

INTRODUÇÃO

Embora nos últimos anos, se tenha assistido a um crescente interesse público na questão da violência doméstica, a investigação neste domínio é ainda relativamente recente, e muito ainda permanece por estudar. A violência doméstica é uma séria questão de direitos humanos e de saúde pública com consequências sociais, económicas e biomédicas, que afeta a saúde e o bem-estar de muitas mulheres em todo o mundo, independentemente do seu contexto social, idade, religião, etnia, escolaridade ou personalidade.

Segundo o Conselho da Europa, a violência contra as mulheres no espaço doméstico é a maior causa de morte e invalidez entre mulheres dos 16 aos 44 anos, ultrapassando o cancro, acidentes de viação e até a guerra. Este dado internacional, se relacionado com os indicadores disponíveis em Portugal (embora apenas indicativos) que sugerem que semanalmente morrem mais de cinco mulheres por razões direta e indiretamente relacionadas com atos de violência doméstica, dá-nos uma imagem de uma realidade que nos ofende na nossa dignidade humana enquanto pessoas, e na nossa condição de cidadãos portugueses.” (in IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2011-2013).

Os fatores de risco para a violência doméstica, variam de cultura para cultura, mas o mesmo tipo de consequências são passíveis de serem observadas globalmente. Estas podem ir desde sequelas psicológicas até à própria morte.

Por todo o mundo registam-se elevados índices de violência doméstica. De acordo com uma revisão de 50 países, a prevalência de mulheres que reportaram terem sido

fisicamente abusadas pelo seu companheiro em algum momento das suas vidas, varia entre 10 e 50% (Heise, et al., 1999).

Uma forma particularmente grave da violência doméstica é aquela que ocorre durante o período da gravidez. A violência doméstica na gravidez tem efeitos a curto e longo prazo. Algumas complicações são visíveis no imediato, na mulher ou no feto/bebé, e outras afetam o curso da gravidez e/ou o desenvolvimento do bebé.

Embora se trate de um importante problema de saúde pública, consensualmente reconhecido a nível internacional, em Portugal tem sido ainda pouco estudado. Particularmente, do nosso conhecimento, não existem estudos que analisem os efeitos da violência na gravidez e no desenvolvimento dos bebés.

O objetivo desta tese é, por um lado sumarizar a literatura existente explorando as consequências da violência doméstica no período de gravidez, para o desenvolvimento mental e sócio-emocional infantil. Especificamente os efeitos no período de um ano pós-parto, com enfoque na relação mãe-bebé, explorando também o papel da saúde mental materna.

Nesta tese, a violência doméstica é definida como qualquer ato num contexto de relação íntima que causa dano a nível físico, psicológico ou sexual (The World Health Organization, (WHO), 1997). Embora a classificação da violência doméstica seja meramente teórica, uma vez que os diferentes tipos de abuso são difíceis de separar por muitas vezes estarem concomitantemente presentes (Wijma et al, 2004).

Num primeiro momento, iremos discutir a natureza e severidade da violência doméstica durante a gravidez na cidade de Matosinhos, Porto, Portugal.

De seguida será discutida a relação entre a violência doméstica e as consequências para o desenvolvimento mental infantil em dois momentos no primeiro ano de vida (aos 3,5 e 12 meses de idade), com apresentação dos resultados. Para o desenvolvimento infantil neste estudo, são considerados os aspetos mental e sócio-emocional.

Posteriormente apresenta-se uma revisão da literatura, acerca dos mecanismos pelos quais a violência pode afetar o desenvolvimento infantil, à medida que se vai explorando a relação mãe-bebê e a saúde mental materna durante a gravidez, como possíveis fatores de risco ou de proteção em relação às suas consequências. Todas as hipóteses aqui colocadas serão suportadas pela literatura existente.

O objetivo deste trabalho é evidenciar os efeitos da violência durante a gravidez no desenvolvimento dos bebês, enfatizando a importância da implementação de programas de ajuda às mulheres grávidas vítimas.

Inicialmente o estudo foi desenhado para ser apresentado em forma de artigos científicos mas posteriormente pensamos que um formato mais tradicional pudesse contribuir para uma melhor compreensão dos resultados obtidos.

Finalmente serão apresentados os resultados obtidos nesta investigação. Estes proporcionam uma enorme oportunidade para o desenvolvimento de respostas adequadas à questão da violência durante a gravidez e à proteção da mãe e do bebê vítimas.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A. DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

A violência doméstica inclui diversas formas de comportamento violento que assentam numa especial relação de dependência e vulnerabilidade entre a vítima e o abusador, sendo este último alguém com poder e responsabilidade sobre a vítima. A gravidade destes casos tem a ver com a sua difícil visibilidade e consequente dificuldade de diagnóstico e intervenção terapêutica e de proteção, bem como com a sua reiteração, por vezes durante largos anos. Inclui diversos comportamentos, ativos ou passivos, físicos ou emocionais, e apesar das vítimas serem geralmente indicadas como as mulheres/companheiras ou os filhos, o facto é que todos os membros daquele agregado familiar devem ser potencialmente considerados como tal.

A violência doméstica é um significativo problema de Saúde pública. A violência doméstica acontece num/no quadro de uma patologia da interação entre diversos membros de uma família, estando a gravidade destes casos relacionada com a sua baixa visibilidade, prejudicada ainda mais pelo facto das vítimas dificilmente revelarem os abusos, bem como com a reiteração dos comportamentos violentos, que se sucedem em ciclos, arrastando-se, por vezes, durante largos anos. Estas circunstâncias fazem com que este seja um problema especialmente complexo e multidimensional.

Segundo o Conselho da Europa, a violência contra as mulheres no espaço doméstico é a maior causa de morte e invalidez entre mulheres dos 16 aos 44 anos, ultrapassando o cancro, acidentes de viação e até a guerra. Este dado internacional, se relacionado com os indicadores disponíveis em Portugal (embora apenas indicativos) que sugerem que semanalmente morrem mais de cinco mulheres por razões direta e indiretamente relacionadas com atos de violência doméstica, dá-nos uma fotografia de uma realidade que nos ofende na nossa dignidade humana enquanto pessoas, e na nossa condição de cidadãos portugueses.” (in IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2011-2013)

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) adotou em 1979, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, uma ação que contribuiu para a proibição de todas as formas de discriminação contra as mulheres, onde se incluía, logicamente, a violência.

Em 1986 foi aprovada uma nova resolução específica (resolução 40/36) da Assembleia Geral da ONU, sobre violência doméstica. Na atualidade, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia define violência como *qualquer ato com intenção ou percebido com intenção de qualquer pessoa relacionada através de vínculos de sangue, intimidade ou lei de causar abuso físico ou psicológico (ACOG 1995)*, e a Organização Mundial de Saúde (1997), define violência doméstica como *qualquer comportamento que, inserido num relacionamento íntimo, provoque danos físicos, psicológicos ou sexuais*.

A United Nations Children's Fund (UNICEF), em 2000 chama a atenção para que o termo doméstico no âmbito da violência Doméstica, não deve confinar apenas aos limites das paredes do lar familiar, mas antes, focalizar-se no tipo e na natureza das relações que envolvem determinadas pessoas.

Em Portugal a Violência Doméstica é definida pela Comissão de Peritos para o Acompanhamento da Execução do I Plano contra a Violência Doméstica (2000) como qualquer conduta ou omissão que inflija reiteradamente sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto, (por meio de ameaças, enganos, coação ou qualquer outro meio) a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado familiar ou que não habitando, seja cônjuge ou companheiro ou ex-cônjuge ou ex-companheiro, ascendente ou descendente.

Embora se trate de um importante problema de saúde pública, consensualmente reconhecido, em Portugal tem sido ainda pouco estudado, salientando-se, contudo, que o Plano Nacional Contra a Violência doméstica 2011-2013 reconhece que *“este tipo de violência tem significativas implicações políticas, sociais e até económicas e constitui uma violação dos direitos humanos com raízes históricas e culturais”* (IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2011-2013).

Uma forma particularmente grave deste tipo de violência é a que acontece contra a mulher grávida e as suas consequências para o bebé e a relação mãe-bebé. Embora se trate de um importante problema de saúde pública, internacionalmente reconhecido, em Portugal este tem sido pouco estudado.

Por todo mundo as classificações usadas variam em função de vários aspetos possíveis da complexa análise deste fenómeno, sendo que todas as classificações têm vantagens e desvantagens (Krug e tal 2002; Krantz e tal 2005). Nomeadamente, variam em função de: tipo de vítima, por exemplo idade e género (abuso infantil, sobre o parceiro ou sobre idosos), em função do tipo de atos perpetrados (abuso psicológico, físico e sexual), em função da relação entre abusador e vítima, em função do seu contexto demográfico, em função das suas consequências em termos de sequelas físicas e mortalidade

A violência durante a gravidez ou violência perinatal (Sharps et al., 2007), definida como o abuso que ocorre antes, ou até a um ano após a gravidez, pode desencadear riscos específicos para a saúde materna e a do bebê (Kady et al. 2005; Charles & Pereira, 2007). Este tipo de violência tem sido referido com abuso infantil no útero (Fernandez, & Krueger, 1999).

A violência doméstica representa um padrão de conduta coercivo contra as mulheres (Nuñez-Rivas, Monge-Rojas, Gríos-Dávila, Elizondo-Ureña, & Rojas-Chavarría, 2003). Entende-se por violência doméstica, qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações entre os membros da família, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder. Pode manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligências nos cuidados e/ou afetos) (Magalhães, 2004). Este tipo de conduta coerciva surge na forma de violência física, sexual ou psicológica, bem como através de ameaças de violência sexual ou física (Bogat, Levendosky, & Eye, 2005; Simpsa, Isabel, Cerrato, & Everaed, 2000).

A violência psicológica e emocional, apresenta-se sob a forma de insultos, humilhações, intimidações e ameaças (American Medical Association, 1992).

O abuso físico inclui bofetadas, mordidas, empurrões, pontapés, esganadura e estrangulamento, e muitas vezes com recurso a armas brancas e de fogo.

A violência sexual traduz-se por relações sexuais forçadas com recurso a práticas humilhantes para a mulher (Sipsma. et al. 2000 ; Baram & Basson, 2007) ou até mesmo atos de violação (Nuñez-Rivas et al., 2003; Al-Adawi1, & Al-Bahlani, 2007).

Apesar de todas as consequências, muito pouco ainda é conhecido acerca da violência perinatal e dos fatores de risco ou protetores a ela associados.

B. MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Em Março de 2013, Secretário Geral da ONU e chefes de outras entidades da ONU juntaram-se na Comissão para o Estatuto da Mulher, em Nova Iorque numa reunião para a tolerância zero em relação à violência contra as mulheres. Durante a sexagésima sexta Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2013, sete governos - Bélgica, Índia, México, Holanda, Noruega, Estados Unidos da América, e Zâmbia – declararam a violência contra meninas e mulheres "uma questão essencial e de grande relevo para a saúde pública global, um desafio à igualdade de género e direitos humanos, que toca a todos os países e a todas os estratos da sociedade" e propôs que a questão devesse aparecer na agenda da sexagésima sétima World Health Organization (WHO, 2013).

O relatório, as estimativas globais e regionais de violência contra as mulheres: Prevalência e efeitos na saúde da violência por parte do parceiro íntimo e violência sexual pelo não-parceiro, representa o primeiro estudo sistemático de dados globais sobre a prevalência da violência contra as mulheres - tanto por parceiros como não parceiros.

Cerca de 35% de todas as mulheres irão um dia experienciar violência por parte do seu parceiro íntimo ou violência por parte de alguém estranho. O estudo constatou que a violência por parte do parceiro íntimo é o tipo mais comum de violência contra as mulheres, afetando cerca de 30% das mulheres em todo o mundo.

O estudo destaca a necessidade de todos os setores da sociedade se envolverem na eliminação da tolerância para com a violência contra as mulheres e para a necessidade de um melhor apoio para as mulheres que a experimentam. Novas orientações da OMS, lançadas com o relatório, visam ajudar os países a melhorarem a capacidade do seu sector da Saúde Pública para responder à violência contra as mulheres (WHO, 2013).

Globalmente a violência doméstica é um sério problema de saúde pública e social, sendo que a sua prevalência e a sua universalidade estão já bem documentadas (WHO, 2002; Krug, Dahlberg, Mercy, & Zwi, 2002; Coker, Davis, & Arias, 2002; Pico-Alfonso, Garcia-Linares, Cel-Navarro, & e tal., 2005; Walby Allen, Walby. & Allen, 2004; Coleman, Jansson, Kaiza, & Reed, 2007).

A sua prevalência na sociedade é chocante e inaceitável; em todo o mundo existe em média uma em cada quatro mulheres a experienciar violência doméstica em algum momento das suas vidas (Thiara, Gill, & eds, 2010).

Os níveis de violência doméstica podem ser medidos em termos de magnitude (prevalência ou incidência). No entanto os dados que surgem na literatura internacional, contabilizaram casos relativos à existência de história da violência ao longo da vida da mulher, o que por si só não permite separar dados relativos a vítimas grávidas das vítimas em idade fértil.

A investigação indica consistentemente que a violência doméstica na gravidez adquire o potencial de provocar danos na mulher e no feto, física e psicologicamente. As mulheres grávidas sofrem múltiplas formas de abuso durante a gravidez, sendo que alguns estudos indicam que o abuso psicológico é o mais frequentemente reportado (Macy, Martin, Kupper, Casanueva, & Guo, 2007).

Dependendo da definição de abuso, da população estudada e do tipo de instrumentos utilizados para cada estudo, a prevalência do abuso em mulheres grávidas varia entre 0.9% a 31.7% (Chamberlain, et al, 2000, Goodwin, 2001), com a maioria deles a identificar um intervalo entre 3.9% e os 8.3% (Gazmararian et al., 1996; Bash & Jones, 1994; Campbell *et al.*, 2004; El-Zanaty *et al.*, 1996; Jasinski, 2004; Sampsel *et al.*, 1992; Stewart & Cecutti, 1993; Gazmararian *et al.*, 1996).

A Organização Mundial de Saúde informou sobre 48 estudos em todo o mundo que mostram que a incidência de violência física em mulheres grávidas vítimas de abuso foi maior do que 5% em 11 dos 15 países estudados. Adicionalmente, entre 13% (Etiópia) e quase 50% (Brasil urbano e Sérvia e Montenegro) das mulheres nesses estudos relataram que foram abusados pela primeira vez durante a gravidez (Lemon, Verhoek-Oftedahl, & Donnelly, 2002).

Embora estas taxas sejam suficientemente elevadas, sabemos que as taxas de incidência de violência na gravidez reais serão bem superiores, devido à relutância das mulheres em denunciarem o facto de serem vítimas, especialmente durante a gravidez (Rennison, 2000).

