

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF
ENFERMAGEM BACHARELADO

NATÁLIA COLATINO VEIGA MELO

**REPERCUSSÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR RELACIONADA À
GESTAÇÃO EM MULHERES QUILOMBOLAS**

MACEIÓ
2019

NATÁLIA COLATINO VEIGA MELO

**REPERCUSSÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR RELACIONADA À
GESTAÇÃO EM MULHERES QUILOMBOLAS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem
apresentado à Universidade Federal de Alagoas, para
obtenção de certificado de graduação.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Jovânia Marques de
Oliveira e Silva.

MACEIÓ
2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

- M528r Melo, Natália Colatino Veiga.
Repercussão da violência doméstica e familiar relacionada à gestação em mulheres quilombolas / Natália Colatino Veiga Melo. – 2019.
49 f. : il.
- Orientadora: Jovânia Marques de Oliveira e Silva.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2019.
- Bibliografia: f. 38-42.
Apêndices: f. 43-48.
Anexo: f. 49.
1. Gravidez. 2. Grupo com ancestrais do continente africano. 3. Violência doméstica. 4. Enfermagem. 5. Violência contra a mulher. 6. Violência étnica. I. Título.

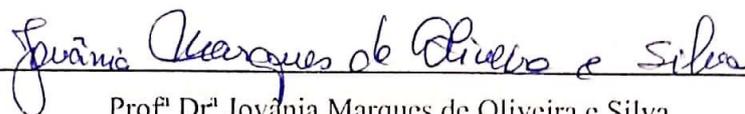
CDU: 616-083:618.2/3

Folha de Aprovação

AUTORA: NATÁLIA COLATINO VEIGA MELO

(Repercussão da violência doméstica e familiar relacionada à gestação em mulheres quilombolas/ Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, na forma normatizada e de uso obrigatório).

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao corpo docente da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal de
Alagoas e aprovado em 22/10/2019.



Profª Drª Jovânia Marques de Oliveira e Silva

Banca Examinadora:



Profª Drª Isabel Comassetto



Profª M.ª Patrícia Maria da Silva Rodrigues

Dedico este trabalho aos meus pais, Maria Ivone e Nivaldo, que sempre me incentivaram e me apoiaram a seguir o caminho dos estudos e a realizar todos os meus sonhos. À minha irmã, Natanny, por todo apoio e incentivo. Ao meu noivo e futuro esposo, Wollace, que se fez presente, me apoiando e colaborando com o meu crescimento desde o início desta caminhada. Às minhas amigas de graduação que trilharam esse caminho ao meu lado e foram refúgio nos momentos difíceis. E a todas as mulheres participantes desta pesquisa que com sensibilidade compartilharam suas histórias, muitas vezes nunca relatadas, me permitindo a concretização deste estudo. A todos minha eterna gratidão.

*“Temos o direito de viver sem violência e temos
uma lei para isso”.*

Maria da Penha Maia Fernandes

RESUMO

Introdução: A violência contra a mulher vem em processo de crescimento e está amplamente disseminada por todo o mundo, representando um grave problema de saúde pública. **Objetivo:** Conhecer a repercussão da violência doméstica e familiar relacionada à gestação, em mulheres quilombolas. **Método:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa. Tem como participantes cinco mulheres pertencentes à Comunidade Remanescente Quilombola do Muquém com idade entre 18 a 30 anos e que já vivenciaram a violência doméstica e familiar relacionada à gestação. Os dados foram coletados entre junho a agosto de 2019, através de questionário semiestruturado contendo perguntas norteadoras. As entrevistas foram registradas em gravador de voz, transcritas na íntegra e lidas minuciosamente. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL, com nº de parecer 3.345.167. **Resultados:** As participantes foram caracterizadas permitindo a identificação dos fatores de risco associados à ocorrência da violência relacionada à gestação. A partir do conteúdo das entrevistas foram levantadas três categorias temáticas. O tipo de violência relacionado à gestação mais citado pelas participantes foi a violência psicológica, seguida da física, e com menor número de casos, a moral. Além de um caso de violência sexual que teve como consequência uma gestação indesejada. Dentre as complicações para a gravidez como consequência do ato da violência, foram citadas: sangramento vaginal, dor pélvica, parto prematuro, baixa autoestima e sintomas depressivos. Fatores como a dependência financeira e o medo de realizar a denúncia por ameaça do agressor, destacaram-se como determinantes para a permanência das mulheres na relação de violência. **Conclusão:** A presença de fatores de risco que englobam o cotidiano das mulheres quilombolas, acrescidos de outros elementos, favorece a ocorrência da violência doméstica e familiar relacionada à gestação, repercutindo negativamente e diretamente na saúde materno-infantil, apresentando consequências tanto físicas como psicológicas para o binômio mãe-filho.

Descritores: Gravidez; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Violência Doméstica; Enfermagem; Violência Contra a Mulher; Violência Étnica.

ABSTRACT

Introduction: Violence against women is growing and is widespread worldwide, representing a serious public health problem. **Objective:** To know the repercussion of pregnancy-related domestic and family violence in quilombola women. **Method:** Descriptive study of qualitative approach. The participants are five women belonging to the Quilombola do Muquém Remnant Community, aged between 18 and 30 years old, who have already experienced domestic and family violence related to pregnancy. Data were collected from June to August 2019 through a semi-structured questionnaire containing guiding questions. Interviews were recorded on a voice recorder, fully transcribed and thoroughly read. Research approved by the Research Ethics Committee of UFAL, Opinion No. 3.345.167. **Results:** Participants were characterized allowing the identification of risk factors associated with the occurrence of pregnancy-related violence. From the content of the interviews three thematic categories were raised. The type of pregnancy-related violence most cited by participants was psychological violence, followed by physical violence, and with fewer cases, moral violence. In addition to a case of sexual violence that resulted in an unwanted pregnancy. Complications for pregnancy as a consequence of the act of violence included vaginal bleeding, pelvic pain, premature birth, low self-esteem, and depressive symptoms. Factors such as financial dependence and the fear of reporting the threat of the aggressor stood out as determinants for the permanence of women in the relationship of violence. **Conclusion:** The presence of risk factors that encompass the daily lives of quilombola women, plus other elements, favors the occurrence of domestic and family violence related to pregnancy, having a negative and direct impact on maternal and child health, presenting both physical and psychological consequences for the binomial. mother son.

Descriptors: Pregnancy; African Continental Ancestry Group; Domestic Violence; Nursing; Violence Against Women; Ethnic Violence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DEAMs	Delegacias especializadas de Atendimento à Mulher
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
EENF	Escola de Enfermagem
FCP	Fundação Cultural Palmares
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SEDIM	Secretaria de Estado de Direitos da Mulher
SINAJUVE	Sistema Nacional de Juventude
SUS	Sistema Único de Saúde
T.C.L.E	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Violência doméstica e familiar <i>versus</i> Políticas Públicas	11
2.2 Violência doméstica e familiar durante a gestação	17
2.3 Saúde da mulher negra	18
3 METODOLOGIA	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 Caracterização das mulheres quilombolas que vivenciaram a violência doméstica e familiar relacionada à gestação	25
4.2 Conhecendo a violência doméstica e familiar para as mulheres quilombolas	27
4.3 Consequências da violência doméstica e familiar relacionada à gestação em mulheres quilombolas	31
4.4 A repercussão da denúncia sobre a violência doméstica e familiar em mulheres quilombolas	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	43
ANEXO	49

1 INTRODUÇÃO

A **motivação** para a realização deste estudo surgiu a partir da disciplina de Intervenção e Gerenciamento de Enfermagem na Atenção a Mulher em Situação Gineco-obstétrica Ambulatorial, a qual inclui o tutorial de Ginecologia, onde foi abordado a temática da violência doméstica e familiar, e o tutorial de Pré-natal, onde obtive o conhecimento de um caso de violência doméstica detectado em uma consulta de pré-natal durante o estágio. Ainda nesse sentido, motivei-me a realizar o estudo com as mulheres quilombolas após começar a frequentar um grupo de estudos voltado à população negra, despertando-me o interesse em estudar a saúde materno-infantil nessa população muitas vezes negligenciada.

Diante disso, este estudo tem como **objeto** a violência doméstica e familiar relacionada à gestação em mulheres quilombolas, e nessa perspectiva se concentra com a seguinte **pergunta de pesquisa**: Qual a repercussão da violência doméstica e familiar relacionada à gestação em mulheres quilombolas?

De acordo com a literatura a violência de gênero atinge mulheres no mundo inteiro, a qual expressa às desigualdades socioculturais existentes entre homens e mulheres construídas ao longo da história, gerando uma relação pautada na desigualdade, na discriminação, na subordinação e no abuso de poder (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2017).

A violência contra a mulher vem em processo de crescimento e mobilização desde o início da década de 70. Este agravo encontra-se amplamente disseminado em todos os países do mundo, representando um problema de saúde pública de graves dimensões (OKADA et al., 2015; RAMALHO et al., 2017).

O tipo de violência contra a mulher mais comum no mundo é a doméstica e familiar, a qual vem se destacando no Brasil como um dos maiores problemas a serem combatidos pela saúde pública e pelos organismos de defesa dos direitos humanos. Segundo a Lei nº 11.340 de 7 agosto de 2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, conforme disposto em seu art. 5º, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Esse tipo de violência pode ocorrer no âmbito da unidade doméstica, familiar, ou, em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006; RAMALHO et al., 2017; SOUZA; CINTRA, 2018).

Segundo Ramalho et al. (2017) estudos mostram que 23% das mulheres estão expostas à violência doméstica. A cada quatro minutos, uma mulher é violentada em seu próprio lar por

uma pessoa com quem mantém relação de afeto, 70% dos crimes contra a mulher acontecem dentro de casa, onde o agressor é o próprio marido ou companheiro.

Nesse mesmo contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que em mais de 80 países, foi constatado que 35% das mulheres sofrem violência física e ou sexual por um parceiro íntimo ou violência sexual por uma pessoa sem vínculo afetivo, sendo grande parte dos casos de violência doméstica praticada no ambiente doméstico. Assim, nas últimas três décadas, a violência contra mulher tem sido, de forma gradual, reconhecida como problema de saúde pública pela comunidade internacional (OKADA et al., 2015; SOUZA; CINTRA, 2018).

