UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO E DOUTORADO

ALINE CARVALHO ALVES PEIXOTO

O Apego Materno-fetal em Gestantes que Sofrem Violência pelo Parceiro Íntimo

Salvador
2015

ALINE CARVALHO ALVES PEIXOTO

O Apego Materno-fetal em Gestantes que Sofrem Violência pelo Parceiro Íntimo

Dissertação apresentada à Universidade Federal da Bahia, como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento.
Professora orientadora: Prof.ª Dr.ª Patrícia Alvarenga.

Salvador
2015

BANCA EXAMINADORA:

Prof.ª Dr.ª Patrícia Alvarenga

Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof.ª Dr.ª Eulina da Rocha Lordelo

Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.ª Dr.ª Martha Giudice Narvaz

Universidade Estadual do Rio Grande do Sul - UERGS

A todas as mães que tornaram esse trabalho possível.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Patrícia Alvarenga, por toda a orientação, por acreditar nessa pesquisa e, especialmente, por me ensinar a ultrapassar os meus limites para a execução de um trabalho de excelência.

Aos meus queridos professores Ilka Bichara, José Carlos Ribeiro, Neander Abreu, Igor Menezes, pela calorosa acolhida no programa, por toda a atenção, incentivo e carinho.

A minha querida Ivana Marins, pela paciência, disponibilidade, carinho, solidariedade, amizade e competência. Aos queridos Senhor Isaac, Viviane, senhora Inês (SGC), a Patrícia e a professora Darci (Comitê de Ética de Enfermagem) pelo carinho, profissionalismo, paciência e disponibilidade.

A equipe do Loreta Valadares, na figura da assistente social Andrea, pela atenção, carinho, trabalho de excelência, por me orientar na compreensão e conduta ética nesse campo tão delicado que é a violência contra a mulher.

Agradeço aos meus amigos e minha família, por toda a torcida, apoio, ombro, compreensão em relação as minhas ausências, e crença no sucesso desse projeto.

Aos irmãos do coração Juliana Levita, Bernardo Machado, Juliana Bitencourt, Juliana Bastos, Ingrid Oliveira, Olenice Araújo, Íris Araújo, Bianca Orico, Valdelice Carvalho, Sara Dias por toda a torcida, apoio, compreensão em relação às minhas ausências, por acreditarem nesse trabalho, por terem vivido essa fase comigo e torcido tanto pelo meu sucesso.

As minhas parceiras, companheiras, amigas, presentes que Deus colocou na minha vida, Quele Gomes, Luna Maiana, Janaína Teixeira e Gleice Luz, por absolutamente TUDO. Não tenho palavras para explicar o significado de vocês na minha vida e o quão necessárias vocês foram nesses dois anos. Mas agradeço demais, todos os dias, por vocês existirem.

A minha turma de colegas do mestrado, por serem pessoas tão maravilhosas, profissionais tão sérios, dedicados, excelentes, e por terem demonstrado tanta coragem e dignidade nesses dois anos.

As queridas Juliana Prates e Delma Barros pela amizade, carinho, gentileza, companheirismo, e, especialmente, pelo brilhante exemplo de profissionais humanos e éticos que são. Quero ser como vocês quando eu crescer!

As minhas inspirações, meus professores de faculdade Ana Patrícia Borges, Ilena Rafaela Cantharino e Stella Sarmento, especialmente aos culpados Gilmara Correia e Eduardo Gonçalves, por terem insistido e me apoiado tanto em começar a carreira acadêmica. Missão dada, missão cumprida!

Agradeço a todos os funcionários do IPERBA, em especial aos médicos do pré-natal, Drª Milena, Dr. Rone, Dr. Davi, Drª Margarida, Dr. Alberto, e Dr. Omar, por todo apoio. A Srª Wilma (enfermagem), A Jamaica (assistência social), ao Del (arquivo), A Mirilane (auxiliar de serviços gerais) pelo companheirismo, solidariedade, apoio e carinho. E as queridas e excelentes técnicas de enfermagem, Priscila, Rosemeire, Marise, Mariana, Carine, Edlene, e Manuela por toda a amizade, carinho, disponibilidade, atenção, profissionalismo, companheirismo, e por tornarem o meu trabalho possível. Meninas, sem vocês eu não teria conseguido!

A equipe da Delegacia Especial de Atenção à Mulher (DEAM), nas figuras da psicóloga Josecleide e da delegada Drª Ana Virginia Paim, pela solidariedade, profissionalismo, atenção, carinho e orientação.

Aos meus queridos médicos, Ana, Rosauro, Rosa Garcia, Badaró, Marcelo, Angela, Janaína, e minha terapeuta Maria Célia Correia Gomes, por cuidarem tão bem de mim nesses dois anos e meio, tornando possível a resistência necessária para a continuidade do trabalho.

A equipe da Cidade da Luz, nas figuras da Maria Célia Gomes (coordenação de psicologia), Sr. Livaldo (coordenação do ambulatório), e A Srª Elí pela solidariedade, disponibilidade e apoio na realização do piloto do projeto.

A equipe da maternidade Tsylla Balbino, por todo carinho, atenção, disponibilidade, cuidado, amizade, profissionalismo e auxílio na realização da coleta de dados.

Ao meu querido Lucas Novaes, pelo carinho, cuidado, ajuda, parceiria e companheirismo. E por viver os altos e baixos dessa caminhada, sempre ao meu lado.

A todas as participantes dessa pesquisa, desde as mães que participaram do piloto (e tanto me ajudaram na construção do projeto), como as participantes da pesquisa propriamente dita.

Obrigada pela disponibilidade, atenção, carinho, amizade, por me ensinarem sobre a vida, sobre a maternidade, por tornarem esse trabalho possível. E principalmente pela coragem e gentileza em compartilhar suas historias, medos, angústias, alegrias, emoções.

Obrigada a todos que de alguma forma participaram dessa jornada.

Resumo

Este estudo possui caráter pioneiro por explorar a relação mãe-feto em gestantes que sofrem violência. O constructo do apego materno-fetal tem sido amplamente estudado, em pesquisas nacionais e internacionais, assim como seus preditores, contudo existe uma carência de literatura que explore esse tema no contexto da violência. O presente estudo comparou o apego materno-fetal em um grupo de gestantes que nunca havia sofrido violência pelo parceiro íntimo durante a gestação (grupo comparação), e um grupo de gestantes que sofreu violência psicológica ou física pelo parceiro, durante a gestação (grupo de risco). Participaram deste estudo 32 mulheres que tinham idade entre 19 e 44 anos, e estavam no terceiro trimestre de gestação, no momento da coleta de dados. As gestantes foram convidadas a participar da pesquisa em duas maternidades públicas de Salvador e em um ambulatório de uma instituição filantrópica. Durante as entrevistas, as gestantes responderam a Escala de Apego Materno-fetal, o Questionário Nuclear WorldSAFE, e uma ficha de dados sociodemográficos. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de risco e comparação, em relação ao escore de apego materno-fetal contudo, foi verificado que o apego materno-fetal foi significativamente menor no subgrupo que sofreu violência física quando comparado ao subgrupo que sofreu unicamente violência psicológica. Discutem-se os comportamentos do apego que possivelmente foram prejudicados pela situação de violência, especificamente a física, a importância da saúde mental da mulher nesse contexto, as características metodológicas do estudo e características dos instrumentos utilizados nesta investigação.

Palavras-chave: gestação, apego materno-fetal, violência pelo parceiro íntimo

Abstract

This study was pioneer in the discussion of mother-fetus relationship in pregnant women who suffer violence. The construct of maternal-fetal attachment has been widely studied in national and international research, as well as its predictors, however there is a lack of literature that explores this theme in the context of violence. This study compared the maternal-fetal attachment in a group of pregnant women who had never experienced violence by an intimate partner during pregnancy (comparison group), and a group of pregnant women who have suffered violence, psychological or physical by the partner, during pregnancy (risk group). The study included 32 women who were aged between 19 and 44, and were in the third trimester of pregnancy at the time of data collection. Pregnant women were invited to participate in the study in two public hospitals of Salvador and at a clinic belonging to a philanthropic institution. During the interviews, the mothers answered the Maternal-fetal Attachment Scale (MFAS), the WorldSAFE Nuclear Quiz, and finally a sociodemographic data sheet. There were no significant differences among risk group and comparison group, in relation to to the score of maternal-fetal attachment, but it was found that the maternal-fetal attachment was significantly lower in the subgroup that suffered physical violence when compared to the subgroup that underwent only psychological violence. It is discussed the attachment behaviors that were possibly affected by the situation of violence - specifically physical, the importance of women's mental health in this context, the methodological characteristics of the study and the characteristics of the instruments used on this research.

Keywords: pregnancy, maternal-fetal attachment, intimate partner violence

Sumário

Capítulo I - Introdução.....05

A violência pelo parceiro íntimo e os prejuízos para a saúde mental da gestante.....06

A gestação e o processo de transição para a maternidade: a importância do apego materno-fetal e da saúde mental da mulher.....14

Violência pelo parceiro íntimo (VPI) na gestação e as consequências para a vinculação da gestante com o bebê.....22

Justificativa e objetivo do estudo.....27

Capítulo II - Método.....29

Participantes.....29

Delineamento e Procedimentos.....35

Considerações Éticas.....37

Instrumentos.....38

Análise de dados.....40

Capítulo III - Resultados 41

Caracterização da violência sofrida pelo grupo de risco 41

Diferenças no apego materno-fetal entre o grupo de risco e o grupo comparação 44

Capítulo IV - Discussão 50

Considerações finais 54

Referências.....56

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 65

Anexo B – Ficha de Dados Sociodemográficos 66

Anexo C – Questionário Nuclear WorldSAFE adaptado 69

Anexo D – Escala de Apego Materno-fetal.....71

Anexo E – Folheto de Serviços de Atenção à Mulher 73

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterísiticas sociodemográficas das participantes (N=32)..... 30

Tabela 2 - Condições de gestação (N=32) 32

Tabela 3 - Características sociodemográficas das participantes que sofreram violência psicológica e violência física no grupo de risco (N=16) 33

Tabela 4 - Condições da gestação das participantes do grupo de risco (N=16) 35

Tabela 5 - Tipos de violência sofridos pelas participantes do grupo de risco (N=16) 42

Tabela 6 – Média, Desvio Padrão, U de Mann-Whitney e nível de significância do escore total de violência psicológica, violência física, e escore total de violência 42

Tabela 7 - Frequência dos tipos de violência psicológica grave, e número de participantes do grupo de risco que sofreram cada tipo de agressão (N=16) 43

Tabela 8 - Frequência dos tipos de violência física, e total de participantes que sofreram cada tipo de agressão (N=10) 44

Tabela 9 - Média, Desvio padrão, U de Mann-Whitney, e nível de significância do escore total de apego materno-fetal no grupo de risco (N=16) e no grupo comparação (N=16) 45

Tabela 10 - Frequência de respostas afirmativas, em cada ítem da escala de apego materno-fetal, no grupo de risco (n=16) e no grupo comparação (N=16)..... 46

Tabela 11 - Média, Desvio padrão, U de Mann-Whitney, e nível de significância do total de apego materno-fetal no grupo que sofreu violência psicológica (N=6) e no grupo que sofreu violência física (N=10).....47

Tabela 12 - Frequência de respostas afirmativas, em cada ítem da escala de apego materno-fetal, no grupo que sofreu violência psicológica (n=6), e no grupo que sofreu violência física (N=10) 48

Capítulo I - Introdução

O período da gestação é um momento crítico para muitas mulheres devido as intensas mudanças físicas e psicológicas vivenciadas nesse período. A construção da identidade materna e a preparação para a chegada do bebê, por exemplo, são processos complexos, que geram muita ansiedade e ambivalência (Mercer, 2004). Durante esse período, a gestante, através de fantasias, sentimentos e idealizações relacionadas ao feto, passa a interagir com o mesmo, principalmente quando os movimentos fetais se iniciam (Nelson, 2002).

A interação mãe-feto foi estudada por Cranley (1981), que estabeleceu o constructo teórico de apego materno-fetal, definindo-o como o quanto cada mulher se engaja em comportamentos que representem afiliação e interação com o filho não nascido. Inúmeros fatores podem prejudicar a formação do vínculo entre mãe e filho durante a gestação, entre eles os eventos estressores aos quais a gestante é exposta durante esse período. Entre os eventos estressores que podem causar impacto negativo sobre o apego materno-fetal, está a violência pelo parceiro íntimo (VPI). Essa relação tem sido pouco explorada na literatura, embora o impacto da VPI sobre a saúde mental e o bem-estar psicológico da mulher esteja bem estabelecido. Assim, é esperado que esse tipo de experiência durante a gestação possa causar danos à relação que começa a se estabelecer entre mãe e filho.

O objetivo deste estudo foi comparar o apego materno-fetal no terceiro trimestre de gestação, em gestantes que sofreram violência psicológica ou física pelo parceiro íntimo, e mulheres que não sofreram nenhum tipo de violência do parceiro íntimo durante o período gestacional. Inicialmente serão apresentados os principais conceitos sobre violência e seus tipos, dados referentes sobre a prevalência desse problema, e os prejuízos da violência quando sofrida durante a gestação. Na seção seguinte, discute-se o desenvolvimento da maternidade, o contexto da gestação, as mudanças físicas e psicológicas sofridas pelas mulheres nesse período, o conceito de apego materno-fetal, e os principais indicadores do apego materno-fetal, relevantes para o seu estudo. Em uma terceira parte da revisão de literatura, serão abordados os estudos sobre a violência na gestação, seus prejuízos, e uma discussão acerca do impacto negativo da violência para o desenvolvimento do apego materno-fetal, pouco relatada na literatura sobre o tema.

A violência pelo parceiro íntimo e os prejuízos para a saúde mental da gestante

A violência é um fenômeno amplo e complexo, que envolve uma multiplicidade de fatores e significados (Minayo & Souza, 1998). Apesar da amplitude e diversidade na manifestação do fenômeno, o termo violência pode ser definido como qualquer ação humana, individual ou grupal, que prejudique o bem-estar físico, emocional, moral ou religioso de alguém, que lhe cause algum tipo de dano ou leve a morte (Minayo & Souza, 1998).

A violência pode ser definida e observada através do tipo de comportamento realizado por quem a pratica, e do consequente dano de quem a sofre. Na sociedade ocidental e, particularmente, na realidade brasileira os tipos de violência investigados com maior frequência estão divididos em três categorias: a violência psicológica, a violência sexual e a violência física (Howard, Trevillion & Agnew-Davies, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a violência psicológica se refere a toda ação ou omissão que causa ou objetiva causar dano ao outro, em sua auto-estima, identidade ou desenvolvimento. Inclui comportamentos como: insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, ameaças, ridicularização, rechaço, isolamento dos familiares e amigos, manipulação, negligência (omissão a cuidados e proteção em situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene), privação de liberdade (ex. confinamento doméstico, impedir de trabalhar ou estudar, impedir que a pessoa possa gerir seu próprio dinheiro), entre outros. Este é o tipo de violência, mais difícil de identificar, tanto pela vítima, como por outros, uma vez que é muito comum, e que pode se confundir com características de conflitos interpessoais.

A violência sexual se refere a situações em que uma pessoa, por meio da força física, coerção, intimidação psicológica ou em situação de maior poder, obriga a outra ao ato sexual, contra a sua vontade. Podem ser considerados atos de violência sexual também, situações de exposição a interações sexuais, que resultem em vitimação da pessoa agredida, e que gerem algum tipo de gratificação ao agressor. Esse tipo de violência ocorre em casos de estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual. Inclui comportamentos como: carícias não desejadas, exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo ou masturbação forçados, ser forçado(a) a presenciar relações sexuais de outros ou ter relações sexuais com outras pessoas (exceto o próprio casal), impedimento em usar métodos contraceptivos ou negação do parceiro em usar, ou ainda penetração oral, anal ou genital (com pênis ou objetos) de modo forçado (Brasil, 2001).

A violência física diz respeito a uma ação que causa ou objetiva causar dano não acidental ao outro, que se encontra em situação de poder inferior a do agressor. Essa ação pode ser realizada através do uso da força física, de armas ou outro objeto, causando danos internos ou externos (Narvaz & Koller, 2006). Segundo o Ministério da Saúde (2001), a violência física inclui comportamentos como: tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamento, lesões pelo uso de armas ou objetos, obrigar a usar substâncias desnecessárias ou inadequadas (álcool, drogas, medicamentos, alimentos), tirar de casa a força, arrancar as roupas, amarrar, arrastar, abandonar em local desconhecido, danos corporais devido à negligência (omissão de cuidado e proteção contra situações de perigo, doença, gravidez, alimentação, higiene). O castigo repetido, mesmo que não severo, também é considerado violência física (Brasil, 2001).

Os conceitos de violência doméstica, de violência intrafamiliar e de violência de gênero estão relacionados ao contexto e às pessoas envolvidas no episódio de violência. A violência doméstica ocorre entre os membros de um grupo que convivem no mesmo espaço, regularmente ou esporadicamente, abarcando as relações que envolvem vínculo paterno/materno-filial (Narvaz & Koller, 2006). Já o conceito de violência intrafamiliar envolve a ação, ou omissão de cuidados, que prejudica a integridade física ou psíquica, o desenvolvimento, a liberdade ou o bem-estar de um membro da família, ressaltando que o agressor pode possuir uma função parental em relação ao outro, mesmo que não possua laços consanguíneos (Narvaz & Koller, 2006). A violência de gênero é outro parâmetro conceitual importante, pois não faz referência ao tipo de violência praticado ou sofrido pela vítima, nem tampouco ao contexto em que o fenômeno ocorre, mas sim à característica de gênero de quem sofre e de quem pratica a violência, sendo mais comum o comportamento violento masculino contra a mulher. Werba e Strey (2001) conceituam a violência de gênero como um tipo de violência na qual existe alguma forma de desequilíbrio de poder relacionada ao gênero, como por exemplo uma relação conjugal na qual o marido espanca ou violenta sexualmente a esposa, por uma ideia de que o esposo possui direito ao corpo da companheira. Apesar dessa separação, o contexto da violência pode abarcar várias características, como no caso da violência doméstica, que pode ser praticada contra crianças, idosos e mulheres, incluindo atos de negligência, agressões físicas, psíquicas, e danos econômicos e conjunturais (moradia, infraestrutura), e ao mesmo tempo ser intrafamiliar quando existe vínculo parental, filial ou conjugal.

De acordo com a World Health Organization (2005), dentro do contexto mais amplo da violência doméstica e da violência de gênero, o termo violência pelo parceiro íntimo é utilizado

para definir o fenômeno quando ele ocorre entre o parceiro amoroso e a vítima, em uma relação estável ou não. O termo violência conjugal também tem sido utilizado com objetivos semelhantes, porém, vem sendo substituído pelo termo violência pelo parceiro íntimo (World Health Organization, 2005) Nesse contexto, a relação amorosa entre o agressor e a vítima foi definida como a convivência com um companheiro ou ex-companheiro, atual ou passada, independente de união formal, incluindo namorado, marido ou ex-marido com quem tinha ou teve relação sexual. No que tange aos fins desta pesquisa, foi utilizado o conceito de violência pelo parceiro íntimo (VPI), instituído pela World Health Organization, (2005), para designar episódios de violência que ocorrem na relação afetiva-sexual entre a mulher e seu parceiro, sendo esta relação estável ou não, passada ou presente, focalizando exclusivamente os abusos psicológicos e físicos, embora eles sejam acompanhados de abuso sexual em alguns casos.