A investigação sugere que cerca de 30% da violência doméstica tem o seu início ou piora em termos de frequência e/ou severidade no período da gravidez. (Craig, 2003; CEMACH, 2004; Mezey & Bewley, 1997; McWilliams & McKiernan 1993; Gazmararian, et al., 2000), sendo por isso a gravidez considerado um período de elevado risco para a violência doméstica. Este período pode desencadear o episódio inicial ou pode desencadear uma escalada de uma relação abusiva pré-existente, sendo por isso a história de abusos anteriores um preditor de futuros abusos. (Campbell, 1995; Glander *et al.*, 1998; Bacchus, Mezey, & Bewley, 2003; Jasinski, 2004; Silverman, Decker, Reed, & Raj, 2006).

O abuso que ocorre durante a gravidez pode, em certos casos, ser ainda mais severo na sua natureza ou mais frequente na sua ocorrência do que em outros momentos da vida da mulher (Martinet al, 2001). No estudo realizado, pelo WHO em vários países, sobre saúde da mulher e violência doméstica contra as mulheres, a maioria das mulheres que relataram abuso físico durante a gravidez também tinham sido vítimas de violência doméstica antes de engravidar, (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2005; Silverman, Decker, Reed, & Raj, 2006; Jasinski, 2004).

Um pouco por todo mundo, abuso pelo parceiro íntimo é a forma mais comum de violência doméstica (WHO, 2002), não importando a raça, etnia ou classe social. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) define violência como qualquer ato com intenção de causar dano físico ou psicológico, por qualquer pessoa com relação de sangue, intimidade ou ligação legal (ACOG, 1995).

Para além da extensa incidência conhecida, a maioria da violência doméstica não é retratada pelos dados oficiais, porque permanece fortemente escondida (Samir Al-Adawi & Sabah Al-Bahlani, 2007), daí que a gravidade destes casos se relacione também, com a sua baixa visibilidade, prejudicada ainda mais pelo facto das vítimas dificilmente revelarem os abusos, (Samir Al-Adawi & Sabah Al-Bahlani, 2007), bem como pela reiteração dos comportamentos violentos, que se sucedem em ciclos, arrastando-se, por vezes, durante largos anos. Estas circunstâncias fazem com que este seja um problema especialmente complexo e multidimensional (Walker, 1996).

As vítimas podem partilhar (mencionar, queixar) a situação de violência, mas a perceção desta situação pode ser interpretada de distintas formas, podendo ser atribuída a diferentes crenças dependendo da moldura cultural em causa.

A investigação mostra e o senso comum reforça a ideia de que as atitudes perante a violência doméstica variam de cultura para cultura. As mulheres são particularmente vulneráveis à violência doméstica em culturas onde a subserviência da mulher é prática comum através dos papéis rígidos de género e normas culturais aceites pela sociedade, apoiando assim o direito dos homens a perpetuar a violência às suas companheiras.

Mulheres grávidas afectadas pela violência doméstica são uma parte crítica desse grande grupo, devido às consequências para a mãe e para o bebé. Vários estudos têm investigado os correlatos da violência durante a gravidez muitas vezes com enfoque nas características sociodemográficas da mãe (Glander, et al., 1998).

Um pouco por todo o mundo vários estudos deste fenómeno têm sido realizados apontando para resultados mais ou menos concordantes.

Numa revisão de 50 estudos por todo o mundo concluiu-se que cerca de 10 a 50% das mulheres, reportaram terem sido fisicamente violentadas pelo seu parceiro íntimo em algum momento da sua vida (Heise, et al,1999).

Em Junho de 2013, o relatório da WHO, apresentou dados regionais de acordo com as regiões da OMS, sendo que, para a violência por parte do parceiro íntimo, o tipo de violência contra as mulheres onde existe uma maior quantidade de dados disponíveis, as regiões mais afetadas foram:

Sudeste Asiático – a prevalência de 37,7%. Com base em dados agregados de Bangladesh, Timor-Leste (Timor Leste), Índia, Myanmar, Sri Lanka e Tailândia.

Mediterrâneo Oriental – a prevalência de 37%. Com base em dados agregados de Egito, Irão, Iraque, Jordânia e Palestina.

África – a prevalência de 36,6%. Com base em dados agregados de Botswana, Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Lesoto, Libéria, Malawi, Moçambique, Namíbia, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.

Quando se compara dados combinados de violência sexual por parte do parceiro íntimo com violência sexual por parte do não-parceiro, entre todas as mulheres de 15 anos ou mais, as taxas de prevalência foram as seguintes:

África – 45,6%; Américas – 36,1%; Mediterrâneo Oriental – 36,4% * (dados não disponíveis para a violência sexual por parte de não-parceiro nesta região); Europa – 27,2%; Sudeste da Ásia – 40,2%; Pacífico Ocidental – 27,9%;

Na América estima-se que 20 a 30% da totalidade das mulheres deste continente tenham sido vítimas de violência por parte do parceiro durante a sua vida e que cerca de três

quartos das mulheres americanas já foram agredidas pelos seus parceiros (Menezes & Cursino, 2003).

Nos Estados Unidos, aproximadamente 22,1% das mulheres sofreram algum tipo de violência por parte do seu parceiro. A cada ano, 4,5 milhões de agressões físicas contra mulheres, são cometidas (Departamento de Justiça dos EUA, 2000). Em 1999, cerca de 1.218 mulheres, mais que três mulheres por dia, foram assassinadas pelo seu parceiro. Nesse mesmo ano, os homicídios entre parceiros representaram 32% do total de assassinatos de mulheres (Departamento de Justiça dos EUA, 2001), estimando-se que seis milhões de mulheres americanas são vítimas de violência por ano (Lipsky, Sherry, & at al., 2005).

No Canadá, uma em cada três mulheres declarou ter sido alvo de violência doméstica durante a sua vida, e entre 3% a 17% tinham lidado com esse tipo de violência durante a gravidez (Canadian Centre for Justice Statistics, 2013).

Em particular no Brasil estudos revelam que 21.8% vivenciaram um ou mais tipos de violência durante a sua vida, as ameaças à sua integridade física foram referidas por 10% das participantes e 5% reportaram terem sofrido de atos de violência sexual (Ferri, Cleusa & et al., 2007).

A investigação sobre a violência doméstica na Europa indica que a cada dia, um em cada cinco mulheres é vítima de violência doméstica.

Um dos maiores inquéritos realizados em Inglaterra sobre as denúncias de violência por parte dos homens (contra as parceiras) encontrou uma taxa global de prevalência de mais de 7% (Farrington, 1994). Outros estudos revelam que uma em cada três mulheres declarou ter sido alvo de violência doméstica durante a sua vida, e que 3 a 17% tinham lidado com esse tipo de violência durante a actual gravidez (Home Office, 2013).

Um estudo transversal realizado com mulheres irlandesas revelou que 39 % já haviam sofrido episódios de violência (Bradley et al. 2002).

Um estudo feito com mulheres norueguesas, residentes em Trondheim, revelou que 18% já sofreram violência doméstica em algum momento do seu relacionamento (Schei & Bakketeig, 1991).

Da mesma forma, numa amostra holandesa, 20,8% das mulheres tinham, em algum momento das suas vidas, vivido situações de violência física (e/ou sexual) por parte do seu parceiro (Romkens 1997).

Na Suíça, de acordo com um estudo efetuado de 1994 a 1996, as taxas globais de prevalência de abuso da mulher foram de 12,6%, enquanto as taxas de prevalência de doze meses foram de 6,3 % (WHO 2002).

Pouco mais de 4% das mulheres espanholas (com dezoito anos de idade) são referidas pelo *Women's Institute* – uma organização de direitos das mulheres – por sofrer agressões físicas diariamente, por parte do seu marido (Bosch, 2000).

Na Polónia, 60% das mulheres divorciadas pesquisadas em 1993 pelo Centro para o Exame de Opinião Pública relataram ter sido agredidas pelo menos uma vez por parte dos seus ex-maridos, e 25% relataram a repetição da violência.

Vinte e nove por cento das mulheres na Roménia; 22% na Rússia e 21% na Ucrânia e 42% das mulheres casadas da Lituânia, relataram episódios de maus-tratos físicos, afirmaram ter sido vítimas de violência física ou sexual, ou sofrido de ameaças de violência por parte dos seus parceiros atuais", embora apenas 10,6% das inquiridas lituanas" tenham relatado os incidentes mais graves à polícia. "

Num inquérito realizado na Arménia em 2000, 23% sofreu episódios de abuso 1 a 3 vezes ao longo da sua vida, 14% foram abusadas com frequência mensal de 1 a 3 9,5% foram abusadas 1-3 vezes numa semana.

Na Turquia Oriental estão presentes talvez as maiores taxas de prevalência relatadas em toda a Europa, mais precisamente no Oriente e no Sudeste da Anatólia, onde a taxa de prevalência do abuso por parte do cônjuge é estimada em 57,9% (WHO 2002).

As taxas de prevalência do abuso sobre a mulher também são elevadas em África, embora muitas organizações governamentais tenham prometido promover a participação plena e igualitária da mulher na sociedade. A violência doméstica no Egito continua a ser um problema social significativo (Refaat et al. 2001). No Egito, uma em cada três mulheres é agredidas durante a gravidez (Amaro et al 1990).

No Quênia, a prevalência do abuso físico nas relações é de 42 % (WHO 2002), 40,4 % das mulheres que residem nos distritos de Lira e Masaka (Uganda) relatam que são abusadas pelo atual marido ou namorado (WHO, 2002). Além disso, as investigações têm documentado que a violência doméstica é generalizada na África do Sul, apesar dos esforços do governo para reduzir os números elevados (Kim & Mmatshilo, 2002).

Na atualidade, em Portugal, os dados estatísticos disponíveis são insuficientes para avaliar corretamente a extensão da incidência ou prevalência deste fenómeno, ou para avaliar as suas consequências a curto, médio e longo prazo. Mas a experiência com estes casos e alguns estudos que têm sido desenvolvidos permitem compreender a seriedade e magnitude das consequências da violência doméstica. Um pouco por todo o mundo, e apesar dos esforços de campanhas de sensibilização para o problema, a violência doméstica é por um lado ainda vista como um assunto privado, acrescido ao facto de em certas culturas e certas sociedades a violência contra as mulheres ser aceite (Counts et al 1999), o que contribui para dificultar a sua quantificação em termos de prevalência, compreender os seus factores de risco e as suas consequências.

Durante muito tempo, o Código Penal português apresentou várias lacunas em relação ao crime de violência doméstica. “Até 1852, a lei portuguesa autorizou o marido a bater na

mulher, e o Código Penal de 1886 considerava o adultério da mulher como atenuante de homicídio, não sendo reconhecido à mulher a mesma atenuante” (Lourenço, Lisboa, Pais, 1997).

Hoje em dia é considerado crime público, isto é, consiste num crime que não carece de queixa da vítima para que possa existir um procedimento criminal em que não é necessário a existência de uma queixa, basta que o Ministério Público tome conhecimento do crime ocorrido através, por exemplo, dos órgãos da polícia.

Entre 2010 e 2012 a APAV registou um aumento percentual de 8,4% de processos de apoio. O número de crimes registados pela APAV sofreu um acréscimo de 8,8% de 2010 para 2011 e de 10% de 2011 para 2012. Já o número de vítimas diretas sofreu um aumento de 29% de 2010 para 2012. Em 2012, a APAV registou um total de 20311 crimes que se traduziram em 12084 processos de apoio, com 8945 vítimas diretas. Globalmente, a APAV prestou algum tipo de apoio a cerca de 23500 pessoas, entre as quais vítimas diretas, indiretas, familiares e amigos. Ainda em 2012, os maus tratos psíquicos representaram cerca de 36% das situações de violência doméstica no seu todo, seguindo-se os crimes de maus-tratos físicos com 26,7% do total dos crimes desta categoria (APAV, 2012)..

A dificuldade da vítima sair, abandonar este tipo de relação não se prende a um único fator, poderá ser explicado por: o medo de represálias, dificuldades económicas ou dependência económica da vítima, dependência emocional, falta de suporte social/familiar, fatores sociais/culturais, crenças religiosas, a falta de conhecimento dos recursos legais, o medo de ficar sozinha e sem os filhos, a esperança na mudança de comportamentos por parte do agressor (APAV, 2010).

Esta noção, é suficiente para concluir que é importante os profissionais de saúde reconhecerem este problema, ainda subestimado, e serem capazes de orientar para a prevenção de problemas físicos, psicológicos e sociais na criança e na mãe.

É importante refletir sobre esta questão, embora não muito conhecida, bem como os seus diferentes métodos de avaliação, as suas consequências e ações preventivas, terapêuticas e de proteção necessárias.

C. FACTORES DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Diversos estudos têm sugerido que algumas mulheres podem estar em maior risco de sofrerem de violência durante a gravidez devido ao seu estatuto socioeconómico, idade, estado civil ou condição de minoria. Enquanto que a violência contra a mulher pode ser encontrada em todos os níveis socioeconómicos, muitos estudos identificam um risco aumentado em grávidas e não grávidas de níveis socioeconómicos mais baixos (Dunn, & Oths, 2004; Coker, Sanderson, Dong, 2004). Algumas investigações revelam os níveis socioeconómicos e de educação como os preditores mais relevantes da violência durante a gravidez (Bohn, Tebben, Campbell, 2004) e outros estudos, de base populacional, demonstraram que os indicadores socioeconómicos foram os fatores mais comuns e universalmente preditivos de violência durante a gravidez (Jeyaseelan, Sadowski, Kumar, Hassan, Ramiro, & Vizzcarra, 2004).

IDADE

Um certo número de estudos demonstra que existe uma relação entre a idade jovem e um risco aumentado de experiência de violência durante a gravidez (Bohn et al, 2004; Dunn & Oths, 2004; Heaman, 2005; Janssen et ai, 2003; Muhajarine & D 'Arcy, 1999; Radestad, Rubertson, Ebling, & Hildingsson, 2004; Saltzman et al, 2003; Stewart & Cecuti, 1993), com as mulheres abusadas a serem em média 4 anos mais novas que as não abusadas. Alguns relatórios de pesquisa nacionais sugerem um risco quase do dobro de violência na gravidez para mulheres com menos de 20 anos.

ESTADO CIVIL

Ser solteira, pode estar associada com um risco aumentado de experiência de violência durante a gravidez (Dunn & Oths, 2004; Heaman, 2005; Janssen et ai, 2003; Lipsky et al, 2005 a,b);. Martin et al, 2004;. Muhajarine & D'Arcy, 1999; Saltzman et al, 2003;. Stewart & Cecutti, 1993). As mulheres podem ter um risco ainda maior se se separam ou divorciam durante a gravidez (Saltzman et al., 2003). Não existem estudos que comparem os índices de violência na gravidez entre a união de facto e o casamento.