Portanto, **justifica-se** esta pesquisa pelo fato de a violência ser um problema de saúde pública, e, além de atingir dimensões significativas tanto na esfera física quanto na emocional, familiar e econômica, a violência, seja física, sexual ou psicológica, segundo a literatura, torna-se ainda mais grave durante a gestação, pois pode provocar complicações sérias para a saúde da mulher, do feto e, sucessivamente, do recém-nascido (RAMALHO et al., 2017; SOUZA; CINTRA, 2018). Diante disso, a violência doméstica e familiar deve ser exposta para que o conhecimento da sua prática instigue os profissionais a trabalharem com a comunidade atingida por esse agravo sobre a necessidade da mudança desse cenário.

Além disso, a escassez de estudos na área da saúde que abordam a questão da saúde materno-infantil na população negra ou, mais especificamente, para comunidades quilombolas, evidencia a invisibilidade dessa população aos olhos da academia (OLIVEIRA et al., 2014). Assim, torna-se relevante a realização de estudos na área da saúde que abordem a violência contra a mulher relacionada à gestação, especialmente a mulher quilombola, evidenciando suas consequências para a saúde materno-infantil.

Visto que, apesar do Ministério da Saúde ter instituído, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, visando à promoção da equidade em saúde, orientando-se pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social, estudos apontam que a população negra brasileira é ainda negligenciada, principalmente o grupo das comunidades quilombolas (BRASIL, 2017; OLIVEIRA et al., 2014).

Portanto, este estudo tem como **objetivo** conhecer a repercussão da violência doméstica e familiar relacionada à gestação, em mulheres quilombolas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Violência doméstica e familiar *versus* Políticas Públicas

A violência contra as mulheres, também citada por alguns autores como violência de gênero, atravessa períodos históricos, nações e fronteiras, causando danos traumáticos para quem a sofre, além de permear as diversas culturas, independente de classe social, raça, etnia ou religião (PINTO et al., 2017).

Essa concordância de nomenclatura, utilizada quase que como sinônimo, deve-se ao fato da construção histórica da sociedade, onde as relações entre homens e mulheres são marcadas por condições de dominação masculina e submissão feminina, levando a mulher a ocupar lugares de menor empoderamento, de desvalorização e de subalternidade. Portanto, não se trata de diferenças, mas de desigualdades que são produzidas e reproduzidas em diferentes espaços como no ambiente doméstico, no trabalho, nas religiões, nas profissões, entre outros (BRASIL, 2011). Sobre a temática, a literatura aponta que:

Neste sentido, a violência contra a mulher representa quase a totalidade da violência de gênero. Então, a opção pelo uso da denominação violência de gênero, implica a compreensão de que ela está fundamentada nas desigualdades entre homens e mulheres e, embora ela possa ser dirigida aos homens, a grande maioria dos casos ocorre no sentido inverso (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2017, p. 05).

[...] as desigualdades de gênero têm, assim, na violência contra as mulheres, sua expressão máxima que, por sua vez, deve ser compreendida como uma violação dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2011, p. 21).

Diante disso, estudos apontam que a ocorrência da violência contra a mulher vem em processo de crescimento há três décadas, o que caracteriza uma gritante violação dos direitos humanos e um problema social grave, de grandes proporções:

[...] aproximadamente um terço (30%) de todas as mulheres do mundo já foram vítimas de violência física ou sexual cometida por um parceiro com quem mantinham ou mantiveram um relacionamento. Em algumas regiões do mundo estes índices chegam a 38%. Do total de homicídios praticados contra a mulher, 38% são decorrentes de violência doméstica (BIGLIARDI; ANTUNES; WANDERBROCKE, 2016, p. 264).

Segundo Pinto et al. (2017) pesquisas e relatórios de organizações internacionais relatam que uma em cada quatro mulheres no mundo é vítima de violência de gênero e perde um ano de vida potencialmente saudável a cada cinco.

Ademais, estima-se que mundialmente, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma forma de abuso durante sua vida, e no Brasil, 29% das mulheres relataram ter sofrido violência física de seus companheiros ao menos uma vez na vida (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2017; FERRAZ et al., 2009).

Contudo, apesar dos indicadores apresentados em diversos estudos evidenciarem uma realidade bastante preocupante, eles não reúnem o total dos casos, devido ao problema de subnotificação e ao fato de a maior parte dos episódios de violência não serem denunciados. Diante disso, as questões de violência de gênero caracterizam-se como um problema social preocupante, reivindicando do Estado políticas públicas no sentido de prevenir e combater este tipo de violência (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2017; PINTO et al., 2017).

A partir da década de 1980, deu-se início as primeiras conquistas do movimento feminista junto ao Estado para a implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra mulheres, contabilizando, inicialmente, três conquistas (BRASIL, 2011).

Em 1985, período declarado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a Década da Mulher, foi inaugurado a primeira Delegacia de Defesa da Mulher e criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) por meio da Lei nº 7.353/85. Já em 1986, foi criada pela Secretaria de Segurança Pública de São Paulo, a primeira Casa-Abrigo para mulheres em situação de risco de morte do país (BRASIL, 2011).

Segundo Brasil (2011) no período de 1985 a 2002, a criação de Delegacias especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e de Casas-Abrigo foi o principal eixo da política de enfrentamento à violência contra as mulheres, onde sua ênfase estava na segurança pública e na assistência social. Essas criações serviram de base para o Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher, sob gerência da Secretaria de Estado de Direitos da Mulher (SEDIM), criada em 2002 e vinculada ao Ministério da Justiça.

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou a 1ª edição da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, contendo recomendações gerais de atendimento e apoio psicossocial e protocolos de procedimentos profiláticos. A oferta desses serviços permitiu a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada. Posteriormente, em 2005 e 2012, vieram a ser publicadas a segunda e terceira edição, respectivamente, da referida norma (BRASIL, 2011; PINTO et al., 2017).

No ano de 2003, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres, fortalecendo-se as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres, estimulando então, a

criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública, como o Centro de Referência de Atendimento às Mulheres, as Defensorias da Mulher, os Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor e as Promotorias Especializadas (BRASIL, 2011; PINTO et al., 2017).

Nesse mesmo ano, foi promulgada a Lei 10.778, de 24 de setembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados. A notificação tem caráter sigiloso e deve ser realizada tanto frente a suspeita, quanto nos casos confirmados (ACOSTA et al., 2017; PINTO et al., 2017).

Já no ano de 2006, no dia 7 de agosto, foi sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a Lei nº 11.340, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, considerada um grande marco na história de combate à violência contra as mulheres no país. Esta Lei recebeu este nome em homenagem à cearense Maria da Penha Maia Fernandes. Foi a história desta Maria que mudou as leis de proteção às mulheres em todo o país. A biofarmacêutica foi agredida pelo marido durante seis anos. Em 1983, ele tentou assassiná-la duas vezes: na primeira, com um tiro, quando ela ficou paraplégica; e na segunda, por eletrocussão e afogamento. Somente depois de ficar presa à cadeira de rodas, ela foi lutar por seus direitos. Então lutou por 19 anos e meio até que o país tivesse uma lei que protegesse as mulheres contra as agressões domésticas (BRASIL, 2009).

Dessa forma, a Lei nº 11.340 de 7 agosto de 2006, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências (BRASIL, 2006).

Portanto, deixa claro em seu art. 2º que, toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (BRASIL, 2006).

Ficando assim disposto em seu art. 5º que, para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - No âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - No âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - Em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Desse modo, o capítulo II trata das formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, especificando no art. 7º:

I - Violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - Violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - Violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - Violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - Violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

Diante das situações acima descritas, fica decidido no capítulo IV, título VII, no art. 44 que, o art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), passa a vigorar com as seguintes alterações:

- § 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos.

- § 11. Na hipótese do § 9º deste artigo, a pena será aumentada de um terço se o crime for cometido contra pessoa portadora de deficiência (BRASIL, 2006).

Apesar da criação da Lei Maria da Penha em 2006, só em 2007 é consolidada a importância das políticas públicas de enfrentamento à violência através do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. A promulgação da lei impulsionou a consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres que consiste num acordo entre os governos federal, estaduais e municipais para o planejamento de ações para a prevenção, combate e atendimento a essa população alvo (BRASIL, 2011; SOUZA; SOUSA, 2015).

Assim, em 2011 definiu-se a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres cuja finalidade é estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos àquelas em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional (BRASIL, 2011; PINTO et al., 2017).

Para a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, o conceito de enfrentamento necessita da ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a causa, como saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros. Tais ações visam promover o empoderamento das mulheres através da desconstrução da desigualdade que influencia a discriminação de gênero (BRASIL, 2011).

A política está estruturada em **quatro eixos principais**. Portanto, a noção de enfrentamento não visa apenas o combate, como também a prevenção, a assistência e a garantia de direitos das mulheres. No que diz respeito à **prevenção**, é necessário o desenvolvimento de ações educativas, assim como campanhas, que desconstruam mitos e estereótipos de gênero e que modifiquem os padrões sexistas, perpetuadores das desigualdades de poder entre homens e mulheres e da violência contra as mulheres. Além de

estimular a mudança de valores, em especial à cultura do silêncio quanto à violência contra as mulheres no espaço doméstico e à banalização do problema pela sociedade (BRASIL, 2011).

Quanto ao **combate**, a política prevê o cumprimento de normas penais que garantam a punição e a responsabilização dos agressores/autores de violência contra as mulheres, como por exemplo, a Lei Maria da Penha.

Já a **garantia dos direitos humanos das mulheres**, garante o cumprimento de recomendações previstas nos tratados internacionais na área de violência contra as mulheres, assim como a implementação de iniciativas que promovam o empoderamento das mulheres, o acesso à justiça e o resgate das mulheres como sujeito de direitos.

Sobre a **assistência** às mulheres em situação de violência:

[...] a Política Nacional deve garantir o atendimento humanizado e qualificado por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários; da criação de serviços especializados (Casas-Abrigo, Centros de Referência, Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensorias da Mulher); e da constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento, envolvendo as esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2011, p. 27).

No entanto, segundo a Política Nacional, para que haja a efetivação dos quatro eixos, é necessário um acompanhamento e **monitoramento** de todas as iniciativas desenvolvidas em cada eixo, para que assim haja o fortalecimento das ações de enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2011).

Além disso, em 2012, ficou decidido pelo Superior Tribunal Federal que a Lei Maria da Penha pode ser aplicada mesmo sem a denúncia da vítima, então, qualquer pessoa pode comunicar a agressão à polícia e ao Ministério Público que pode denunciar o agressor mesmo contra a vontade da mulher (BIGLIARDI; ANTUNES; WANDERBROOKE, 2016).