Os estudos de prevalência da VPI, que abordam a violência psicológica, internacionais e nacionais, revelam que as vítimas costumam apresentar as seguintes características: nível socioeconômico baixo, pouca escolaridade, histórico de violência na família, e histórico de situações de violência psicológica no passado. De acordo com autores, a violência psicológica pelo parceiro íntimo é mais frequente, se comparada com outros tipos de violência como a física e a sexual (Marinheiro, Vieira & Souza, 2006; Schraiber, et al, 2007a; Kronbauer & Meneghel ,2005; Schraiber, et al, 2007b; Audi, Segall-Corrêa, Santiago, Andrade & Pérez-Escamilla, 2008).

O estudo de Marinheiro, Vieira e Souza (2006) forneceu informações detalhadas sobre o perfil desse tipo de vítima. A pesquisa foi realizada com 265 mulheres de 18 a 49 anos, usuárias de um centro de saúde em Ribeirão Preto, São Paulo. Os achados do estudo revelaram que 41,5% das participantes afirmaram ter vivenciado a violência psicológica pelo menos uma vez na vida, sendo que 44,2% haviam sofrido violência psicológica em até 12 meses antecedentes à entrevista. As autoras afirmaram ainda que, dentre os fatores de risco, identificados na experiência da VPI psicológica, estão o uso de drogas pelo parceiro, a condição socioeconômica baixa, e a violência na família de origem.

Segundo Marinheiro, Vieira e Souza (2006), Kronbauer e Meneghel, (2005), e Gadoni-Costa, Zucatti e Dell'Aglio (2011), o perfil das relações amorosas, em que existe a violência psicológica e cujo companheiro é o agressor, é de relações longas, com média de três filhos, parceiro que se recusa a usar preservativo, e parceiro com histórico de violência física na família de origem. Autores afirmam ainda, que o uso de álcool e outras drogas pelos parceiros das

vítimas, é comum em situações de violência psicológica (Gadoni-Costa, Zucatti & Dell'Aglio, 2011).

Ao investigar os tipos de adoecimento enfrentados pelas vítimas da violência psicológica, Coker, Smith, Bthea, King e McKeown (2000), realizaram um estudo transversal com 1.152 mulheres de 18 a 65 anos, na Carolina do Sul, nos Estados Unidos. Os achados do estudo revelaram que essas vítimas, se comparadas às mulheres que nunca vivenciaram nenhum tipo de violência (psicológica, física ou sexual), tiveram mais problemas como: dores crônicas, artrite, enxaqueca, gagueira, infecções sexualmente transmissíveis, úlceras estomacais, espasmos no cólon, entre outras enfermidades e sintomas. Foi reportada também a frequência de sintomas como indigestão, diarreia ou constipação. Os autores averiguaram forte associação entre a violência psicológica pelo parceiro íntimo com uma saúde pobre, como ocorre da mesma maneira com a violência física pelo parceiro íntimo (Coker, Smith, Bthea, King & McKeown, 2000).

Saito, Creedy, Cooke e Chaboyer (2012), realizaram estudo com 274 gestantes tailandesas, de 18 a 45 anos. Os autores realizaram uma entrevista durante a gestação, outra após seis semanas do pós-parto, e dividiram as participantes em dois grupos: mulheres que sofreram abuso e mulheres que não sofreram abuso. Os achados da pesquisa revelaram que 39,05% das participantes sofreram abuso, dessas gestantes 25,2% sofreram violência psicológica, e 35,4% continuaram a sofrer violência psicológica após o nascimento do bebê. Os autores afirmaram que a violência psicológica teve impacto significativo na qualidade do funcionamento físico, social e emocional das mães, assim como na saúde mental pós-parto.

Os estudos sobre VPI psicológica na gestação, que abordam os prejuízos para a saúde mental das participantes, afirmam que os principais sintomas apresentados por esse grupo são a ansiedade, a depressão e, posteriormente, a depressão pós-parto (Creech, Davis, Howard, Pearlstein & Zlotnick, 2012; Audi, Segall-Corrêa, Santiago, Andrade & Pérez-Escamilla, 2008; Ludermir, Lewis, Valongueiro, Araújo & Araya, 2010; Tiwari, et al, 2008). Além disso, Tiwari, et al, (2008), afirmam em seus estudos, que mulheres que sofreram apenas abuso psicológico, apresentaram alto risco de desenvolverem pensamentos relacionados a auto-flagelação.

São escassas as pesquisas que abordam apenas a violência psicológica, realizada pelo parceiro íntimo, contra a mulher. Segundo Gadoni-Costa, Zucatti e Dell'Aglio (2011), o motivo que faz a violência psicológica ser menos estudada, se deve à relevância dada pelos autores aos prejuízos físicos decorrentes da violência física, em detrimento dos prejuízos emocionais

sofridos pelas vítimas da violência psicológica. Considerando que a violência psicológica pode ser considerada precursora da violência física (McMahon, Huang, Boxer & Postmus, 2011), mais pesquisas são necessárias para uma melhor compreensão desse contexto e de seus prejuízos para a saúde das vítimas.

Os estudos sobre prevalência de VPI física, internacionais e nacionais, evidenciam que as mulheres mais jovens, normalmente em idade fértil, são mais propensas a sofrerem VPI (Campbell & Lewandowski, 1997; Gartlnd, Hemphill, Hegarty & Brown, 2011; Kimuna, Djamba, Ciciurkaite & Cherukuri, 2012; Kramer, Lorenzon & Mueller, 2003; O'Campo, Gielen, Faden & Kass, 1994; Urquia, O'Campo, Heaman, Janssen & Thiessen, 2011). Do mesmo modo, eles mostram que as mulheres que possuem baixo nível de escolaridade tendem a vivenciar com mais frequência esse tipo de violência (Campbell & Lewandowski, 1997; Gartlnd, Hemphill, Hegarty & Brown, 2011; Jewkes, 2002; Kimuna, Djamba, Ciciurkaite & Cherukuri, 2012; Kramer, Lorenzon & Mueller, 2003; Magdol et al., 1997; Miranda, de Paula & Bordin, 2010; O'Campo, Gielen, Faden & Kass, 1994; Urquia, O'Campo, Heaman, Janssen & Thiessen, 2011; Vieira, Perdona & Santos, 2011).

Em relação ao nível socioeconômico, as pesquisas internacionais mostram que possuir baixa renda é um forte preditor para a VPI física (Miranda, de Paula & Bordin, 2010; Kimuna, Djamba, Ciciurkaite & Cherukuri, 2012; Kramer, Lorenzon & Mueller, 2003; Jewkes, 2002; O'Campo, Gielen, Faden & Kass, 1994; Urquia, O'Campo, Heaman, Janssen & Thiessen, 2011; Gartlnd, Hemphill, Hegarty & Brown, 2011; Campbell & Lewandowski, 1997). Questões referentes ao trabalho da vítima e do agressor, também podem ter relação com a violência, como é o caso do desemprego que é um preditor da VPI física. Em alguns estudos, as mulheres que eram provedoras de suas famílias apresentavam maior risco de sofrerem violência do que as que tinham o esposo como provedor (d'Oliveira et al., 2009; Miranda, de Paula & Bordin, 2010; Vieira, Perdona & Santos, 2011). Em outras investigações, o desemprego da mulher ou do cônjuge, também se revelaram como fatores de risco (Ishida, Stupp, Melian, Serbanescu & Goodwin, 2010; Magdol et al.,1997). Em relação às gestantes, não possuir trabalho remunerado e, consequentemente, não receber licença-maternidade é um fator preditor na VPI (Gartlnd, Hemphill, Hegarty & Brown, 2011). Estar desempregada e ter gravidez não planejada também foram fatores associados à VPI, em uma amostra de 358 gestantes americanas (O'Campo, Gielen, Faden & Kass, 1994).

Em relação ao número de gestações como um possível fator de risco para a VPI, na pesquisa de Vieira, Perdona e Santos (2011), relatada anteriormente, as participantes que tiveram mais de três gestações apresentaram mais chances de sofrerem violência física do que aquelas que nunca haviam engravidado, estando assim o número de gestações associado à violência. Além do desemprego e do número de gestações, as pesquisas nacionais mostram que o estado civil é outro fator de risco para a VPI física, principalmente quando a mulher é separada ou divorciada (Ishida, Stupp, Melian, Serbanescu & Goodwin, 2010; Vieira, Perdona & Santos, 2011).

Outro aspecto que merece destaque na compreensão da VPI física, verificado nas pesquisas internacionais e nacionais sobre o tema, é a transgeracionalidade do comportamento agressivo. A violência realizada pelo parceiro íntimo é comumente observada nos sistemas intrafamiliares, através da continuidade do abuso físico e por vezes sexual, de uma geração para a seguinte. Grande parte dos estudos demonstram que as crianças que convivem com a violência, assistindo os abusos do pai contra a mãe, tendem a repetir esse modelo quando adultos, apresentando comportamentos violentos contra suas esposas, no caso das crianças do sexo masculino, ou escolhendo parceiros com comportamentos agressivos, no caso das crianças do sexo feminino (d'Oliveira et al.,2009; Ishida, Stupp, Melian, Serbanescu & Goodwin, 2010; Narvaz, 2005; Narvaz & Koller, 2006; O'Reilly, 2007; Vieira, Perdona & Santos, 2011).

Na maioria dos estudos sobre VPI, o uso de drogas psicoativas, principalmente o álcool, surge tanto como uma importante característica da vítima de violência física (Campbell & Lewandowski, 1997; d'Oliveira et al.,2009; Golding, 1999; Magdol et al., 1997; Miranda, de Paula & Bordin, 2010; Vieira, Perdona & Santos, 2011), quanto como do parceiro que exerce os abusos (Ishida, Stupp, Melian, Serbanescu & Goodwin, 2010; Kimuna, Djamba, Ciciurkaite & Cherukuri, 2012; Vieira, Perdona & Santos, 2011).

Em relação aos prejuízos causados pela VPI, eles podem ser divididos entre consequências para a saúde física e para a saúde mental da mulher. Dentre os prejuízos para a saúde física, estão sintomas como problemas no estômago, dor crônica, sangramento vaginal, abortos, cefaleia crônica, dores abdominais, dores musculares, lesões permanentes, problemas ginecológicos, e até mesmo a morte da vítima (Campbell, 2002; Campbell & Lewandowski, 1997; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts & García-Moreno, 2008; Kramer, Lorenzon & Mueller, 2003). No que concerne às gestantes, as consequências obstétricas, resultantes da VPI, foram verificadas em estudo de Rachana, Suraiya, Hisham, Abdulaziz e Hai (2002), com uma amostra de 7.105 gestantes da Arábia Saudita, ocorrências como hospitalização ante-natal, baixo peso

ao nascer, parto pré-termo, maior probabilidade de hospitalização por complicações como trauma, descolamento de placenta, trabalho de parto pré-termo, infecção nos rins, associação com parto cesáreo, pré-maturidade e estresse fetal (Campbell & Lewandowski, 1997; Urquia, O'Campo, Heaman, Janssen & Thiessen, 2011). Urquia, O'Campo, Heaman, Janssen e Thiessen (2011) afirmam ainda que, as dificuldades de ajustamento associadas com o nascimento prematuro do bebê estiveram relacionadas positivamente e foram mais fortes quando a exposição à violência se iniciou antes da gravidez. A repetição de situações nas quais as gestantes sofreram tanto violência física como sexual, antes e durante a gravidez, estiveram relacionadas a maiores possibilidades de nascimentos prematuros, bem como ao risco de perda do bebê (Vieira, Perdona & Santos, 2011).

Entre os prejuízos para a saúde mental da mulher devido à violência física, são relatados problemas como o uso de álcool, depressão, pensamentos suicidas, tentativas de suicídio, Transtorno de Estresse Pós-traumático, ansiedade generalizada (Campbell, 2002; Campbell & Lewandowski, 1997; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts & García-Moreno, 2008; Golding, 1999; Ishida, Stupp, Melian, Serbanescu & Goodwin, 2010; Magdol et al.,1997; Pico-Alfonso et al., 2006; Ribeiro, Andreoli, Ferri, Prince & Mari, 2009) e depressão pós parto (Beydoun, Beydoun, Kaufman, Lo & Zonderman, 2012). Urquia, O'Campo, Heaman, Janssen e Thiessen (2011), verificaram que as gestantes que apresentaram histórico de depressão anterior à gravidez, eram mais propensas a sofrer VPI. A violência esteve associada à depressão pós-parto, quando a mulher sofreu violência antes e depois da gravidez. A violência física ou sexual, o período em que a mulher sofreu o abuso (antes e durante a gravidez), e a combinação da violência física e da sexual foram fatores que estiveram relacionados ao desenvolvimento de quadros depressivos. Verificou-se que a combinação destes fatores aumentava em 20% a probabilidade de depressão pós-parto, quanto mais episódios de violência eram vivenciados (Urquia, O'Campo, Heaman, Janssen & Thiessen, 2011). Corroborando esses achados, Martin, Kilgallen, Dee e Campbell (1998) e Tiwari et al. (2008) constataram que as gestantes que vivenciaram abuso físico ou sexual apresentaram baixa qualidade de saúde mental. Também verificou-se que a VPI contra mulheres grávidas causa prejuízos no que concerne a saúde mental da mulher também no pós-parto.

Além desses sintomas, pesquisas nacionais verificaram que as vítimas de violência física apresentam dificuldade para identificar e reagir à violência devido às consequências psíquicas causadas por esse contexto. Em situações de abuso crônico, é comum a presença de sintomas como estados alterados de consciência, o que levaria a vítima a agir de forma passiva ou até

mesmo ficar paralisada, diante da violência sofrida (Narvaz, 2005; Narvaz & Koller, 2006). Como modo de sobrevivência e adaptação a esse contexto, as vítimas passam por alterações psíquicas como a dissociação do pensamento e o embotamento afetivo (negação e anulação dos sentimentos), através de mecanismos de defesa e adaptação, apresentando graves prejuízos cognitivos e dificuldades para responder e reagir às agressões sofridas (Koss, 1990; Narvaz, 2005; Ribeiro, Andreoli, Ferri, Prince & Mari, 2009).

As pesquisas sobre a vivência da VPI durante a gestação demonstram que, nesse contexto, a violência física é normalmente acompanhada pela violência psicológica ou sexual, como foi verificado no estudo de McMahon, Huang, Boxer e Postmus (2011). Entre as participantes, 5,6% vivenciaram violência física e 3,6% sofreram violência física e emocional durante o período de gravidez. Do mesmo modo, na pesquisa realizada por Urquia, O'Campo, Heaman, Janssen e Thiessen (2011), descrita anteriormente, foi constatado que 3.3% das participantes reportaram sofrer violência durante a gravidez. Corroborando esses achados, Ribeiro, Andreoli, Ferri, Prince e Mari (2009), verificaram que, em gestantes da Nicarágua, 32% das mulheres referiram ter sofrido algum tipo de abuso durante a gravidez, sendo averiguada a prevalência de violência física e sexual em 31% e 15%, respectivamente, nessa população. Do mesmo modo, Tiwari et al. (2007), investigou que 9,1% das participantes referiram ter sofrido VPI no último ano e dessas mulheres, 27% haviam sido vítimas de abuso físico e sexual, e 57,5% de abuso psicológico, físico e sexual. O estudo contou com 3,245 grávidas contatadas em sete clínicas de atenção pré-natal de hospitais públicos de Hong Kong.

Em relação à experiência da VPI após o período gestacional, a pesquisa de Gartland, Hemphill, Hegarty e Brown (2011), verificou que no primeiro ano após o parto, 17% das 1.507 nulíparas avaliadas, recrutadas em seis hospitais públicos da Austrália, relataram terem sofrido VPI durante o primeiro ano após o nascimento do bebê e o período de duração do abuso físico e emocional foi de até doze meses após o parto. Através de um estudo de coorte, foram selecionadas gestantes a partir de dezoito anos, em sua primeira gravidez, em seis hospitais públicos de Melbourne, na Austrália. As participantes foram entrevistadas antes e após a gravidez (de seis a doze meses após o parto), e para a publicação do estudo, foram consideradas 1,301 mulheres que completaram a pesquisa. Dentre os achados, uma em cada quatro mulheres relatou sentir medo de sofrer VPI física antes, durante ou após a gravidez.

A gestação e o processo de transição para a maternidade: a importância do apego materno fetal e da saúde mental da mulher

Nas sociedades urbanas os pais, na primeira gestação, vivenciam um momento de grande ansiedade oriunda da falta de experiência com a gestação, o parto, a convivência e os cuidados com bebê, uma vez que a maioria deles não possui a vivência destas situações na família, ao contrário de pais que residem em sociedades rurais onde, especialmente as mulheres, desde a infância, assistem a esses momentos, desenvolvendo familiaridade e experiência com esse período da vida (Darvill et al., 2010; Klaus & Kennel, 1992).

O período de adaptação e de transição para a maternidade demanda a reestruturação de metas, comportamentos, responsabilidades e mudanças na concepção atual de *self* da mulher. Ela busca novos modelos com o objetivo de testar novas competências para esse papel, que é construído de modo mais intenso durante a gravidez e o período pós-parto. Essa transição pode ser facilitada ou dificultada pelas características da mulher, por suas crenças, atitudes, nível socioeconômico, preparação, conhecimento e suporte social fornecido pela comunidade e pela família. Tornar-se mãe, como identidade, auxilia no desenvolvimento psicossocial da mulher, contribuindo para a ampliação de seus recursos pessoais de adaptação (Darvill et al., 2010; Mercer, 2004). O luto é vivenciado nesse período na medida em que a mulher também abdica de certos papéis incompatíveis com o seu conceito de maternidade. Esse processo é construído através da percepção da sua auto-imagem, e do que a mulher deseja como imagem materna ideal, a partir da seleção de características observadas em outras mães de seu meio social. Os modelos de maternidade aos quais a mulher tem acesso podem auxiliar na formação de um ideal materno que abarca atitudes, qualidades, traços e realizações que ela considera desejáveis para a maternidade. O status de identidade materna também está relacionado ao controle do funcionamento do corpo, sendo que a perda desse controle leva a problemas com a autoestima e ao risco de dificuldades com o papel materno (Mercer, 2004).

Os processos que preparam a mulher para ser mãe têm origem ainda na infância, em seu contexto social, e envolvem a apreensão de características culturais relacionadas ao feminino e à maternidade, à identificação com o modelo familiar de mãe, às relações transgeracionais, às brincadeiras, também passando pelas fantasias próprias da adolescência e da vida adulta (Aragão, 2004; Klaus & Kennel, 1992; Maldonado, 2002). É possível observar, como exemplo, que a grande maioria das brincadeiras infantis do gênero feminino possuem o tema e a função

de aprendizado de práticas e atitudes de cuidado (Bichara & Carvalho, 2008), como a brincadeira de bonecas e de casinha, por exemplo. Durante o processo de desenvolvimento da mulher, esses fatores influenciarão na construção da maternidade (Klaus & Kennel, 1992; Maldonado, 2002).