No entanto, esta associação ao estado civil torna-se, muitas vezes não significativa nas análises multivariadas (Bohn et al, 2004; Dunn & Oths, 2004; Heamen, 2005; Janssen et al, 2003; Muhajarine & D'Arcy, 1999). É também de salientar que a maioria destes estudos envolveu amostras de base clínica ou hospitalar em vez de amostras populacionais. O único estudo que examinou uma amostra de base populacional não controlou a idade usando uma análise multivariada (Saltzman et al., 2003).

Da mesma forma, as mulheres solteiras têm um risco aumentado de violência por parte do parceiro, durante a gravidez em comparação com as mulheres casadas (Anderson, Marshak, Hebbeler, 2002), com um estudo observando um aumento de quatro vezes no risco de violência na gravidez entre mulheres a viver em união de facto versus casadas (Saltzman, et al., 2003).

Dada a associação que existe entre a coabitação e violência em geral (Brownridge, 2008), seria importante analisar se a coabitação também é um fator de risco para a violência durante a gravidez.

EDUCAÇÃO

Há resultados inconsistentes na literatura sobre a relação entre a educação e o risco de violência durante a gravidez. Alguns estudos, apontam para o facto de as mulheres com menos educação poderem ter mais risco de sofrer violência durante a gravidez (até 4,7 vezes mais) (Saltzman et al.,2003). No entanto, esses estudos contêm algumas limitações de análise. Noutros estudos, mais controlados, descobriram que esta associação desaparece em modelos ajustada (Dunn & Oths, 2004; Heaman, 2005; Muhajarine & D'Arcy, 1999) e outros não encontram qualquer associação (Bohn et al.,2004).

Vale a pena ressaltar que nenhum dos estudos mencionados consideraram o nível de educação do parceiro masculino nas análises.

EMPREGO

Uma série de estudos tem investigado a associação entre o estado de emprego das mulheres e o risco de violência durante a gravidez, com alguns a encontrarem o estatuto de desempregado associados um risco aumentado de violência (Heaman, 2005; Stewart & Cecutti, 1993) e outros, a não encontrarem associação entre a situação de emprego e de risco para a violência (Bohn et al, 2004; Dunn & Oths, 2004; Helton et al, 1987; Martin et al. , 2004). A maioria destes estudos não investiga a relação entre a situação de emprego do parceiro masculino e o risco de violência durante a gravidez (Bohn et al, 2004; Dunn & Oths, 2004; Heaman, 2005; Helton et al, 1987;. Stewart & Cecutti, 1993). No entanto, nos dois estudos em que isso ocorreu, o desemprego masculino emergiu como um preditor significativo para perpetrar violência contra as mulheres grávidas (Leung et al, 1999; Martin et al, 2004).

HISTÓRIA DE VIOLENCIA NA FAMILIA DE ORIGEM

A Violência doméstica é muitas vezes transmitida através das gerações. Sabemos que, as crianças que testemunham ou sofrem violência são mais propensas a cometer ou ser vítimas de violência em adultos, em comparação às crianças não expostas (Guille, 2003; Whitfield, Anda, Dube, & Felitti, 2003). A existência de violência na família de origem tem um impacto sobre as taxas de vitimização e perpetração de violência em adultos, com alguns estudos a revelarem que as mulheres vítimas de abuso durante a gravidez tinham histórias de abuso infantil (Vendas & Murphy, 2000), no entanto, essa relação não foi totalmente explorada no que se refere especificamente ao risco de violência durante a gravidez.

Alguns fatores de personalidade – incluindo insegurança, baixa autoestima, depressão e perturbação de personalidade agressiva ou antissocial – estão relacionados com a violência, assim como fatores de conflito na relação marital.

Para além destes, fatores como baixo nível de apoio social, primi-parentalidade, dependência de substâncias (álcool e drogas), gravidez inesperada ou indesejada, (Stuve & O'Donnell, 2008) e origem racial/étnica, especialmente se pertencer a uma minoria, colocam a mulher grávida num risco acrescido de sofrer violência doméstica (Coker, et al. 2004; Stuve, et al. 2008, Taylor & Nabors, 2009, Garzmararian, Lazorick, & Spitz, 1996; Jasinski, & Kantor, 2003; Bohn, Tebben, & Campbell, 2004; Anderson, Marshak, & Hebbeler, 2002).

Muitos destes fatores que estão associados com um aumento estatisticamente significativo da probabilidade de violência doméstica na gravidez também podem ajudar a explicar as diferentes prevalências descritas anteriormente. . Claramente, estudos com amostras que consistem numa grande percentagem de mulheres com estas características "de maior risco" vão produzir estimativas de prevalência mais altas do que aqueles estudos com amostras de menor risco.

PRÉ-EXISTÊNCIA DE OUTRA FORMA DE ABUSO

A grande maioria das mulheres que relataram violência física durante a gravidez também são vítimas de abuso verbal e agressão psicológica (Campbell, 2002; Martin et al, 2004;; Valladares, Ellsberg, Peña, Hoberg, & Persson, 2002). Na verdade, o abuso psicológico pode ser a forma predominante de abuso durante a gravidez, em alguns as culturas, (Leung et al, 1999; Leung, Wong, Leung, & Ho, 2005; Tiwari et al, 2005). A violência psicológica, actua como forma de estabelecer o controlo nos relacionamentos violentos e muitas vezes cria sentimentos de medo, insegurança, inutilidade e dependência nas vítimas (Sales & Murphy, 2000). As mulheres que são abusadas durante a gravidez apresentam taxas mais altas de agressão psicológica tanto antes como durante a gravidez, em comparação com mulheres não vítimas (Martin et al., 2004). Além disso, a pesquisa indica

que o abuso verbal pode estar associado com o risco aumentado de violência física e / ou sexual durante a gravidez (Martin et al, 2004; Sales & Murphy, 2000).

O abuso que ocorre durante a gravidez pode, em certos casos, ser ainda mais severo na sua natureza ou mais frequente na sua ocorrência do que em outros momentos da vida da mulher (Johnson, et al (2003).

Apesar de a gravidez poder ser um período de proteção para algumas mulheres, consistindo numa pausa da violência pré-existente, para outras é um período de risco durante o qual o abuso pode começar ou escalar. Mulheres com parceiros violentos têm muita dificuldade em proteger-se a elas próprias de gravidezes não desejadas, visto que a violência sexual pode levar diretamente a uma gravidez. (Heise, Ellsberg& Gottemoeller, 1999). Os estudos indicam consistentemente que a violência doméstica é mais comum em famílias grandes. Estudos internacionais mostram que 25% das mulheres são abusadas pela primeira vez durante a gravidez. (Tjaden, & Thoennes, 2000).

Saber se a gravidez é um factor que faz despoletar a violência, é algo complexo de se concluir, uma vez que os dados de diferentes estudos são inconsistentes. Encontra-se, por vezes, uma forte associação entre gravidez não desejada e abuso, embora mediada por características de personalidade da mulher como sejam a história de depressões recorrentes ou até mesmo factores sociodemográficos, nomeadamente famílias carentes e com baixa escolaridade (Martin, 2004).

Este tipo de violência pode ser mais frequente durante a gravidez comparativamente a outros momentos da vida da mulher, sendo também, em certos casos, ainda mais severo na sua natureza (Martin, et al , 2001).

Alguns estudos encontraram que a violência possa existir mais numa primeira gravidez devido ao stress despoletado pela transição para a parentalidade (visto que pode ser um stressor que provoque o aparecimento da violência), e porque mulheres grávidas jovens

podem estar emocionalmente menos preparadas para a gravidez e por outro lado estarem mais dependentes economicamente dos seus parceiros (UNICEF, 2009). Outros estudos revelam que a violência na gravidez é só um mero prolongamento da violência pré-existente (Bacchus, Mezey, & Bewley, 2006).

Alguns dados sugerem que a violência diminui com a presença de uma gravidez (The United States Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Study), enquanto que outros revelam que esta, apode continuar ou até mesmo ser mais severa (Lau, 2005). No estudo WHO, no Brasil Etiópia e Servia muitas mulheres revelaram que o abuso teve inicio na gravidez (Garcia-Moreno, Jasen & Ellsberg, 2005).

Existe também uma relação com o aumento de stress e as consequências para a saúde devido à violência. A gravidez pode ser um fator de stress na vida quotidiana do casal, porque pode alterar a forma de vida da família, a estabilidade e harmonia, e pode criar um ambiente de violência (Jasinski, 2004). O aumento da violência e do stress também pode estar associado ao fato de serem pais pela primeira vez ou por se tratar de uma gravidez inesperada ou indesejada (Cokkinides et al, 1999; Goodwin et al, 2001; Jasinski & Kantor, 2013).

D. SEVERIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Investigações extensas sugerem que as mulheres que sofrem de violência durante a gravidez são mais suscetíveis de sofrer violência severa, do que as que não são vítimas de violência durante a gravidez. Numa amostra de homens condenados por agressões conjugais, os relatos masculinos da frequência e a severidade dos scores de violência e lesões eram quase o dobro relativamente à violência perpetrada em parceiras grávidas, comparativamente com parceiras não-grávidas; estes scores são ainda mais elevados para a violência dirigida a

anteriores parceiras grávidas comparativamente com as não-grávidas anteriores (Burch & Gallup, 2004). Stewart and Cecutti (1993) afirmaram que 66,7% das mulheres abusadas durante a gravidez solicitaram tratamento médico devido ao abuso. Mulheres grávidas também parecem estar três vezes mais propensas a experienciar tentativas de feminicídio e feminicídio completo (Campbell, García-Moreno, & Sharps, 2004; McFarlane et al., 2002), comparativamente com as mulheres que não experienciam violência durante a gravidez (McFarlane et al., 2002).

Vários autores foram apresentando propostas de análise da severidade da violência doméstica, surgindo uma série de instrumentos amplamente utilizados em diferentes estudos. As propostas podem ser organizadas grosso modo em instrumentos de rastreio ou screen por um lado e instrumentos de diagnóstico por outro.

Em particular o Abuse Assessment Screen, é utilizado por profissionais de saúde, no rastreio de casos de violência contra a mulher grávida que tende a manter um contacto permanente com os profissionais de saúde, facilitando por isso a identificação de situações de violência no casal. Este instrumento contém cinco questões que visam identificar a frequência e a gravidade da situação, as zonas das lesões corporais, o período específico e o perfil do perpetrador. A brevidade do questionário e sua fiabilidade pode aumentar a eficácia do reconhecimento das mulheres agredidas nos serviços pré-natais.

Uma das limitações deste instrumento é o facto de não identificar claramente a violência emocional.

No que diz respeito a instrumentos de diagnóstico, Straus (1979) desenvolveu a Conflict Tactics Scale (CTS), revista em 1996 (CTS-2 Revised) que se trata de um sistema destinado a avaliar a severidade da violência intra-familiar.

A CTS2 tem sido utilizada em muitos estudos desde 1979, envolvendo mais de 70.000 participantes de diversas origens culturais. Também tem sido usado com sucesso em, pelo menos, 20 países.

Esta escala avalia os modelos de resolução de conflitos entre um casal, em particular a extensão em que os parceiros de um namoro, união ou relação conjugal, se envolvem em ataques físicos e psicológicos um contra o outro, mas também o uso que os mesmos fazem de raciocínio ou negociação para lidar com os conflitos. No entanto, a CTS2 não se destina a medir as atitudes sobre o conflito ou sobre a violência, nem as causas ou as consequências do uso de táticas diferentes (Straus, 1979).

A sua aplicação mais frequente tem sido na obtenção de dados acerca da agressão física contra um parceiro, sendo que as críticas que lhe têm sido feitas são críticas pelo facto de não avaliar o abuso emocional e o nível de perigo a que estão expostas as vítimas.

A investigação mostra claramente que a gravidez não previne a ocorrência de violência doméstica, no entanto as evidências acerca do aumento ou diminuição da violência doméstica durante o período da gravidez, são contraditórias.. É portanto complexo de concluir, se a própria gravidez pode ser um factor de risco para o aumento da violência, já que dados de diferentes estudos são inconsistentes (Cardoza, 2005).

Em alguns casos, a gravidez pode desencadear episódios de abuso por parte do parceiro, alguns estudos indicam mesmo que a prevalência de abuso físico e sexual pode ser maior e que os atos possam ser mais severos entre as grávidas do que noutras mulheres (Ronsmans & Khat, 1999; Shallat & Lezak, 2000; Jehl & Douglas, 1999), embora o risco pareça ter mais a ver com a idade aparentemente mais jovem com que estas mulheres engravidam (Jasinki & Kantor, 2013). Existe também uma forte associação entre a gravidez indesejada e abuso, enquanto mediada pela personalidade de uma mulher, como depressão ou

mesmo fatores sociodemográficos, incluindo as famílias pobres e de baixa escolaridade (Cox et al. 2003, Martin, 2004).

Outros estudos não encontram diferenças de risco para a violência pelo facto de a mulher estar grávida ou não (Jasinski & Kantor, 2001). E, além disso estes e outros estudos relataram uma diminuição na violência durante o período de gravidez, em comparação com o período anterior à gravidez (CDC, 1999).

A análise das possíveis diferenças culturais que possam estar por trás, talvez possam ajudar a clarificar estas variações observadas. Em Portugal, os estudos disponíveis sobre a violência física durante o ano após o parto, sugerem uma prevalência de 9.7% e uma incidência de 8.4% (Rocha, 2006). Outros dados revelam que os maus tratos às mulheres, em geral, acontecem em 14.1% dos casos entre os 26 e os 35 anos de idade e em 15.3% das mulheres entre os 36 e os 45 anos, salientando-se que as “famílias nucleares e com filhos” representam 29.8% das famílias vítimas de abuso (Associação de Apoio à Vítima, em conjunto com o Gabinete de Apoio à Vítima). Tal facto sugere que parte destas mulheres terão sido abusadas durante o período gestacional, podendo esta problemática ser, inclusivamente, mais comum do que, por exemplo, a diabetes gestacional ou a pré-eclampsia (WHO, 2000), situações para as quais as mulheres são rastreadas por rotina.

Existirão, portanto, questões socioculturais que levam a que em Portugal, este grave problema social e de saúde pública ainda não seja suficientemente valorizado, entendendo-se, por vezes, como algo aparentemente natural, que acontece nas famílias sem que haja necessidade de acompanhamento médico, por comparação com outras situações de risco perfeitamente assumidas.

Na atualidade, os dados estatísticos disponíveis são insuficientes para avaliar corretamente a extensão da incidência ou prevalência deste fenómeno, ou para avaliar as suas consequências a curto, médio e longo prazo. Um pouco por todo o mundo e apesar dos

esforços de campanhas de sensibilização para o problema, a violência doméstica é ainda vista como um assunto privado, acrescido ao facto de em certas culturas e certas sociedades, a violência contra as mulheres ser aceite (Counts, Brown, and Campbell, 1992; Heise et al., 1999; Krug et al., 2002), o que contribui para dificultar a sua quantificação em termos de prevalência, compreender os seus fatores de risco e as suas consequências.

