIA DE MULHERES COM DOENÇA HIPERTENSIVA GESTACIONAL**”, cujos objetivos são: Discutir os tipos de violência vivenciados por gestantes com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva na Gravidez, e analisar as relações estabelecidas pela gestante com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva na Gravidez e a vivência da violência durante a sua gestação.

As suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, seu nome será mantido em sigilo, sendo usado outra forma de identificação. As informações prestadas serão utilizadas apenas nesta pesquisa e a divulgação dos resultados ocorrerá em eventos ou publicações científicas. Sua participação não inclui qualquer custo de compensação financeira, é voluntária, quer dizer, você tem o direito de não participar, responder qualquer pergunta ou de se retirar do estudo, a qualquer momento, sem que isso represente qualquer prejuízo ao seu atendimento ou em sua relação com a instituição onde a pesquisa está sendo realizada. A pesquisa será conduzida pela técnica de entrevista, que serão gravadas em MP4, transcritas na íntegra, e sua participação consistirá em responder as perguntas realizadas.

Você terá uma cópia deste termo, que contém números de telefone e e-mail do pesquisador. Com eles poderá a qualquer momento esclarecer suas dúvidas a respeito da pesquisa e/ou de sua participação.

Assinatura: _____ Rio de Janeiro, ___/___/___

Márcia Fontes Peixoto Azeredo. (Mestranda da Faculdade de Enfermagem da UERJ). Tel 92325288 /25876552 (trab) E-mail: mfpazeredo@yahoo.Com.

Lúcia Helena Garcia Penna (Orientadora)

APÊNDICE C – Instrumento para caracterização do sujeito.

- 1) Município de origem: _____
- 2) Idade: _____
- 3) V/S já freqüentou ou freqüenta a escola? Qual foi a última série que V/S completou?
- a) Não estuda ou estudou
 - b) Nível Fundamental completo
 - c) Nível Fundamental incompleto
 - d) Nível Médio completo
 - e) Nível Médio incompleto
 - f) Terceiro grau completo
 - g) Terceiro grau incompleto
- 4) Qual a sua cor?
- a) Branca
 - b) Parda
 - c) Preta
 - d) Amarela
 - e) Indígena
 - f) NSR
- 5) Estado Civil:
- Solteira () Separada ()
- Casada () Viúva () com companheiro ()
- 6)Profissão/ Ocupação: _____
- 7) Quem é o chefe de família em sua casa, assumindo as responsabilidades?
- Você () seu companheiro () outros ()
- 16)Idade gestacional _____
- 17) Gesta: _____ Para: _____ Aborto _____
- 18) V/S faz pré-natal?
- () Sim
 - () Não

APÊNDICE D – Roteiro para entrevista semi-estruturada

1. O que você entende por violência contra a mulher?
2. Durante esta gestação você vivenciou violência. Poderia estar relatando como foi essa situação?
3. Você percebe a relação entre essa violência vivida e o seu estado de saúde atual?

APÊNDICE E – Quadro de categorização das entrevistas

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
1ª Categoria: A violência na perspectiva da gestante com síndrome hipertensiva um olhar de quem a vivenciou NE= 18 / UR = 59	VIOLAÇÃO DOS DIREITOS NE= 11 / UR = 30	Algo que faz mal para o outro, que não deve acontecer a ninguém, que vai contra o outro, o preconceito, um ato de covardia, crime, violência social, algo complexo, do cotidiano
	VIOLÊNCIA FAMILIAR NE= 10 / UR = 25	Desavença, bater em outras pessoas, contra a mulher, contra a criança, física e a violência psicológica (agressores verbais como palavras que machucam, ferem, humilham, ofendem, e que afeta o emocional e o psicológico)
	NÃO SABE EXPLICAR NE= 04 / UR = 04	

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA *	LOCAL / AGRESSOR*	TIPO DE VIOLÊNCIA VIVENCIADA *	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
2ª categoria: gestantes com síndromes hipertensiva-descrevendo a violência vivenciada. NE=18 / UR=365	A violência vivenciada no contexto familiar NE=18 / UR=280	Familiares NE=10 / UR=58	Psicológica NE=10 /UR=55	Conflito entre mãe e filha / entre pai e filha. Falta de apoio
			Física NE = 01 / UR=03	Empurrões e tapas.
		Companheiro NE=18 / UR=222	Física NE= 05 / UR=17	Soco, chute, tapas e empurrões,
			Psicológica NE=18 / UR=205	Grosso com palavras; Doía certa palavra; Discussão, Ameaças. Rejeição da mulher; Paternidade não assumida; Solicitação de aborto; Rejeição do sexo da criança; Falta de apoio emocional; Falta de apoio financeiro para: Alimentação, medicação, Dinheiro Exame pré-natal; Marido desempregado, gastando com bebida. Traição.
	A violência vivenciada no contexto comunitário NE=13 UR=85	Trabalho NE=03 / UR=26	Psicológica	Assédio moral, discussão; psicológica; Substituição; Falta de infraestrutura Relacionamento com patrão; Violação dos direitos trabalhistas.
			Urbana NE=03 / UR=14	Psicológica
		Institucional NE=03 / UR=13	Psicológica	Psicológica; Preconceito em relação a doença; Falta ou má orientação; Atendimento precário; Desprezo, humilhação; Morar longe sem transporte; Falta de vaga.
			Institucional e Urbana NE=04 /UR=32	Psicológica
* Destacamos que algumas entrevistadas vivenciaram a violência com mais de um tipo de agressor e de violência				