No que concerne à construção da identidade materna, a gravidez torna-se o grande marco desse processo, uma vez que é durante esse período que a mulher de fato irá se organizar, para a chegada do bebê, construindo assim um modelo materno que irá aprimorar durante a vida (Nelson, 2002). O período da gravidez é marcado por importantes mudanças, não apenas biológicas, fisiológicas e hormonais mas também somáticas, psicológicas, sociais e econômicas, caracterizando esse período como uma experiência única que influencia a dinâmica psíquica da mulher e suas relações sociais (Brazelton, 1988; Maldonado, 2002; Nelson, 2002). Durante esse período a mulher, além de sua condição de filha, passa a ter a condição de mãe, assumindo mais obrigações e responsabilidades. A mulher necessita adaptar sua situação econômica e atividade laboral, para a chegada do bebê, bem como necessita reajustar o relacionamento conjugal que também passa por mudanças, pois o casal somará ao papel conjugal, a função parental. Segundo Piccinini, Gomes, De Nardi e Lopes (2008), durante o período gestacional, não apenas a mulher experimenta intensos sentimentos em relação ao tornar-se mãe, mas já exerce o papel e a função de mãe.

A maneira como cada mulher irá reagir às mudanças físicas e emocionais típicas da gravidez, dependerá de muitos fatores. Alguns desses fatores são o planejamento da gravidez, sua idade, número de filhos e a idade deles, o fato de ser casada ou solteira e ter ou não o apoio do pai do bebê, de possuir alguma atividade laboral, e das suas experiências com seus pais, e em especial com a mãe (Chalmers, 1982/2001; Klaus & Kennel, 1992). É possível dividir a gravidez em dois estágios: o primeiro a partir da aceitação da gravidez, e o segundo a partir da percepção da gestante de que o feto é um ser diferente dela, independente. A aceitação da gravidez, como primeiro estágio, ocorre a partir do conhecimento da mulher de que está grávida e será mãe, incluindo todos os sentimentos (positivos, negativos, ambíguos), conflitos e organização psíquica pelos quais a gestante passa nesse período, e a percepção da mãe de que o feto é parte de si. O segundo estágio é identificado a partir dos primeiros sinais de vida do bebê e da compreensão da mulher de que o feto é um indivíduo diferente dela, e de que pode interagir com ela e com o meio através dos movimentos fetais (Chalmers, 1982/2001; Klaus & Kennel, 1992; Nelson, 2002).

Outro parâmetro importante refere-se à divisão do período gravídico em três trimestres, nos quais é possível observar algumas características psicológicas específicas. Esta divisão é arbitrária e feita para uma melhor compreensão didática dos fenômenos percebidos na gravidez, contudo algumas mulheres podem não vivenciar estas características ou vivenciá-las em trimestres diferentes dos estipulados pela comunidade científica. Apesar da origem dessas características ainda ser desconhecida, as causas dessas mudanças são atribuídas em grande parte às transformações psíquicas e sociais pelas quais a mulher passa nesse período. Contudo, não se deve menosprezar a influência das modificações físicas e hormonais desse período que podem explicar, pelo menos em parte, certas particularidades observadas durante a gestação (Maldonado, 1976).

Durante o primeiro semestre de gravidez a mulher passa principalmente pelo sentimento de ambivalência afetiva (Chalmers, 1982/2001; Maldonado, 1976; Nelson, 2002) que irá acompanha-la até o final da gestação. Essa ambivalência é compreendida como consequência das muitas reorganizações e perdas pelas quais a mulher passa durante a gestação e passará após o nascimento do bebê, gerando assim um conflito entre o desejo de ter um filho e o de não tê-lo. Contudo nenhuma gravidez é totalmente desejada ou totalmente rejeitada. Uma vez que no início da gravidez as alterações corporais da mulher e a existência do feto ainda não são sentidas, é comum o sentimento de dúvida quanto à gravidez, mesmo após a confirmação médica, gerando fantasias de aborto ou um excessivo auto-cuidado, como a restrição de certas atividades (física, doméstica, laboral) e da vida sexual (Chalmers, 1982/2001; Maldonado, 1976; Nelson, 2002). Uma outra característica comum no primeiro trimestre é a hipersonia (Chalmers, 1982/2001; Maldonado, 1976; Nelson, 2002) que é compreendida como uma necessidade orgânica maior de repouso como modo de preparo para as intensas mudanças que ocorrerão com o corpo nos próximos meses da gestação.

Já os sintomas de náuseas e vômitos ou a hiperemese gravídica (Buckwalter & Simpson 2002; Chalmers, 1982/2001; Maldonado, 1976), são explicados a partir de vários aspectos, uma vez que as teorias biomédicas não abrangem as diferenças entre as espécies de animais (as fêmeas de variadas espécies não apresentam tais sintomas), e entre mulheres de uma mesma cultura e de culturas diferentes, pois algumas gestantes sentem mais ou menos náuseas e em algumas culturas esses sintomas não são observados. Os desejos e as aversões por certos tipos de alimentos (Maldonado, 1976) são sintomas que estão relacionados a causas orgânicas, metabólicas, e também são frequentemente observados em gestantes no primeiro trimestre,

assim como o aumento do apetite da mulher e o consequente aumento de peso, que podem estar associados ao crescimento fetal.

Alguns autores acreditam que características como as oscilações de humor (Chalmers, 1982/2001; Maldonado, 1976), a mudança rápida de um estado de estabilidade do humor para o humor deprimido e do humor deprimido para o humor estável, bem como crises de choro, são ocasionadas pelas mudanças metabólicas inerentes ao período gravídico, que podem ser típicas do primeiro trimestre. O aumento da sensibilidade é um fator que está associado às oscilações de humor, uma vez que a mulher apresenta uma maior vulnerabilidade à estímulos externos, demonstrando maior irritabilidade, assim como a percepção sensorial torna-se mais acentuada, gerando sensibilidade maior para odores, sabores e sons (Maldonado, 1976).

Durante o segundo trimestre é marcado pela presença dos movimentos fetais (Chalmers, 1982/2001; Klaus & Kennel, 1992; Maldonado, 1976; Nelson, 2002), que gera na gestante a percepção da presença do bebê como ser diferenciado dela, com suas próprias características, embora ainda dependente. Os sentimentos de ambivalência ainda estarão presentes nessa fase, relacionados aos movimentos fetais, de maneira que a mulher pode sentir-se ansiosa por não conseguir perceber os movimentos fetais ou sentir alívio por poder senti-los. Outras características desse período são as alterações na auto-imagem corporal (Chalmers, 1982/2001; Maldonado, 1976) e as alterações do desejo e do desempenho sexual (Aslan, Aslan, Kizilyar, Ispahi & Esen, 2005; Chalmers, 1982/2001). Na pesquisa de Piccinini, Gomes, De Nardi e Lopes (2008) as participantes verbalizaram mudanças no cotidiano do casal em decorrência da gestação, como a diminuição da frequência das relações sexuais, por receio de machucar o bebê, e também devido à mudança do foco (ou interesse) da relação conjugal para o filho e a reorganização financeira do casal.

Já no terceiro trimestre é observado um aumento da ansiedade (Chalmers, 1982/2001; Maldonado, 1976; Nelson, 2002) nas mulheres devido à proximidade do parto, que tende a gerar nas gestantes o desejo de ter o bebê e finalizar a gravidez ao mesmo tempo em que tendem a produzir temor uma vez que, após o nascimento, todas as adaptações e o preparo para a sua chegada deverão ser postas em prática (Maldonado, 1976).

Os comportamentos da mulher que indicam sua vinculação com o filho e seus cuidados para assegurar sua saúde e bem-estar, durante a gestação, têm sido investigados a partir do construto denominado apego materno-fetal (Cranley, 1981). De acordo com a revisão de literatura realizada por Alhusen (2008), os estudos acerca do apego materno-fetal foram iniciados a partir

das observações do luto pelo qual as mães passavam quando seus bebês morriam logo após o parto. Esse fato sugeria que já existia uma relação entre a mãe e o bebê, ainda quando ele se encontrava no vente. Posteriormente, os estudos que abordavam as consequências da separação precoce do bebê de sua mãe buscaram intervenções que possibilitassem a melhoria da interação mãe-bebê durante a gestação. Apesar de haverem muitas definições acerca desse conceito, Rubin (1967) é citado pela literatura devido ao seu trabalho pioneiro, que pressupunha que o laço entre a mãe e o bebê existia como resultado do processo da gestação.

Em 1981, Cranley estabeleceu o constructo teórico de apego materno-fetal definindo-o como o quanto cada mulher se engaja em comportamentos que representem afiliação e interação com o filho não nascido. A autora desenvolveu a Escala de Apego Materno-fetal, (MFAS), instrumento amplamente utilizado por pesquisadores que se interessam pelo tema. Já Muller (1990) definiu o apego pré-natal como um relacionamento único e de carinho entre a mãe e seu feto, e construiu o Inventário de Apego Pré-natal (PAI) com o objetivo de medir esse conceito. Anos mais tarde, Condon (1997) definiu o apego pré-natal como o vínculo ou laço emocional que se estabelece entre a grávida e seu filho não nascido. O autor também desenvolveu um instrumento que pretendia avaliar exclusivamente os pensamentos e sentimentos maternos acerca do bebê, denominado Escala de Apego Materno Antenatal. Embora as três definições sejam muito semelhantes, para os fins deste estudo, será considerado o conceito de apego materno-fetal, a definição proposta por Cranley (1981) e suas respectivas dimensões.

O conceito de apego materno-fetal diz respeito ao quanto a gestante se engaja em comportamentos que indicam afiliação, cuidado e interação com o bebê durante a gestação (Cranley, 1981). De acordo com esse modelo, o apego materno-fetal pode ser avaliado por meio de indicadores tais como: os sentimentos e pensamentos sobre o bebê, comportamentos de saúde da grávida, “conversas” com o feto, e carícias na barriga, que expressam cuidado com o mesmo (Salisbury, Law, LaGasse & Lester, 2003). Segundo Cranley (1981), fatores como a preocupação com o bebê, as expectativas, sentimentos e idealizações relacionadas ao filho, assim como o desejo de abraçá-lo e amamentá-lo também podem ser considerados indicadores do apego materno-fetal.

Os tipos de indicadores do apego materno-fetal podem ser divididos em três grupos: apego afetivo, apego altruístico e apego cognitivo (Shieh, Kravitz & Wang, 2001). O apego afetivo diz respeito ao prazer sentido pela mãe relacionado aos pensamentos e idealizações sobre o bebê no contato direto ou indireto com o mesmo, como por exemplo, conversar com o feto ou

acariciar a barriga. O apego altruístico se refere aos comportamentos que objetivam a proteção do bebê e ao preparo para o nascimento deste, como evitar o uso de substâncias nocivas ao feto, preocupar-se com a saúde, evitar situações de muito estresse físico ou mental, e fazer o pré-natal (Condon, 1985). Já o apego cognitivo retrata o desejo da mãe de conhecer o seu bebê representado através das idealizações formadas durante a gestação. Essa dimensão do apego se revela pelas imagens mentais do feto ou em fantasias sobre suas características de personalidade, temperamento e identidade (Shieh, Kravitz & Wang, 2001).

Alguns fatores e características podem determinar o desenvolvimento de um apego materno-fetal de boa qualidade, como as expectativas, idealizações e sentimentos maternos em relação ao bebê, e também a saúde mental materna. Já a ausência desses fatores pode contribuir para dificultar a interação mãe-feto, o cuidado materno com a saúde do mesmo e, posteriormente, a interação mãe-bebê. Como mencionado anteriormente, as gestantes possuem sentimentos diferenciados quanto à gravidez. Algumas mulheres desejam e aceitam a gestação enquanto outras demonstram certa "estranheza" em relação às mudanças ocorridas nesse período e o posterior nascimento do bebê, demarcando assim o sentimento de ambivalência (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Evidentemente, esses sentimentos afetarão a qualidade do vínculo estabelecido com o feto.

Em relação à auto-estima e a auto-imagem corporal, Foster, Slade e Wilson (1996), verificaram em seu estudo que as mulheres que possuíam uma imagem corporal negativa apresentavam tendência a não desejar amamentar seus bebês, bem como possuíam baixos níveis de apego materno-fetal. As mães desejavam se "desconectar" do feto para que pudessem retomar o controle de seus corpos. Do mesmo modo, sentiam-se desconfortáveis em relação ao aleitamento e apresentavam maior nível de insatisfação com seu corpo, já as mulheres que desejavam amamentar seus filhos apresentavam altos níveis de apego materno-fetal. A auto-imagem da mulher também foi abordada na pesquisa de Piccinini, Gomes, De Nardi e Lopes (2008), citada anteriormente, na qual as participantes relataram as transformações corporais durante a gestação. Tais mudanças, para algumas mulheres, resultaram em satisfação causada pelo fato de expor o estado da gravidez. Para outras mulheres as transformações corporais resultaram em preocupação com o que ainda poderia ser modificado no seu corpo, e em certa estranheza e incômodo, bem como na preocupação com a necessidade de maiores cuidados com sua saúde. As participantes ainda referiram limitações quanto a sua locomoção, percebendo uma diminuição da autoestima e insegurança em relação ao seu corpo. Autores como Chalmers (1982/2001) e Nelson (2002) apontam para a relevância da autoestima, não apenas como fator

que poderá influenciar na relação mãe-feto, mas principalmente por influenciar diretamente a saúde psíquica da gestante durante este período. Do mesmo modo, Hobfoll, Cameron, Lavin e Hulsizer (2000), citam a auto-estima positiva como um fator que pode auxiliar a gestante no enfrentamento dos desafios e mudanças provocadas pela gravidez e a chegada do bebê, e assim, diminuindo as chances de depressão no pré-natal e pós parto.

Os estudos que abrangem fatores sociodemográficos relacionados ao apego materno-fetal verificam que características como maior nível de escolaridade, menor número de filhos (Alvarenga, Dazzani, Alfaya, Lordelo & Piccinini, 2012; Lau & Yin, 2010; Piccinini, Gomes, Moreira & Lopez, 2004) e o suporte dado à gestante durante o período da gravidez, com destaque para a figura do pai do bebê (Lau & Yin, 2010; Piccinini, Gomes, Moreira & Lopez, 2004), favorecem o apego materno-fetal (Alhusen, 2008; Cannela, 2005; Hobfoll, Cameron, Lavin & Hulsizer, 2000; Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa & Sandman, 1999).

A literatura sobre gestação e transição para a maternidade evidencia que o exame de ultrassonografia permite um contato mais “real”, palpável, da mãe com o feto através da sua imagem (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004), mantendo assim as fantasias da mãe ou antecipando alguma possível frustração. Através da ultrassonografia, é possível verificar que a relação que a mãe estabelece com o bebê é “concretizada” pois ela possibilita à mãe conhecer o filho ainda no ventre, reforçando a idealização de certas características, a descoberta de outras, e iniciando a gestante nos cuidados maternos com a saúde do bebê (Gomes & Piccinini, 2007).

O procedimento também é uma forma de conhecer o estado de saúde do feto, afastando preocupações sobre algum tipo de problema com o bebê ou para iniciar uma intervenção precoce se necessário, gerando maior confiança e tranquilidade em relação à gestação (Gomes & Piccinini, 2007; Piccinini, de Carvalho, Ourique & Lopes, 2012). Pode auxiliar também na diminuição do nível de ansiedade das mulheres uma vez que estas puderam comprovar a inexistência de malformações, anomalias ou outros tipos de problemas com o feto (Lalor & Devane, 2006). As gestantes percebem a ultrassonografia como um instrumento para atingir diferentes objetivos durante este período, como conhecer e se conectar com o bebê, bem como auxiliar no processo de transição para a maternidade (Molander, Alehagen & Bertero, 2008; Nelson, 2002).

Os movimentos fetais são de grande relevância para a formação do vínculo e da interação da mãe com o bebê pois é através deles que a criança anuncia a sua presença aos pais, fazendo com que sintam que o bebê é real, e reforçando ainda mais as expectativas que possuem em

relação a ele. A partir desses movimentos, a mãe passa a atribuir características ao bebê relacionadas ao seu temperamento, personalidade e desejo, compreendendo a relação com o filho como recíproca (Brazelton, 1988; Chalmers, 1982/2001; Klaus & Kennel, 1992; Maldonado, 2002; Nelson, 2002). Por exemplo, o feto que se mexe muito no ventre pode ser considerado como "agitado" pelos pais, e contribuir para a construção de fantasias e expectativas quanto a sua identidade. Os movimentos fetais, portanto, permitem a percepção das reações do bebê, a influência dos sentimentos maternos para com ele (como quando a mãe está ansiosa, o bebê passa a se mexer mais), o acompanhamento do desenvolvimento da criança no ventre, e, desse modo, proporciona uma comunicação dos pais com o filho (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Nesse sentido, os movimentos fetais também tendem a produzir efeitos na formação do apego materno-fetal.

A idade gestacional é um fator que também afeta o apego materno-fetal, uma vez que, quanto maior a idade gestacional mais perceptíveis são os movimentos do feto. Tal percepção torna-se importante uma vez que a partir desses movimentos a mãe passa a interagir de maneira mais concreta com o bebê ao mesmo tempo em que esta consegue perceber a reciprocidade desta interação, sentindo-a fisicamente (Brazelton, 1988). Alguns fatores podem comprometer a idade gestacional como fatores sociodemográficos desfavoráveis (Latendresse, 2009; Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa & Sandman, 1999), a VPI (Latendresse, 2009) e o estresse (Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa & Sandman, 1999).

Questões relacionadas à saúde da mãe também são relevantes nesse contexto, como alguma enfermidade previamente existente na mulher ou a perda de um bebê anteriormente e, principalmente, sintomas psíquicos, como depressão, ansiedade e transtornos de personalidade. (Brazelton, 1988; Maldonado, 2002; Nelson, 2002; Ritter, Hobfoll, Lavin, Cameron & Hulsizer, 2000; Salacz, Csukly, Haller & Valent, 2012). Foi observado que as mulheres que apresentavam depressão se envolviam menos com o feto e sentiam mais desconforto em relação a sua imagem corporal, contudo, possuíam mais sensibilidade aos movimentos fetais, bem como uma maior interação física com o mesmo (Seymir et al.,2009). Apesar disso, os achados são consistentes ao indicar que as mulheres que possuem sintomas depressivos ou ansiosos possuem dificuldades de se engajar na transição para a maternidade (Chalmers, 1982/2001; Darvill et al., 2010; Nelson, 2002) e consequentemente na interação com o feto. Corroborando com esses achados, Alvarenga, Dazzani, Alfaya, Lordelo e Piccinini (2012), comprovaram que as mães que apresentavam indicadores de transtornos mentais possuíam menores escores de apego materno-fetal.

Os sintomas ansiosos e depressivos durante a gestação, como averiguado por Skouteris, Wertheim, Rallis, Milgrom e Paxton (2008) em amostra australiana, tendem a se manter estáveis durante o período da gravidez. Contudo, as mulheres que apresentaram altos índices de depressão anteriores à gestação ou no início da mesma, apresentaram altos níveis de ansiedade no final da gravidez. Do mesmo modo, as gestantes que apresentaram ansiedade no final da gravidez também sofreram sintomas depressivos após o parto.

A partir da literatura revisada, constata-se que fatores como a saúde física e mental materna, características de personalidade, e características sociodemográficas favoráveis auxiliam na transição para a maternidade, e são imprescindíveis para o desenvolvimento do apego materno-fetal. Tais fatores tornam-se ainda mais relevantes, posteriormente, para a relação mãe-bebê após o parto, promovendo o desenvolvimento da identidade materna, uma interação saudável entre a díade e o adequado desenvolvimento socioemocional da criança.