Infelizmente sabemos que muitas mulheres que experienciaram violência doméstica poderiam ter sido ajudadas se alguém as tivesse questionado acerca dos problemas existentes na sua relação com o companheiro.

Baixa escolaridade, baixo nível socioeconómico, ser solteira ou estar divorciada, estar desempregada são factores que têm sido associados ao aparecimento de perturbações psíquicas na gravidez (Silva R., et al 2010).

Os níveis das hormonas do stress elevam-se durante a perturbação mental materna e podem ter efeitos físicos na mãe (predispondo-a a hipertensão arterial materna, pré-eclâmpsia, parto prematuro e difícil) e no bebé em desenvolvimento, (que pode apresentarem baixo peso gestacional) .

Stress psicológico pré-natal ou psicopatologia materna durante o período pré-natal tem consequências neonatais negativos (Veena A. Satyanarayana, Ammu Lukose, & K. Srinivasan, 2011).

Distúrbios psicológicos durante a gravidez estão associados com cuidados pré-natalais inadequados, baixo peso ao nascer e parto prematuro, enquanto que no pós-parto, estão associados com diminuição do envolvimento emocional, negligência e hostilidade para com o recém-nascido (Veena A. Satyanarayana, Ammu Lukose, & K. Srinivasan, 2011).

CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ

A. PARA A MÃE

Em junho de 2013 a Organização Mundial de saúde (WHO), publicou um relatório atualizado acerca da violência contra as mulheres em todo o mundo. Este relatório detalha também o impacto da violência sobre a saúde física e mental de mulheres e meninas. Estes danos variam desde ossos partidos a complicações relacionadas com a gravidez, perturbações mentais e funcionamento social deficitário. “ Estes novos conhecimentos enfatizam o facto de a violência contra as mulheres ser um problema global de saúde de proporções epidémicas”, disse Margaret Chan, Directora-Geral da OMS. "Conseguimos ver também que os sistemas de saúde por todo o mundo podem e devem fazer mais pelas mulheres que sofrem violência."

As principais conclusões do relatório sobre os impactos negativos da violência na saúde da mulher, por parte do parceiro íntimo foram:

Morte e ferimentos - O estudo constatou que, globalmente, 38% de todas as mulheres que foram assassinadas foram mortas por seus parceiros íntimos, e 42% das mulheres que sofreram violência física ou sexual nas mãos de um parceiro sofreram sequelas físicas.

Depressão - violência por parte do parceiro é um dos principais factores que contribuem para a existência de perturbações na saúde mental das mulheres, com as mulheres que sofreram violência por parte do parceiro a serem quase duas vezes mais propensas a sofrerem de depressão em comparação com as mulheres que não sofreram qualquer tipo de violência.

Problemas com uso de álcool - Mulheres vítimas de violência entre parceiros íntimos têm quase duas vezes mais, probabilidade de vir a ter problemas com uso de álcool, do que outras mulheres

Infecções sexualmente transmissíveis - Mulheres que sofrem violência física e/ou sexual por parte do parceiro, estão 1,5 vezes mais propensas a contrair infecções por sífilis, clamídia ou gonorreia. Em algumas regiões (incluindo a África sub-saariana), têm 1,5 vezes mais probabilidade de contrair o HIV.

Gravidez indesejada e aborto - Tanto a violência por parte do parceiro como a violência sexual por parte do não-parceiro estão associados a gravidez indesejada, o relatório descobriu que as mulheres vítimas de violência parceiro física e/ou sexual estão duas vezes mais propensas a abortarem, do que as mulheres que não experimentam violência.

Bebés de baixo peso - Mulheres que sofrem violência por parte do parceiro têm uma *chance* 16% superior do darem à luz um bebé de baixo peso ao nascer.

CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS

Vítimas de violência por parte do parceiro, estão mais propensas a relatarem efeitos negativos para a sua saúde física, tais como o estado de saúde pobre, má qualidade de vida e aumento do uso de serviços de saúde, com a violência por parte do parceiro a surgir como uma das principais causas de lesões em mulheres (Campbell, 2002).

As mulheres grávidas, vítimas de abuso, são consideradas mais expostas ao risco de complicações durante a gravidez, com o conseqüente aumento do número de hospitalizações e internamentos mais prolongados (McFarlane, et al.,1996). As grávidas vítimas de violência relatam muitas vezes terem sido pontapeadas, levado socos, empurrada pelas escadas abaixo, ameaçadas com facas, sufocadas, escaldadas, empurrada para fora de carros em movimento, e tendo tido objetos atirados contra elas (Bacchus et al., 2006). Para além do relato destas agressões, sofrem um imenso número de lesões diretamente relacionadas com o vivenciar de episódios de violência, incluindo cortes, contusões, fraturas, lesões dentárias, facadas, sangramento vaginal e dores de cabeça persistentes (Bacchus et al, 2006; Stewart & Cecutti, 1993).

Muitos autores têm investigado a associação entre violência no casal e a necessidade de hospitalização durante a gravidez, bem como a associação com complicações durante a gravidez e no parto. Estima-se que 10% dos internamentos por lesões durante a gravidez são resultado de lesões intencionais provocadas à mulher grávida (Chambliss, 2008).

Assim, as conseqüências diretas da violência na gravidez incluem, nomeadamente ansiedade generalizada, depressão, consumos excessivos, hemorragias, contusões abdominais, infecções cervico-vaginais, infecções urinárias e renais, taquicardia, hipertensão arterial, abortamentos precoces e tardios, rotura prematura de membranas, placenta prévia, deslocamento prematuro de placenta normalmente inserida, complicações durante o parto e ferimentos (Muhajarine N., 1999 ; Lipsky, S. et al 2005; Campbell, 1999; Rodrigues , Rocha & Barros, 2008; El Kady, Gilbert, & Xing, 2005).

Os efeitos indiretos na saúde incluem abuso de substâncias, um atraso na procura de cuidados pré-natais, insuficiente ganho de peso durante a gravidez, e níveis reduzidos de amamentação ao peito (Rodrigues , Rocha & Barros, 2008; El Kady, Gilbert, & Xing, 2005;

Curry, 1998; Dietz, Gazmararian, Goodwin, 1997; Moraes, Amorim & Reichenheim, 2006; . Lau & Chan, 2007).

Importa, por isso, conhecer as complicações que podem surgir em consequência destes abusos durante a gravidez e parto. Entre essas consequências, no período pré-natal, contam-se a hipertensão arterial, as hemorragias, a anemia, as infecções cervico-vaginais, urinárias e renais. De facto as alterações anatómicas e fisiológicas nesta fase influenciam as consequências das lesões de forma dramática. Até ao final do segundo trimestre de gestação, a frequência cardíaca aumenta em 15%, podendo haver entre 80 e 95 pulsações por minuto. Assim, e devido à expansão do volume sanguíneo, a mulher grávida pode suportar hemorragias com uma perda máxima de 1500 ml de sangue, após o que entrará em hipotensão. Ainda assim, tal circunstância pode resultar em hipoxia fetal, por falta de afluxo de sangue ao útero, estando este requisitado para outros órgãos. Também se verifica na mulher grávida uma motilidade gástrica diminuída, com consequente aumento do tempo necessário à digestão dos alimentos, o que, conjugado com uma situação de perda de consciência (em consequência de uma agressão) pode apresentar um risco elevado de sufocação. Já a partir do segundo trimestre, em que o útero se introduz no abdómen, deixando de estar protegido pela pélvis de lesões diretas, passa a haver um risco aumentado de traumatismo.

De facto, estando o fluxo sanguíneo uterino aumentado até cerca de 600 ml/min, a sua laceração ou rotura pode resultar numa hemorragia grave, podendo também ocorrer lesão fetal direta, parto prematuro ou descolamento da placenta (Polsky & Markowitz, 2006).

Como consequências para o parto, destacam-se os partos pré-termo, abortamentos precoces e tardios, rotura prematura de membranas e placenta prévia (Muhajarine, 1999, Campbell, 1999).

Do exposto, facilmente se retira a extrema necessidade (por vezes a única oportunidade) de rastreio de violência a grávidas durante as suas hospitalizações ou durante as suas visitas médicas.

CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE MENTAL

A gravidez nem sempre representa um estado emocional de alegria e felicidade, o bom senso diz-nos e a investigação demonstra que, as mulheres grávidas correm o risco de desenvolverem perturbações de ansiedade (Rodrigues, Rocha & Barros, 2008; El Kady, Gilbert, & Xing, 2005; Curry, 1998; Dietz, Gazmararian, Goodwin, 1997; Moraes, Amorim & Reichenheim, 2006; Lau & Chan, 2007) e sintomas depressivos que podem aparecer em qualquer momento da gravidez. Em particular se existir história de sintomas psicopatológicos prévios, que podem reaparecer devido a alterações hormonais (Marcus, Flynn, Bow, & Barry, 2003; Figueiredo, 2009).

A World Health Organization (WHO) define a saúde mental materna como "um estado de bem-estar no qual a mãe tem consciência das suas próprias capacidades, consegue lidar positivamente com o stress normal da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de dar um contributo na sua comunidade." (WHO, 2002).

Durante a gravidez podem surgir algumas alterações psicológicas, reativas a esse estado, bem como alterações no quotidiano da mulher tratando-se, por isso, de um período gerador de mudanças nos ciclos e padrões relacionais habituais. Quando a estas alterações se associam diversas situações de crise e maus-tratos conjugais, o quadro torna-se particularmente grave e complexo, potenciando-se as consequências, já de si negativas, dos abusos.

A gravidez corresponde, muitas vezes, a um período altamente stressante, em que muitas mulheres têm que lidar com situações de crise como mudança de residência, aumento da frequência e intensidade de discussões com o parceiro, hospitalizações de entes queridos e problemas financeiros, acrescentando a isto uma percentagem considerável de mulheres que são abusadas antes ou durante este período (Martin, S. et al , 2004).

Consequentemente, se por si só este é um período de maior fragilidade psicológica, quando a estas alterações se associam diversas situações de crise e maus tratos conjugais, o quadro torna-se particularmente grave e complexo, potenciando-se as consequências, já de si negativas, dos abusos.

Na gravidez podem surgir sentimentos de ambivalência acerca da maternidade e da gestão das mudanças que ocorreram ao longo do tempo, oscilações do humor, ansiedade antecipatória do parto e stress, etc. (Rodriguez , Rocha & Barros, 2008; El Kady, Gilbert, & Xing, 2005; Curry, 1998; Dietz, Gazmararian, Goodwin, 1997; Moraes, Amorim & Reichenheim, 2006; . Lau & Chan, 2007). Estes estados emocionais, são muitas vezes multidimensionais e instáveis ao longo da gravidez (e.g., Conde & Figueiredo, , 2007; Justo et al., 1999) mas também permitindo por meio de alterações ao nível de alguns mecanismos psicológicos adequado ajustamento psicológico no decurso da gravidez (Justo,1990). É ainda possível observar na mulher grávida sintomas depressivos não psicóticos, queixas somáticas como dificuldades de concentração, insónia, fadiga e irritabilidade (Pereira & Levisi, 2010).

A literatura existente nesta área, foca-se em grande parte nas perturbações mentais comuns, tais como depressão e ansiedade (Veena A. Satyanarayana, Ammu Lukose, & K. Srinivasan, 2011).

As Perturbações Mentais Comuns (TMC) perinatais caracterizam-se por altos níveis de depressão, ansiedade, pânico e/ou sintomas somáticos que ocorrem durante a gravidez e após o nascimento. São importantes preditores de subsequente depressão e ansiedade pós-

parto (Grant, McMahon, e Austin, 2008; Heron, O'Connor, & Glover, 2004; Lee, Lam, Sze, Chong, Chui, e Fong, 2007), com a vivência de sentimentos de tristeza, decepção e fracasso.

A literatura demonstra que as mulheres grávidas em geral, correm maior risco de sofrerem de depressão, no entanto a vivência de violência nesse período, aumenta significativamente esse risco (Dunn & Oths, 2004; Manzolli et al., 2012; Martin et al., 2006). Quer durante a gravidez (Dunn & Oths, 2004; Martin et al., 2006) quer no período pós-parto (Gross et al 2002; Widding, 2000). A mulher deprimida durante a gravidez pode estar menos atenta ou importada com o seu estado de saúde, e conseqüentemente não aderir aos cuidados pré-natais, consumir de álcool, tabaco ou outras drogas, e pode também mostrar maior pessimismo, falta de apetite e insônia (Pereira & Lovisi, 2008).

Como dito anteriormente, para além da depressão, as mulheres que são abusadas durante a gravidez reportam muitas outras manifestações de psicopatologia, desde o aumento de sentimentos de angústia consigo própria e um aumento de dificuldades no relacionamento com os outros (Casanueva & Martin, 2007).

Após o nascimento, a mãe deprimida pode deixar de comer adequadamente, tomar banho ou cuidar de si mesma. Estes comportamentos podem potenciar os riscos de infecção e anemia. O risco de suicídio, de psicopatologias psicóticas e infanticídio também se devem ter em consideração.

A presença de ansiedade está também relacionada com o desenvolvimento da depressão (Wittchen et al 2000; Austi, Tully, e Parker, 2006). Isso significa que identificar e tratar precocemente a ansiedade pode prevenir o aparecimento futuro da depressão (Flannery-Schroeder, 2006).

A violência durante a gravidez também se encontra fortemente associada a problemas de stress. As mulheres abusadas durante a gravidez estão em maior risco de referir

esse stress percebido (Valladares, et al, 2002) nomeadamente a referirem um aumento do número de eventos de vida stressantes (Dunn & Oths, 2004) comparadas com a mulheres grávidas não vitimas de violência.

Curiosamente, muitas mulheres que são vítimas de violência durante a gravidez sentem-se responsáveis pelo comportamento agressivo do seu parceiro (Bacchus et al., 2006). Estas diferentes manifestações de psicopatologia podem afetar seriamente a qualidade de vida da grávida, bem como o funcionamento diário das mães no período pós-parto (Gross et al, 2002).

Sabemos da importância do período perinatal, que inclui tanto as fases pré-natal e pós-natal, tanto para a mãe como para o filho. No entanto a investigação acerca do impacto da saúde mental materna desde a concepção, no desenvolvimento do bebé, só ganhou maior impulso nos últimos anos.

A Saúde mental materna influencia significativamente a vinculação materno-fetal, que começa desde cedo na gravidez (Hosking & Walsh, 2005). A doença mental severa ou prolongada tem consequências negativas para a vinculação mãe-bebé, para a amamentação e para os cuidados pré e pós-natais. Mães deprimidas e/ou ansiosas tem maior dificuldade em fazer contacto ocular com os seus bebés e maior dificuldades em conectar-se emocionalmente com eles. Para além disto exibem menor capacidade para interpretar os sinais de fome, alegria ou angustia que os seus bebés lhes dão e por isso tornam-se menos responsivas para com o bebé. (WHO).