Outro ponto marcante a ser abordado sobre as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres é a instituição das primeiras Casas da Mulher Brasileira, em 2015, as quais integram no mesmo espaço serviços especializados para os mais diversos tipos de violência contra as mulheres e acolhe crianças de 0 a 12 anos de idade, em abrigo temporário de curta duração (até 24h) (BIGLIARDI; ANTUNES; WANDERBROOKE, 2016).

E no ponto de vista jurídico, ainda em 2015, uma nova conquista para as políticas públicas, a sanção da Lei do feminicídio, Lei 13.104/ 2015, que altera o Código Penal e Lei 8.072/90 (Lei de crimes hediondos) e passa a considerar o feminicídio como homicídio qualificado (no rol de crimes hediondos) quando o crime for praticado contra a mulher por

razões da condição de sexo feminino. A Lei decide que a pena será aumentada de 1/3 até a metade se for praticado: durante a gravidez ou nos três meses posteriores ao parto; contra pessoa menor de 14 anos, maior de 60 anos ou com deficiência; e, na presença de ascendente ou descendente da vítima (BIGLIARDI; ANTUNES; WANDERBROOKE, 2016).

2.2 Violência doméstica e familiar durante a gestação

Além de constituir uma forma de violação dos direitos humanos, a violência doméstica e familiar tem sido considerada importante fator de risco para a saúde da gestante e do feto, assim como um grave problema de saúde pública, em decorrência das consequências não só físicas como também psicológicas para o binômio.

De acordo com a literatura, a gestação é considerada um estado de crise, pois:

[...] é caracterizada por alterações no metabolismo, no estado de equilíbrio, pelas transformações sociais, psicológicas e corporais, adaptações a novos papéis, reajustamentos interpessoais, intrapsíquicos e mudança de identidade, constituindo um marco importante na vida da mulher, pois envolve mudanças significativas, fase em que a mulher fica mais vulnerável, o que caracteriza o estado de crise; esta, se bem cuidada, leva ao amadurecimento e ao crescimento emocional, caso contrário pode adoecer a gestante (RODRIGUES; DINIZ; GRAMACHO, 2015, p. 04).

Segundo Ramalho et al. (2017) as gestantes não estão livres de violência doméstica, e, em concordância com Okada et al. (2015) afirmam que, na mulher grávida, a prevalência de violência doméstica varia de 1,2% a 66%. A literatura é unânime quando relata que, essa variação de prevalências é atribuída às diferenças na definição de violência, aos diferentes tamanhos e processos de seleção da amostra e aos métodos de estudo (AUDI et al., 2008; OKADA et al., 2015; RAMALHO et al., 2017).

Para Audi et al. (2008) como fatores associados à ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher durante a gestação, pode-se citar: baixo nível socioeconômico; baixo nível de suporte social; raça/etnia negra; ser jovem; idade da primeira relação sexual antes dos 19 anos; gravidez não planejada; recusa do uso de preservativo pelo parceiro; e, uso de drogas lícitas e ilícitas. Relata ainda que, gestantes que presenciaram ou sofreram violência quando jovens são mais suscetíveis a sofrer violência durante a gestação.

Além disso, outros fatores apontados por Ramalho et al. (2017) como desencadeadores da violência durante a gestação, são: o aumento das discussões entre o casal, em consequência do estresse e das mudanças de vida em virtude da gravidez; a desconfiança em relação à

paternidade; o aumento da responsabilidade financeira; a mudança física e hormonal da mulher; e, mulheres que se relacionam com parceiros que têm o hábito de consumir bebida alcoólica. Silva et al. (2011) relatam ainda que se a gestação está envolvida por situações de ciúme, há uma grande chance de iniciar a vivência da violência com possibilidade de continuação no pós-parto.

Dessa forma, quando praticada durante a gestação, a violência pode trazer graves consequências, dentre elas: sangramento, dores na região pélvica, partos prematuros, abortos, aumento do risco de morte perinatal, trauma fetal e desnutrição do recém-nascido ao nascer (AUDI et al., 2008; RAMALHO et al., 2017; SOUZA; CINTRA, 2018).

Ademais, a depressão e a síndrome de estresse pós-traumático podem ser contabilizadas como desdobramentos da violência doméstica. E, quando as gestantes são vitimadas pela violência física e sexual, além das intercorrências citadas, elas têm chances estatisticamente significantes para apresentar, além do sangramento vaginal, inibição dos desejos sexuais (OKADA et al., 2015).

Quanto aos tipos de violência comumente praticados, Leite et al. (2019) afirmam que estudos recentes apontam que dentre os casos de violência doméstica e familiar durante a gestação, 16% corresponde a ocorrência de violência psicológica, 6% se refere à violência física e 1,3% a violência sexual.

2.3 Saúde da mulher negra

O conceito de saúde é definido pela OMS como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. No Brasil, a saúde como direito é conquistada em 1988, quando ocorreu a promulgação da Constituição Federal. Contudo, apesar da referida constituição ter garantido direitos direcionados à população negra, como o direito a terra e o respeito à suas culturas, o direito à saúde dessa população ainda continuou vulnerável, pois não havia uma política que tratasse especificamente sobre o assunto (VIEGAS; VARGA, 2016).

Foi então que em 2007 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), elaborada pelo Estado brasileiro em parceria com o movimento negro. Considerada um marco nos direitos dessa população, estabelece, entre suas estratégias de gestão, metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas (VIEGAS; VARGA, 2016).

Segundo Brasil (2007, p. 38-39) a PNSIPN tem como objetivo geral “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)”, e dentre os objetivos específicos “garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde”.

No Brasil, as localidades denominadas “quilombos” ficaram conhecidas por serem ocupadas por negros escravos que fugiam do trabalho forçado e resistiam a recaptura, vistas então como um símbolo de resistência. Após a abolição da escravidão, muitos desses quilombos deram origem às atuais comunidades quilombolas, onde seus integrantes são reconhecidos por possuírem fortes laços culturais, tradições mantidas, práticas religiosas, relação com o trabalho na terra e sistema de organização social (FERREIRA; TORRES, 2015).

No território nacional, essas comunidades estão localizadas em 24 estados da federação, com exceção do Acre e de Roraima. Segundo o recente levantamento realizado pela Fundação Cultural Palmares (FCP), órgão do Ministério da Cultura, existem um total de 2.744 comunidades certificadas em todo território nacional, das quais 61% se encontram na região nordeste (ALAGOAS, 2015). Em Alagoas, encontram-se 69 comunidades certificadas, distribuídas em 35 municípios.

Para Viegas e Varga (2016) é evidente a preocupação da PNSIPN, desde sua aprovação em 2007, em garantir que as populações residentes em áreas rurais tenham igualmente o direito aos serviços em saúde que as demais possuem, levando em consideração que, historicamente, essa parcela da população negra possui menos acesso aos bens e serviços socialmente produzidos.

A referida política foi então instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 2009, através da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Hoje, encontra-se em sua terceira edição, publicada no ano de 2017. Essa última edição, trás em seus anexos a Resolução nº 16, de 30 de março de 2017, a qual dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da PNSIPN no âmbito do SUS, sendo estruturado por eixos estratégicos que estabelecem ações impulsionadoras para a implementação da PNSIPN e da promoção da equidade em saúde desta população, sendo eles (BRASIL, 2017):

I – Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde;

II – Promoção e Vigilância em Saúde;

III – Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra;

IV – Fortalecimento da Participação e do Controle Social;

V – Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra.

Contudo, apesar da instituição da referida política, segundo Brasil (2017) a população negra tem ainda menos acesso à saúde quando comparada à população branca, ocasionando um reflexo negativo em diversos aspectos relacionados à saúde na vida dessa população, como o aumento das morbidades e mortalidades.

Segundo Prates (2015) é sabido que a mulher negra no Brasil está inserida num ciclo de preconceito e discriminação, resultante da construção social, histórica e cultural, o que leva sua vida a ser marcada pelo racismo e sexismo da sociedade, que violam os seus direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais. Ressalta ainda que quando estas se encontram habitando em lugares de difícil acesso aos serviços de saúde, como as comunidades quilombolas, as desigualdades tornam-se cada vez mais graves e intensas.

O difícil acesso à saúde reflete negativamente e diretamente na saúde da mulher negra, que possui suas especificidades e necessita de um olhar mais direcionado por parte do Estado. Segundo a literatura, na mulher negra há maior incidência e prevalência de miomas uterinos, Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG), Diabetes mellitus tipo II, alta prevalência de doença falciforme em mulheres em idade fértil, alta prevalência de violência doméstica e no trabalho, entre tantos outros agravos (PRATES, 2015).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008) os estudos descritivos têm o objetivo de descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. A abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2014) se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, tem como instrumentos de pesquisa mais utilizados a observação e a entrevista, e permite trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes dos sujeitos do estudo.

Esta pesquisa foi realizada na Comunidade Remanescente Quilombola do Muquém, a qual obteve seu reconhecimento como descendente quilombola, emitido pela Fundação Cultural Palmares (FCP), em 19/04/2005. A comunidade se localiza próximo à Serra da Barriga, ao pé do Planalto da Borborema, e encontra-se na zona rural do município de União dos Palmares – AL ocupando uma área de 27,97 km² de área verde, a aproximadamente 4 km do referido município, e a 70 km da capital do estado - Maceió (ARAUJO, 2017; RIBEIRO L., 2018).

O trajeto para acesso à comunidade é realizado através da Rodovia AL-205, em sentido à cidade de Santana do Mundaú. Após sair de União dos Palmares, à esquerda pode-se observar o acesso à subida da Serra da Barriga, e à direita, passando pelos povoados de Taquarí e Sementeira, já se enxerga a placa indicando o acesso à comunidade do Muquém (RIBEIRO L., 2018).

A comunidade conta com cerca de 180 famílias distribuídas por seu território, e com aproximadamente 710 habitantes, que têm como principal fonte de renda o benefício social do programa intitulado Bolsa Família. Além disso, os Muquéns utilizam-se do cultivo da cana de açúcar e em menor expressividade da agricultura e pecuária de subsistência para complementar sua renda, e ainda, das práticas artesanais (ARAUJO, 2017; RIBEIRO L., 2018).

Ademais, além do Rio Mundaú, riqueza natural que passa por trás da comunidade, do qual é retirada a água para uso diário, para atividades domésticas e muitas vezes para o preparo da alimentação, a comunidade também conta com espaços comunitários como a escola municipal do ensino básico até o médio, o espaço cultural, um forno para queima de peças artesanais, a casa de farinha e um espaço ecumênico, além da Unidade de Saúde Santa Luzia (RIBEIRO L., 2018).