Violência pelo parceiro íntimo (VPI) na gestação e as consequências para a vinculação da gestante com o bebê

A VPI é um forte estressor para as mulheres, gerando grandes prejuízos para a sua saúde física e mental. No caso específico das gestantes, a violência pode causar, além dos danos já citados, dificuldades na transição para a maternidade, na interação com o feto, na busca de redes de apoio social e nos comportamentos de saúde. Esses fatores irão influenciar o desenvolvimento do apego da gestante com o feto, repercutindo na relação posterior com o bebê (Alhusen, 2008).

As mulheres que vivenciam VPI durante o período gestacional tendem a compreender a gravidez não como uma característica que pode protegê-las, mas sim como um período da vida que marca o recomeço da violência ou seu início. Para gestantes vítimas de violência, esse período tende a ser lembrado como uma época na qual a violência se manteve ou se agravou (Edin, Dahlgren, Lalos & Hogberg, 2010). Edin, Dahlgren, Lalos e Hogberg (2010), em estudo qualitativo, entrevistaram mulheres vítimas de VPI, e investigaram a experiência da maternidade nesse contexto. As gestações estiveram relacionadas a um profundo sentimento de

preocupação, à incapacidade de se alimentar devidamente, e à incapacidade de perceber adequadamente o crescimento da barriga e os movimentos fetais. Além disso, essas mulheres apresentam dificuldades em aproveitar o período da gestação e a expectativa quanto ao nascimento do bebê, sentindo grande nível de estresse e medo. Os abusos do parceiro no período da gestação afetam a auto-estima e a auto-confiança da mulher, principalmente quando existem críticas dirigidas a ela enquanto mãe, nos casos em que existem outros filhos. Apesar desses fatores, as mulheres recorrem a estratégias de enfrentamento do contexto da violência objetivando o bem-estar do bebê, como por exemplo, a tentativa de se acalmar depois de um momento de forte abalo emocional para não transmitir o seu estresse para o feto. Por fim, as gestantes podem enfrentar o contexto de violência nesse período como um momento oportuno para deixar o parceiro abusivo principalmente pelo bem-estar do futuro bebê (Edin, Dahlgren, Lalos & Hogberg, 2010).

De acordo com as pesquisas sobre a relação entre as vivências da mulher no período da gestação e a VPI, a interação entre a personalidade materna e os abusos sofridos pela VPI tem implicações significativas para o exercício da maternidade. De acordo com a pesquisa de Lannert, Levendosky e Bogat (2013), a personalidade materna é um preditor significativo para o desenvolvimento pré-natal das representações maternas, bem como de sua transição durante a vida da mulher. Os traços de personalidade materna afetam de diferentes maneiras suas reações diante da VPI. Algumas características funcionam como atenuantes para os efeitos da violência enquanto outras funcionam ampliando os efeitos negativos da violência sobre as representações maternas. As características positivas de personalidade estão associadas à propensão das mulheres de desenvolverem afeto, empatia e representações positivas em relação ao desenvolvimento de seus filhos, bem como representações positivas de si mesmas como mães que desejam filiação e intimidade (Lannert, Levendosky & Bogat, 2013). Por fim, as características negativas implicam em uma maior dificuldade para as mulheres de aceitarem e de se adaptarem à gravidez, e consequentemente prejudicando o vínculo mãe-bebê. A literatura ainda demonstra que as mulheres sentem dificuldade em se ajustar à maternidade quando sofrem VPI, especialmente quando experimentam partos pré-termo e quando a violência é iniciada antes da gravidez (Urquia, O'Campo, Heaman, Janssen & Thiessen, 2011).

A literatura sobre a relação entre a VPI e as consequências para a relação mãe-feto, assim como para o desenvolvimento do apego materno-fetal, ainda é escassa. Grande parte das pesquisas sobre o tema verificam os fatores de risco para a violência e as consequências físicas

e mentais para a mulher, sendo necessários mais estudos que analisem os prejuízos desse contexto para a interação mãe-bebê.

Muitas pesquisas sobre a VPI na gestação abordam a questão da gravidez não planejada pela mulher que sofre violência, principalmente a violência física (Cripe et al., 2007; Gao, Paterson, Carter & Lusitini, 2007), bem como a gravidez não desejada e o aborto induzido (Fisher et al., 2005; Kaye, Mirembe, Bantebya, Johansson & Ekstrom, 2006; Pallitto, Campbell & O'Campo, 2005; Pallitto et al., 2013; Rahman, Sasagawa, Fujii, Tomizawa & Makinoda, 2012). Além dos fatores de risco sociodemográficos verificados na maioria das pesquisas (como estado civil, escolaridade e renda), a gravidez não planejada, desejada ou o aborto, muitas vezes, são verificados devido ao baixo número de comportamentos de saúde da gestante, e, principalmente, pela procura tardia de serviços de saúde para a realização do pré-natal, que ocorre somente em torno do terceiro trimestre de gestação (O'Campo, Gielen, Faden & Kass, 1994; Ozkan & Mete, 2008; Silverman, Gupta, Decker, Kapur & Raj, 2007; Tthananowan & Heidrich, 2008; Woolhouse, Gartland, Hegarty, Donath & Brown, 2011). Além de apresentarem baixo nível de saúde geral e alto índice de hospitalizações, devido a esse fator (Das et al., 2013; McMahon, Huang, Boxer & Postmus, 2011).

Observa-se ainda, relatos que indicam o desejo de não estar grávida (O'Campo, Gielen, Faden & Kass, 1994; Ozkan & Mete, 2008; Silverman, Gupta, Decker, Kapur & Raj, 2007; Tthananowan & Heidrich, 2008; Woolhouse, Gartland, Hegarty, Donath & Brown, 2011). Contudo, outros fatores que auxiliam na compreensão desse contexto são constatados na literatura, como o forte controle do parceiro em relação à gravidez, ao bebê não nascido, aos métodos de contracepção da mulher, além da interferência em outras instâncias da vida da mesma, como as esferas social e financeira (Edin, Dahlgren, Lalos & Hogberg, 2010; Miller et al., 2009; Moore, Frohwirth & Miller, 2010; Wu, Guo & Qu, 2005).

A depressão, causada pela VPI física, também é um fator associado ao aborto induzido. Uma pesquisa realizada na Austrália investigou essa relação em uma mostra de 9.683 participantes. Dentre as mulheres com depressão, 11% relataram terem terminado a gestação, sendo verificada associação entre essas variáveis. A VPI foi significantemente associada com a depressão, sendo que 30% das participantes apresentaram sintomas depressivos (Taft & Watson, 2008). Por fim, Edin, Dahlgren, Lalos e Hogberg (2010) investigaram a influência do parceiro nos métodos de contracepção da mulher, no planejamento da gravidez (a decisão de ter filhos ou não), e na gestação. Os autores verificaram nos relatos das mães que sofreram VPI, que o pedido do

parceiro para que a mulher faça o aborto é comum nesse contexto. Os parceiros possuem um sentimento de posse tanto em relação à mulher, quanto em relação à gestação e ao futuro bebê, apresentando atitudes controladoras sobre a gravidez, como a solicitação do aborto. Outro fator a ser considerado pelo parceiro que deseja a realização do aborto pela mulher é a vergonha que muitas vezes ele sente em relação às alterações corporais naturais da gestação, quando essas se tornam mais acentuadas. Os parceiros, por sua vez, verbalizam a vergonha sentida devido à gestação e à própria mulher.

Em estudo transversal com 1.215 mulheres chinesas, foi investigada a relação entre a VPI e o aborto induzido. Dentre as participantes, 22,6% das mulheres que fizeram aborto, sofriam violência. Dentre os fatores associados à ocorrência da violência estavam o medo do parceiro, o controle do parceiro em relação à situação financeira da mulher, brigas com o mesmo, e a falta de suporte do parceiro (Wu, Guo & Qu, 2005). É possível inferir que a gravidez não desejada e a ocorrência de abortos induzidos no contexto da VPI indiquem a dificuldade da mulher em se reconhecer como mãe e se vincular com o feto, sendo provável que o apego materno-fetal das gestantes nesse contexto seja intensamente afetado.

O suporte social, principalmente o suporte do pai do bebê é um importante fator para o desenvolvimento de um apego materno-fetal saudável (Lau & Yin, 2010; Piccinini, Gomes, Moreira & Lopez, 2004). Raffo, Meghea, Zhu e Roman (2010), concluíram que, no contexto da VPI, a ausência do suporte do pai do bebê esteve associada à altos níveis de estresse na gestante, à diversos tipos de abuso, incluindo o físico, e ao histórico de abusos da mulher. De acordo com Edin, Dahlgren, Lalos e Hogberg (2010), as mulheres que não recebem o suporte do pai do bebê, sendo esse o próprio agressor, passam a se sentir sozinhas, isoladas, infelizes, tristes, cansadas e enfraquecidas. De acordo com esses autores, nesse contexto, as mulheres passam a se questionar mais sobre a relação amorosa durante a gravidez, mesmo que essa represente esperanças e sonhos relacionados a ter uma família. Por fim, segundo Koski, Stephenson e Koenig (2011), o controle do parceiro pode limitar as possibilidades da mulher de busca de suporte social e da comunidade, restringindo ainda mais a rede de suporte da gestante, como a família, os colegas de trabalho, vizinhos, etc.

Corroborando esses achados, Koski, Stephenson e Koenig (2011), em estudo populacional que contou com a base de dados da Pesquisa Nacional Indiana de Saúde Familiar, entrevistaram mulheres de quatro estados, analisando a associação entre VPI durante a gestação e os cuidados pré-natais. As mulheres apresentaram menos probabilidade de receber cuidado pré-natal, visitas

domiciliares para o *check-up* pré-natal, receber o mínimo de três visitas domiciliares, e iniciar o cuidado pré-natal cedo, uma vez que procuram menos os serviços de saúde com o objetivo de não expor a violência sofrida ou devido à comportamentos controladores dos parceiros que limitam o acesso delas à serviços de saúde.

Segundo Edin, Dahlgren, Lalos e Hogberg (2010), devido ao comportamento controlador do parceiro e às consequências físicas do descumprimento das regras impostas pelos mesmos, as mulheres passam a esconder dos médicos os sinais da violência durante a gestação, e por isso passam a frequentar cada vez menos os serviços de saúde. Muitas vezes, através desses comportamentos, as gestantes procuram evitar a represália física do parceiro, ou proteger o mesmo das consequências do abuso cometido, como por exemplo a denúncia ou a prisão.

Os estudos revisados mostram que a VPI durante o período gestacional é um forte estressor que gera diversas consequências para a saúde da mulher. Contudo, outros fatores decorrentes da violência tornam-se relevantes, especialmente para a vinculação da gestante com o feto, como a dificuldade em utilizar os serviços de saúde da comunidade e realizar o pré-natal. A falta de suporte social (da família, dos amigos e da comunidade), incluindo do pai do bebê, também é considerado como um fator que prejudica a adaptação à gravidez. Por fim, a violência gera dificuldades em vivenciar a maternidade devido à constante preocupação com os abusos que a mulher possa vir a sofrer no futuro, bem como causa o desejo de não estar grávida. A partir dessas características, é possível inferir que o desenvolvimento do apego materno-fetal nessa população será dificultado pela experiência da violência e seus prejuízos, causando precariedade na vinculação da gestante com o bebê. Essa realidade torna relevantes os estudos sobre esse tema, tanto para a compreensão das particularidades desse contexto, quanto para a elaboração de estratégias de intervenção relacionadas à saúde da gestante, do futuro bebê, e da relação entre ambos.

Justificativa e objetivo do estudo

A literatura indica que a VPI é um importante fator de risco para a saúde física e mental da gestante, podendo repercutir negativamente no desenvolvimento do vínculo mãe-feto e na posterior interação mãe-bebê. Embora até o momento não tenham sido encontrados estudos que investiguem possíveis relações entre a VPI na gestação e prejuízos no apego materno-fetal, os achados sobre a repercussão desse tipo de violência na saúde mental da mulher indicam esse

risco. Somam-se a esses, os achados que mostram prejuízos no apego materno-fetal, causados pelos sintomas de transtornos mentais (Piccinini, Dazzani, Alvarenga, Lordelo & Alfaya, 2012; Skouteris, Wertheim, Rallis, Milgrom & Paxton, 2008). Por fim, é importante considerar os abortos provocados em decorrência da VPI como possíveis indicadores de prejuízos no vínculo da mãe com o feto (Pallitto, Campbell & O'Campo, 2005; Pallitto et al., 2013).

Considerando que a saúde mental e física materna são preditores do apego materno-fetal, e problemas nessas instâncias repercutem de modo significativo nas primeiras relações entre mãe e filho, são necessárias pesquisas que abordem tais problemas. Além disso, a relevância desse estudo também está relacionada a aparente escassez de pesquisas que avaliem o desenvolvimento do apego materno-fetal no contexto da VPI.

O objetivo deste estudo foi comparar o apego materno-fetal, no terceiro trimestre de gestação, em mulheres sofreram violência psicológica grave e física (não grave ou grave) pelo parceiro íntimo (grupo de risco), e mulheres que não sofreram nenhum tipo de violência do parceiro íntimo (grupo comparação) durante o período gestacional. A hipótese era de que o apego materno fetal seria menor no grupo de gestantes que sofreram VPI psicológica ou física.

Variáveis e definições operacionais

Optou-se por incluir no grupo de risco os seguintes tipos de violência: violência psicológica grave, violência física não grave e violência física grave. As definições dos tipos de violência seguiram os critérios propostos pelos autores do Questionário Nuclear WorldSAFE (Sadowski, Hunter, Bangdiwala & Muñoz, 2004), utilizado no presente estudo. A violência psicológica grave foi definida como comportamentos de agressão verbal que incluiam ameaças à participante, ameaças a outros (entes ou amigos), ou comportamento que gerou medo, sem necessidade de contato físico, independentemente da frequência em que a gestante tivesse sofrido tais agressões. A violência física não grave foi definida como tapas, independentemente da frequência em que a participante tivesse experimentado esse tipo de agressão. A violência física grave foi definida como comportamentos de agressão que incluiam chutes, socos, espancamentos (bater repetidamente), uso ou ameaça de uso de armas (faca, revólver, canivete, etc.), agressões físicas de outro tipo (tais como empurrões, cotoveladas no rosto, torção de pulso, etc.), independentemente da frequência com que a participante tivesse experimentado essas agressões.

A violência psicológica não grave não foi considerada critério de inclusão no grupo de risco, uma vez que o Questionário Nuclear WorldSAFE adaptado, por ser estruturado, não permitiu avaliar o conteúdo da verbalização agressiva dirigida à participante, no caso das ofensas, desvalorizações e humilhações. Do mesmo modo, a violência psicológica não grave torna-se comum em situações de brigas conjugais. Para que esses eventos pudessem ser utilizados, teria sido necessária uma investigação criteriosa do contexto em que essas agressões haviam sido sofridas e de quais seriam os prejuízos subjetivos decorrentes dessas hostilidades.

Capítulo II - Método

Participantes

Participaram do estudo 16 gestantes que sofreram VPI psicológica grave e física, na gestação (grupo de risco), e 16 gestantes que não sofreram nenhum tipo de VPI física, emocional ou sexual na gestação (grupo comparação). O grupo de risco foi composto por seis gestantes que sofreram apenas violência psicológica não-grave, e 10 gestantes que sofreram violência física não grave e grave. Todas as participantes estavam no terceiro trimestre de gestação no momento da coleta de dados e tinham entre 19 e 44 anos. As gestantes foram selecionadas por conveniência em duas maternidades públicas da cidade de Salvador: a Maternidade Tsylla Balbino e o Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), e também no Centro Espírita Cidade da Luz, que presta serviço à população de gestantes do bairro de Pituaçu, no município de Salvador.

Para fazer parte do grupo de risco, a gestante deveria ter sofrido pelo menos um episódio de violência psicológica grave ou de violência física por parte do parceiro íntimo durante o período da gestação. Para compor o grupo comparação, a gestante não poderia ter sofrido nenhum episódio de violência física, psicológica ou sexual por parte do parceiro íntimo durante o período da gestação. Para ambos os grupos não foi critério de exclusão da amostra o fato de a relação com o parceiro íntimo (agressor ou não) ter sido interrompida, isto é, ainda que a relação com o parceiro não mais existisse no momento da coleta de dados, a gestante poderia compor a amostra. Isso significa que ambos os grupos foram compostos por gestantes que se encontravam em diferentes contextos no que se refere ao relacionamento íntimo.

De acordo com a Tabela 1, que descreve os dados sociodemográficos das participantes, verificou-se que a idade das gestantes, incluídas no grupo de risco apresentou média de 28,75 (DP=7,73), e a das gestantes incluídas no grupo comparação apresentou média de 31,12 (DP=5,50). Em relação à escolaridade, em anos de estudo, o grupo de risco apresentou média de 9,37 (DP=1,96), e o grupo comparação obteve média de 10,06 (DP=2,14). Já a variável número de filhos, apresentou média no grupo de risco de 1,06(DP=0,99), enquanto o grupo comparação obteve média de 1,00 (DP=1,03). Sobre o número de pessoas que moram na mesma residência que a gestante, os dados revelaram que o grupo de risco apresentou média de 3,25 (DP=1,39) e o grupo comparação apresentou média de 3,12 (DP=1,02). Em relação à renda, a média do grupo de risco, em reais, foi de 1.419,00 reais (DP=546,78). O grupo comparação teve média semelhante, equivalente a 1.470,00 reais (DP=555,88). Ainda, no que concerne a

atividade laboral, sete gestantes, no grupo comparação, trabalhavam, e sete no grupo de risco possuíam alguma ocupação. Sobre a relação amorosa em que as participantes estavam no momento da coleta de dados, no grupo de risco, uma não possuia parceiro, onze viviam junto com o parceiro, três eram casadas, e uma havia se separado do companheiro. No grupo comparação, uma participante estava namorando, oito viviam junto com o parceiro, e sete estavam casadas. De todas as participantes, apenas duas, no grupo de risco, não viviam com o pai do bebê, e todos os companheiros atuais das gestantes, ou o último companheiro, eram os pais dos seus bebês. A análise das variáveis discretas e contínuas, com o Teste *Mann-Whitney* não revelou diferenças significativas entre os grupos em nenhuma das variáveis sociodemográficas examinadas. As variáveis categóricas não puderam ser avaliadas pelo Teste qui-quadrado devido ao número reduzido de participantes.

Tabela 1.