Para além das consequências físicas, a violência durante a gravidez, também pode conduzir ao aparecimento de problemas psicológicos, como, stress emocional, depressão, ansiedade e baixa auto-estima (Carlson 2003; Curry & Harvey, 1998) consequências duradouras para a saúde mental e bem-estar materno e do bebé (Veena, Satyanarayana,

Ammu Lukose, & K. Srinivasan, 2011; Rodrigues , Rocha & Barros, 2008; El Kady, Gilbert, & Xing, 2005; Curry, 1998; Dietz, Gazmararian, Goodwin, 1997; Moraes, Amorim & Reichenheim, 2006; . Lau & Chan, 2007).

Grávidas violentadas tem um maior risco para desenvolverem perturbações mentais, nomeadamente ansiedade, depressão (Lipsky 2004; Manzolli et al, 2010; Martin et al, 2006) e Perturbação de Stress Pós-Traumático (Stampfel, Chapman, & Alvarez, 2010), apresentando por vezes quadros de perda generalizada de interesse por si própria e pelo seu bebé, bem como pela saúde de ambos, quer durante a gravidez, quer depois do bebé nascer (Campbell, e tal. 2002; Piontelli, 1995).

A mãe vítima de violência doméstica tem maior probabilidade de desenvolver dependências do álcool ou drogas, ficar desempregada, tentar o suicídio, sofrer de ansiedade, depressão e elevados níveis de stress materno e fetal (Rodrigues , Rocha & Barros, 2008; El Kady, Gilbert, & Xing, 2005; Curry, 1998; Dietz, Gazmararian, Goodwin, 1997; Moraes, Amorim & Reichenheim, 2006; . Lau & Chan, 2007; Campbell, García-Moreno, & Sharps, 2004; Lewis, Gwynneth, & Drife, James. et al, 2005).

B. PARA O BEBÉ

As maiores vítimas da violência doméstica são os bebés, mesmo antes de nascerem. Desde cedo que se observam diferenças individuais, nomeadamente no comportamento dos fetos, ao adotarem posturas próprias e diferentes das dos outros, ao se relacionarem de forma particular com o ambiente intrauterino e com os seus objetos de relação (a placenta e o cordão umbilical) apresentando, por isso, um desempenho e um comportamento muito próprios

(Piontelli, A. 1987).

CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS

A sujeição a ambientes violentos, em períodos específicos, nomeadamente nos períodos fetal e perinatal, pode causar riscos para a saúde do feto/bebê aumentando o risco de abuso fetal e os riscos de consequências adversas na gravidez, tais como: infecções sexualmente transmissíveis, hospitalizações pré-parto, complicações no parto, hemorragia pré-parto, infecções do trato urinário, parto prematuro, danos placentários, inflamação das membranas fetais, corioamnionite, contrações uterinas, ou rutura prematura das membranas que pode contribuir diretamente para o baixo peso infantil aquando do nascimento (Cokkinides 1999; Kady et al., 2005; Shadigian, & Bauer, 2004; Shumway, O'Campo, Gielen, & et al., 1999; Goodall, & Lumley, 2007; Dietz, Gazmararian, Goodwin, Bruce, Johnson, & Rochat, 1997; Bacchus, Mezey, & Bewley, 2002).

Curiosamente, alguns estudos têm demonstrado que as mulheres que frequentemente ocorrem aos serviços de urgência com lesões físicas devido à ocorrência de algum episódio de violência têm mais probabilidade de estarem grávidas do que as mulheres que sofreram lesões acidentais e são atendidas no mesmo serviço (Mezey, Bacchus, Haworth, & et al., 2003). Outras investigações concluem que, as mulheres que experimentam abuso são mais propensas a vivenciarem condições que colocam os seus fetos em risco, do que as mulheres que não sofrem abuso (Goodwin, Gazmararian, Johnson, Gilbert, Saltzman, & Group, 2000).

A violência física e o trauma durante gravidez provocam também prejuízos no desenvolvimento do feto e do bebê, que se podem associar, entre outros, a: alterações no seu

sistema imunitário (Piontelli, 1987, Campbell, e tal., 2002; Goodall and Lumley 2007, Kaye, 2006), baixo peso ao nascer, fraturas fetais, (Veena, Satyanarayana, Ammu Lukose, e K. Srinivasan, 2011;), hematomas, efeitos negativos no cérebro do bebê em desenvolvimento, abortamentos ou natimortes, lesão fetal e morte fetal e neonatal (Shadigian & Bauer, 2004; Mezey, Bacchus, Bewley, S., et al., 2005; Mezey, & Bewley, 1997; Piontelli, 1987, J. Campbell, 2002, McVeigh et al. 2005; Goodall and Lumley 2007, Kaye 2006). Além do abuso fetal, sabe-se hoje que bebês menores de um ano de idade têm maior risco de lesão ou morte.

Em relação ao baixo peso para a idade gestacional, sabemos que indiretamente estes bebês, são mais suscetíveis de posteriormente, apresentar défices de desenvolvimento, alterações na maturação do sistema nervoso central, atraso no desenvolvimento da linguagem, intelectual e realização escolar.

Para além destes danos diretos, existem outros danos colaterais à vivência de violência durante o período da gravidez, para o bebê ainda feto. Um dos dados empíricos mais consistente, é a fase tardia da procura do atendimento pré-natal entre as vítimas de violência (Coker, Sanderson, & Dong, 2004) que muitas vezes resulta em atendimentos inadequados durante a gravidez. A pesquisa indica que muitas mulheres maltratadas só começam o acompanhamento pré-natal no terceiro trimestre (Mc FarlaneParker, & Soeken, 1996a), e isso pode desencadear complicações na gravidez, sendo um fator de risco grave, de baixo peso e prematuridade, para a o feto (Mc Farlane, Parker, & Soeken, 1996b) .

Outro efeito colateral da violência no período da gravidez, é a forma como o stress associado a esta experiência, pode também prejudicar severamente as habilidades parentais das mulheres, tornando-as menos capazes de cuidar de seus filhos e tornando os seus bebês mais deprimidos do que o das outras mulheres (Humphreys 2006). Todos estes fatores, certamente irão afetar o bem-estar do bebê.

No entanto, onexo de causalidade entre a violência doméstica durante a gravidez e as consequências perinatais adversas não foi claramente demonstrado.

Os fetos são altamente sensíveis ao ambiente (em grande parte representado pela mãe) e à qualidade da relação. Estudos recentes demonstram que os bebês no útero ouvem, saboreiam, comunicam e são capazes de sentir (Gonzalez-Gonzalez et al., 2010). Os bebês são capazes de reconhecer sons que escutaram durante o seu período uterino, demonstrando que são seres Humanos conscientes do meio que os rodeia durante a fase pré-natal, reproduzindo no mundo externo comportamentos que exibiam no mundo uterino.

Nos últimos anos, a investigação tem evoluído no sentido de nos trazer valiosos aportes que nos tornaram mais atentos para o facto da gravidez e do primeiro ano de vida desempenharem um papel fundamental na construção das fundações básicas do desenvolvimento saudável infantil. Exemplo disso, é o conhecimento que temos hoje, hoje acerca do processo de desenvolvimento do cérebro que ajuda a compreender melhor os papéis da genética e do meio ambiente no nosso desenvolvimento.

A genética predispõe-nos a desenvolver em determinadas direções, mas as nossas experiências, incluindo as nossas interações com as outras pessoas, têm um impacto significativo na forma como as nossas predisposições são expressas. De facto, a pesquisa mostra agora que muitas das nossas capacidades, que se pensava estarem fixadas na altura do nascimento são, na verdade, dependentes de uma sequência de experiências, combinadas com a hereditariedade. Sendo ambos os fatores essenciais para o desenvolvimento ótimo do cérebro humano (Shonkoff e Phillips, 2000).

Tendo em conta a evolução da espécie Humana, verificamos que a nossa principal ferramenta de sobrevivência reside na nossa inteligência, isto é, na inúmera quantidade de neurónios e ligações sinápticas entre eles.

Essa quantidade de células nervosas implica um cérebro de considerável dimensão que, naturalmente, necessita de um grande crânio para o conter. Ora, para poder dar à luz uma criança com um cérebro grande, as mulheres deveriam ter umas ancas também elas enormes! No entanto, se os quadris fossem assim tão largos, isso dificultaria a corrida das mulheres, uma questão fundamental para a sobrevivência dos nossos ancestrais. Assim, parece ser que o compromisso da natureza foi o de que os bebés humanos teriam que nascer prematuros comparativamente aos padrões de outros mamíferos o que, conseqüentemente, implicou que muito do seu desenvolvimento cerebral, ocorra após o nascimento, no início da vida e de forma crucial antes dos 3 anos de idade.

Assim, desde o período pré-natal até aos três primeiros anos de vida, o cérebro passa pelo seu maior e mais rápido desenvolvimento, sendo que as primeiras experiências é que irão determinar se sua arquitetura será robusta ou frágil.

Quando os bebés nascem, eles têm quase todos os neurónios que irão ter ao longo de toda a sua vida, mais de 100×10^9 100 bilhões, entre o nascimento e 3 anos de idade, esse número aumenta cerca de vinte vezes para cerca de 1000×10^{12} 1000 biliões.

Por este ser um número muito elevado, para poder ser especificado somente pelos genes, as novas sinapses que se formam (ou que desaparecem) passam a ser determinadas pela natureza da experiência (Schoore, 2001). Durante este período, as sinapses criam ligações complexas, através do uso repetido, o que implica aprendizagens muito rápidas através da experiência precoce. As experiências servem para desenvolver e construir novas conexões, mas servem também para podar diferentes combinações dos biliões de sinapses, o que significa que cada cérebro de cada bebé se desenvolve de forma diferente, em resposta ao seu ambiente particular.

Esta interação “gene-ambiente” postula que o ambiente, em particular durante o período da gravidez e primeira infância, ativa ou silencia genes 'bons' e 'maus' cruciais para o

bem-estar mental e para a adaptação social do indivíduo, ou seja, certos genes são realmente ligados ou desligados pelas experiências da vida precoce (Tremblay 2008).

Esta interação assume maior relevância em certos períodos. Nos três primeiros anos de vida esses períodos, considerados *sensíveis* ou *críticos* para o desenvolvimento neuronal, porque são chamadas “janelas sensíveis” de tempo, em que certas aprendizagens específicas ocorrem e o cérebro refina habilidades ou funções específicas.

Estes períodos são especialmente importantes na aquisição de competências afetivas, mudanças cognitivas e sociais que ficarão refletidas/espelhadas em circuitos neuronais específicos. Havendo uma maior estimulação e portanto maior utilização de certos circuitos neuronais, isso irá traduzir-se na maior produção de neurónios e de sinapses em áreas particulares do cérebro e por outro lado não havendo estimulação ou se esta for reduzida a tradução neuronal far-se-á em forma de poda ou desaparecimento neuronal para essas áreas

Certas capacidades humanas, tais como o desenvolvimento da visão, linguagem e resposta emocional, ocorrem em surtos durante estes tempos sensíveis. A dimensão de tempo de cada janela é diferente dependendo da habilidade em questão. Por exemplo, a formação de sinapses relativas à visão (no córtex visual) tem o seu pico aos 3 meses, terminando aos 3 anos de idade, enquanto o mapa auditivo (audição) está formado por volta dos 12 meses. Isso explica porque é que as crianças japonesas que não aprendem a distinguir a sonoridade das letras L e R até aos 12 meses têm grande dificuldade em fazê-lo mais tarde. Se perder a oportunidade de praticar uma habilidade durante a sua janela, a criança pode nunca vir a aprender, ou a sua aprendizagem pode ficar prejudicada.

Do que a ciência sabe hoje, a janela sensível para a sensibilidade emocional e empatia encontra-se nos primeiros 18 meses de vida e estas "habilidades" são moldadas pelo estilo de interação com o cuidador principal. Um estilo de interação errado pode ter resultados desastrosos.

Nestes períodos sensíveis de desenvolvimento precoce, a rede neuronal do cérebro está mais aberta à influência de experiências externas, para o melhor ou para o pior. Sendo que, durante esses períodos sensíveis, o desenvolvimento emocional e cognitivo saudável constrói-se através da interação responsiva e confiável com os adultos. Assim, as experiências precoces, que incluem o desenvolvimento de relações sócio emocionais e de vinculação significativa com os pais ou cuidadores, moldam a arquitetura do cérebro em desenvolvimento, com efeitos duradouros na saúde mental futura do bebê. (Balbernie, 2008; Schore, 2003).

Exemplos extremos da influência da qualidade e quantidade de experiências a que uma criança é exposta, podem ser observados em crianças, como o caso dos órfãos romenos negligenciadas, que evidenciam ausência de atividade cerebral em enormes áreas dos seus cérebros, ou o caso dos índios nativo-americanos que têm a sua audição muito desenvolvida e boas capacidades motoras de equilíbrio, e ainda nas crianças modernas que têm dificuldade em funcionar sem o ruído de fundo da televisão.

Descobertas de estudos neurológicos, demonstram que ambientes abusivos e situações traumáticas, têm um impacto negativo no desenvolvimento cerebral do bebê no que diz respeito aos aspetos da saúde mental, emocional e psicológica (Kendall-Tackett, 2001; 2009; Rossman, 2001). (Rivett & Harold, 2006).

STRESS TÓXICO E A ARQUITETURA DO CÉREBRO DE UM BEBÉ

Entre a interação permanente de fatores benéficos para a saúde e fatores de risco para a doença ao longo da vida, o stress tóxico no início da vida parece desempenhar um papel crítico, podendo interromper ou destruir as conexões neuronais do cérebro e outros sistemas

regulatórios importantes de tal forma permanente, que continuarão a exercer a sua influência na fisiologia, no comportamento e na qualidade da saúde durante décadas posteriores.

O stress tóxico é definido como a ativação excessiva ou prolongada dos sistemas fisiológicos de resposta ao stress, na ausência da contenção protetora, proteção que uma relação estável e responsiva com um cuidador, lhe confere (Camaroytti, 2000).

Aprender a lidar com a adversidade faz parte e é um aspeto importante do desenvolvimento saudável do Ser Humano. Quando uma criança se sente protegida pelas relações de apoio com os adultos, ela aprende a lidar com os desafios do quotidiano e face a um acontecimento novo ou stressante, o seu sistema de resposta ao stress é ativado: quando nos sentimos ameaçados, o nosso corpo ativa uma variedade de respostas fisiológicas, incluindo o aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e de hormonas do stress como o cortisol. No entanto após a vivência do acontecimento, este sistema consegue voltar ao seu nível basal. Este é o chamado stress positivo.