Quadro de categorização das entrevistas (Continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	LOCAL / AGRESSOR	TIPO DE REPERCUSSÕES	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
3ª CATEGORIA: A síndrome hipertensiva gestacional como repercussão da violência: uma perspectiva da gestante. NE=16 UR=172	Contexto Familiar NE=16 / UR=126	Familiares NE=05 UR=33	EMOCIONAIS NE=06 / UR=28	Preocupação, ansiedade, nervosismo, medo, insegurança ansiedade, preocupação com a gestação e o filhos em casa
			BIOLÓGICA NE=02 / UR=02	Aumento da pressão arterial. Mal estar, cefaléia, descompensação da glicose (diabetes) risco de morte para o bebê.
			Social NE=03 / UR=03	Internação e afastamento dos filhos
		Companheiro NE=11 / UR=93	EMOCIONAIS NE=10 / UR=83	Desilusão, decepção, rejeição, raiva, irritabilidade Carência afetiva saudade, falta de atenção, sensível. Insegurança, desconfiança, sofrimento, magoa, desespero, tristeza.
			BIOLÓGICA NE=02 / UR=09	Sangramento; risco de parto prematuro; aumento da pressão arterial Perda de liquido Mal 1estar, cefaléia
			Social NE=01 / UR=01	Isolamento
	Contexto Comunitario NE=09 / UR=46	Trabalho NE=03 / UR=13	EMOCIONAIS NE=03 / UR=06	Preocupação, irritação, aborrecimento, injustiça, tristeza. Nervosa sem benefício, preocupada com sustento dos filhos, ansiosa, estresse com aborrecimento no trabalho
			BIOLÓGICA NE=03 / UR=03	Aumento da pressão arterial; cefaléia e mal estar
		Urbana NE=03 / UR=17	EMOCIONAIS NE=03 / UR=11	Preocupação com a violência urbana, medo, insegurança em relação a violência urbana Preocupação com filhos e com a saúde do marido
			BIOLÓGICA NE=03 / UR=03	Aumento da pressão arterial.
			Social NE=03 / R=03	Não poder levar o filho para a escola, não sair de casa,
		Institucional NE=03 / UR=16	EMOCIONAIS NE=03 / UR=10	Sentimentos em relação a hospitalização, medo, raiva, desprezo, preconceito, humilhação, tristeza, vergonha
			BIOLÓGICA NE=03 / UR=03	Aumento da pressão arterial
		Não Sabe NE=02 / UR=02		

Quadro de categorização das entrevistas (Conclusão)

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2007

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Prof^ª. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Aut. Marcia Fontes Peixoto Azeredo
Orient. Prof^ª. Lucia Helena G. Penna

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (1957-CEP/HUPE) "VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: VIVÊNCIA DE MULHERES COM DOENÇA HIPERTENSIVA GESTACIONAL" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º 196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^ª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.


Prof^ª. Patrícia Maria C. O. Duque
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUAP



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - Coordenador Geral
Médico

Alair Augusto S.M.D. dos Santos
Médico

Ana Beatriz Monteiro Fonseca
Estatística

Carlos Brazil
Advogado

Denise Mafra
Nutricionista

José Carlos Carraro Eduardo
Médico

José Paravidino de Macedo Soares
Médico

Maria de Fátima Lopes Braga
Nutricionista

Maria Nazareth Cerqueira Pinto
Médica

Miriam Fátima Zaccaro Scelza
Cirurgiã Dentista

Nívia Valença Barros
Assistente Social

Paulo Roberto Mattos da Silva
Psicólogo

Paulo Sérgio Faitanin
Filósofo

Regina Helena Saramago Peralta
Médica

Regina Lúcia de Oliveira Caetano
Farmacêutica

Renato Augusto Moreira de Sá
Médico

Rosa Leonôra Salerno Soares
Médica

Rosângela Arrabal Thomaz
Bióloga

Rosiléa Saíd Amazonas
Representante dos Usuários

Simone Cruz Machado
Enfermeira

Wilson da Costa Santos
Farmacêutico

CEP CMM/HUAP nº 010/08

CAAE nº 0172.0.258.000-07

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Sr.(a) Pesquisador(a)

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Título do Projeto:
"VILÊNCIA CONTRA A MULHER: VIVÊNCIA DE MULHERES COM DOENÇA HIPERTENSIVA GESTACIONAL"

Pesquisador Responsável:
Márcia Fontes Peixoto Azeredo

Pesquisadores Colaboradores:
Lúcia Helena Garcia Penna

Data: 15/02/2008

Parecer: *Aprovado.*

Atenciosamente,

Prof. Herbert Praxedes
Coordenador