Caracterísiticas sociodemográficas das participantes (N=32)

		Grupo de risco (n=16)		Grupo comparação (n=16)		
		M(DP)	Freq.	M(DP)	Freq.	*p**
Idade		28,75(7,73)		31,12(5,50)		0,42
Escolaridade		9,37(1,96)		10,06(2,14)		0,13
Filhos		1,06(0,99)		1,00(1,03)		0,78
Residentes na casa		3,25(1,39)		3,12(1,02)		0,92
Renda (reais)		1.419,00(546,78)		1.470,00(555,88)		0,69
Trabalha fora						
	Sim		7		7	0,63
	Não		9		9	
Mora com o pai do bebê						**
	Sim		14		16	
	Não		2		0	
Relação amorosa						**
	Não possui parceiro		1		0	
	Namora		0		1	
	Mora junto		11		8	
	Casada		3		7	
	Separada		1		0	

*Teste *Mann-Whitney* e qui-quadrado

** O teste qui-quadrado não pôde ser executado, pois a frequência esperada em algumas células foi inferior a 5.

Os dados sobre as condições da gestação, apresentados na Tabela 2, revelaram, que no grupo de risco, as gestantes estavam com uma média de 7,37 (DP=0,50) meses de idade gestacional, e no grupo comparação a média foi de 7,62 (DP=0,50), indicando que os grupos se comportaram de forma muito semelhante em relação a essa variável. Sobre o número de gestações, o grupo de risco apresentou média de 2,62 (DP=1,50), e o grupo comparação, o equivalente a 2,25 (DP=1,12). Em relação à variável gravidez esperada foi revelado, no grupo de risco, que cinco participantes planejaram ou esperavam ficar grávidas, enquanto no grupo comparação sete gestantes estavam nessa condição. Quanto à primiparidade, no grupo de risco, seis participantes estavam esperando o primeiro bebê, e no grupo comparação quatro estavam grávidas do primeiro filho. Em relação à variável problemas de saúde prévios, apenas uma gestante, no grupo de risco, afirmou ter algum tipo de enfermidade anterior à gestação (hipertensão). Quanto às complicações na gestação, o grupo de risco apresentou seis gestantes com complicações e o grupo comparação apresentou três gestantes nessa condição. Por fim, sobre o sexo do bebê, no grupo de risco haviam oito meninos e sete meninas, e no grupo comparação, 11 meninos e cinco meninas. Ainda em relação a essa variável, houve um valor perdido, no grupo de risco, em que uma das participantes ainda não sabia o sexo do bebê. O teste *Mann-Whitney* não revelou diferenças entre os grupos nas variáveis discretas e contínuas referentes às condições da gestação, já as variáveis categóricas não puderam ser analisadas com o teste qui-quadrado, devido ao tamanho reduzido da amostra. Todas as variáveis, apresentaram algumas células com frequência esperada inferior a cinco, o que inviabilizou a execução do teste.

Tabela 2.

Condições de gestação (N=32)

		Grupo de risco (n=16) M(DP)	F	Grupo comparação (n=16) M(DP)	F	*p**
Idade gestacional		7,37(0,50)		7,62(0,50)		0,23
Nº de gestações		2,62(1,50)		2,25(1,12)		0,49
Gravidez esperada						
	Sim		5		7	0,35
	Não		11		9	
Primiparidade						
	Sim		6		4	0,35
	Não		10		12	
Problemas de saúde						**
	Sim		1		0	
	Não		15		16	
Complicações gestacionais						**
	Sim		6		3	
	Não		10		13	
Sexo do bebê						
	Masc		8		11	0,30
	Fem		7		5	

*Teste *Mann-Whitney e qui-quadrado*

** O teste qui-quadrado não pôde ser executado, pois a frequência esperada em algumas células foi inferior a 5.

Algumas das análises do presente estudo envolveram apenas o grupo de risco. Por essa razão, foram comparadas as características sociodemográficas dos dois subgrupos que o compõem. A Tabela 3 descreve os dados sobre as características sociodemográficas das participantes que sofreram violência psicológica grave (n=6), e das participantes que sofreram violência física (n=10). Os dados revelaram que a média de idade das gestantes, no grupo violência psicológica foi de 31,66(DP=7,11), e no grupo violência física foi de 27,00(DP=7,90). Em relação à escolaridade, em anos de estudo, e média do grupo violência psicológica foi de 8,83(DP=20,40), e o grupo violência física foi de 9,70(DP=1,70). Sobre o número de filhos das participantes, o grupo violência psicológica apresentou média de 1,16(DP= 0,98), e o grupo violência física média de 1,00 (DP=1,03), indicando que os grupos se comportaram de forma muito semelhante em relação a essa variável. Quanto ao número de pessoas que residem na mesma casa que a gestante, o grupo violência psicológica apresentou média de 3,50(1,37), o grupo violência física teve média semelhante, equivalente a 3,10(DP=1,44). Sobre a renda familiar das participantes, em reais, o grupo violência psicológica apresentou média de 1.589,00 (DP=682,00), e o grupo violência física apresentou média de 1.317,20 (DP=456,00). Em relação à atividade laboral, três gestantes que sofreram violência psicológica afirmaram que

trabalhavam, enquanto quatro gestantes que sofreram violência física afirmaram o mesmo. No momento da coleta de pesquisa, as seis participantes que sofriam violência psicológica moravam com o pai do bebê, e oito participantes que sofreram violência física também viviam com o pai do bebê. Quanto a relação amorosa, no grupo que sofria violência psicológica, cinco gestantes estavam vivendo junto com os parceiros e uma era casada, já no grupo que sofria violência física, seis moravam junto com o companheiro, duas eram casadas, e uma havia se separado do companheiro, pai do bebê. A análise das variáveis discretas e contínuas, com o Teste *Mann-Whitney* não revelou diferenças significativas entre os grupos. As variáveis categóricas não puderam ser avaliadas pelo Teste qui-quadrado devido ao número reduzido de participantes.

Tabela 3.

Características sociodemográficas das participantes que sofreram violência psicológica das participantes que sofreram violência física no grupo de risco (N=16)

		Subgrupo violência psicológica (n=6) M(DP)	F	Subgrupo violência física (n=10) M(DP)	F	U	*p**
Idade		31,66(7,11)		27,00(7,90)		20,50	0,31
Escolaridade		8,83(20,40)		9,70(1,70)		23,50	0,49
Nº de filhos		1,16(0,98)		1,00(1,03)		26,50	0,71
Nº de residentes na casa		3,50(1,37)		3,10(1,44)		24,50	0,56
Renda familiar		1.589,00(682,00)		1.317,20(456,00)		23,00	0,49
Trabalha fora							
	Sim		3		4	0,001	0,63
	Não		3		6		
Mora com o pai do bebê							**
	Sim		6		8		
	Não		0		2		
Relação amorosa							**
	Sem parceiro		0		1		
	Namora		0		0		
	Mora junto		5		6		
	Casada		1		2		
	Separada		0		1		

*Teste *Mann-Whitney e qui-quadrado*

** O teste qui-quadrado não pôde ser executado, pois a frequência esperada em algumas células foi inferior a 5.

A Tabela 4 apresenta os dados sobre as condições da gestação, das participantes do grupo de risco. Em relação a idade gestacional, o grupo violência psicológica obteve média de

7,50(DP=0,54), e o grupo violência física média de 7,30(DP=0,48), indicando que os grupos se comportaram de forma muito semelhante em relação a essa variável. No que concerne ao número de gestações, o grupo violência psicológica apresentou média de 2,00 (DP=1,22), e o grupo violência física média de 2,70 (DP=1,70). Dentre as participantes do grupo que sofreram violência psicológica, quatro desejavam ou esperavam a ocorrência da gravidez, enquanto, no grupo que sofreu violência física, apenas uma desejava ou esperava a gravidez. Das gestantes que sofreram violência psicológica, duas estavam grávidas pela primeira vez, e quatro que haviam sofrido violência física, também eram primíparas. Em relação a problemas de saúde prévios, nenhuma participante que havia sofrido violência psicológica tinha algum tipo de adoecimento anterior à gestação, e apenas uma que havia sofrido violência física afirmou ter algum adoecimento anterior a gestação. No grupo que sofreu violência psicológica, duas participantes apresentavam complicações gestacionais, e no grupo que sofreu violência física, quatro participantes apresentavam complicações durante a gestação. Sobre o sexo do bebê, no grupo que sofreu violência psicológica, haviam dois meninos e duas meninas, já no grupo que sofreu violência física haviam seis meninos e quatro meninas. Ainda sobre essa variável, houve um valor perdido, no grupo que sofreu violência psicológica, pois uma das participantes não sabia o sexo do seu bebê. A análise das variáveis discretas e contínuas, com o Teste *Mann-Whitney* não revelou diferenças significativas entre os grupos. As variáveis categóricas não puderam ser avaliadas pelo Teste qui-quadrado devido ao número reduzido de participantes.

Tabela 4.

Condições da gestação das participantes do grupo de risco (N=16)

		Subgrupo violência psicológica (n=6) M(DP)	F	Subgrupo violência física (n=10) M(DP)	F	U	*p**
Idade gestacional		7,50(0,54)		7,30(0,48)		24,00	0,56
Nº de gestações		2,00(1,22)		2,70(1,70)		28,50	0,87
Gravidez esperada							
	Sim		4		1	0,53	0,35
	Não		2		9		
Primiparidade							
	Sim		2		4	28,50	0,87
	Não		4		6		
Problemas de saúde prévios							**
	Sim		0		1		
	Não		6		9		
Complicações gestacionais							**
	Sim		2		4		
	Não		4		6		
Sexo do bebê							
	Masc		2		6	0,77	0,30
	Fem		3		4		

*Teste *Mann-Whitney e qui-quadrado*

** O teste qui-quadrado não pôde ser executado, pois a frequência esperada em algumas células foi inferior a 5.

Delineamento e Procedimentos

Foi utilizado um delineamento de grupos contrastantes (Nachimias & Nachimias, 1996), envolvendo dois grupos de gestantes: **grupo de risco** (mulheres que sofreram VPI psicológica grave ou física na gestação); e **grupo comparação** (mulheres que não sofreram VPI física, emocional ou sexual na gestação). Em ambos os grupos foi investigado o apego materno-fetal. Os dados foram coletados nas próprias maternidades, onde as participantes foram convidadas a participar do estudo.

As participantes foram selecionadas para os grupos de risco e comparação a partir do relato da violência, durante a entrevista, ou da ausência desse tipo de relato. Esse procedimento foi utilizado com o objetivo de minimizar qualquer dano, mal-estar ou contrangimento para a participante, uma vez que a identificação da situação de violência, registrada em prontuários

nas maternidades supracitadas ou pela indicação dos profissionais de saúde, se classificaria como quebra do sigilo médico-paciente.

No primeiro contato com cada gestante, a pesquisadora apresentou os objetivos e os demais aspectos contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enfatizando o caráter sigiloso de todos os procedimentos e a importância de que a participante estivesse disposta a falar sobre o tema da violência pelo parceiro íntimo.

As participantes que concordaram em participar do estudo, após essa breve explanação, responderam a **Escala de Apego Materno-fetal**, o **Questionário Nuclear WorldSAFE** adaptado, posteriormente a **Ficha de Dados Sociodemográficos**, e por fim o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**. O TCLE foi assinado somente ao final da coleta de dados porque antes da aplicação do **Questionário Nuclear WorldSAFE,** que avaliou a VPI, a pesquisadora perguntou novamente à participante sobre sua disposição para abordar esse assunto e fornecer informações sobre sua experiência. Caso a participante decidisse não prosseguir, o TCLE não era assinado, a coleta de dados era interrompida, e o caso era excluído da amostra. Caso a gestante decidisse prosseguir, a pesquisadora reafirmou o caráter sigiloso da pesquisa, e esclareceu o fato de que a revelação de tais informações não implicaria em qualquer tipo de denúncia do parceiro da participante, por parte da equipe de saúde, da pesquisadora, ou da própria participante. Contudo, a pesquisadora informou a participante de que a situação de violência seria comunicada a um dos membros da equipe de saúde, escolhido pela própria participante, que estaria responsável pela qualidade e continuidade do seu pré-natal, no caso de confirmação da situação de violência física ou psicológica pelo parceiro íntimo. A pesquisadora esclareceu à participante que esse procedimento foi adotado para assegurar o melhor atendimento à gestante e ao bebê durante o pré-natal. Por fim, solicitou-se mais uma vez a anuência da participante para dar prosseguimento à coleta de dados. Esses procedimentos foram descritos no *rapport* do instrumento supracitado.

No caso de confirmação de algum tipo de violência psicológica, a gestante recebeu suporte emocional e encaminhamento para atendimento psicológico, ofertado pela pesquisadora, que informou à participante sobre os possíveis prejuízos da violência psicológica para seu próprio bem estar e para o desenvolvimento do bebê. Por fim, a participante foi encaminhada para os serviços de psicologia e serviços de apoio a mulheres vítimas de violência, disponíveis na comunidade, e foi informada sobre a importância e os benefícios do atendimento psicológico. Foi ofertado um folheto com o nome, endereço, e telefone de contato de instituições de atenção à mulher em situação de violência (Cópia em Anexo E), os objetivos desses serviços foram explicitados. Por fim, a pesquisadora perguntou à participante qual o profissional da instituição

ela gostaria que fosse comunicada a situação de violência sofrida por ela, para a garantia do atendimento médico e apoio apropriado durante o período da gestação.

Os instrumentos foram aplicados em forma de entrevista. A pesquisadora fez a leitura de todos os itens para as participantes que indicaram a alternativa escolhida para cada questão com o auxílio de cartões de resposta. A ordem de aplicação dos intrumentos foi baseada em um estudo piloto, e objetivou o mínimo desconforto, cansaço e constrangimento das participantes durante a coleta de dados.

Considerações Éticas

As participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que descreve o objetivo, o método, os riscos e benefícios da pesquisa, a possibilidade de desistência da participação e retirada do consentimento. Além disso, garante o armazenamento dos dados por cinco anos, o sigilo, e oferece o endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa, responsável pela aprovação do projeto de pesquisa (Cópia em Anexo A). Este estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, e obteve parecer favorável à aprovação, registro número (CAAE) 30904914.2.0000.5531, em 04 de junho, de 2014.

Conforme o Decreto-Lei no 5.009 de 03/06/2004, que regulamenta a lei no 10. 778/2003, a identidade das participantes foi preservada, como previsto no Código de Ética do Psicólogo, sendo oferecidas orientações sobre como realizar a denúncia e os serviços disponíveis na comunidade para o acolhimento e tratamento desse grupo. Além disso, a equipe de saúde das maternidades foi notificada quanto aos casos, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde da gestante, durante o pré-natal. Contudo esta notificação não teve caráter de denúncia.

Riscos

As participantes que fizeram parte do grupo de risco, poderiam experimentar sentimentos de tristeza e angústia, devido a lembrança e verbalização das situações de violência durante a entrevista. Nesses casos, a entrevista foi interrompida para a realização do suporte psicológico à participante, e foi retomada apenas com o seu consentimento. Todas as gestantes que estiverem em situação de violência, receberam o atendimento psicológico, oferecido pela pesquisadora, após o encerramento da entrevista. Por fim, foi entregue um panfleto com

indicações de instituições de atenção à mulher que sofre violência e serviços de psicologia, para posterior acompanhamento, se assim a participante desejasse.

Benefícios

Todas as gestantes participantes foram convidadas a participar de um grupo de intervenção com o foco na interação mãe-bebê cujo objetivo foi fortalecer a relação entre mãe e filho e promover o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida. O grupo de intervenção foi oferecido após a finalização do presente trabalho.

Instrumentos

1) Ficha de dados sociodemográficos: instrumento preenchido pelo pesquisador no qual constam informações acerca da participante, como dados demográficos da família, idade, escolaridade, profissão, estado civil, renda familiar, número de pessoas que residem na casa da participante, número de filhos, número de gestações, início do pré-natal, entre outras informações (Cópia no Anexo B).

2) Questionário Nuclear WorldSAFE - WorldSAFE Core Questionnaire (Sadowski, Hunter, Bangdiwala & Muñoz, 2004): investiga a violência doméstica contra diferentes tipos de vítima, nas formas psicológica, física e sexual. Composta por 10 seções, no total de 131 questões, que investigam inumeros aspectos, entre eles a violência psicológica e física pelo parceiro íntimo, marido ou companheiro, durante a vida e nos últimos 12 meses (seções C e D). As respostas das participantes são registradas de formas variadas a depender do tipo de informação. É habitual que, de acordo com a natureza de cada estudo, se utilizem apenas algumas seções do instrumento. Como esse instrumento foi utilizado com a finalidade de separar as participantes nos grupos de risco e comparação, foi utilizada apenas a seção C que se refere a *História conjugal ao longo da vida*. Por essa razão, a escala foi reduzida e adaptada para fins do presente estudo.

Foram realizadas modificações na estrutura do espaço de respostas, sendo construída uma tabela para facilitar a marcação e compreensão dos resultados. Foram adicionadas frases contextualizando o período gestacional que é o foco do estudo, e uma questão sobre a o parceiro atual, que perguntava se ele era o pai do bebê. Por fim, foi elaborada uma pergunta aberta sobre o interesse da participante em realizar alguma ação em relação à violência sofrida.

Após a realização do primeiro piloto do questionário, foram feitas alterações no instrumento que incluíram a construção do *rapport*, que foi modificado de modo a confirmar o caráter sigiloso da entrevista e a possibilidade de interrupção da mesma, em casos de desconforto ou desistência da participante. Além disso, foi abordada a necessidade de informar um profissional de saúde da instituição, sobre a situação de violência, para que a gestante pudesse receber uma atenção médica diferenciada durante o pré-natal.

Inicialmente este instrumento foi utilizado para separar as participantes nos grupos de risco e comparação. Para fazer parte do grupo de risco, a participante deveria relatar situações de violência psicológica grave, violência física não grave, e violência física grave, durante a gestação. Para fazer parte do grupo comparação a participante deveria relatar não ter sofrido nenhum tipo de violência (psicológica grave, física não grave ou física grave), durante a gestação. Os subgrupos do grupo de risco foram definidos como: subgrupo violência psicológica e subgrupo violência física. Para fazer parte do subgrupo violência psicológica, a participante deveria relatar ter sofrido pelo menos um episódio de violência psicológica grave, durante a gestação. Para fazer parte do subgrupo violência física, a participante deveria relatar ter sofrido pelo menos um episódio de violência física não grave ou física grave. É importante salientar que, apesar de não ser critério de inclusão no grupo de risco ou no subgrupo violência psicológica o relato da violência psicológica não grave, muitas das participantes do grupo de risco, relataram também ter sofrido esse tipo de agressão.

O instrumento gera três tipos de escore. O primeiro corresponde ao escore de violência psicológica que pode variar de sete a vinte e um. Para calcular este escore, somam-se as pontuações de cada questão, equivalentes a frequência da violência (nunca = 1; duas ou mais vezes = 2; três ou mais vezes = 3). O segundo escore corresponde à violência física, que pode variar de seis a dezoito. Para calcular esse escore, somam-se as pontuações de cada questão, da mesma forma que o escore anterior. O terceiro escore corresponde ao total de violência, que pode variar de treze a trinta e nove. Para calcular este escore, somam-se as pontuações dos escores de violência psicológica e violência física (Cópia no Anexo C).

3) Escala de apego materno-fetal (Cranley, 1981 adaptada por Feijó, 1999): instrumento que avalia o vínculo da gestante com o feto. A escala consta de 24 itens, divididos em cinco sub-escalas que representam diferentes aspectos da relação da mãe com o bebê. São exemplos de itens da escala: “Eu converso com meu bebê” e “Eu me imagino alimentando/amamentando o bebê”. Para cada um dos itens, são oferecidas cinco opções de respostas em uma escala do

tipo *Likert*, que variam de “claramente sim” a “claramente não”. O índice de consistência interna (alpha de Cronbach) da escala original total é 0,85; e o da validação brasileira foi 0,63 (Feijó, 1999). A consistência interna e a validade de cada sub-escala isoladamente têm sido questionadas na literatura (Doan et al., 2003), e por esta razão não foram utilizadas no presente estudo. Foram realizados dois pilotos para a aplicação do instrumento, não havendo necessidade de alterações. O ítem 24, referente ao comportamento de mudar o bebê de posição na barriga, não foi considerado para os fins da análise, uma vez que todas as participantes responderam igualmente a essa questão (Cópia no Anexo D).