O stress tolerável ocorre quando, em presença de eventos mais difíceis de lidar, como a perda de um ente querido, um desastre natural ou um acidente grave, por exemplo, estas situações são geridas e contidas por adultos que cuidam e que ajudam a criança a lidar e a adaptar-se à situação. Este apoio é crucial porque atenua os efeitos potencialmente danosos, dos níveis elevadamente anormais, das hormonas do stress libertadas.

O potencial de uma criança é definido pela qualidade do apoio recebido precocemente. Quando experiências negativas fortes, se tornam frequentes ou prolongados, tais como pobreza extrema ou abuso repetido são vividos, provocando respostas de medo e stress sem a contenção de um cuidador, o stress que elas desencadeiam torna-se tóxico, uma vez que as respostas neuroquímicas ao medo e stress tornam-se os principais arquitetos do cérebro (o cortisol excessivo que é libertado para a corrente sanguínea e banham o cérebro imberbe como ácido) com efeito direto nas redes neuronais.

Sabemos que as respostas ao stress são mediadas pelo sistema nervoso autónomo (SNA) e pelo eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), com ações complementares por todo o organismo, que são estritamente necessárias para preparar o organismo para a reação de "luta ou fuga" perante uma situação potencialmente perigosa¹². As principais moléculas intervenientes na resposta fisiológica ao stress são a adrenalina e os glicocorticoides, sendo o cortisol o mais importante glicocorticoide envolvido.

Em face a um stressor, o SNA é o responsável pela resposta mais imediata e de curta duração, podendo, em segundos, ser capaz de aumentar a frequência cardíaca, provocar a dilatação das pupilas, a abertura das passagens respiratórias, um aumento da concentração de glicose no sangue¹⁵ e aumento da pressão arterial (por libertação de adrenalina e noradrenalina). Mas, a resposta fisiológica ao stress envolve também, o eixo HPA, que resulta no aumento dos níveis de glicocorticoides na circulação.

O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) é essencial para garantir a homeostasia do organismo, ele controla o crescimento, a reprodução, o metabolismo e o comportamento. Mas é também, a principal linha da "cascata de defesa", que ajuda os seres humanos a lidarem com situações de crise.

Ora, sabemos hoje que, este eixo e a sua comunicação com os seus trajetos fisiológicos é altamente suscetível à influência de experiências precoces. Estudos sugerem que isto acontece devido à programação epigenética transgeracional dos genes que operam no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, tal como o receptor de glucocorticóides (GR).

O receptor de glucocorticóides (GR), é dentro dos reguladores do eixo HPA, um dos mais importantes (Kloet, Joels, & Holsboer, 2005) e poderá estar envolvido nesse mecanismo, controlando muitos aspetos do desenvolvimento, metabolismo e função imunitária.

Daí que, possamos pensar que, a exposição pré-natal ao stress materno possa ter

implicações (O'Connor, Ben-Shlomo, Heron, Golding, Adams, & Glover, 2005) para a função psicológica, tais como o aparecimento de problemas comportamentais e emocionais durante o desenvolvimento nomeadamente a doença mental (O'Connor, Heron, Golding, Beveridge, & Glover, 2002; O'Connor, Heron, Golding, Beveridge, & Glover, 2003). Embora ainda não se saiba se essa exposição intrauterina ao stress materno afeta o estado epigenético desses genes para além da infância, nem os mecanismos moleculares que transmitem essa experiência para o comportamento do adultos não estão totalmente caracterizados.1-5

O que sabemos é que em estudos longitudinais, que analisam o gene GR em mães e nos seus filhos, entre os 10 e 19 anos após o nascimento e combinando esses dados com uma avaliação retrospectiva da exposição materna à violência doméstica durante a gravidez, foi possível concluir que o estado de metilação do gene GR dos filhos adolescentes foi influenciado pela experiência da violência doméstica da mãe durante a gravidez.

Pensa-se que o processo plausível pelo qual o stress pré-natal é traduzido em alterações da fisiologia e da expressão genética e no limite em fenótipos psicologicamente vulneráveis, possa ser o mecanismo de *metilação* do DNA pelo qual o stress pré-natal pode programar a função psicossocial adulto. (Murgatroyd 2009, Gregory et al 2009, Uddin et al 2010)

O que sabemos é que eixo HPA não se encontra totalmente desenvolvido no nascimento e, está portanto, sujeito à influência das experiências ambientais que irão moldar o seu tipo de atividade, exemplos dessas experiências podem ser a contenção e proteção através de uma vinculação segura por parte do adulto. Isto traduz-se no facto de se assistir a um declínio na atividade do eixo HPA na maior parte das crianças durante os anos pré-escolares porque, elas aprenderam a lidar com a maioria dos perigos identificados como leves e receberam o apoio e feedback adequados dos pais.

VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ COMO STRESS TÓXICO, PARA O BEBÉ

Já aqui referimos que situações de violência doméstica nos períodos iniciais da vida, podem ser consideradas como experiências de stress tóxico, com implicações na saúde física e mental futuras dessas crianças.

As pesquisas neurológicas recentes sugerem que a relação entre a vivência de maus-tratos e muitas destas consequências adversas para a saúde se dá através de stress e ansiedade que, por sua vez, pode influenciar o sistema nervoso e o sistema imunológico, e pode ser "tóxico" para o cérebro em desenvolvimento (Cicchetti, & Rogosch, 2001). Muitos estudos referem que a presença de certas complicações de, incluindo pânico ou transtorno de stress pós-traumático, síndrome da fadiga crónica, fibromialgia, depressão, algumas doenças autoimunes, tendências suicidas, resposta anormal ao medo, síndromes de dor crónica e disfunção ovariana possam ser compreendidas, em alguns casos, como manifestações de maus-tratos infantis (Bowlby 2004, Belsky 2010; Schore 2003)

Sabe-se também que, quanto maior o número de experiências adversas na infância que uma criança tiver, maior a probabilidade de sofrer atrasos desenvolvimentais e outros problemas, e que adultos com maior número de experiências adversas na primeira infância também são mais propensos a terem mais problemas de saúde, incluindo o alcoolismo, depressão, doenças cardíacas e diabetes.

As primeiras semanas do terceiro trimestre de gravidez são um período de transição durante o qual o córtex cerebral começa a assumir muitas funções anteriormente realizadas pelo tronco cerebral mais primitivo. Por exemplo, reflexos tais como o respirar fetal e as respostas a estímulos externos tornam-se mais regulares. O córtex cerebral também é o

responsável pela aprendizagem precoce, que inicia o seu desenvolvimento por volta desta altura DiPietro, 2004; Dirix 2009).

As habilidades notáveis que os Bebés recém-nascidos evidenciam, vêm confirmar o grau de desenvolvimento pré-natal do cérebro. Sabemos hoje, que os Recém-nascidos reconhecem rostos humanos, e que os preferem a outros objetos, e que podem até mesmo distinguir entre expressões felizes e tristes. Ao nascer, um Bebé reconhece a voz da mãe e pode ser capaz de reconhecer os sons das histórias que ela lhe contava, enquanto ele ainda estava no útero (Dehaene-Lambertz, 2009; Farroni, 2007)

Por volta dos três meses, o poder de reconhecimento de um bebé já melhorou drasticamente, o que coincide com um crescimento significativo do hipocampo, a estrutura límbica relacionada com a memória de reconhecimento. Os circuitos da linguagem nos lobos frontais e temporais consolidam-se no primeiro ano, fortemente influenciados pelo tipo e riqueza de linguagem a que o bebé nesta fase é exposto (Kuhl 2000).

O cérebro continua a desenvolver-se a um ritmo impressionante durante todo o primeiro ano de vida. Os cerebelo triplica de tamanho, o que parece estar relacionado com o rápido desenvolvimento das habilidades motoras que ocorre durante este período (Herschkowitz, 2000; Knickmeyer, 2008).

No primeiro ano de vida, esse desenvolvimento é mais rápido, mais extenso e por consequência muito mais vulnerável às influências ambientais do que alguma vez pudemos suspeitar. Sabemos que o ambiente pode afetar não só o número de células cerebrais e o número de conexões entre elas, mas também a forma como essas conexões são efetuadas.

Desde a concepção e até aos três anos de idade, o cérebro de um Bebé sofre uma quantidade impressionante de alterações. Ao nascer, o cérebro de um Bebé, tem mais ou menos a totalidade de neurónios que no futuro irá ter. O seu tamanho passa para o dobro no

primeiro ano, e aos três anos de idade irá atingir cerca de 80 por cento do seu volume quando for adulto (Gilmore, Lin, Prasatwa, & et al.2007; Nowakowski, 2006; Rakic, 2006).

Para além disto, e se calhar ainda mais relevante, é a velocidade com que as sinapses entre neurónios se formam, que atinge a sua velocidade máxima durante estes anos. Na verdade, o cérebro forma muitas mais sinapses do que aquelas que efetivamente necessita: por volta dos dois, três anos de vida, o cérebro tem até duas vezes mais sinapses do que irá ter na idade adulta. Estas conexões excedentes são eliminadas gradualmente ao longo da infância e adolescência, por um processo chamado poda neuronal (Huttenlocher, 2002).

O facto de o cérebro criar mais sinapses do que aquelas que necessita tem resposta na interação de fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento cerebral. Este excesso de sinapses produzidas pelo cérebro de um Bebê nos três primeiros anos faz com que o cérebro nesta fase seja especialmente sensível aos estímulos externos (Huttenlocher, 2002).

Os estádios iniciais de desenvolvimento são fortemente influenciados por fatores genéticos, por exemplo, são os genes que determinam os locais para onde os neurónios recém-formados vão migrar, e têm também um importante papel na determinação da forma como eles irão interagir entre si (Rutter,2002; Skaliora,2002) Kagan, 2005).Mas, embora os genes sejam responsáveis pela organização geral do cérebro, pelas suas fundações, eles não são os responsáveis por todo o seu design, por toda a sua construção (Kagan, 2005; Elman 1996). Na realidade os genes permitem que o cérebro se sintonize com o seu meio-ambiente, e que ajuste a sua construção, dependendo dos inputs que receber através dos seus sentidos. É essa entrada que estimula a atividade neural.

O uso repetido reforça uma sinapse. Sinapses que raramente forem usadas continuam fracas e são mais propensas a serem eliminadas pelo processo de poda. A força das sinapses contribuem para a melhor conectividade e eficiência das redes neuronais que suportam a aprendizagem, a memória e outras habilidades cognitivas. (Johnston, 2009; Mangina, 2006)

Ou seja, as experiências a que um Bebê está sujeito, não só determinam o tipo de inputs/informações que o seu cérebro recebe, mas também influenciam a forma como o cérebro se vai arquitetando.

Assim, quer a gravidez quer o primeiro ano de vida são estágios críticos no desenvolvimento da criança, proporcionando os fundamentos essenciais de toda a aprendizagem, comportamento e saúde futuros (Lazenbatt, 2012), que devem ser considerados como um período de "alto risco" para a violência, por em muitos casos despoletar um primeiro episódio de violência doméstica ou, em outros, se assistir a uma escalada na violência já pré-existente numa relação abusiva.

Como dito anteriormente, os fetos são muito sensíveis e sincronizados com as experiências maternas (McCarty, 2008), e a violência doméstica aumenta o stress maternal, que é de fundamental importância durante a gravidez porque as consequências se estendem ao feto e, mais tarde, ao recém-nascido.

Especificamente, a violência na gravidez produz uma exposição precoce ao stress tóxico, por aumento dos níveis de cortisol materno, que terá por si só consequências negativas (Haegerich & Dahlberg, 2011; Schore, 2003) para o feto, podendo este sofrer de stress fetal (Piontelli, 1987, Campbell, 2002, McVeigh et al. 2005; Goodall and Lumley 2007, Kaye, Mirembe, Bantebya, Johansson, & Ekstrom, 2006;) e mais tarde para o bebé (Richardson, Coid, Petruckevitch, Chung, Moorey, & Feder, 2002; Lewis, Gwynneth, Drife, James, et al., 2001) comprometendo os aspetos físico, social e emocional do desenvolvimento, (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2006), de linguagem, temperamento e desenvolvimento de habilidades motoras fina e grossa (Cicchetti, 2006) para além de afetar diretamente o desenvolvimento cerebral.

O stress materno crónico aumenta os níveis de cortisol (Middlebrook, 2008) e, durante a gravidez, os níveis de cortisol conduzem à diminuição da perfusão uterina e uma diminuição

da transferência de nutrientes essenciais para o crescimento fetal, um fator que contribui para baixo crescimento intrauterino. O cortisol também aumenta a irritabilidade uterina, contribuindo para o aumento do número de nascimentos pré-termo (Earls, 2010)

Para além do efeito destrutivo na saúde física, mental e social maternas, a violência durante o período da gravidez, pode ter direta ou indiretamente, consequências igualmente devastadoras nos bebês. (As investigações recentes demonstram que muito poucos são os bebês e as crianças que convivendo com a violência doméstica, não ficam afetados pela experiência [23-25, 22, 26].

De acordo com pesquisadores, altos níveis de stress durante a gravidez podem causar no feto cicatrizes mentais para toda a vida. Eles acreditam que as mães que enfrentam crises desnecessárias podem deixar marcas nos cérebros dos seus filhos, tornando-os menos capazes de desenvolver mecanismos de coping durante o seu crescimento.

Como dissemos anteriormente, na presença de um evento stressante, algumas substâncias são lançadas na corrente sanguínea, conduzindo a uma cadeia de reações por todo o corpo. Inúmeras investigações têm-se concentrado em estudar o efeito dessas substâncias quando experimentadas durante a gravidez, à luz da "hipótese da programação fetal" (hipótese de Barker) que demonstra a importância do ambiente intrauterino no desenvolvimento de órgãos e tecidos fetais, isto é, qualquer alteração no ambiente uterino pode ter efeitos permanentes na função do órgão ou na sua estrutura (Hales 1992, Barker 1989)

Considerando esse órgão, *o cérebro*, isto significaria que, durante o primeiro e o segundo trimestre de gravidez, o ambiente intrauterino terá efeitos diretos na estrutura do cérebro do feto, os quais podem perdurar por toda a vida adulta.

Sendo assim, as moléculas libertadas na corrente sanguínea, em resposta a um estímulo stressante percebido pela mãe, terão um efeito direto no desenvolvimento do cérebro e outros órgãos do feto. A correta regulação da libertação hormonal na gravidez é crítica para

o correto desenvolvimento fetal e qualquer desvio da concentração normal dessas hormonas pode produzir alterações microscópicas e macroscópicas no cérebro, particularmente na conectividade sináptica dentro de regiões cerebrais distintas e entre elas (Owen, 2011)

Sabemos que a exposição à violência altera a forma como os circuitos neuronais se formam e organizam num cérebro em desenvolvimento. Ao viver um episódio de violência os níveis de cortisol elevam-se de tal forma que, frequentemente, ativam o sistema de gestão cerebral do stress (o eixo HPA). Esta sobrecarga, provocada pelo excesso de ativação, deixa uma marca/impressão digital física e química no cérebro e no corpo do bebé através dos neurotransmissores que circulam no corpo da mãe.