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL, conforme parecer nº: 3.345.167 (ANEXO A), buscou-se conhecer os elementos que compõem o cenário do estudo,

como as referências pessoais para a população dentro da comunidade, o espaço físico, assim como as mulheres quilombolas, público-alvo do estudo, permitindo assim perceber o contexto e a realidade social em que as mesmas estão inseridas.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Possuir idade entre 18 (dezoito) a 30 (trinta) anos e mulheres que já vivenciaram a violência doméstica e familiar relacionada à gestação. Como critério de exclusão, utilizou-se: Mulheres que apresentam algum tipo de patologia que as impeça de responder por si mesmas.

Justifica-se a faixa etária preconizada, com base na literatura que aponta a juventude como fase da vida de maior ocorrência da violência doméstica e familiar relacionada à gestação. Segundo a Lei nº 12.852, de 05 de agosto de 2013, a qual institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE), são consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 (quinze) a 29 (vinte e nove) anos.

Devido ao fato de a equipe da Unidade de Saúde não ter conhecimento da ocorrência de violência doméstica e familiar entre as mulheres da comunidade, utilizou-se da estratégia de busca ativa do público-alvo da pesquisa em parceria com a única agente comunitária de saúde da comunidade, à qual foi solicitada indicação de mulheres que já haviam vivenciado a experiência gestacional, e após as entrevistas estas seriam ou não incluídas no estudo, a depender dos critérios previamente estabelecidos.

Inicialmente foram realizadas entrevistas piloto com mulheres pertencentes à Comunidade Remanescente Quilombola do Muquém, utilizando um instrumento de pesquisa do tipo questionário semiestruturado (APÊNDICE A), elaborado pelas pesquisadoras.

Utilizando-se os critérios e a estratégia de busca ativa do público-alvo direcionada a mulheres que já vivenciaram a experiência gestacional, ao final da pesquisa obteve-se um total de vinte entrevistas realizadas com mulheres pertencentes à Comunidade Remanescente Quilombola do Muquém, as quais já vivenciaram a experiência gestacional e atenderam ao critério de idade previamente estabelecido. Para as entrevistas utilizou-se o questionário semiestruturado (APÊNDICE A) que aborda informações consideradas relevantes para caracterizar o grupo estudado. Ademais, o instrumento ainda conta com perguntas norteadoras, a fim de avaliar o impacto da violência doméstica e familiar relacionada à gestação em mulheres quilombolas. Após o estudo piloto não sofreu alteração, as entrevistas foram registradas em gravador de voz.

Das vinte entrevistadas, **cinco mulheres relataram já ter vivenciado a violência doméstica e familiar relacionada à gestação, as quais compuseram a amostra final da pesquisa.** A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a agosto de 2019.

Os dados coletados foram analisados para caracterizar o grupo estudado, utilizando os seguintes dados obtidos através do questionário semiestruturado (APÊNDICE A): dados sociodemográficos; hábitos de vida; dados ginecológicos; e, dados obstétricos. As entrevistas foram transcritas na íntegra e lidas minuciosamente, a fim de encontrar elementos que permitissem identificar e descrever a repercussão da violência doméstica e familiar relacionada à gestação apresentada por cada mulher, sem utilizar o nome ou qualquer outro aspecto que pudesse identificar a participante, foram escolhidos nomes de origem africana para destacar os relatos das mesmas no estudo.

Para analisar os dados, foi utilizada a análise temática dos dados proposta por Laurence Bardin. Para Bardin (2009) essa análise deve ser realizada em três fases: pré-análise, exploração do material, e, tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise se trata da fase em que o material a ser analisado é organizado com o objetivo de torná-lo operacional, de modo a sistematizar as ideias iniciais. Já a exploração do material, consiste em definir as categorias (sistemas de codificação) e identificar as unidades de registro e as unidades de contexto nos documentos. E por fim, a fase de tratamento dos resultados onde ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais, o qual é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2009).

A pesquisa seguiu as recomendações estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que revoga a Resolução 196/96, e pela Resolução 510/2016, as quais regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, no que tange aos referenciais da bioética.

No decorrer da pesquisa, foi lido e apresentado às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E) (APÊNDICE B), sendo informadas sobre a natureza da pesquisa, seu objetivo, o conteúdo do instrumento de coleta de dados, assim como, sobre a liberdade de recusar-se a qualquer momento a participar e o seu direito de retirar o consentimento, sem penalização alguma. E ainda, foram informadas sobre a garantia do sigilo e da privacidade durante todas as fases da pesquisa.

Diante disso, foi solicitado às participantes a assinatura das duas vias do T.C.L.E (APÊNDICE B), ficando uma via em sua posse e a outra em posse do pesquisador. Nesse momento foram informadas que em nenhuma fase da construção do estudo será conferido

qualquer forma de compensação financeira ou ajuda de custo relacionada à sua participação no estudo, a qual deve ser de natureza voluntária.

O estudo ofereceu riscos mínimos de cunho emocional, dentre eles, raiva, choro, vergonha, insatisfação, cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário. O estudo não conferiu nenhum risco a saúde física ou mental das participantes. Para evitar tais riscos a participante pôde, a qualquer momento, recusar continuar participando da pesquisa e também teve garantido que qualquer informação prestada não seria associada ao seu nome.

Ademais, caso algum dos riscos viesse a ocorrer, a pesquisadora se comprometeu a encaminhar a participante para acompanhamento e apoio psicológico necessário com profissional especializado no município de União dos Palmares - AL. Além disso, a participante pôde ainda informar qualquer ocorrência ao Comitê de ética em Pesquisa da UFAL através do endereço e telefone fornecidos no T.C.L.E (APÊNDICE B).

Diretamente, este estudo proporciona benefícios para as participantes que vão desde a melhoria dos cuidados oferecidos na atenção à saúde da mulher, principalmente às gestantes quilombolas que vivem em contexto de violência doméstica e familiar, através da contrapartida dos resultados desta pesquisa para os profissionais de saúde atuantes na Comunidade Remanescente Quilombola do Muquém, bem como para literatura, através de publicações científicas a fim divulgar a ocorrência desse agravo, com vistas a desenvolver um olhar mais atento e sensível para as questões de gênero que permeiam essa população.

Os dados obtidos durante a pesquisa e seus consequentes resultados foram apresentados na UFAL a uma banca especializada que analisou o trabalho. Posteriormente esses dados serão incorporados ao acervo da Biblioteca da mesma instituição e também apresentados em congressos e submetidos sob forma de artigo científico a revista especializada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para sistematizar a apresentação e discussão dos resultados, optou-se inicialmente pela descrição das características das participantes desta pesquisa, seguida pelas categorias temáticas levantadas: **Conhecendo a violência doméstica e familiar para as mulheres quilombolas; Consequências da violência doméstica e familiar relacionada à gestação em mulheres quilombolas; A repercussão da denúncia sobre a violência doméstica e familiar em mulheres quilombolas.**

4.1 Caracterização das mulheres quilombolas que vivenciaram a violência doméstica e familiar relacionada à gestação

De acordo com a idade, as mulheres que compuseram a pesquisa apresentaram a faixa etária entre 18 (dezoito) a 27 (vinte e sete) anos, sendo esse um dado que corrobora com a literatura. Viellas et al. (2013) afirmam que embora seja um fenômeno universal, a violência durante este período de vida incide principalmente em mulheres jovens ou adolescentes, pois a pouca idade representa um fator de vulnerabilidade no enfrentamento da situação que as mesmas estão submetidas.

Quando questionadas sobre a raça/cor, três mulheres se autodeclararam pretas, enquanto que as outras duas se autodeclararam pardas. A autodeclaração é um critério instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 344 de 1º de Fevereiro de 2017, o qual permite a percepção de cada um sobre sua raça/cor. No entanto não implicam considerar apenas os traços físicos, como também a origem étnico-racial, os aspectos socioculturais e, a construção subjetiva do sujeito.

Segundo Brasil (2018) a população negra está exposta à violência em todas as fases da vida e em contextos variados, manifestando-se por questões de classe, gênero e raça/cor. Nesse contexto, o Ministério da Saúde afirma que:

Declarar a sua raça/cor é importante para a construção de políticas públicas, pois permite que os sistemas de informação do SUS consolidem indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais (BRASIL, 2017, p. 7).

Em relação à escolaridade, as mulheres possuem o ensino fundamental incompleto. Quando questionadas sobre o estado civil, três relataram viver em união estável e conviver

com companheiro e filhos, uma relatou ser solteira e conviver com filhos e familiares de primeiro grau, e outra relatou ser separada e conviver apenas com filhos. Sobre a relação de convivência, duas relataram boa convivência e três relataram a presença de desentendimentos no núcleo familiar.

Ainda sobre os dados socioeconômicos, quanto à ocupação, quatro relataram desenvolver atividades em seu próprio lar e apenas uma relatou trabalhar como empregada doméstica em uma residência. Sobre a renda mensal familiar, uma não soube informar, as demais relataram renda familiar abaixo do salário mínimo vigente no país, e tendo como complemento de renda o benefício assistencial do programa Bolsa Família.

Esse dado corrobora com a literatura que aponta o baixo nível socioeconômico como um dos fatores desencadeadores da prática da violência doméstica e familiar, além da dependência financeira dessas mulheres. Segundo Costa, Silva e Siqueira (2015) pesquisas apontam que dentre os fatores fortemente associados à violência encontram-se a baixa escolaridade e a ausência de trabalho remunerado, os quais são capazes de disparar o início e a perpetuação da violência.

Em relação aos hábitos de vida, duas mulheres relataram etilismo, sendo que uma dessas associa o tabagismo, enquanto que as outras três negaram esses hábitos. Porém, uma das mulheres relatou já ter utilizado outras drogas ilícitas. Quando questionadas sobre os hábitos de quem convivem, duas mulheres relataram o consumo de bebida alcoólica por companheiro, enquanto outra relatou o tabagismo de um parente de primeiro grau.

Em estudo realizado por Audi et al. (2008) foi constatado que, o consumo de bebida alcoólica frequente pelo parceiro íntimo aumenta em mais de duas vezes a chance de ocorrer violência psicológica, física e sexual contra a gestante. Além disso, o consumo de drogas ilícitas aumenta em mais que o dobro a chance de perpetrar violência física e sexual contra a gestante. Sendo essa uma realidade presente no cotidiano das mulheres entrevistadas, colocando-as em situação de maior vulnerabilidade para a ocorrência de situações de violência.