Análise de dados

O teste Mann-Whitney foi utilizado para comparar os escores de apego materno-fetal nos dois grupos. Caso a distribuição dos dados se assemelhasse a uma distribuição normal, apesar do pequeno número de participantes, a opção paramétrica Teste t de *Student* seria empregada.

Capítulo III - Resultados

Os resultados serão apresentados em duas seções. Na primeira seção, apresentam-se os tipos de violência sofridos pelas participantes do grupo de risco. A segunda seção apresenta os resultados das análises sobre as diferenças no apego materno-fetal dos grupos de risco e comparação.

Caracterização da violência sofrida pelo grupo de risco

Nesta seção, serão descritas as características dos tipos de violência sofridos pelas participantes do grupo de risco. É importante retomar brevemente as definições que foram adotadas para separar os dois subgrupos que compuseram o grupo de risco. Esse grupo foi composto pelo subgrupo violência psicológica (grave) e pelo subgrupo violência física (não grave e grave). A violência psicológica grave foi definida como relatos em que a participante afirmou ter sofrido pelo menos um episódio de ameaça a ela, ameaça a outros, ou comportamentos do parceiro íntimo que causaram medo. A violência física não grave foi definida como relatos em que a participante afirmou ter sofrido pelo menos um episódio de agressão corporal do tipo tapa. Já a violência física grave foi definida como relatos em que a participante afirmou ter sofrido pelo menos um episódio de agressão corporal tais como chute, soco, espancamento, uso ou ameaça de uso de armas contra ela, empurrão, torção de pulso, ou cotovelada na face. A Tabela 5 descreve os diferentes tipos de violência e o número de participantes, do total das 16 mulheres que compuseram o grupo de risco, que sofreu cada um dos tipos descritos ou uma combinação de diferentes tipos. Assim, é importante destacar que uma mesma gestante poderia relatar ter vivenciado mais de um tipo de violência. Das participantes entrevistadas, seis sofreram violência psicológica grave, sete sofreram violência física não grave, e apenas uma participante sofreu somente violência física grave. Duas gestantes sofreram mais de um tipo de violência, e relataram ter experimentado violência psicológica grave, violência física não grave, e violência física grave.

Tabela 5.

Tipos de violência sofridos pelas participantes do grupo de risco (N=16)

Tipo de violência	Número de participantes
Violência psicológica grave	6
Violência física não-grave	7
Violência física grave	1
Violência psicológica grave, física não-grave e física grave	2

Em uma segunda etapa da análise das características do grupo de risco, as 16 participantes foram divididas em dois grupos de acordo com o tipo de violência sofrida. Portanto, nesta etapa da análise, o grupo violência física (n= 10) foi comparado ao grupo violência psicológica (n=6). É importante salientar que no grupo violência psicológica todas as participantes sofreram apenas violência psicológica grave, enquanto no grupo violência física, existiam participantes que tinham sofrido tanto violência física (grave ou não grave) quanto psicológica. Inicialmente foram calculados os escores de violência física e psicológica em cada um dos grupos, obtidos pela soma das frequências (nunca=1 ponto, duas ou mais vezes=2 pontos, três vezes ou mais=3 pontos), de cada comportamento de agressão relatado. A Tabela 6 apresenta a média, o desvio padrão, os valores de U e valores de *p* dos escores de violência psicológica, violência física e total de violência nos dois subgrupos. As análises indicam que houve diferença significativa no escore total de violência, mostrando que o grupo de violência física teve escore superior do que o escore de violência psicológica.

Tabela 6.

Média, Desvio Padrão, U de Mann-Whitney e nível de significância do escore total de violência psicológica , violência física, e escore total de violência.

	Subgrupo violência psicológica (n=6) M(DP)	Subgrupo violência física (n=10) M(DP)	U	*P*
Escore de violência psicológica	11,00(1,26)	10,20(2,25)	19,00	0,26
Escore de violência física	-	9,20(3,51)	0,001	0,001
Escore total de violência	17,00(1,26)	19,40(5,58)	11,50	0,04

Em uma segunda etapa da análise os tipos específicos de agressão foram analisados detalhadamente em cada um dos subgrupos. A Tabela 7 apresenta os tipos de agressão psicológica, e o número de participantes, do grupo de risco, que sofreu cada um dos tipos.

Examinado os valores totais, que são o resultado da soma das participantes que relataram ter sofrido a agressão uma ou duas vezes durante a gestação, com aquelas que relataram ter sofrido a agressão três vezes ou mais, os tipos de agressão psicológica mais frequentes na amostra foram: ameaça (n= 8) e comportamentos que geraram medo (n=5). Ameaça a outros foi um tipo de agressão pouco frequente na amostra analisada.

Tabela 7.

Frequência dos tipos de violência psicológica grave, e número de participantes do grupo de risco que sofreram cada tipo de agressão (N=16)

	Frequência		
Violência psicológica grave	1 ou 2 vezes	3 ou mais vezes	Total
Ameaça	3	5	8
Ameaça a outros	2	1	3
Comportamento que gerou medo	2	3	5

O mesmo tipo de análise foi realizado para as agressões físicas. A Tabela 8 apresenta os tipos de agressão sofridos pelo grupo violência física, e o número de participantes que sofreu cada um dos tipos de hostilidade. Examinado os valores totais, que são o resultado do soma das participantes que relataram ter sofrido a agressão uma ou duas vezes durante a gestação, com aquelas que relataram ter sofrido a agressão três vezes ou mais, os tipos de agressão física mais frequentes na amostra foram: empurrões (n= 6), seguido por tapa (n= 4) e por ameaça de uso ou uso de arma (n= 4). Agressões como espancamento e torção de pulso foram menos frequentes na amostra analisada.

Tabela 8.

Frequência dos tipos de violência física, e total de participantes que sofreram cada tipo de agressão (N=10)

	Frequência		
	1 ou 2 vezes	3 ou mais vezes	Total
Violência física não grave			
Tapa	2	2	4
Violência física grave			
Chute	1	1	2
Soco	0	2	2
Espancamento	0	1	1
Ameaça de uso ou uso de arma	1	3	4
Empurrões	6	0	6
Cotovelada no rosto	0	1	1
Torção de pulso	0	1	1

Diferenças no apego materno-fetal entre o grupo de risco e o grupo comparação

Nesta seção, serão descritas as diferenças do apego materno-fetal no grupo de risco e no grupo comparação, assim como as diferenças do apego materno-fetal no subgrupo violência psicológica e no subgrupo violência física. A Tabela 9 apresenta a média, o desvio padrão, o valor de U de Mann-Whitney, e o nível de significância do escore total da Escala de apego materno-fetal, nos grupos de risco e comparação. O grupo de risco apresentou média de 99,43(DP=8,02) e o grupo comparação apresentou média de 101,68(DP=8,09). A análise com o teste *Mann-Whitney* não indicou diferença significativa entre os grupos (U= 101,50; *p*= 0,32).

Tabela 9.

Média, Desvio padrão, U de Mann-Whitney, e nível de significância do escore total de apego materno-fetal no grupo de risco (N=16) e no grupo comparação (N=16).

	Grupo de risco (n=16) M(DP)	Grupo comparação (n=16) M(DP)	U	*p*
Apego materno-fetal	99,43(8,02)	101,68(8,09)	101,50	0,32

Após a análise dos escores totais de apego materno-fetal, efetuou-se uma análise descritiva das frequências com que as mães relataram engajar-se em cada um dos comportamentos avaliados pelo instrumento. A Tabela 10 descreve a frequência de respostas afirmativas (sim ou às vezes) no grupo de risco e no grupo comparação. Na maioria dos itens da escala, tanto as participantes do grupo de risco como as do grupo comparação, responderam afirmativamente (às vezes ou sempre), apresentando frequências semelhantes. A exceção foram os itens que caracterizaram se referir ao bebê usando algum apelido, saber quando o bebê está com soluço, e achar que o próprio corpo está feio. Em relação ao comportamentode dar um apelido para o bebê, e saber se ele está com soluço, o número de mulheres que responderam afirmativamente, é muito semelhante nos dois grupos. Porém no item que se refere à percepção negativa da gestante sobre seu próprio corpo, há uma clara diferença no número de mulheres dos dois grupos que afirmaram sentirem-se assim, pois onze participantes do grupo de risco responderam sempre ou às vezes acharem que seu corpo está feio, enquanto apenas quatro do grupo comparação responderam sempre ou às vezes.

Tabela 10.

Frequência de respostas afirmativas, em cada ítem da escala de apego materno-fetal, no grupo de risco (N=16) e no grupo comparação (N=16).

	Frequência			
	Grupo de risco (n=16)		Grupo comparação (n=16)	
Itens	Sempre	Às vezes	Sempre	Às vezes
Você conversa com o seu bebê?	12	3	15	1
Você acha que todo desconforto vale a pena?	9	7	10	6
Você gosta de ver sua barriga mexer quando o bebê chuta lá dentro?	14	2	13	3
Você se imagina alimentando, amamentando o bebê?	14	1	15	1
Você está louca para ver como será a cara do bebê?	16	0	16	0
Você se pergunta se o bebê não se sente apertado, ou com câimbras dentro de você?	3	11	7	5
Você se refere ao seu bebê usando algum apelido?	6	0	6	0
Você se imagina cuidando, tomando conta do seu bebê?	14	2	15	1
Você quase pode imaginar como será a personalidade do seu bebê, a partir da maneira como ele se mexe?	5	8	7	7
Você escolheu um nome para menina?	12	0	9	1
Você faz coisas para se manter saudável que não faria caso não estivesse grávida?	7	7	13	1
Você fica se perguntando se o bebê escuta sons dentro de você?	11	3	13	2
Você escolheu um nome para menino?	14	0	13	1
Você fica pensando se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de você?	8	5	8	4
Você come carnes e verduras para que o seu bebê tenha uma boa saúde?	12	4	15	0
Parece que o seu bebê chuta e se mexe, para lhe avisar que é hora de comer?	11	3	13	2
Você cutuca o seu bebê para que ele responda com movimentos?	8	3	12	1
Você mal pode esperar para segurar o bebê?	16	0	16	0
Você tenta imaginar como será o aspecto, a cara, o jeito do bebê?	11	4	13	1
Você acaricia a sua barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito?	14	1	14	1
Você sabe quando o bebê está com soluço?	6	1	6	1
Você acha que o seu corpo está feio?	6	5	1	3
Você deixa de fazer certas coisas porque quer ajudar o seu bebê?	13	3	15	0

A seguir são apresentados os resultados da análise que comparou o escore total de apego materno-fetal nos grupos violência física e violência psicológica. A Tabela 11 apresenta a média, o desvio padrão, os valores mínimo e máximo, o U de Mann-Whitney e o nível de significância do escore total da Escala de apego materno-fetal, no subgrupo violência psicológica e no subgrupo violência física.

Tabela 11.

Média, Desvio padrão, U de Mann-Whitney, e nível de significância do total de apego materno-fetal no grupo que sofreu violência psicológica (N=6) e no grupo que sofreu violência física (N=10).

	Subgrupo violência psicológica (n=6) M(DP)	Subgrupo violência física (n=10) M(DP)	U	*p*
Apego materno-fetal	104,33(4,03)	96,50(8,52)	11,50	0,04

O subgrupo violência psicológica apresentou média de 104,33(DP=4,03) e o grupo violência física média de 96,50(DP=8,52). A análise de comparação de postos com o Teste *Mann-Whitney* indicou uma diferença significativa entre os dois grupos (U=11,50/*p*=0,04), revelando que o escore do subgrupo violência física foi menor.

Tabela 12.

Frequência de respostas afirmativas, em cada ítem da escala de apego materno-fetal, no grupo que sofreu violência psicológica (N=6), e no grupo que sofreu violência física (N=10)

	Frequência			
	Violência psicológica (n=6)		Violência física (n=10)	
Ítens	Sempre	Às vezes	Sempre	Às vezes
Você conversa com o seu bebê?	6	0	6	3
Você acha que todo desconforto vale a pena?	3	3	6	4
Você gosta de ver sua barriga mexer quando o bebê chuta lá dentro?	6	0	8	2
Você se imagina alimentando, amamentando o bebê?	5	1	9	0
Você está louca para ver como será a cara do bebê?	6	0	10	0
Você se pergunta se o bebê não se sente apertado, ou com câimbras dentro de você?	2	4	1	7
Você se refere ao seu bebê usando algum apelido?	1	0	5	0
Você se imagina cuidando, tomando conta do seu bebê?	6	0	8	2
Você quase pode imaginar como será a personalidade do seu bebê, a partir da maneira como ele se mexe?	3	3	2	5
Você escolheu um nome para menina?	5	1	7	0
Você faz coisas para se manter saudável que não faria caso não estivesse grávida?	1	3	6	4
Você fica se perguntando se o bebê escuta sons dentro de você?	5	1	6	2
Você escolheu um nome para menino?	5	1	9	0
Você fica pensando se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de você?	4	2	4	3
Você come carnes e verduras para que o seu bebê tenha uma boa saúde?	5	1	7	3
Parece que o seu bebê chuta e se mexe, para lhe avisar que é hora de comer?	3	2	8	1
Você cutuca o seu bebê para que ele responda com movimentos?	5	0	3	3
Você mal pode esperar para segurar o bebê?	6	0	10	0
Você tenta imaginar como será o aspecto, a cara, o jeito do bebê?	4	2	7	2
Você acaricia a sua barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito?	6	0	8	1
Você sabe quando o bebê está com soluço?	3	1	3	1
Você acha que o seu corpo está feio?	1	3	5	2
Você deixa de fazer certas coisas porque quer ajudar o seu bebê?	5	1	8	2

Após a análise dos escores totais procedeu-se à análise descritiva das frequências com que as mães dos grupos violência física e violência psicológica relataram engajar-se em cada um dos comportamentos avaliados pelo instrumento. A Tabela 12 descreve os resultados dessas análises. A grande maioria dos comportamentos de apego materno-fetal apresentaram frequências semelhantes, contudo alguns comportamentos apresentaram diferenças nas frequências entre os grupos que sofreram violência psicológica e física. É importante salientar que, em relação a esses itens, a frequência de respostas positivas foi maior no grupo violência psicológica, do que no grupo violência física. A exceção foram os itens que caracterizam se referir ao bebê usando algum apelido, cutucar o bebê para que ele se movimente, saber quando o bebê está com soluço, e achar que o próprio corpo está feio. Em relação ao comportamento de dar um apelido para o bebê, e saber se ele está com soluço, o número de mulheres que responderam afirmativamente, é muito semelhante nos dois subgrupos, apesar da frequência de sempre e às vezes ser baixa em ambos. Porém, nos itens que se referem à cutucar o bebê para que ele se movimente, e a opinião negativa da gestante sobre seu próprio corpo, há uma clara diferença no número de mulheres dos dois grupos que afirmaram fazer isso ou sentirem-se assim, pois cinco (do total de seis) participantes do subgrupo violência psicológica responderam positivamente a este item, enquanto seis (do total de dez) participantes do subgrupo violência física, responderam afirmativamente para o comportamento de cutucar o bebê. Já em relação a opinião negativa sobre o próprio corpo, quatro participantes do subgrupo de violência psicológica responderam sempre ou às vezes e apenas sete do subgrupo violência física responderam sempre ou às vezes.

Capítulo IV – Discussão

O objetivo deste estudo foi comparar o apego materno-fetal, em gestantes que nunca haviam sofrido nenhum episódio de violência pelo parceiro íntimo durante a gestação (grupo comparação), e gestantes que haviam sofrido algum episódio de violência física ou psicológica grave cometido pelo parceiro íntimo durante a gestação (grupo de risco). A hipótese foi de o grupo de risco apresentaria escore de apego materno-fetal menor do que o grupo comparação.

Inicialmente, os resultados do teste Mann-Whitney, revelaram que a violência não afeta o apego materno-fetal, uma vez que ao comparar os grupos (de risco e comparação), não foram encontradas diferenças significativas. Porém, as análises posteriores demonstraram uma diferença significativa entre o subgrupo de violência psicológica e o subgrupo de violência física em relação ao escore total de apego materno-fetal, indicando que o grupo de gestantes que sofreu violência física apresentou o escore total de apego materno-fetal menor do que o escore das gestantes que sofreram violência psicológica. Nesse sentido, parte dos resultados aqui apresentados apoia a hipótese inicial do estudo, mostrando que a violência física pode causar prejuízos ao apego materno-fetal.

Muitos dos estudos revisados na introdução sinalizavam o impacto negativo da violência, e, sobretudo, da violência física, sobre a formação do vínculo entre mãe e filho, e sobre a maternidade, de modo mais geral. A literatura demonstra que as mulheres sentem dificuldade em se ajustar à maternidade quando sofrem VPI, especialmente quando a violência é iniciada antes da gravidez (Urquia et al., 2011). As pesquisas revelam que gestantes que sofrem violência física passam a questionar mais a relação amorosa e, desse modo, focam sua atenção na relação conjugal ao invés de vivenciar plenamente a transição para a maternidade (Edin et al., 2010; Gartland, Hemphill, Hegarty & Brown, 2011). Além disso, o próprio parceiro pode privar a gestante de buscar suporte social em outras relações como a família, colegas de trabalho, vizinhos, etc. (Koski, Stephenson e Koenig, 2011). Por outro lado, as gestantes que sofrem violência física, que não possuem o suporte do pai do bebê, apresentam altos níveis de estresse (Raffo et al., 2010), colaborando assim para a manutenção do seu estado de humor entristecido, o que pode repercutir negativamente sobre o vínculo com o feto. Do mesmo modo, o forte controle do parceiro em relação à gravidez e ao bebê não nascido (Edin et al., 2010; Miller et al., 2009; Moore et al., 2010; Wu et al., 2005) também pode influenciar nesse contexto, no que se refere à expressão dos comportamentos de apego materno-fetal, como por exemplo

na escolha materna do nome ou do apelido da criança, na atribuição de certas características ao bebê (a sua personalidade, sentimentos, emoções) que são desejadas e fantasiadas pela futura mãe. Em situações em que a expressão desses comportamentos de apego é tolhida pelo parceiro, é possivel que a gestante sinta dificuldade em se vincular ao feto, uma vez que ela não pôde participar das decisões relacionadas à chegada do filho, e assim, não pôde vivenciar ativamente a transição para a maternidade.

Outro fator a ser considerado é o desconforto ou a desaprovação do parceiro em relação às mudanças corporais da mulher, inerentes ao período gravídico (Edin et al., 2010). As verbalizações de crítica do parceiro em relação a essas mudanças, sobre a gestação em si ou sobre a própria mulher, podem acentuar tal desconforto em relação à propria auto-imagem, repercutindo também sobre a relação mãe-bebê. Do mesmo modo, os abusos sofridos durante a gestação, afetam a auto-estima e o auto-confiança da mulher (Edin et al., 2010). Esse incômodo pode ser observado na presente pesquisa, em que as gestantes que sofreram violência física, apresentaram frequências maiores no item da escala que avaliou a insatisfação com o próprio corpo indicando, possivelmente, dificuldade em apreciar a gravidez. Uma pesquisa revelou que as mães que apresentavam incômodo em relação à sua auto-imagem, não desejavam amamentar seus bebês, o que indicaria um possível prejuízo futuro na interação da díade, e no desenvolvimento do apego materno-fetal (Foster et al., 1996). Seymir et al., (2009) afirmam ainda que a preocupação da mulher em relação às mudanças corporais causadas pelo período gravídico, e o desconforto em relação à auto-imagem, estão relacionados a sintomas depressivos. Por outro lado, ter uma auto-estima adequada, influencia positivamente a saúde mental da mulher e a sua relação mãe-feto (Chalmers, 1982/2001; Nelson, 2002).