Daqui decorre que, os maus tratos possam também inibir o desenvolvimento adequado de certas regiões do cérebro (Hosking 2005). Duas recentes e abrangentes revisões da pesquisa neste domínio, concluem que “existe uma considerável evidência da associação entre alterações na função cerebral, e o abuso ou negligência infantil” e que “as experiências precoces perniciosas podem ter efeitos negativos significativos no desenvolvimento cerebral e que estas podem ser de longo prazo” (Schore ,2003).

Um desses efeitos, é menor número de sinapses: as tomografias computadorizadas das áreas emocionais chave dos cérebros de crianças abusadas ou negligenciadas têm sido comparadas à experiência de olhar para um buraco negro.

Esta alteração ao nível da arquitetura cerebral, altera também o desenvolvimento do cérebro e dos sistemas endócrinos que controlam o comportamento e por conseguinte, conduzindo ao aparecimento da ansiedade infantil, irritabilidade, hiperatividade e distúrbios do comportamento alimentar (Hosking and Walsh, 2005; Kendall-Tackett, 2007).

A investigação demonstra também que, as crianças que foram abusadas ou negligenciadas no início das suas vidas, podem ser invadidas por emoções negativas intensas, manifestando-se no choro incessante, incapacidade de se acalmar, problemas de alimentação,

distúrbios do sono, hipervigilância e hipovigilância, intensa ansiedade de separação, desconfiança de estranhos, evitação social e retirada, e capacidade de brincar restrita e repetitiva e um intenso sofrimento em alturas de mudança. (Jordan, & Sketchley, 2009)

Uma forma pela qual as experiências precoces de maus-tratos podem alterar a capacidade da criança de interagir positivamente com os outros é, através da alteração do equilíbrio neuroquímico cerebral que estas situações provocam que podem conduzir a alterações permanentes da capacidade do cérebro de utilizar a serotonina, que ajuda a produzir a sensação de bem-estar e estabilidade emocional (Healy, 2004).

Com stress excessivo ou demasiado duradouro sabe-se que, ao contrário do que seria desejado, a mensagem gravada no cérebro do bebé é a de que não existe segurança ou paz e, por isso, o bebé terá dificuldades em desenvolver um sentimento de segurança e a confiança de que quer ele quer as suas necessidades estão a ser cuidadas. Hesse e Main (xxx) sugeriram que estes comportamentos caracterizam bebés com um estilo de vinculação desorganizado e podem ser o resultado do medo de se aproximar de um possivelmente cuidador maltratante que, ao mesmo tempo, tem também de ser chamado para proporcionar conforto (Lazenbatt, A. 2012)

Pensa-se também que, tais alterações podem ter consequências a longo prazo na vida adulta.

Bebés que enfrentam stressores como negligência, depressão materna grave, abuso de substâncias dos pais ou violência doméstica, podem estar em risco de desenvolver uma deficiente regulação do eixo HPA (De Bellis 2005; Teicher (2004) porque esses bebés não têm, muitas vezes, disponível o apoio dos pais para regular e gerir o seu stress.

As novas tecnologias, como ressonância magnética e a tomografia por emissão de protões (PET), permitiram aos cientistas identificar as diferenças químicas e estruturais entre os sistemas nervosos centrais de pessoas abusadas e não abusadas em crianças Kendall-

Tackett K.A.(2003); Teicher MD(2000). Por exemplo, as crianças que foram colocadas logo após o nascimento em orfanatos com condições de negligência grave mostram uma diminuição vincadamente dramática da atividade cerebral em comparação com crianças que nunca foram institucionalizadas. (Lazenbatt, A. 2012)

Por exemplo, um bebé negligenciado tem mais probabilidade de não vir a ser exposto a estímulos que normalmente ativam regiões importantes do cérebro e que melhoram as conexões entre os neurónios dessas regiões. As conexões entre os neurónios nestas regiões inativadas podem literalmente definharem, prejudicando o funcionamento do bebé na sua vida futura (Shepard 1999)

Os cérebros de crianças abusadas são significativamente menores do que o considerado normal para a idade. Especificamente, o sistema límbico (que regula as emoções) é de 20-30% mais pequeno e tende a ter menos sinapses e o hipocampo (responsável pela memória) que é também menor. Acredita-se que estes desenvolvimentos atrofiados surgem do decorrer dos efeitos tóxicos do cortisol (Bremner et al, 1995; Bremner et al, 2003; Teicher, 2000).

A exposição ao stress durante períodos críticos do desenvolvimento resulta em persistente hiperatividade da resposta fisiológica ao stress, aumentando o risco de doenças relacionadas com o stress em indivíduos geneticamente suscetíveis (Haegerich 2011) isto porque a investigação sugere que possa existir uma predisposição genética no feto e, que um ambiente hormonal anómalo no útero permitirá o aparecimento da patologia.

Os estados crónicos de stress podem causar efeitos físicos sobre o neurodesenvolvimento conduzindo a mudanças na sua resposta a longo prazo ao stress criar uma vulnerabilidade para distúrbios psiquiátricos a longo prazo (Haegerich 2011); Schoore 2003), e conduzir a problemas ao longo da vida, nomeadamente pode ter impacto nas suas

habilidades como pais quando eles se tornarem adultos. Ou seja, devemos também considerar o efeito cumulativo sobre a saúde física e mental de um indivíduo, que o stress tóxico e os precipitantes comuns do stress tóxico, experimentados na vida precoce tais como a pobreza, o abuso ou negligência, consumo de substâncias ou doença mental por parte dos pais, e exposição à violência implicam.

Ou seja, as experiências adversas pré e pós-natais, podem ter um efeito profundo sobre o curso da saúde e do desenvolvimento ao longo da vida. Embora ainda não tenha sido claramente demonstrada uma relação direta causal entre a exposição à violência durante a gravidez e resultados perinatais adversos, sabe-se que as mulheres grávidas que sofrem abuso são mais propensas a terem condições que colocam a sua gestação e o seu bebé em situação de risco grave do que as mulheres que não sofrem abuso.

C. CONSEQUÊNCIAS PARA A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ

O estudo do desenvolvimento da personalidade individual está intimamente ligado ao estudo das relações interpessoais do indivíduo, em particular com os seus significativos (mãe, pai, avós reais ou imaginários). De facto, a descoberta de si baseia-se no princípio básico de reconhecimento pelo outro e, por isso, a construção do Eu vai-se fazendo através da relação com o outro.

A importância da relação entre uma mãe e seu bebé, como proposta pela teoria de vinculação de Bowlby (1969), está bem documentada. No entanto, nos últimos 20 anos tem sido reconhecido que essa relação começa muito antes de o bebé nascer, ou seja, desde que o

bebé é ainda um feto.

O período de gestação é, por muitos autores, descrito por fases, que envolvem um conjunto de mudanças e tarefas psicológicas (e.g., Brazelton, 1993; Justo, Bacelar-Nicolau, & Dias, 1999).

Uma dessas tarefas psicológicas, que começa desde o início da gravidez, tem a designação de vinculação pré-natal, sendo esta ligação ao feto, um dos vários aspetos de adaptação à gravidez com que a mulher tem de lidar (Rubin, 1984).

O facto de, ao longo de toda a gestação, a mãe ir elaborando uma ideia de si enquanto mãe e uma imagem do seu bebé vai permitir-lhe que possa fazer um investimento emocional no seu bebé, aceitando o feto como pessoas (Canavarro, 2001). A gravidez pode ser um momento muito muito enriquecedor de preparação para o papel de mãe e da relação com o bebé (Justo, 1994).

Mas, a vinculação, tal como Bowlby a concebeu, trata-se de um processo comportamental recíproco iniciado pelo neonato para assegurar a sua sobrevivência. Não seria, portanto, concebível que este processo pudesse iniciar-se antes da existência de um bebé.

No entanto, para esta compreensão contribuíram alguns investigadores, inspirados pelo que observavam entre uma mãe e o seu recém-nascido nas primeiras horas após o nascimento, acreditando que a teoria da Vinculação poderia explicar os processos de ligação pré-natal entre a mãe e o seu bebé.

VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL

Assim, se desenvolveu a teoria da vinculação pré-natal, a partir dos anos 70, e, como constructo teórico derivante, da teoria da vinculação de Bowlby. (e.g., Bretherton, 1992; Fonagy, Steele & Steele, 1991, 1996). Embora existam já inúmeras investigações que se debruçam sobre este tema, ele ainda é relativamente recente

Uma das primeiras sugestões empíricas da existência de uma relação pré-natal entre a mãe e o feto surgiu em 1970 através das observações da dor intensa exibida por mães cujos bebês morreram durante o nascimento (Kennell, Slyter, & Klaus, 1970) e através da demonstração dos efeitos negativos da separação precoce entre a mãe e seu filho.

O desenvolvimento de uma teoria formal de vinculação pré-natal não é linear e começou em grande parte com o trabalho das enfermeiras. No entanto, as definições na literatura são ainda inúmeras, dificultando a sua avaliação psicométrica.

Rubin (1967) postulou que o vínculo imediato entre uma mãe e seu recém-nascido existe como resultado de processos pré-natais, identificando estágios progressivos do processo que começam durante a gravidez e definindo a identidade maternal como o ponto essencial. Desde a sua criação, Rubin refinou a sua teoria do papel realização materna, no entanto, as premissas básicas que abriu o caminho para outros pesquisadores.

Em 1981, Cranley criou a construção teórica do conceito de vinculação pré-natal (*Maternal-Fetal Attachment-MFA*) definido como "o grau em que as mulheres se envolvem em comportamentos que representam uma relação e interação com o seu bebê por nascer" (Cranley, 1981).

Cranley desenvolveu a primeira escala de vinculação pré-natal, a *Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)*, usando seis categorias de avaliação (diferenciação do self fetal;

interação com o feto; atribuição de características e de intenções ao feto; assumir o seu papel maternal).

Muller (1990), outra pesquisadora enfermeira, definiu a vinculação pré-natal como "a relação afetiva única, que se desenvolve entre uma mulher e seu feto" (p. 11), chamando a atenção para a importância dos pensamentos e fantasias que acreditava também serem reveladores da crescente ligação entre a mãe e o feto (Muller, 1992; Muller & Ferketich, 1993) e desenvolveu o *Prenatal Attachment Inventory (PAI)* (Muller, 1996), um instrumento que mede a vinculação pré-natal, com base na vinculação materna e na adaptação à gravidez. Esta autora propôs um novo modelo de vinculação durante a gravidez, postulando que as primeiras experiências de uma grávida com a sua própria mãe (ou cuidador primário) conduzem ao desenvolvimento de representações internas, que, influenciam as vinculações posteriores à família, ao parceiro e aos amigos.

Condon, definiu a vinculação pré-natal como "o laço ou vínculo, emocional que normalmente se desenvolve entre a mãe grávida e seu filho por nascer" (Condon & Corkindale, 1997, p. 359), associando o vínculo a um objeto específico (Bretherton, 1981). Condon sugeriu que o apego pré-natal continha o ponto nevrálgico do amor e poderia ser descrito como uma relação de desenvolvimento, em que a mãe procura "saber estar com, evitar a separação ou perda, para proteger e identificar e satisfazer as necessidades de o feto."

Condon também desenvolveu um instrumento, o *Maternal Antenatal Attachment Scale*, que se concentra exclusivamente em pensamentos e sentimentos acerca do bebê, uma vez que acreditava que os existentes eram insuficientes para diferenciar a atitude para com o feto a partir da atitude para com a gravidez.

A conceituação mais recente da vinculação pré-natal tentou combinar estas abordagens comportamentais, cognitivas e emocionais nesta definição de trabalho (p. 110):

"vinculação pré-natal é um conceito abstrato, que representa a relação de filiação entre um pai e do feto, que é potencialmente apresentar antes da gravidez, está relacionado com as habilidades cognitivas e emocionais para conceituar outro ser humano, e se desenvolve dentro de um sistema ecológico" (Doan & Zimmerman, 2003).

O vínculo materno adequado é crucial para o desenvolvimento do sistema de vinculação seguro, ao mesmo tempo que, para ocorrer desta maneira, esse vínculo deverá ser alimentado pelo comportamento responsivo do bebê. A vinculação segura do bebê com sua mãe ou cuidador(a) substituto(a) promove um bem-estar no bebê, tanto dele com ele mesmo quanto em relação à confiança básica nos adultos, enquanto a vinculação insegura está relacionada a um aumento de ansiedade. A resposta parental serve para amplificar e reforçar o estado emocional positivo do bebê e para atenuar o estado emocional negativo, que sinaliza a necessidade de ação parental.

A Teoria de Vinculação de Bowlby era um entrosado de conceitos vindos de diferentes disciplinas, com enfoque no objetivo do bebê de garantir uma resposta materna segura (Brazelton, 1992,).

Para Bowlby, a vinculação humana seria como um sistema de comportamentos evolutivos que começam desde o nascimento e que persistem até a idade adulta, motivados pelo ou para o medo, afeto, exploração e prestação de cuidados. Sendo a regulação destas interações diáticas entre mãe e o bebê determinadas por componentes biológicos, o objetivo principal do bebê seria manter um certo grau de proximidade física com a mãe para garantir a sua sobrevivência. Mais tarde, acrescentou que a vinculação incluiria objetivos de carácter psicológico (Bowlby, 1969).

Mas, Mary Ainsworth, acreditava que a contribuição do bebê para o processo de vinculação era mais do que biológica e incluiu na sua própria avaliação afetiva dos comportamentos da mãe (Ainsworth 1982). O seu teste de laboratório "Situação Estranha" foi

a primeira tentativa de avaliar cientificamente a ativação de comportamentos do sistema de vinculação entre mãe e filho (Ainsworth & Wittig, 1969).

Concomitantemente com o estudo empírico de Bowlby da vinculação humana, as análises psicanalíticas teóricas da experiência da gravidez foram sendo elaboradas por três mulheres, Deutch, Bibring e Benedek, que explicavam a vinculação pré-natal como um processo no qual a energia psíquica da mulher grávida estava emocionalmente investida no feto (Benedek, 1959; Benedek & Liebman, 1958; Bibring, 1959; Bibring, Dwyer, Huntington, e Valenstein de 1961).

Criando a hipótese de que o feto se torna mais humano para a mulher à medida que a gravidez avança, e que, nesse decurso, o feto se torna amado tanto enquanto uma extensão de si mesma enquanto um objeto independente. Esta concepção recebeu algum apoio do trabalho de médicos que observavam que a dor intensa exibida por mães de crianças que morreram durante o parto não era influenciado pelo facto de as mães terem tido ou não qualquer contato físico com os bebés após o parto (Kennell, Slyter, e Klaus, 1970).