Sobre os dados ginecológicos, um dado que chamou atenção foi a sexarca muito próximo da menarca, com diferença máxima de dois anos entre os dois episódios, com as idades variando entre treze e quatorze anos, sendo que uma das mulheres relatou que não aconteceu no momento em que queria, tendo sido obrigada a praticar o ato sexual, caracterizando violência sexual sofrida na adolescência.

Segundo o estudo de Costa, Silva e Siqueira (2015) ter tido relação sexual entre os 15 e 19 anos de idade é um fator associado a ocorrência da violência durante a gestação, além

disso esses dados também podem indicar que a primeira relação sexual possa ter sido um ato de violência, como o constatado nessa pesquisa.

Esse dado corrobora com o estudo realizado por Audi et al. (2008) quando é relatado que a suscetibilidade de sofrer violência durante a gestação aumenta se a gestante presenciou ou sofreu algum tipo de violência quando jovem, configurando um fator de risco de importante relevância para a ocorrência desse agravo. Quanto ao uso de método contraceptivo e preservativo durante as relações sexuais, três mulheres afirmaram ter utilizado o preservativo, uma o desinteresse pelos métodos e outra o impedimento pelo parceiro. Segundo a Lei Maria da Penha, o ato de impedir a mulher de usar qualquer método contraceptivo também caracteriza a ocorrência de violência sexual (BRASIL, 2006).

No que tange aos dados obstétricos, todas as mulheres são multigestas, com a ocorrência de um caso de aborto entre as mulheres. Entre as intercorrências ocorridas durante as gestações, foram citadas a perda de líquido, sangramento vaginal, dor e parto prematuro. Dentre as cinco mulheres, três relataram a ocorrência de gestação não planejada e uma relatou a não aceitação da gestação pelo parceiro, o que condiz com a literatura sobre os fatores de risco já abordados anteriormente para a ocorrência da violência. Todas realizaram o pré-natal, sendo a maioria das consultas intercaladas entre médico e enfermeiro.

4.2 Conhecendo a violência doméstica e familiar para as mulheres quilombolas

Nesta categoria serão abordados os tipos de violência doméstica e familiar relacionada à gestação vivenciados e relatados pelas participantes do estudo, buscando evidenciar a visão das mesmas sobre a ocorrência desse agravo. Os resultados apontaram que entre as cinco mulheres, três referiram ter vivenciado violência física por parceiro e familiares durante a gravidez, como pode ser visto nos relatos a seguir:

Assim... quando ele (parceiro) chegava em casa bebo eu apanhava. (Aisha)

Quando eu tava grávida da minha primeira filha, dessa que tem dois anos, eu morava com o pai dela lá em Mato Grosso (Mato Grosso – MT). Ai, quando a gente tava logo aqui... a gente saiu daqui eu ia fazer três meses, aí, enquanto a gente tava aqui ele não batia em mim, não encostava em mim de jeito nenhum, ele ficava com raiva, mas não chegava a encostar em mim. Ai a gente foi daqui pra casa da prima dele. Quando chegou lá, ele começou a “cobrar” ciúme do marido da prima dele, ai de lá pra cá ele começou a bater em mim. (Amara)

[...] ela (ex-sogra) vivia direto dizendo que o filho não era do filho dela. Porque, quando a gente tava junto ela tava viajando, ai quando soube que eu tava... ele

mesmo que me disse que eu tava grávida e eu disse que era mentira, ai quando eu tava... ia fazer seis meses (de gravidez), ai ela veio bater em mim, ai a gente brigou. (Amara)

— Há quem relate agressões físicas em mais de uma gestação:

Ele me deu um chute no pé da barriga... chegou do serviço e eu tava na casa da minha mãe, ai ele me chamou, ai quando eu cheguei em casa ele disse que passou na casa da minha vó e minha vó tava falando dele, ai quando chegou em casa eu disse a ele: *ela não tava falando de você não*, ai ele pegou, eu tava “barrendo” (varrendo) o terreiro, e me deu um chute no pé da barriga. (Gina)

Ele fez isso na dele (gestação do terceiro filho, prematuro) e na da menina (gestação da segunda filha). Foi assim, ele me derrubou... assim, da caixa d’água. Eu tava assim, lavando... porque nós trabalhava numa granja, ai ele me derrubou em cima da caixa, em cima da... como é o nome?... aquela rodeira da caixa, a boca da caixa, eu cai ali de barriga. (Gina)

Outro tipo de violência ocorrida durante a gestação identificada através dos relatos da maioria das mulheres foi a violência psicológica, com relatos de constrangimento, humilhação, manipulação, vigilância constante, insulto e limitação do direito de ir e vir, embora algumas não tenham identificado essas situações em seu cotidiano como episódios de violência, como relatado a seguir:

Só ser xingada dentro de casa, só [...] me chama de “rapariga”... é o que ele vive me chamando, só de “rapariga”, só isso. Eu não posso ir pra casa da minha mãe, que ele diz que eu vou atrás de “macho”, nem pra casa da minha vó, é pra mim ficar em casa... na gravidez também. (Gina)

Xingava, muito! (Aisha)

Xingava [...] chamava palavrão, o que não presta ele chamava [...] rapariga, cachorra, nojenta... ainda hoje chama (emocionada). (Tanisha)

Xingava. Ele dizia que eu era “rapariga”, que eu era “cachorra”, “não era mulher pra ele”... eu praticamente me sentia um lixo. (Niara)

Para Costa, Silva e Siqueira (2015) a violência psicológica constitui a forma de violência familiar mais frequente, seguida pela física. Em outro estudo, os resultados apresentados por Okada et al. (2015) corroboram com o descrito na literatura quando coloca que a violência psicológica apresentou maior frequência, sendo semelhante a outro estudo citado pelos autores realizado no sudeste da Nigéria.

Pires et al. (2017) afirmam que, pelo fato de em muitos casos a violência psicológica acontecer de maneira velada ou silenciosa e não deixar marcas físicas, muitas vezes, nem mesmo a vítima se dá conta de viver em situação de violência. Nesse sentido, Costa, Silva e Siqueira (2015, p. 966) afirmam que “alguns atos de violência não são reconhecidos por essas

mulheres, nem por seus agressores, nem mesmo pelos profissionais de saúde”. Contudo, apesar de não serem reconhecidos como atos violentos, as mulheres experimentam as suas consequências no cotidiano de suas vidas, através das dores crônicas (costas, cabeça, pernas, braços etc.), síndrome do pânico, depressão, tentativa de suicídio e distúrbios alimentares.

Além desses, **outro tipo de violência relatado na pesquisa foi a sexual, que embora não tenha ocorrido durante a gestação, teve como consequência a ocorrência de uma gestação não planejada marcada pelo ato da violência.** Nesse relato, foi observado que, igualmente à psicológica, o ato praticado pelo companheiro em induzir uma gravidez sem o consentimento da mulher não foi considerado um tipo de violência pela mesma. Quando questionada sobre o uso de preservativo e/ou método contraceptivo durante a relação, foi relatado:

Assim, a gente usou (preservativo). Só que na hora que ele foi usar (colocar), ele “pocou”, ele mesmo que furou. Eu não queria (engravidar), ele queria, eu não queria, ele queria, aí... ele acabou fazendo “merda” (risos). (Amara)

[...] quando foi com três dias que a gente tinha feito relação, com preservativo e tudo, aí ele chegou pra mim e disse assim: *tu não fica com raiva de mim não?*, aí eu disse assim: *porque?*, aí ele disse: *no dia que a gente ficou, eu “poquei” a camisinha*, eu disse: *mentira!*, aí ele disse: *foi*. Na hora deu vontade de dá-lhe um tapa na cara (risos), mas eu olhei assim pra cara dele e baixei a cabeça porque eu pensei que ele tava brincando. Aí quando foi depois ele disse assim: *eu vou lhe mostrar a você se não é verdade o que eu tô lhe dizendo*. Aí quando fez um mês, aí quando chegou no dia da menstruação vim... aí quando foi no dia da minha menstruação, deu o dia e não veio, veio o outro dia e não veio... aí ele disse: *eu num disse a você que eu ia ser pai?! E vai ser um menino!* Aí quando o menino nasceu, era um homem (risos). (Amara)

Para Brasil (2011) a violência contra as mulheres só pode ser entendida no contexto das relações desiguais de gênero, como forma de reprodução do controle do corpo feminino e das mulheres numa sociedade sexista e patriarcal. E, apesar de determinado na Lei Maria da Penha como sendo **também violência sexual a gravidez forçada mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação e a anulação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher**, é notório que grande parte das mulheres desconhece essa informação, considerando violência sexual apenas o ato sexual forçado, como pôde ser constatado nesse estudo.

Além disso, quando consultado na literatura sobre a temática da violência sexual, os autores abordam em seus estudos a gravidez indesejada apenas como consequência de uma relação sexual forçada, quando na realidade muitas vezes a relação sexual pode ser consentida, como neste caso em específico, contudo a mulher terá seus direitos sexuais e reprodutivos violados da mesma forma.

E infelizmente, esse é apenas um dos inúmeros casos que acontecem cotidianamente, muitas vezes silenciados por falta de informação, em uma sociedade marcada pela masculinidade, que em sua maioria não oferece o conhecimento necessário sobre direitos sexuais e reprodutivos da mulher, onde a mesma naturaliza tal comportamento e assume para si as consequências e responsabilidades do ato cometido pelo agressor.

Outro tipo de violência relatado na pesquisa foi a violência moral, relatada por uma das participantes, praticada por companheiro e seus familiares, como pode ser visto na fala a seguir:

Ele (ex-companheiro) dizia que eu fiquei com o sobrinho dele, a família dele dizia que eu tinha ficado com um primo dele... era tanta da coisa na minha cabeça que eu só faltei enlouquecer, isso me deixava pra baixo, muito. Eu dizia que não era, que se ele quisesse acreditar na família dele, acreditasse, mas que eu não tava devendo, quem sabia era Deus... ai chegou até certo ponto que a gente se deixou. (Niara)

De acordo com a Lei Maria da Penha, considera-se violência moral qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Esses são considerados crimes contra a honra, estabelecido no Código Penal. Segundo Ribeiro A. (2018) a calúnia é a atribuição à alguém, falsamente, a responsabilidade pela prática de um fato determinado definido como crime. Já a difamação é a imputação de um ato ofensivo à reputação de alguém, alguma conduta que manche sua reputação na sociedade, não importando ser verdade ou não, a simples acusação já configura o delito. Já a injúria é definida como ofensa a dignidade de alguém que macule a própria honra subjetiva, não importando se a imagem do indivíduo seja violada na sociedade.