Seguindo essa mesma perspectiva, várias são as pesquisas que revelam que uma saúde mental pobre, durante a gestação, prejudica o desenvolvimento da interação mãe-feto e consequentemente o apego da díade. O estudo de Edin et al. (2010), afirma que as mulheres que sofrem violência durante a gestação sentem-se isoladas, sozinhas, cansadas e infelizes, do mesmo modo que convivem com o medo de sofrer novos episódios de violência durante ou após a gravidez (Gartland, Hemphill, Hegarty & Brown, 2011). A ausência do suporte do parceiro, é causadora de altos níveis de estresse (Raffo et al., 2010), além disso a VPI física possui impacto significativo no funcionamento emocional das gestantes, podendo provocar estados alterados de consciência (Narvaz, 2005; Narvaz & Koller, 2006), dissociação do pensamento, embotamento afetivo (Koss, 1990; Narvaz, 2005; Ribeiro et al., 2009), o desenvolvimento de depressão, sintomas de ansiedade, o uso de álcool, pensamentos suicidas,

tentativas de suicídio, e transtorno de estresse pós-traumático (Campbell, 2002; Campbell & Lewandowski, 1997; Ellsberg et al., 2008; Golding, 1999; Ishida et al., 2010; Magdol et al.,1997; Pico-Alfonso et al., 2006; Ribeiro et al., 2009). Corroborando as ideias desses autores, as pesquisas de Campbell (2002), Martin et al. (1998) e Tiwari et al. (2008), afirmam que a violência física, quando sofrida antes e durante a gestação ou quando combinada com a violência sexual, está relacionada a uma baixa qualidade de saúde mental, e o desenvolvimento de sintomas depressivos, como já mencionado anteriormente. Corroborando essa ideia, Seymir et al.(2009) afirmam que mulheres que apresentam depressão, se envolvem menos com o feto. De modo semelhante, outros estudos sugerem que mulheres que possuem sintomas de ansiedade, apresentam dificuldades de se engajar na transição para a maternidade (Chalmers, 1982/2001; Darvill et al., 2010; Nelson, 2002). Por exemplo, um estudo mostrou que indicadores de transtornos mentais estão associados a escores menores de apego materno-fetal (Alvarenga et al., 2012). Logo, uma saúde mental pobre, prejudica o apego materno-fetal, uma vez que essas mães não possuem disponibilidade emocional, estabilidade de humor, para se voltar para a relação mãe-feto, para as novas necessidades e mudanças desse período. Esses prejuízos podem dificultar a interação da díade, e o desenvolvimento do sentimento materno, e a transição para a maternidade. É possível que os itens que obtiveram menos frequência de respostas positivas, que estão relacionados a comportamentos que denotam atribuição de características ao feto, interação e relação com o bebê não nascido, curiosidade em relação a ele, possam ser prejudicados devido ao contexto de prejuízos emocionais, psicológicos causados pela violência física. Isto é, considerando o fato de que os episódios de violência física são potenciais geradores de sintomas de depressão e ansiedade, é plausível estender este argumento para compreender as análises apresentadas no presente estudo e pressupor que a violência física cause prejuízos ao apego materno-fetal também por intermédio dos danos provocados na saúde mental da mulher.

As mulheres que vivenciam VPI durante a gestação, tendem a recordar repetidamente esses eventos de agressão e, por isso, estão frequentemente experimentando sentimentos de preocupação, de incapacidade de cuidar de si e do futuro bebê. Essas memórias e vivências emocionais podem constituir empecilhos que dificultam a percepção dos movimentos fetais e do crescimento da barriga. As gestantes que sofrem violência pelo parceiro íntimo possuem ainda dificuldade em vivenciar positivamente as mudanças da gestação e as expectativas quanto a chegada do bebê (Edin et al., 2010). Em resumo, todos esses achados reforçam a ideia de que a violência pelo parceiro íntimo, especialmente a física, gera grandes prejuízos para a saúde

mental da mulher, durante a gestação. Além disso, é preciso destacar que a violência física possui a característica de ser um fenômeno transgeracional, ou seja, é comumente observada de uma geração para outra, nos sistemas familiares. Estudos demonstram que crianças que assistem situações de violência entre os pais (frequentemente realizada pelo pai e sofrida pela mãe), tendem a repetir esse modelo como abusadores ou como vítimas do abuso (d'Oliveira et al.,2009; Ishida et al., 2010; Narvaz, 2005; Narvaz & Koller, 2006; O'Reilly, 2007; Vieira et al., 2011). É possível inferir que as participantes que sofrem violência física, possam, como mecanismo de defesa, não se vincularem adequadamente aos seus filhos ainda não nascidos, por receio de que esses também sofram abusos, especialmente, se essa for uma característica transgeracional da violência na família da gestante.

Um resultado específico que se destacou na comparação entre os subgrupos de violência física e psicológica foi o maior número de gestantes do subgrupo de violência física que relatou que achava seu corpo feio. É possível que as agressões corporais sofridas pelas gestantes tenham repercussões negativas em sua autoimagem e, consequentemente, na sua autoestima. Autores como Heise (1994 apud Giffin, 1994), Kronbauer e Meneghel (2005), Silva, Coelho e Caponi (2007), afirmam que a violência fisica causa impacto significativo na autoestima e na autoimagem da vítima, gerando prejuízos permanentes, como em relação ao seu próprio valor como pessoa. Essas vítimas tornam-se menos seguras, menos confiantes, e mais propensas a aceitarem as agressões como parte de sua condição de mulher. Monteiro e Souza (2007), em estudo qualitativo, demonstram que as mulheres que sofrem violência física, são marcadas por ela, através de fraturas, arranhões, hematomas, e sentem vergonha em procurar ajuda médica por precisar relatar a situação de abuso. Esse sentimento é aumentado com a autopercepção da sua submissão às agressões, o que lhes confere fragilidade e diminuição da autoestima. É possível inferir, que os sentimentos de baixa autoestima, fragilidade e vergonha, estejam associados ao corpo que sofre a violência, e que demonstra as marcas da situação de vulnerabilidade vivenciada. Verardo (2004 apud Silva, Coelho & Caponi, 2007) indica que parte do contexto da violência, está na vítima interiorizar as opiniões negativas do parceiro, diminuir ainda mais sua autoestima e acabar por agravar ainda mais o seu sofrimento.

Este estudo tem limitações. Fatores como o tamanho reduzido da amostra e o fato de o grupo de risco envolver tanto gestantes que sofreram violência física como gestantes que sofreram unicamente violência psicológica, é um ponto frágil do método. Assim, é possível que a violência (seja ela psicológica ou física) tenha um impacto na relação da díade, porém, o fato de o estudo ter contado com poucos participantes, analisados conjuntamente em um único grupo

de risco, com diversos tipos de violência, tenha impedido que diferenças significativas pudessem surgir na comparação.

Além disso, faltam parâmetros na Escala de Apego Materno-fetal (Cranley, 1981 adaptada por Feijó, 1999) para avaliar o impacto no apego mãe-feto, ou a diferença entre os grupos, pois esse intrumento não possui recursos para analisar as dimensões específicas do apego, nem pontos de corte que indiquem níveis diferentes de apego materno fetal. De acordo com Feijó (1999), a Escala de Apego Materno-fetal de Cranley (1981), apesar de ser adequada para a avaliação e diagnóstico clínico do constructo do apego materno-fetal, não possui precisão para a avaliação das dimesões do apego materno-fetal individualmente, uma vez que necessitariam de mais questões para que fosse possível formar blocos de itens para cada dimensão (Feijó, 1981). Além disso, fatores como a desejabilidade social, afetam as respostas das participantes. Os resultados de vários estudos indicam que os escores tendem a ser altos e muito homogêneos em análises intra e intergrupos. Já o Questionário Nuclear WorldSAFE (Sadowski, Hunter, Bangdiwala & Muñoz, 2004), por ser um instumento estruturado, não permite uma investigação maior sobre cada tipo de violência, cada comportamento de agressão, e de que modo essa hostilidade repercute nos sentimentos, emoções, nas relações da participante com o seu ambiente, com seus entes e com o feto.

De qualquer modo, mesmo apresentando limitações, o presente estudo destacou a relação existente entre a violência física e prejuízos no apego materno-fetal. Os achados apresentados indicam que agressões corporais diminuem de forma expressiva o nível de vinculação da gestante com o feto no terceiro trimestre da gravidez, período em que a mulher se prepara para tornar-se mãe e para exercer as complexas tarefas inerentes à maternidade. Assim, é fundamental que esses achados sejam levados em conta em futuras investigações que possam aprofundá-los, e em estratégias de intervenção e serviços que atendam a população de gestantes.

Considerações finais

O objetivo deste estudo foi comparar o apego materno fetal em gestantes que nunca tinham passado por nenhuma situação de violência durante o período gravídico, e gestantes que passaram por situações de violência, física ou psicológica, durante a gravidez. Os achados não indicaram diferenças significativas entre os grupos de risco e comparação, em relação ao apego materno-fetal. Contudo, o apego materno-fetal das gestantes que sofreram violência física foi

significativamente menor do que o apego materno-fetal das gestantes que sofreram violência psicológica.

Esses achados devem ser interpretados com cautela devido às limitações metodológicas do estudo, entre as quais destacam-se o tamanho reduzido da amostra, e a composição do grupo de risco, que incluiu gestantes que sofreram violência física e psicológica, e gestantes que sofreram apenas violência psicológica. Somam-se a essas limitações o fato de os instrumentos não investigarem dimensões mais qualitativas do apego materno-fetal e da violência.

Desse modo, futuras pesquisas são necessárias para uma melhor compreensão dos prejuízos da violência para o apego materno-fetal, e a interação mãe-feto. Estudos com metodologia qualitativa, e investigações com instrumentos mais sofisticados e um maior número de participantes podem contribuir com novos achados.

De qualquer modo, este estudo indicou o prejuízo da violência física para a interação da gestante com o seu bebê não nascido, colaborando assim com a literatura da área. Pretende-se ainda que os achados dessa pesquisa possam colaborar na promoção de serviços e intervenções para essa população, tanto na atenção à saúde da mulher, quanto nos cuidados com a díade, através de iniciativas que estimulem o vínculo gestante-feto e, posteriormente, entre a mãe e seu bebê.

Referências

Alhusen, J. L. (2008). A Literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 37,* 315-328.

Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Alfaya, C. A. S., Lordelo, E. R., & Piccinini, C. A. (2012). Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. Estudos de Psicologia (Natal), 17(3), 477-484. doi:10.1590/S1413-294X2012000300017

Andrade, L. H.; Vianna, M. C.; Silveira, C. M. (2013). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Aragão, Regina O. (2004). O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1ª ed.

Arslan Özkan, İ., & Mete, S. (2010). Pregnancy planning and antenatal health behaviour: findings from one maternity unit in Turkey. *Midwifery*, *26*(3), 338-347.

Aslan, G., Aslan, D., Kizilyar, A., Ispahi, Ç., Esen, A. (2005) A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. International Journal of Impotence Research, 17, 154-157.

Audi, C.A.F., Segall-Corrêa, A.M., Santiago, S.M., Andrade, M.G.G., Pérez-Escamilla, R. (2008). Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. Revista de Saúde Pública, vol 42 (5), p. 877-885.

Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *75*(6), 959-975.

Bichara, I. D., & Carvalho, A. M. A. (2008). Gênero e brincadeira: Parcerias e preferências lúdicas. Em V. R. S. Cavalcanti (Orgs.). Gênero: Um olhar interdisciplinar (pp. 50-60). Salvador: Roma Negra.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (2001). Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, número 08. Recuperado a partir de: http://www.medlearn.com.br/ministerio_saude/atencao_basica/cadernos_atencao_basica_8_violencia_intrafamiliar.pdf

Brazelton, T. Berry. (1988) O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas.

Buckwalter, J. G., & Simpson, S. W. (2002). Psychological factors in the etiology and treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, *186*(5), S210-S214.

Campbell, C. J., Lewandowski, L. A. **(**1997**)** Mental and physical health effects of intimate partner violence in women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 353 - 374.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence.*The Lancet*, *359*(9314), 1331-1336.

Canella, B. L. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. Journal of Advanced Nursing, 50, 60-68.

Chalmers, B. (1982/2001). Psychological aspects of pregnancy: some thoughts for the eighties. Soc. Sci. Med., vol 16, pp. 323-331.

Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R., McKeown, R.E. (2000). Physical Health Consequences of physycal and psychological intimate partner violence. American Medical Association, Arch Fam Med, vol 9.

Condon, J. T. (1985). The parental fetal-relationship – a comparision of male and female expectant parents. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 4, 271-284

Condon, John T., Corkindale, Carolyn. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. British Journal of Medical Psychology, vol 70, pp. 359-372.

Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research, 30*, 281-284.

Creech, S., Davis, K., Howard, M., Pearlstein, T., Zlotnick, C. (2012). Psychological /verbal abuse and utilization of mental health care in perinatal women seeking treatment for depression. Arch Womens Mental Health, vol 15, p. 361-365. Doi: 10.1007/s00737-012-0294-y

Cripe, Swee May., Sanchez, Sixto E., Perales, Maria Teresa., Lam, Nally., Garcia, Pedro., Williams, Michelle A. (2007). Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2008), vol 100, pp. 104-108. Doi: 10.1016/j.ijgo.2007.08.003.

Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, *26*(3), 357-366.

Das, S., Bapat, U., More, N., Alcock, G., Joshi, W., Pantvaidya, S., Osrin. D. (2013). Intimate partner violence against women during and after pregnancy: a cross-sectional study in Mumbai slum. BMC Public Health, vol 13, pp.817.

Doan, H. M., Cox, N. L., & Zimerman, A. (2003). The maternal fetal attachment scale: some methodological ponderings. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 18*, 167-188.

D'Oliveira, Schraiber, Fraça-Junior, Ludermir, Portella, Diniz, Couto, Valença. (2009). Revista de Saúde Pública, vol 43 (2), pp.299-310.

Edin, K. E., Dahlgren, L., Lalos, A., & Högberg, U. (2010). “Keeping up a front”: narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care. *Violence against women*, *16*(2), 189-206.

Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, *371*(9619), 1165-1172.

Feijó, M. C. (1999). Validação brasileira da “maternal-fetal attachment scale”/Brazilian validation of the maternal-fetal attachment scale. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 51*, 52-62.

Fisher, W., Singh, S., Shuper, P., Carey, M., Otchet, F., MacLean-Brine, D., Bello, D., Gunter, J. (2005). Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. CMAJ, mar.1, 2005; vol 5, pp. 172.

Foster, S. F., Slade, P., & Wilson, K. (1996). Body image, maternal fetal attachment, and breast feeding. *Journal of Psychosomatic research*, *41*(2), 181-184.

Gadoni-Costa, L. M., Zucatti, A. P. N., & Dell’Aglio, D. D. (2011). Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estudos Psicologia*, vol *28*(2), 219-27.

Gao, Wanzhen., Paterson, Janis., Carter, Sarnia., Lusitini, Leon. (2007). Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the Pacific Islands Families Study. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2008), vol 100, pp. 109-115. Doi: 10.1016/j.ijgo.2007.08.004.

Gartland, D., Hemphill, S. A., Hegarty, K., & Brown, S. J. (2011). Intimate partner violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. *Maternal and child health journal*, *15*(5), 570-578.

Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of family violence*, *14*(2), 99-132.

Gomes, A. G., & Piccinini, C. A. (2007). Impressões e sentimentos de gestantes em relação à ultra-sonografia obstétrica no contexto de normalidade fetal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *20*(2), 179-187.

Giffin, K. (1994). Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *10*(supl 1), 146-155.

Grossi, P. K., Werba, G. C., Negrão, T., & Lustósa, A. J. (2001). *Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber*. Edipucrs.

Heise, L., Pitanguy, J., & Germain, A. (1994). Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud; Violence against women: the hidden health burden.

Howard, L. M., Trevillion, K., & Agnew-Davies, R. (2010). Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*, *22*(5), 525-534.

Ishida, K., Stupp, P., Melian, M., Serbanescu, F., & Goodwin, M. (2010). Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in Paraguay. *Social Science & Medicine*, *71*(9), 1653-1661.

Kaye, D. K., Mirembe, F. M., Bantebya, G., Johansson, A., & Ekstrom, A. M. (2006). Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Tropical Medicine & International Health*, *11*(10), 1576-1584.

Kimuna, S. R., Djamba, Y. K., Ciciurkaite, G., & Cherukuri, S. (2013). Domestic Violence in India Insights From the 2005-2006 National Family Health Survey. *Journal of interpersonal violence*, *28*(4), 773-807.

Klaus, M.; Kennel, J. (1992). Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.

Koss, Mary P. (1990). Violence Against women. The women's mental health research agenda. American Psychologist, vol. 45, no 3, pp. 374-380.

Koski, A. D., Stephenson, R., & Koenig, M. R. (2011). Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. *Journal of health, population, and nutrition*, *29*(3), 245.

Kramer, A., Lorenzon, D., & Mueller, G. (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*, *14*(1), 19-29.

Kronbauer, J. F. D., Meneghel, S. N. (2005). Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública*, *39*(5), 695-701.

Lalor, J. G., & Devane, D. (2007). Information, knowledge and expectations of the routine ultrasound scan. *Midwifery*, *23*(1), 13-22.

Lannert, B. K., Levendosky, A. A., & Bogat, G. A. (2013). The interaction of maternal personality traits and intimate partner violence as influences on maternal representations. *Infant Mental Health Journal*.

Latendresse, G. (2009). The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *54*(1), 8-17.

Lau, Ying., Yin, Lei. (2010). Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. Midwifery, vol 27, (2011), pp. 668-673. Doi: 10.1016/j.midw.2010.02.008.

Levendosky, A. A., Leahy, K. L., Bogat, G. A., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2006). Domestic violence, maternal parenting, maternal mental health, and infant externalizing behavior. *Journal of Family Psychology*, *20*(4), 544.

Ludermir, A.B., Lewis, G., Valongueiro, S.A., Araújo, T.V.B., Araya, R. (2010) Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a

prospective cohort study. Lancet, vol 376, p. 903-910. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60887-2

Magdol, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Newman, D. L., Fagan, J., & Silva, P. A. (1997). Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year-olds: bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of consulting and clinical psychology*, *65*(1), 68.

Maldonado, M. T. (2002). Psicologia da Gravidez: parto e puerpério. São Paulo: Saraiva, 16ª ed.

Marinheiro, A. L. V., Vieira, E. M., Souza, L. D. (2006). Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Revista Saúde Pública*, vol *40*(4), p. 604-10.

Martin, S. L., Kilgallen, B., Dee, D. L., Dawson, S., & Campbell, J. (1998). Women in a prenatal care/substance abuse treatment program: Links between domestic violence and mental health. *Maternal and child health journal*, *2*(2), 85-94.

McMahon, S., Huang, C. C., Boxer, P., & Postmus, J. L. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Children and Youth Services Review*, *33*(11), 2103-2111.

Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment.*Journal of Nursing Scholarship*, *36*(3), 226-232.

Miller, E., Decker, M., McCauley, H., Tancredi, D., Levenson, R., Waldman, J., Schoenwald, P., Silverman, J. (2009). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. Contraception, vol 81, (2010) pp. 316-322. Doi: 10.1016/j.contraception.2009.12.004

Minayo, M. C.; Souza, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde–Manguinhos*, 1998, 4.3: 513-531.

Miranda, M. P., de Paula, C. S., Bordin, I. A. (2010). Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Salud Publica*, *27*, 4.

Molander, E., Alehagen, S., & Berterö, C. M. (2010). Routine ultrasound examination during pregnancy: a world of possibilities. *Midwifery*, *26*(1), 18-26.

Moore, Ann M., Frohwirth, Lori., Miller, Elizabeth. (2010). Male reproductive controlo f women who have experienced intimate partner violence in the United States. Social Science & Medicine, vol 70, pp. 1737-1744. Doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.009.

Nachmias, C., & Nachmias, D. (1996). *Research methods in the social sciences*. Londres: Arnold.

Narvaz, M. (2005). Submissão e resistência: explodindo o discurso patriarcal da dominação feminina.

Narvaz, Martha G.; Koller, Sílvia Helena. (2006). Mulheres Vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. *Psico, Porto Alegre, PUCRS, v.37, n.1, pp. 7-13*.

Nelson, Antonia M. (2002). *Transition to Motherhood.* JOGNN *in review*, 32, 465–477; 2003. DOI: 10.1177/0884217503255199

O'Campo, P., Gielen, A. C., Faden, R. R., & Kass, N. (1994). Verbal abuse and physical violence among a cohort of low-income pregnant women.*Women's health issues*, *4*(1), 29-37.

O'Campo, P., Gielen, A. C., Faden, R. R., Xue, X., Kass, N., & Wang, M. C. (1995). Violence by male partners against women during the childbearing year: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, *85*(8_Pt_1), 1092-1097.

O'Hagan, K. P. (1995). Emotional and psychological abuse: Problems of definition. *Child Abuse & Neglect*, *19*(4), 449-461.

O'Reilly, Rebecca. (2007). Domestic violence against women in their childbearing years: a review of the literature. Contemporary Nurse, vol.25, pp. 13-21.

Ozkan, Ilkay A., Mete, Samiye. (2008). Pregnancy planning and antenatal health behaviour: findings from on maternity unit in Turkey. Midwifery, (2010), vol 26, pp. 338-347. Doi: 10.1016/j.midw.2008.07.005

Pallitto, C. C., Campbell, J. C., & O'Campo, P. (2005). Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature.*Trauma, Violence, & Abuse*, *6*(3), pp. 217-235. Doi: 10.1177/1524838005277441.

Pallitto, García-Moreno, Jansen, Heise, Ellsberg, Watts. (2012). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-contry Study on Women's Health and Domestic Violence. Internation Journal of Gynecology and Obstetrics, vol 120, (2012), pp. 3-9.

Parcells, D. A. (2010). Women's mental health nursing: depression, anxiety and stress during pregnancy. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursong, vol 17, pp. 813-820. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01588.x

Perales, Maria T., Cripe, Swee M., Lam, N., Sanchez, S., Sanchez, E., Williams, M. (2009). Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. Violence against women, vol 15, no 2, pp. 224-250. Doi: 10.1177/1077801208329387.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, *20*(3), 223-232.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*, *13*(1), 63-72.

Piccinini, C. A., Dazzani, M. V. M., Alvarenga, P., da Rocha Lordelo, E., & dos Santos Alfaya, C. A. (2012). Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia*, *17*(3), 477-484.

Piccinini, C. A., De Carvalho, F. T., Ourique, L. R., & Lopes, R. S. (2012). Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *28*(1), 27-33.

Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, *15*(5), 599-611.

Rachana, C., Suraiya, K., Hisham, A. S., Abdulaziz, A. M., & Hai, A. (2002). Prevalence and complications of physical violence during pregnancy.*European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*,*103*(1), 26-29.

Raffo, Jennifer E., Meghea, Cristian I., Zhu, Qi, Roman, Lee A. (2010). Psychological and physycal abuse among pregnant women in a medicaid-sponsored prenatal program. Public Health Nursing, vol 27, no 5, pp. 385-398. Doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00871.x

Rahman, M., Sasagawa, T., Fujii, R., Tomizawa, H., & Makinoda, S. (2012). Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy Among Bangladeshi Women. *Journal of interpersonal violence*, *27*(15), 2999-3015.

Ribeiro, W. S., Andreoli, S. B., Ferri, C. P., Prince, M., & Mari, J. J. (2009). Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Revista brasileira de psiquiatria*, *31*, S49-S57.

Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, *18*(4), 333.

Ritter, C., Hobfoll, S. E., Lavin, J., Cameron, R. P., & Hulsizer, M. R. (2000). Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychology*, *19*(6), 576.

Sadowski, L. S., Hunter, W. M., Bangdiwala, S. I., & Muñoz, S. R. (2004). The world studies of abuse in the family environment (WorldSAFE): a model of a multi-national study of family violence. *Injury Control and Safety Promotion*,*11*(2), 81-90.

Saito, A., Creedy, D., Cooke, M., Chaboyer,W. (2012). Effect of intimate partner violence on postpartum women’s health in northeastern Thailand. Nursing and Health Sciences, vol 14, p.345-351. Doi: 10.1111/j.1442-2018.2012.00735.x

Salacz, P., Csukly, G., Haller, J., & Valent, S. (2012). Association between subjective feelings of distress, plasma cortisol, anxiety, and depression in pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.

Salisbury, A., Law K., LaGrase, L., & Lester, B. (2003). Maternal–fetal attachment. *Journal of the American Medical Association, 289(13), 1701*. Doi:10.1001

Schraiber, L.B., D'Oliveira, França-Junior, I., Diniz, S., Portella, A.P., Ludermir, A.B., Valença, O., Couto, M.T. (2007a). Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Revista de Saúde Pública, vol 41 (5), p. 797-807.

Schraiber, L.B., D'Oliveira, A.F., Couto, M.T., Hanada, H., Kiss, L.B., Durand, J.G., Puccia, M.I., Andrade, M.C. (2007b). Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. Revista de Saúde Pública, vol 41 (3), p. 359-367.

Seimyr, L., Sjögren, B., Welles-Nystrom, B., & Nissen, E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. Archives Women's Ment Health, 12, 269-279.

Shieh, C., Kravitz, M., & Wang, H. H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment?. *The Kaohsiung journal of medical sciences,17*(9), 448-454.

Silverman, J. G., Gupta, J., Decker, M. R., Kapur, N., & Raj, A. (2007). Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women.*BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *114*(10), 1246-1252.

Silva, L. L., Coelho, E. B. S., de Caponi, S. N. C., & SILVA, L. (2007). Violência silenciosa: Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface-Comunic, Saúde, Educ,11*(21), 93-103.

Skouteris, H., Wertheim, E. H., Rallis, S., Milgrom, J., & Paxton, S. J. (2009). Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. *Journal of affective disorders,113*(3), 303-308.

Souza Monteiro, C. F., & de Oliveira Souza, I. E. (2007). Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. *Texto & contexto enfermagem*, *16*(1), 26-31.

Stern, D. (1997). A constelação da maternidade. Porto Alegre: Artes Médicas.

Taft, Angela., Watson, Lyndsey F. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of Young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. BMC Public Health, 8:75. Doi: 10.1186/1471-2458-8-75.

Thananowan, Nanthana., Heidrich, Susan M. (2008). Intimate partner violence among pregnant thai women. Violence against women, vol 14, no. 05, may 2008, pp. 509-527. Doi: 10.1177/1077801208315525

Tiwari, A., Chan, K.L., Fong, D., Leung, W.C., Brownridge, D.A., Lam, H., Wong, B., Lam, C.M., Chau, F., Chan, A., Cheung, K.B., Ho, P.C. (2008). The impact of psychological abuse by na intimate partner on the maternal health of pregnant women. International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01593.x

Urquia, M., O'Campo, P., Heaman, M., Janssen, P., & Thiessen, K. (2011). Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. *BMC pregnancy and childbirth*, *11*(1), 42.

Vieira, E. M., Perdona, G. S. C., Santos, M. A. (2011). Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública, 45*(4), 730-737.

Werba, Graziela C., Strey, Marlene Neves.(2001). Longe dos olhos, longe do coração... ainda a invisibilidade da violência contra a mulher. Em: Grossi, P. K., Werba, G. C., Negrão, T., & Lustósa, A. J. (2001). *Violências e gênero: coisas qua a gente não gostaria de saber*. Edipucrs., pg71-82

Woolhouse, H., Gartland, D., Hegarty, K., Donath, S., & Brown, S. J. (2012). Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *119*(3), 315-323.

World Health Organization. (2005). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence againstWomen WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva.

Wu, Jiuling., Guo, Sufang., Qu, Chuanyan. (2005). Domestic violence against women seeking induced abortion in China. Contraception, vol 72, pp. 117-121. Doi: 10.1016/j.contraception.2005.02.010.

Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Caso:

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
MESTRADO ACADEMICO E DOUTORADO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos a senhora para participar do projeto de pesquisa "O Apego Materno-fetal em Gestantes que Sofrem Violência pelo Parceiro Íntimo", sob a responsabilidade da pesquisadora Patrícia Alvarenga, o qual pretende investigar o vínculo afetivo da mãe com o bebê durante a gestação e a influência de situações de violência sobre essa relação.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista. A pesquisa acontecerá em maternidades e estudará como a senhora interage com o seu bebê, ainda dentro da barriga, além de informações sobre sua saúde, e sua família. O risco decorrente de sua participação na pesquisa refere-se ao surgimento de desconforto psicológico (tristeza ou angústia), caso alguma pergunta da entrevista suscite lembranças negativas. Caso isso ocorra, a senhora poderá interromper sua participação na pesquisa, bem como poderá ser encaminhada para a realização de acompanhamento psicológico junto ao Serviço de Psicologia da UFBA. Todavia, se a senhora aceitar participar, estará contribuindo para uma melhor compreensão do desenvolvimento do vínculo entre mãe e bebê durante a gestação. Ao final da pesquisa, a senhora poderá, caso assim deseje, participar de um grupo de mães com o objetivo de promover a interação mãe bebê e o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida. A intervenção proposta através do grupo de mães será oferecida para todas as participantes, ao final da coleta da pesquisa, sendo a sua participação opcional.

Se depois de consentir em sua participação a senhora desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independentemente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A senhora não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os dados da pesquisa serão armazenados durante o período de cinco anos, analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, a senhora poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (71) 3283-6480, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Escola de Enfermagem - UFBA, na Rua Augusto Viana, s/n, Sala 435 - Canela - Salvador, Bahia, telefone (71) 3283-7615.

Consentimento Pós–Informação:

Eu, _____, fui informada sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Salvador, ___/_____/ 2015.

_____
Assinatura da Participante

_____
Assinatura da Pesquisadora

Estrada de São Lázaro, 197 – Federação - 40210-730 – Salvador – Bahia - Brasil
Telefax.: 71 3283.6442 Cel.: 71 8707.1083
www.pospsi.ufba.br pospsi@ufba.br

Anexo B – Ficha de dados sociodemográficos

Caso:

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO E DOUTORADO

PPGPSI

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E

SAÚDE DA GESTANTE – CONTATO INICIAL

Nome da Gestante:.....

Quantos anos você tem?.....

Até que série você completou na escola?>>.....

Você trabalha? ( ) sim ( ) não /O que faz?.....

Esta é a sua primeira gravidez? ( ) sim ( ) não. Se não, quantas vezes ficou grávida? .....

A gravidez era ( ) esperada ou foi ( ) inesperada?

Você já sabe o sexo do seu bebê? ( ) não ( ) masculino ( ) feminino

Você teve ou está tendo alguma complicação na sua gravidez? ( ) sim ( ) não. Se sim, qual?.....

Quando iniciou o pré-natal? .....

Preencher o quadro abaixo com as informações sobre outros filhos da gestante

Idade	Sexo

O pai do bebê vive com você? ( ) sim ( ) não. Se sim, há quanto tempo?.....

Seu estado civil:.....

Preencher o quadro abaixo com as informações sobre quem mora na casa

Grau de parentesco com a gestante	Idade	sexo

Qual é a renda familiar?.....

Data prevista para o nascimento do bebê:.....

Nome da instituição/posto de saúde:.....

Endereço:……

……

Telefones:……

Alternativa de contato (nome):……

Data da entrevista:……

Anexo C - Questionário Nuclear WorldSAFE

Questionário WorldSAFE - Brasil 2002

Rapport: *Nesse momento da entrevista, eu gostaria de conversar um pouco com você sobre algum tipo de violência que você possa estar sofrendo durante a sua gravidez. É muito importante que você se sinta bem/confortável para falar livremente sobre essa situação, e garanto à você que nada do que for relatado, será repassado para outra pessoa, sendo essa conversa sigilosa. Apesar dessa entrevista estar sendo gravada, o áudio será ouvido apenas por mim e pela minha supervisora. Se você não se sentir confortável ou não desejar falar sobre o assunto, encerraremos a entrevista nesse momento, sem nenhum prejuízo. Se você desejar conversar sobre isso, e se estiver passando por alguma situação de violência, será necessário informar ao profissional de saúde (nome do profissional, exemplo: enfermeira), para que você possa receber atenção médica diferenciada. Contudo, essa informação será confiada somente com esse profissional, e não possui caráter de denúncia, sendo que o conteúdo da entrevista não será partilhado com ele. Por se encontrar em um grupo de risco, você e o seu bebê precisam de maiores cuidados de saúde, por isso a importância de informar à um dos profissionais da instituição. Como você se sente em relação a isso? Deseja continuar a entrevista?*

Seção C: História Conjugal ao Longo da Vida

Todo mundo sabe que os relacionamentos passam por momentos difíceis e enfrentam muitos desafios. Às vezes, quando isso acontece, as mulheres são maltratadas por seus maridos ou companheiros. Gostaríamos de saber mais sobre a sua própria experiência com estes assuntos. Lembre-se que esta entrevista é totalmente confidencial e ninguém saberá suas respostas. Quero que você pense no parceiro com quem você se relacionou por mais tempo desde que ficou grávida até agora. Pensou? Então agora eu quero que você responda as perguntas que vou lhe fazer pensando neste parceiro.

Ele é o pai do seu bebê?

1 Sim 2 Não

Então agora eu vou fazer algumas perguntas sobre o seu parceiro, e quero que você responda pensando no comportamento dele desde que você ficou grávida até agora. Quantas vezes ele:

	Nunca (1)	1 ou 2 vezes (2)	3 ou + vezes (3)
C.1. Disse alguma coisa que ofendeu você?			
C.2. Desvalorizou ou humilhou você?			
C.3. Ameaçou você?			
C.4. Ameaçou alguém que é importante para você?			
C.5. Fez alguma coisa que a deixou amedrontada sem tocar em você? O que? _____			
C.6. Abandonou você, ou seja, deixou-a por 6 meses ou mais, sem mandar dinheiro?			
C.7. Foi infiel ou traiu você?			

Quero que você continue pensando no comportamento dele somente durante a gravidez atual. Quantas vezes ele:

	Nunca (1)	1 ou 2 vezes (2)	3 ou + vezes (3)
C.8a. Deu tapa em você (*mão aberta*)?			
C.9a. Chutou você?			
C.10a. Deu soco em você?			
C.11a. Espancou você (bateu repetidamente)?			
C.12a. Usou ou ameaçou usar arma (faca, revólver, canivete) contra você *(utilize exemplos locais)?*			
C.12c. Machucou você fisicamente de alguma outra forma? Qual?_____			

Você pensa em fazer alguma coisa em relação a esses problemas ou teria interesse em saber onde buscar ajuda?

Anexo D – Escala de apego materno-fetal

Caso:

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Núcleo de Pesquisa sobre Infância e Contextos Culturais

PPGPSI

ESCALA DE APEGO MATERNO-FETAL

(Cranley, 1981; Tradução GIDEP/UFRGS, 2001)

Por favor, responda os seguintes itens sobre você e seu bebê. Não há respostas certas ou erradas. Em geral, sua primeira impressão é a que melhor reflete seus sentimentos. Assegure-se de que marcou apenas uma resposta por frase.

Eu penso ou faço o seguinte:	Sim, sempre	Sim, às vezes	Em dúvida	Não, quase nunca	Não, nunca
1. Você conversa com seu bebê?					
2. Você acha que todo o desconforto da gravidez vale à pena?					
3. Você gosta de ver sua barriga se mexer quando o bebê chuta lá dentro?					
4. Você se imagina alimentando (amamentando) o bebê?					
5. Você está louca para ver como será a cara do bebê?					
6. Você se pergunta se o bebê não se sente apertado (com câimbras) dentro de você?					
7. Você se refere a seu bebê usando um apelido?					
8. Você se imagina cuidando (tomando conta) do bebê?					
9. Você quase pode imaginar como será a personalidade de seu bebê a partir da maneira como ele/ela se mexe?					
10. Você escolheu um nome para menina?					
11. Você faz coisas para se manter saudável que não faria caso não estivesse grávida?					
12. Você fica se perguntando se o bebê escuta sons dentro de você?					

13. Você escolheu um nome para menino?					
14. Você fica pensando se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de você?					
15. Você come carnes e verduras para garantir que seu bebê tenha uma boa saúde?					
16. Parece que seu bebê chuta e se mexe para lhe avisar que é hora de comer?					
17. Você cutuca seu bebê para que ele responda com movimentos?					
18. Você mal pode esperar para segurar o bebê?					
19. Você tenta imaginar como será o aspecto (a cara, o jeito) do bebê?					
20. Você acaricia sua barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito?					
21. Você sabe quando o bebê está com soluços?					
22. Você acha que o seu corpo está feio?					
23. Você deixa de fazer certas coisas porque quer ajudar seu bebê?					
24. Você pega o pé do seu bebê através da sua barriga para mudar a posição dele?					

Anexo E – Folheto de Serviços de Atenção à Mulher

Serviços de Atenção à Mulher

Centro de Referência de Atenção à Mulher Loreta Valadares

Praça Almirante Coelho, n.01, Barris. Salvador/BA

Tel.: (71) 3235-4268

Delegacia Especial de Atenção à Mulher - DEAM
Rua Padre Luiz Filgueiras, s/n (final de linha do Engenho Velho de Brotas). Salvador/BA
Tel.: (71) 3116-7000/ 7003

Centro Humanitário de Apoio à Mulher – Chame

Rua Gustavo dos Santos, 10 – sala 107, São Pedro. www.chame.org.br

Tel.: (71) 3321-9166/ 9100

Projeto Viver/IMLNR - Serviço de Atenção a pessoas em situação de violência sexual
Unidade IML, Av. Centenário, pavimento térreo do IML. Salvador/BA
Tel.: (71)3117-6700/6702

Central de Atendimento à Mulher
180

Creas Sentinela – Serviço Sentinela
Salvador/BA
Tel.: (71) 3382-1407/ 3884

Disque Denúncia
Salvador/BA
(71) 3234-0000