Diante do exposto, observa-se que a mulher foi vítima do crime de injúria por parte do companheiro e seus familiares, os quais a acusaram do ato de adultério, ofendendo sua dignidade e apresentando como consequência a desestruturação das relações familiares, a não aceitação da gestação por parte do parceiro e a desconfiança da paternidade, como visto a seguir:

Do primeiro, não (não aceitou a gestação). Do segundo, a mesma coisa. Ele dizia que não era dele. Ele é desses homens que vai mais na família dele, não na mulher que tem. Diziam que não era dele e tudo, diziam que eu traia ele, a família dele dizia... era tanta da coisa, era muita coisa na minha cabeça. Eu só dava pra chorar. (Niara)

Diante disso, observa-se que os casos de violência doméstica e familiar ocorridos contra as participantes relacionados à gestação, foram perpetrados pelo parceiro e familiares dos mesmos, esse dado corrobora com o estudo realizado por Okada et al. (2015) que aponta o parceiro como o principal agente da violência doméstica durante a gravidez, seguido por

membro da família, evidenciando assim a exposição das mulheres frente a esse agravo na sociedade como um todo, onde o risco encontra-se diariamente dentro do próprio lar.

E, como já relatado anteriormente, durante a pesquisa pôde-se constatar que o desconhecimento dos tipos de violência doméstica por parte das mulheres é algo mais comum do que se imagina, sendo no entendimento das participantes, a violência apenas como o ato de agressão física, o que configura esse pensamento como fruto de uma realidade onde pouco se discute sobre a temática com a população local, seja nos espaços destinados à educação como também nos espaços destinados à saúde.

Nesse contexto, para Ramalho et al. (2017) é importante que os profissionais da saúde, principalmente a enfermagem, que têm um contato mais prolongado com os usuários dos serviços, procurem fortalecer os vínculos com essas mulheres e estabelecerem laços de confiança para tentar reconstruir os conceitos sobre violência, assim como saber identificar e intervir nos casos em que o ato da violência já foi instalado causando consequências para a saúde materno-infantil.

4.3 Consequências da violência doméstica e familiar relacionada à gestação em mulheres quilombolas

Nesta categoria emergiram as consequências do ato da violência doméstica e familiar para a gestação das mulheres quilombolas, as quais relataram tanto consequências físicas como psicológicas, que vieram a mudar o curso de uma possível gestação saudável e tranquila para o binômio mãe-filho, conforme as falas a seguir:

Sentia muita dor. Até eu pensei que minha filha não ia nascer viva. (Aisha)

[...] do dia que ela (ex-sogra) bateu em mim eu passei a noite todinha só sentindo dor no pé da barriga e o menino sem mexer. Ai quando foi no outro dia eu comecei a sangrar. Aí de lá pra frente eu num parei mais de sangrar e nem de sentir dor. (Amara)

[...] quando começou com seis meses (de gravidez) ele começou a conversar com mulher no telefone, ai uma vez eu peguei. Ai eu peguei, pra não brigar com ele, porque eu sabia que ele ia bater em mim, ai pra não brigar com ele eu quebrei o telefone dele, mas foi o mesmo que nada, ai ele bateu em mim. Eu tava com seis meses, ai ele deu um chute no meio das minhas costas que eu caí sentada lá, num tive tato pra levantar pra nada, passei bem uma meia hora lá sem poder levantar, só sentindo dor, faltando fôlego, não adiantou de nada mesmo. (Amara)

Sim. Eu senti dor, da minha outra menina. Ele me deu um chute no pé da barriga, ai eu fui parar no hospital sangrando. A menina quando nasceu ficou uns meses internada. (Gina)

Eu sangrava, tinha sangramento... perdia líquido. Aí a família dele (ex-companheiro) fazia: *é não, é ela botando sangue de galinha pra você voltar pra ela*. Aí eu dizia: *é não*. Ai teve um dia que a sobrinha dele tava na hora e viu que eu tava sangrando, ai foi chamar a irmã dele, ai a irmã dele veio, ai ligou pra ambulância e a ambulância veio me buscar, ai minha família foi comigo. Foi assim dos seis (seis meses) até os nove (nove meses), só sofrendo, do primeiro. (Niara)

Esses relatos corroboram com o que é exposto na literatura sobre a repercussão da violência na gravidez. Segundo Pessoa (2016) dentre os danos que podem apresentar-se à gravidez da mulher que sofre violência, encontram-se principalmente a dor pélvica crônica, risco aumentado para gestações complicadas por hemorragia vaginal e descolamento prematuro de placenta.

Ademais, aborto, aumento do risco perinatal, trauma fetal, baixo peso ao nascer e parto prematuro são umas das principais consequências da violência no período gestacional apontadas pela literatura (RAMALHO et al., 2017). Viellas et al. (2013) concordam com Ramalho et al. (2017), quando destacam que estudos apontam para uma falha na prevenção de agressão a esses bebês quando a mãe sofre algum tipo de violência, cuja consequência pode ser a prematuridade, o baixo peso ao nascer, o crescimento intrauterino restrito e até mesmo o óbito perinatal e neonatal. Essa consequência pôde ser constatada nesta pesquisa, conforme visto no relato a seguir:

[...] ele me derrubou em cima da caixa, em cima da... como é o nome?... aquela rodeira da caixa, a boca da caixa, eu caí ali de barriga. Ai eu pensei que era uma dor de barriga normal, ai fiquei nem aí, quando “di” fê era o menino nascendo, no mesmo dia, ficou internado três meses. (Gina)

Além disso, mulheres vítimas de violência durante a gestação apresentam maior risco de desenvolver problemas psicológicos como depressão, depressão pós-parto, estresse pós-traumático e consumo de álcool e outras drogas (PESSOA, 2016). Algumas dessas consequências descritas na literatura foram contempladas nos relatos a seguir:

Eu me sentia muito triste né. Eu acho que eu tive depressão viu, eu sou muito nervosa dentro de casa. (Aisha)

Eu me sentia mal sendo agredida e sabendo que podia prejudicar a criança. Por mim nem tanto, mas eu pensava mais na criança. Vai que de tanto bater, eu acho que ou poderia “defenciar” (causar deficiência) a criança ou então perder. Eu ficava muito triste, tinha dia que não dava nem vontade de comer, não dava vontade de fazer nada, só ficar no canto chorando. (Amara)

Eu me senti triste. Não queria ver a cara dele, quando ele chegava dentro de casa era que nem ver o cão. Mandava ele ir embora, ele dizia que não ia “mode” (por causa) os menino. Eu chorava muito. (Gina)

Eu me sentia um lixo, que tudo meu é colocar na cabeça e começar a chorar. Eu chorei muito. Eu não comia, nem nada. Minha vó fez eu comer apulso, pra eu comer pra o menino nascer, pra eu ter força pra ter ele, senão... (emocionada). (Niara)

Segundo estudos realizados, foi observado que mulheres vítimas de violência física, sexual e psicológica durante a gravidez, demonstram mais sintomas depressivos durante o pré-natal, em comparação com aquelas que não sofrem violência (PESSOA, 2016). Nesse sentido, Costa, Silva e Siqueira (2015) destacam que, uma assistência inadequada durante o pré-natal pode apresentar como consequência o afastamento da gestante da assistência, principalmente pelo intenso estresse psicológico vivenciado por ela durante a gravidez, e torná-la mais exposta à violência pelo agressor.

Desse modo, como descrito anteriormente, a maioria das participantes do estudo relataram sintomas condizentes com o **quadro depressivo que não foram investigados e nem diagnosticados durante o pré-natal, evidenciando assim a invisibilidade dessas mulheres frente à saúde ofertada às mesmas**. E embora a violência doméstica seja influenciada por aspectos culturais e sociais, para Okada et al. (2015) é importante que profissionais de saúde tenham um olhar mais atento durante sua assistência, que permita identificar e responder à violência doméstica sofrida pelas mulheres nos serviços de pré-natal.

De acordo com Costa, Silva e Siqueira (2015, p. 970) “durante a assistência pré-natal, é possível realizar ações de promoção de saúde e prevenção, além de acompanhar e tratar condições que possam levar a desfechos adversos para a gestante e seu conceito”, assim, faz-se necessário a identificação e acompanhamento dos casos de violência na gestação, pois nem sempre ela deixará marcas físicas.

E apesar desse ser um tema de importante relevância na área da saúde para o aprimoramento da assistência a mulheres e crianças que sofrem as consequências dos atos de violência, como se pôde observar nos relatos acima, em sua maioria praticados dentro da própria casa, é evidente a escassez de estudos na academia, quando consultados nas bases de dados científicos, que abordem essa temática e tragam subsídios sobre estratégias e preparo de profissionais para identificação precoce nos serviços de saúde das situações de violência vivenciadas por gestantes, principalmente quando relacionado à população negra. Esse é um fato que se configurou como dificuldade para a discussão da presente pesquisa.

Segundo Oliveira et al. (2014) são poucos os estudos na literatura que abordam a saúde materno-infantil de comunidades negras, principalmente as comunidades quilombolas, e os que existem limitam-se a comunidades isoladas, o que não permite a generalização dos dados e conseqüentemente a manutenção da invisibilidade dessa população.

Diante do exposto, é notória a falha do sistema público de saúde na proteção às mulheres contra a violência de gênero, no tocante às informações básicas sobre a temática, sendo esse um dos eixos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Em pleno século XXI ainda se observam mulheres negligenciadas, desinformadas e alienadas sobre esse grave problema de saúde pública, em uma sociedade patriarcal que insiste em querer limitar os direitos das mulheres e fecha os olhos para as graves consequências que tais atos podem ocasionar.

4.4 A repercussão da denúncia sobre a violência doméstica e familiar em mulheres quilombolas

Nesta categoria serão apresentadas as repercussões sobre a realização da denúncia diante dos olhares das mulheres, bem como os fatores presentes em seu cotidiano que influenciam diretamente no ato da denúncia do agressor.

Apesar da violência contra a mulher constituir um fenômeno de grande magnitude, ainda existe subnotificação de casos. Segundo estudo realizado por Costa, Serafim e Nascimento (2015) as razões referidas pelas mulheres para permanecerem em relação conjugal violenta estavam ligadas principalmente à dependência financeira.

Outros estudos encontrados na literatura também apontam a dependência financeira e/ou amorosa do parceiro como um fator determinante para a permanência da mulher nas uniões, o que leva a mulher a continuar a vivenciar as situações de opressão e submissão (CORDEIRO, 2017; RODRIGUES; DINIZ; GRAMACHO, 2015). Na presente pesquisa, quando questionadas sobre a realização da denúncia, foram relatadas as seguintes situações:

[...] eu num denunciei ele pra polícia porque se... botei na cabeça: *se eu denunciar ele, como é que minha filha vai ter as coisas? E as outras duas filhas dele como é que vão sobreviver?*. Que... pras duas filhas dele ter as coisas ele tem que trabalhar, e essa também. Ai eu num denunciei não, deixei pra lá. (Amara)

[...] eu acho que tem que denunciar, mas eu não quero. Porque eu tenho quatro filhos, e como é que eu vou criar eles quatro sozinha?! Porque se eu denunciar, ele vai preso. Ai eu não tenho condição de criar eles quatro sozinha. (Gina)

Já denunciei, mas ele não foi preso não. A tia dele tem conhecimento pra lá, aí não deu em nada não. Passei um tempo separada, mas depois voltei, porque eu também não tenho pra onde ir né, minha família não me apoia mais [...] o que me fez voltar atrás é porque eu não tinha condições de criar as minhas filhas, aí foi o jeito voltar de novo. (Tanisha)

Para Mizuno, Fraid e Cassab (2010, p. 18) “quanto mais frágil, mais desprotegida e sem recursos é a mulher, mais dependente se apresenta do marido”. Diante disso, como já descrito na literatura e constatado nesse estudo, a dificuldade da vítima em sustentar seus filhos pela falta de recursos financeiros, se constitui como um importante fator de impedimento da realização da denúncia, mantendo assim o ciclo da violência.

No entanto, é importante destacar que apesar desse ser um fator descrito pelos autores como contribuinte para a ocorrência da violência contra a mulher, a mesma parece ser culpabilizada por vivenciar essas situações cotidianamente, como se o fato do agressor deter de maior poder econômico o torne superior e justifique os atos inconsequentes desse crime. Na maioria das vezes a dependência afetiva e emocional da mulher supera o fator da dependência financeira, sendo determinante para a continuação nas relações, o que não implica culpabilizá-la por essa escolha, na verdade, a mesma deve ser orientada e acolhida por uma rede de apoio para que possa enxergar as diversas possibilidades que a esperam, e assim, conscientemente, tomar sua melhor decisão.

Ademais, segundo Cordeiro (2017) outro fator determinante que mantém a mulher dependente financeiramente do agressor é a dificuldade de entrar no mercado de trabalho, pois, na maioria dos casos a mulher nunca exerceu uma atividade econômica e, portanto, depende financeiramente do mesmo para sobreviver. Isso é observado no perfil das participantes desta pesquisa, as quais possuem baixa escolaridade, são jovens, não possuem uma profissão e trabalham apenas cuidando do seu próprio lar, com exceção apenas de uma que se considera independente financeiramente.

Esse fato evidencia a falta de oportunidade no cotidiano dessas mulheres, as quais, mesmo ainda jovens, não tiveram a possibilidade de desenvolver seu potencial na formação educacional e tampouco profissional, o que somente pode aumentar a possibilidade de vulnerabilidade da mulher à violência.

Além da dependência financeira, outras justificativas para a falta de denúncias por parte das mulheres são abordadas em alguns estudos. De acordo com a literatura, as mulheres que vivenciam essas situações de violência sentem-se inibidas em declarar as agressões de parceiros e familiares (COSTA; SILVA; SIQUEIRA, 2015).

Segundo Pinto et al. (2017) é comum que o agressor ameace a mulher, caso revele-se o ocorrido. Dessa forma, muitas mulheres acabam decidindo por não denunciar seus agressores, temendo um futuro arrependimento e até mesmo o medo da reação do agressor, como relatado a seguir quando questionadas sobre a realização da denúncia:

Não. Porque ele dizia que se ele fosse preso, ia ser... ia... eu ia ver o resultado depois. (Aisha)

Porque eu não tenho coragem. Porque eu tenho medo de “dar parte” (denunciar), ele ir preso, depois se soltar e fazer pior... eu pensava muito nos meus filhos. (Niara)

Okada et al. (2015, p. 273) reafirmam esses relatos encontrados na pesquisa quando colocam que “diante da situação de medo e de dependência econômica, a maioria das mulheres busca ajuda de familiares ou amigos, mas outras permanecem em silêncio”.

Os dados encontrados nessa pesquisa corroboram com outros estudos, que ao analisar os motivos pelos quais as mulheres permaneciam na relação de violência, foram encontrados: dependência financeira, emocional e afetiva do companheiro; medo de perder os filhos; exposição ao escândalo diante dos amigos e familiares; culpa por não conseguir manter o relacionamento; incapacidade profissional para sobreviver por si; e finalmente, as próprias ameaças feitas pelos agressores (COSTA; SERAFIM; NASCIMENTO, 2015).

Diante disso, os relatos evidenciam a relação de poder do agressor sobre a vítima, a cultura de superioridade e subalternidade fixada na realidade dessas mulheres, as quais se encontram em situações que as impedem de exercer seus direitos assegurados pela lei, seja por falta de amparo e informação ou mesmo pelas crenças comportamentais que lhes foram ensinadas e inseridas culturalmente pela sociedade, onde as desigualdades de gênero continuam a predominar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que a presença de fatores de risco que englobam o cotidiano das mulheres quilombolas, sejam eles relacionados à situação socioeconômica, hábitos de vida, ou, percurso ginecológico e obstétrico da mulher, influenciam negativamente na saúde da gestante, visto que, acrescidos de outros elementos que permeiam o cotidiano desta população, favorecem a ocorrência da violência doméstica e familiar relacionada à gestação, o que repercute negativamente e diretamente na saúde materno-infantil, apresentando consequências tanto físicas como psicológicas para o binômio mãe-filho. Diante desses resultados, pode-se então afirmar que o objetivo proposto pelo estudo foi alcançado.

Tendo em vista a invisibilidade dada à temática pelos profissionais que assistiram às participantes dessa pesquisa durante o pré-natal, destaca-se que esse estudo poderá contribuir para a prática profissional do Enfermeiro, principalmente relacionada à assistência pré-natal, sensibilizando-o a desenvolver um olhar mais atento às questões de gênero que permeiam a realidade das mulheres, em especial às quilombolas, promovendo um cuidado individualizado e integral ao binômio mãe-filho, a fim de identificar o fenômeno da violência e junto à mulher realizar o seu enfrentamento evitando danos à saúde materno-infantil.

Contudo, faz-se necessário a realização de novas pesquisas que abordem a temática da violência de gênero na área da saúde, frente à pouca produção científica direcionada à saúde materno-infantil da população negra, principalmente dos quilombolas, sendo esse o aspecto que concentrou as principais limitações desta pesquisa.

Por fim, diante das lacunas encontradas, sugere-se um estudo a ser realizado com profissionais enfermeiros a fim de visualizar como o conhecimento da temática violência de gênero pelos profissionais impactam a assistência prestada as mulheres que sofrem com esse agravo.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Daniele Ferreira. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, p.1-9, ago., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e6770015.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.
- ALAGOAS. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. **Estudo sobre as comunidades Quilombolas de Alagoas**. Maceió, 2015. Disponível em: <http://www.iteral.al.gov.br/dtpaf/comunidades-quilombolas-de-alagoas/estudocomunidadesquilombolas.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.
- ARAÚJO, Janaina Jardiny Dantas de. **Educação quilombola: identidade, tradições e costumes (des)valorizados na prática escolar urbana**. Caicó, 2017. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/3828>. Acesso em: 20 jul. 2018.
- AUDI, Celene Aparecida Ferrari. *et al.* Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista Saúde Pública**, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2008nahead/6642.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2018.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, Portugal: LDA, 2009.
- BIGLIARDI, Adriana Maria; ANTUNES, Maria Cristina; WANDERBROOCKE, Ana Cláudia N. S. O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, v. 36, n. 91, p. 262-285, set., 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v36n91/v36n91a03.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 08 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 510, de 07 de Abril de 2016**. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Manual de Gestão para Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_implementacao_politica_nacional.pdf. Acesso em: 04 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 12 mai. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006**. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 04 jun. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.852, de 5 de Agosto de 2013**. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm. Acesso em: 20 mai. 2019.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento**

à Violência Contra as Mulheres. Brasília, 2011. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Saiba mais sobre a origem da Lei Maria da Penha 2**. 2009. Disponível em: <http://tj-sc.jusbrasil.com.br/noticias/973411/saiba-mais-sobre-a-origem-da-lei-maria-da-penha-2>. Acesso em: 24 ago. 2018.

CAVALCANTI, Eliane Cristina Tenório; OLIVEIRA, Rosane Cristina de. Políticas públicas de combate à violência de gênero a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. **Revista de Pesquisa Interdisciplinar**, v. 2, n. 2, 192-206, jun./dez., 2017. Disponível em: <http://revistas.ufcg.edu.br/cfp/index.php/pesquisainterdisciplinar/article/view/194/pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

CORDEIRO, Débora Cristina da Silva. **Por que algumas mulheres não denunciam seus agressores?**. Juiz de Fora, 2017. Disponível em:

<http://www.ufjf.br/bach/files/2016/10/DEBORA-CRISTINA-DA-SILVA-CORDEIRO.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2019.

COSTA, Milena Silva; SERAFIM, Márcia Luana Firmino; NASCIMENTO, Aissa Romina Silva do. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.24 n.3, p. 551-558, jul./set., 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300551. Acesso em: 14 abr. 2019.

COSTA, Marta Cocco da; SILVA, Ethel Bastos da; SIQUEIRA, Elisa Torentino. Gestantes em situação de violência sobre o olhar da saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 2, p. 965-973, fev., 2015. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10422/11210>. Acesso em: 04 jun. 2018.

FERRAZ, Maria Isabel Raimondo. *et al.* O Cuidado de Enfermagem a Vítimas de Violência Doméstica. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 755-9, out/dez, 2009. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/16395/10874>. Acesso em: 22 fev. 2018.

FERREIRA, Haroldo da Silva; TORRES, Zaira Maria Camerino. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 15, n. 2, p. 219-229, abr./jun., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0219.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEITE, Franciele Marabotti Costa. *et al.* Implicações para o Feto e Recém-Nascido da Violência Durante a Gestação: Revisão Sistemática. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 11, n. esp., p. 533-539, jan., 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6431/pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIZUNO, Camila; FRAID, Jaqueline Aparecida; CASSAB, Latif Antonia. Violência Contra a Mulher: Por que elas simplesmente não vão embora?. *In*: I SIMPÓSIO SOBRE ESTUDOS DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, jun., 2010, Londrina - PR. **Anais [...]**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/3.CamilaMizuno.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

OKADA, Márcia Massumi. *et al.* Violência doméstica na gravidez. **Acta Paul Enferm.**, v.28, n. 3, p. 270-274, dez., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0270.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2018.

OLIVEIRA, Patrícia Peres de. *et al.* Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 196-203, jan./mar., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00196.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.

OLIVEIRA, Stéphaney Ketlin Mendes. *et al.* Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad. Saúde Colet.**, v. 22, n. 3, p. 307-13, set., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n3/1414-462X-cadsc-22-03-0307.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.

PESSOA, Kivania Carla. **Efeitos a longo prazo da violência contra a mulher na gestação sobre a criança: contribuição da coorte BRISA**. São Luiz, 2016. Disponível em: <http://tedeabc.ufma.br:8080/jspui/bitstream/tede/1650/2/KivaniaPessoa.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2019.

PINTO, Lucielma Salmito Soares. *et al.* Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciênc. saúde colet.** v. 22, n. 5, p. 1501-1508, mai., 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n5/1501-1508/>. Acesso em: 20 jul. 2019.

PIRES, Maria Raquel Moretti. *et al.* Prevalência e os Fatores Associados da Violência Psicológica Contra Gestantes em Capital no Sul Do Brasil. **Sau. & Transf. Soc.**, v.8, n.1, p.29-39, mai., 2017. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3797/4961>. Acesso em: 10 jun. 2019.

PRATES, Lisie Alende. **O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola.** Santa Maria, 2015. Disponível em: http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Dissertacoes_alunos/Dissertacao_Lisie_Alende_Prates.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.

RAMALHO, Naiany Monise Gomes. *et al.* Violência doméstica contra a mulher gestante. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 11, n. 12, p. 4999-5008, dez., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22279/25328>. Acesso em: 05 jun. 2018.

RIBEIRO, Amanda da Silva. **Crimes informáticos: as dificuldades jurídicas em se conter a criminalidade na internet.** Lins, 2018. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/61775.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

RIBEIRO, Levy Felix. **Território e memória: uma etnografia na comunidade remanescente quilombola do Muquém em União dos Palmares – Alagoas.** Maceió, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/3173>. Acesso em: 20 jun. 2018.

RODRIGUES, Adriana Diniz; DINIZ, Normélia Maria Freire; GRAMACHO, Rita de Cássia Calfa Vieira. **Quotidiano de mulheres que vivenciam a violência doméstica na gestação.** Salvador, 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/724/1/ARTIGO.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SILVA, Elisabete Pereira. *et al.* Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n.6, p:1044-53, jul., 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2011.v45n6/1044-1053/pt>. Acesso em: 25 ago. 2019.

SOUZA, Angela Alves Correia de; CINTRA, Raquel Barbosa. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. **Rev. Bioética**, v. 26, n. 1, p. 77-86, jan./mar., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n1/1983-8042-bioet-26-01-0077.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2018.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; SOUSA, Yara Layne Resende. Políticas públicas e violência contra a mulher: a realidade do sudoeste goiano. **Revista da SPAGESP**, v. 16, n. 2, p: 59-74, set., 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n2/v16n2a06.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2018.

VIEGAS, Deuzilene Pedra; VARGA, István van Deursen. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.3, p.619-630, jul., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00619.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

VIELLAS, Elaine Fernandes. *et al.* Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 1, p. 83-90, jan./fev., 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3997/399738195013.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2019.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Pesquisa: Repercussão da violência doméstica e familiar relacionada à gestação em mulheres quilombolas

Nº _____

1. Dados sociodemográficos

Idade: _____ Raça/cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena Outro

Escolaridade: Fundamental incompleto Fundamental completo

Médio incompleto Médio completo

Superior incompleto Superior completo

Nunca estudou

Estado Civil: Solteira Casada Viúva Separada União estável

Outro _____

Mora com: Sozinha Companheiro (a) Familiares Amigos Outro _____

Como é a sua relação de convivência com quem você mora?

Ocupação: _____ Renda: _____

2. Hábitos de vida

1. Você ingere bebida alcoólica?

Não Sim Qual? _____

2. Quem convive com você ingere bebida alcoólica?

Não Sim Quem? _____ Qual bebida? _____

3. Você é tabagista?

Não Sim

4. Quem convive com você é tabagista?

Não Sim Quem? _____

5. Você utiliza outras drogas?

Não Sim Qual (is)? _____

6. Quem convive com você utiliza outras drogas?

Não Sim Quem? _____ Qual (is)? _____

3. Dados ginecológicos

1. Primeira menstruação (menarca): _____ Não sabe informar

2. Primeira relação sexual (sexarca): _____ Não sabe informar

3. Sua primeira relação sexual aconteceu no momento em que você queria? Sim Não

4. Utilizou método contraceptivo na primeira relação sexual?

Sim Qual? _____ Não Porque? _____

5. Possui parceiro fixo? Sim Não

6. Utilizou algum método contraceptivo na última relação sexual?

Sim Qual? _____ Não Porque? _____

4. Dados Obstétricos

1. Gesta ___ Para ___ Aborto ___ Nascidos vivos ___ Natimortos ___ Vivos ___ Falecidos ___

2. Houve alguma intercorrências durante sua (as) gestação (ões)?
[] Sim Qual (is)? _____ [] Não
3. Partos: [] Vaginais [] Cesarianos [] Domiciliares
4. RN com peso menor que 2.500g? [] Sim Quantos? _____ [] Não
5. Você já teve alguma gestação não planejada? [] Sim Quantas? _____ [] Não
6. Seu parceiro (a) aceitou a gestação?
[] Sim [] Não Porque? _____
7. Realizou pré-natal na (as) gestação (ões)?
[] Sim
[] Não Porque? _____
8. Quem realizou suas consultas de pré-natal? [] Médico [] Enfermeiro
9. Compareceu a todas as consultas de pré-natal?
[] Sim [] Não Porque? _____

Instrumento Norteador

1. Você sofre ou já sofreu algum tipo de violência durante a (as) gestação (ões)?
2. Qual?
3. Por quem?
4. Denunciou?
5. A violência trouxe alguma consequência para você e para a sua gestação?
6. Procurou ajuda no serviço de saúde? Se sim, quem lhe atendeu?
7. Você se sentiu à vontade para expor a violência que sofreu?
8. Você considera que o Enfermeiro pode ajudar às mulheres que sofrem violência?
9. Você foi informada sobre a Lei Maria da Penha?
10. Você já conhecia a Lei Maria da Penha?

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(T.C.L.E)**

Você está sendo convidada a participar como voluntária do estudo “**Repercussão da violência doméstica e familiar relacionada à gestação em mulheres quilombolas**”, da pesquisadora Natália Colatino Veiga Melo, acadêmica matriculada no Curso de Enfermagem (nº matrícula: 14211107), da Escola de Enfermagem - EENF, da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, sob orientação da Prof.^a Dr^a Jovânia Marques de Oliveira e Silva. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação nesse projeto:

- 1) O estudo se destina a conhecer a repercussão da violência doméstica e familiar relacionada à gestação, em mulheres quilombolas.
- 2) A importância desse estudo deve-se ao fato de a violência ser um problema de saúde pública, e intervenções na área da saúde que abordem a violência contra a mulher e, especialmente a mulher negra, são necessárias.
- 3) Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: identificação e descrição da repercussão da violência na gestação e dos fatores que influenciam a ocorrência da violência doméstica e familiar relacionada à gestação em mulheres quilombolas.
- 4) A coleta de dados começará em junho/2019 e terminará em agosto/2019.
- 5) O estudo será feito através de uma entrevista gravada na Comunidade Quilombola do Muquém, localizada no município de União dos Palmares - AL, utilizando-se de um roteiro semiestruturado, cujo o áudio será registrado em gravador de voz, e ficará registrado na EENF por 5 anos, e após esse período será destruído.
- 6) A sua participação será nas seguintes etapas: receberá e tomará conhecimento sobre o conteúdo do T.C.L.E. Em seguida, assinará o T.C.L.E e responderá a entrevista realizada pela pesquisadora, que preencherá o questionário de acordo com as informações fornecidas.



7) Os incômodos e possíveis riscos a sua saúde mental são: raiva, choro, vergonha, insatisfação, cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário. Para evitar tais risco a participante poderá, a qualquer momento, recusar continuar participando da pesquisa e também terá garantido que qualquer informação prestada não será ligada ao seu nome. Caso algum dos riscos venha a ocorrer, a pesquisadora se compromete a encaminhar a participante para acompanhamento e apoio psicológico necessário com profissional especializado no município de União dos Palmares – AL. O estudo não trará nenhum risco a saúde física.

8) Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: oferecer contribuição científica acerca do tema, bem como na melhoria dos cuidados oferecidos na atenção à saúde da mulher, principalmente às gestantes quilombolas que vivem em contexto de violência doméstica e familiar.

9) Você poderá contar com a seguinte assistência: psicológica, sendo responsável(is) por ela: profissional especializado do município de União dos Palmares - AL.

10) Você será informada sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11) A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12) As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13) O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14) Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

15) Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.



Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Avenida Lourival Melo Mota, Cidade Universitária, Tabuleiro dos Martins, Maceió/AL.

CEP: 57072900

Telefones p/ contato: 3214-1100

E-mail: natalia-colatino@hotmail.com

Contato de urgência: Sr(a).

Endereço:

Complemento:

Cidade/CEP:

Telefone:

Ponto de referência:

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

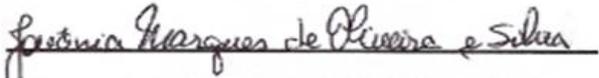
Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 às 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com



Maceió, _____ de _____ de 20____

<hr/> <p>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p> Assinatura da orientadora do estudo (Rubricar as demais páginas) JOVÂNIA MARQUES DE OLIVEIRA E SILVA</p> <p> Assinatura do responsável pelo estudo (Rubricar as demais páginas) NATÁLIA COLATINO VEIGA MELO</p>
---	--

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DA PESQUISA**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió-AL, 04/11/2019

Senhor(a) Pesquisador(a), Jovânia Marques de Oliveira e Silva

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 23/05/2019 e com base no parecer emitido pelo (a) relator(a) do processo nº **11025718.2.0000.5013**, sob o título **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR EM GESTANTES QUILOMBOLAS:UM ENFOQUE PELA ENFERMAGEM**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12 e Resolução CNS 510/16.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resoluções CNS 466/12 e 510/16.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: DEZEMBRO de 2020.

Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa - UFAL