Alguns autores de orientação psicanalítica foram pioneiros em valorizar o papel e a psicodinâmica da relação mãe-bebé para que o desenvolvimento mental do bebé se possa dar de forma saudável. Nomeadamente, possibilitando uma relação de pensamento entre os dados da neurobiologia e o desenvolvimento psíquico, contribuindo para a integração de ambos os campos de investigação.

A obra de Donald Winnicott, pediatra e psicanalista, também é importante para se compreenderem os processos psicológicos pré-natais. Desenvolveu os conceitos de “preocupação materna primária” como um estado em que a mãe consegue empatizar com as necessidades primárias do bebé e, deste modo, satisfazê-las adequadamente, bem como o conceito de mãe “suficientemente boa” como a que consegue ter a capacidade descrita anteriormente.

O “Sistema de vinculação” foi o nome que Winnicott (1956) deu às estruturas neuropsicológicas que formam a base da relação do bebê com a sua mãe ou “cuidador primário”. Segundo este autor, este sistema comportamental e emocional seria inato e muito semelhante a outros processos básicos indispensáveis à sobrevivência, como seja, por exemplo, a fome. Este sistema funciona como organizador do aparelho psíquico do bebê por orientação para a relação, proximidade e comunicação com a sua mãe.

Esta “preocupação materna primária” estaria contida na “função de holding”, que o autor descreve como função de suporte físico e mental do bebê.

Bion (1962) desenvolveu o conceito de “*capacidade de reverie*”, uma função materna na qual a mãe utiliza o seu “aparelho para pensar” para pensar os pensamentos do bebê, dando nome e significado aos seus estados mentais e sensações, num período em que o bebê não tem recursos psíquicos para ser ele próprio a fazê-lo de forma adequada.

A função de *Reverie* da mãe funciona como uma capacidade da mãe “de sonhar” pelo bebê, como instrumento de elaboração, de transformação de elementos/representações sem sentido numa teia de significados cada vez maior e mais profunda, de forma a que o bebê seja, gradualmente e ao seu ritmo, capaz de integrar estes novos elementos, porque já têm um significado particular no seu mundo psíquico e funcionam como elementos organizadores do mundo interno e externo. Quando esta competência da mãe, pai ou cuidadores falha ou é inadequada, nomeadamente com interações entre a mãe e feto/bebê de caráter descontínuo, marcadamente imprevisíveis ou agressivas, as funções protetoras da relação mãe-bebê ficam comprometidas bem como, e por consequência, o desenvolvimento do bebê, tornando-o perturbado.

Mais recentemente, Trevarthen & Aitken (2001), contribuíram para esta leitura com a noção de “formação motivacional intrínseca” (FMI), isto é, a programação genética que

certas redes neuronais exibem possibilitando e predispondo o cérebro do bebê para a interação afetiva com o outro.

Assim, o sistema de vinculação do bebê passa a ser visto como intersubjetivo e interpessoal, exibindo uma organização rítmica de respostas sincronizadas entre ele e o adulto.

Esta interdependência permite ao cérebro do bebê imaturo servir-se das competências para a sobrevivência mental do cérebro já formado do adulto responsivo. Atualmente, os neurocientistas acreditam que a vinculação é uma necessidade primária tão importante para o bebê, que existem redes de neurónios especializadas nesse processo e o processo de formação de vínculos seguros e duradouros é potenciado por algumas hormonas e neurotransmissores.

Não podemos falar num “período de vinculação pré-natal mas de vários períodos na vinculação entre seres humanos, em que cada um deles representará circunstâncias de vulnerabilidade emocional da mãe, do bebê e da família, nas quais a vinculação pode registrar saltos qualitativos que a consolidem” (Sá, E., 1997).

A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ

A investigação tem demonstrado a grande influência que a mãe e/ou o cuidador primário tem no desenvolvimento neurobiológico e psicológico do bebê. A relação mãe-bebê parece funcionar como fator protetor do bebê contra os fatores geradores de stress quer internos quer externos. O bebê, nos primeiros tempos de vida, é um ser totalmente dependente do outro para a sua sobrevivência (Gunnar, 1998; Bugental, Martonell, & Baaraza, 2003)

A necessidade de estabelecer vínculos afetivos é vital para o ser Humano. Ao estabelecermos a nossa relação com o mundo, fazemo-lo através do desenvolvimento de um vínculo afetivo com aqueles que cuidam de nós, criando e desenvolvendo os nossos modelos internos de funcionamento (Fonagy P., 1991). A vinculação é um laço profundo e duradouro que conecta uma pessoa a outra através do tempo e do espaço (Ainsworth, 1968; Bowlby, 1969). O laço emocional que tipicamente se desenvolve entre um bebê e o seu cuidador primário, normalmente a mãe, não só estimula o crescimento cerebral mas afeta o desenvolvimento da sua personalidade e a sua capacidade para construir relações estáveis com o outro ao longo da vida. Fonagy (2007) sugeriu que o foco na figura de vinculação é uma fonte de informação confiável sobre o mundo.

Através da capacidade da mãe e/ou cuidador de regular os diferentes estados do bebê para voltar a um estado confortável, o bebê vai desenvolvendo a sua capacidade de autorregulação tão basilar para a sua saúde mental, facilitando o desenvolvimento do potencial de competências genéticas inscritas no seu património.

Sendo a mãe e/ou o cuidador o mediador mais importante entre o bebê e os estímulos internos e externos, facilmente se compreenderá que se esta falha na sua capacidade protetora e reguladora adequadas, o risco de dano no desenvolvimento neurobiológico e psicológico do bebê aumenta com consequências para toda a vida.

A relação mãe-bebê parece funcionar como um fator de proteção para o bebê, em oposição a fatores de stress (interno e/ou externo). No início da vida, o bebê é totalmente dependente de alguém para sobreviver. A qualidade de vida da mãe e a qualidade do relacionamento com o bebê antes do nascimento têm uma enorme influência sobre a qualidade de vida do bebê ao longo da vida (McCarty, 2008).

A saúde do bebê, o desenvolvimento da sua personalidade, os seus padrões de vinculação e desenvolvimento social e as competências parentais, são considerados fatores que medeiam a violência doméstica e as consequências para o bebê.

FATORES QUE PODEM AFETAR O DESENVOLVIMENTO DA VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL

Sabemos hoje, das inúmeras investigações levadas a cabo à volta deste tema, que existem alguns fatores que podem ameaçar o desenvolvimento de uma vinculação pré-natal ótima, incluindo a depressão, a ansiedade, o stress, o abuso de substâncias e a violência doméstica, enquanto outros parecem contribuir para o seu desenvolvimento.

Os fatores considerados favoráveis à vinculação pré-natal são muitas vezes correlacionados com a melhoria dos níveis socioeconómicos, com o acesso atempado a consultas pré-natais, nomeadamente com recurso a exames complementares (ecografias), e à presença de relações familiares estáveis e sistemas de apoio.

A associação entre a depressão materna e alterações no padrão de interação mãe-bebé são bastante significativas porque a presença de perturbação mental durante o período de gravidez prejudica a relação mãe-feto ou bebê o que, conseqüentemente, traz problemas para o desenvolvimento cognitivo, social, psicológico e comportamental para o bebê (Martin et al., 2006; Misri & Kendrick, 2008). No entanto, parece haver um impacto menor da depressão materna na relação mãe-bebé e no desenvolvimento da criança quando não estão associados outros fatores de risco, incluindo o baixo apoio conjugal ou familiar e o baixo nível

socioeconómico.

A mulher deprimida, durante o período de gestação, pode apresentar menor preocupação com o seu estado de saúde, não aderindo assim aos cuidados pré-natais, consumindo bebidas alcoólicas, tabaco ou outras drogas, podendo ainda exibir maior pessimismo, falta de apetite e insónias (Pereira & Lovisi, 2007).

Fatores como depressão, abuso de drogas e níveis de ansiedade elevados estão associados com níveis mais baixos de MFA (Veena et al, 2011).

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A GRAVIDEZ E A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ

A afetividade e o seu desenvolvimento estão vinculados às experiências subjetivas e de comunicação com o outro, como refere Eduardo Sá “... talvez por isso solidão e violência sejam indistintos e, então, o que mais doa na violência não seja tanto a dor em si, mas a solidão que a dor deixa a descoberto quando não temos em nós quem no-la cicatrize e a conforte” (Sá E. , 1997). Isto é, para além do abuso físico que o feto/bebé possa experienciar com os respetivos danos consequentes para o seu desenvolvimento, estas circunstâncias representam também um importante fator de risco para o desenvolvimento psicológico da criança, em especial no que respeita à alteração da relação materno-fetal (Zeanah, 1999).

A relação materno-fetal desempenha uma função protetora do desenvolvimento. A exposição a ambientes violentos pode desencadear a apresentação de respostas maternas muitas vezes desajustadas às necessidades expressas pelo feto/bebé. “Os bebés têm uma

realidade mental complexa e plástica... mas harmônica, com que reagem e elaboram todas as condicionantes negativas e positivas que o meio desperta em si” (Sá E. , 2002). Nestas crianças, assistimos a uma maior prevalência de distúrbios do sono, padrões disfuncionais de comportamento, irritabilidade e maior agressividade, por exemplo, como se de algum modo, estes bebês aprendessem que a vida não é um lugar seguro

Um dos aspetos mais citados pelas investigações ao longo dos últimos anos, é o efeito prejudicial direto que viver com violência tem na relação entre a mãe/cuidador principal e o bebê durante a gravidez e no período subsequente com efeitos negativos profundos no funcionamento emocional do bebê bem como no seu desenvolvimento futuro (Hartley, 2002).

A presença de stress pré-natal e dos estados psicopatológicos durante a gravidez e no período pós-parto influenciam não só o desenvolvimento do feto/ bebê, mas também restringem o tipo de envolvimento maternal com o bebê e, conseqüentemente, a relação mãe-bebê. Existe algum consenso acerca dos efeitos negativos da experiência do abuso durante a gravidez para a relação mãe-bebê. Alguns estudos encontraram uma pior relação de vinculação mãe-feto e mãe-bebê enquanto outros encontraram um maior número de vinculações inseguras destes bebês (Huth-Bocks, Levendosky, Theran, and Bogat, 2004);

A gravidez reaviva velhos conflitos relacionais inconscientes e reorganiza a relação da grávida com a sua própria mãe, à medida que esta desenvolve representações do seu próprio bebê, nomeadamente, a partir do 5º mês, quando os movimentos fetais se tornam mais perceptíveis. Estas representações têm como base de construção as experiências relacionais pessoais (Huth-Bocks, A., et al. , 2004).

Muitos autores têm escrito sobre o desenvolvimento das representações maternas de mães durante a gravidez e os processos psicológicos que ocorrem nas mulheres durante este período, incluindo aqueles relacionados à relação precoce mãe-bebê. Ao bebê que surge, são-

lhe muitas vezes atribuídas capacidades sobrenaturais de alguém que transporta o milagre da cura para separações e dor (Brazelton & Cramer, 1993).

Como é sabido, as identificações maternas têm um papel importante no comportamento parental da mãe que, por sua vez, vão ter um importante impacto nas representações pelo bebê da sua própria mãe, bem como no desenvolvimento dos seus núcleos identitários. Embora com uma consciência pouco clara, um bebê representa a eternidade possível (Sá, 1997).

Para este processo muito contribui a relação de casal estabelecida, e a forma como o bebê vai interagindo com o seu pai, através da mãe que tem a tarefa de traduzir, o significado que este tem na sua relação, em informações neurobiológicas e sensoriais para o bebê (Cyrulnik, 1995). Podendo assim esta relação interfere positiva ou negativamente no mundo do feto: sendo a relação conjugal sentida como agradável, isto poderá isto traduzir o pai algo suave para o bebê, mas se pelo contrario a relação é sentida como conflituosa, o pai poderá traduzido em alterações turbulentas e de stress ao meio uterino, que contribuem para o sofrimento fetal (Cyrulnik, 1995), Brazelton, 1987).

A circunstância de abuso está intimamente relacionada com a perda de qualidade no desenvolvimento dos padrões de vinculação, ou no aparecimento de patologia na consolidação dos padrões vinculativos, que ocorrem após o parto e continuam ao longo do desenvolvimento do bebê (Zeanah C., 1999). Estas experiências criam desconfiança nos bebês e isto prejudica significativamente o processo de vinculação.

A investigação demonstra os efeitos negativos que a violência tem na forma negativa com que as grávidas se percebem a si próprias e aos seus bebês (Figueiredo, 2005), nomeadamente, vendo-se como mães menos competentes (Huth-Bocks, Levendosky, Theran, and Bogat, 2004) e enviesando de forma negativa a forma como percebem os seus bebês (Huth-Bocks, Levendosky, Theran, and Bogat, 2004), vendo-os como mais problemáticos (Ellis et al., 2008) ou com temperamento difícil.

Alguns estudos sustentam que mulheres com padrões de vinculação adaptativos nas suas representações maternas dos seus bebês, que experienciam abuso durante a gravidez, correm o risco de alterar esses padrões tornando-os disfuncionais após o nascimento dos seus bebês (Theran, e tal., 2005). Efetivamente, mulheres vítimas de violência durante a gravidez, desenvolvem um espectro de representações de vínculo problemáticas (Lyons-Ruth, K, Jacobvitz D., 1999), ativando ou reativando pensamentos e afetos negativos que podem influenciar a forma como a mulher conceitualiza e organiza as representações acerca dos seus filhos e de si própria, enquanto cuidadora, mesmo antes do bebê nascer (Huth-Bocks A., et al., 2004) o que contribuirá para o padrão de vinculação inseguro que habitualmente apresentam, representando a violência doméstica durante a gravidez um fator de risco para a saúde e o bem estar da mãe e do bebê.

Quando o trauma ocorre durante a gravidez, a qualidade da vinculação é fragilizada, como demonstrado por alguns estudos, uma vez que estas experiências tendem a criar desconfiança nos bebês o que prejudica significativamente o processo de vinculação (Emerson, W. (1995a).

No que se refere aos efeitos da violência doméstica no papel das mulheres enquanto Mães, os estudos têm chegado a conclusões algo opostas. Uns não encontraram qualquer diferenciação quando comparados grupos de grávidas violentadas e não violentadas, enquanto outros, referem-se inclusive, a efeitos positivos da violência durante a gravidez no desenvolvimento do papel de mãe, relacionando estes achados com a ideia da necessidade da grávida violentada tentar compensar, estando mais consciente e atenta às necessidades dos seus bebês (Buchanan, 2011).

Estes dados, destacam a importância da violência doméstica como um fator de risco para o bem-estar maternal e infantil.

Dada a gravidade da questão, há claramente a necessidade de uma investigação mais aprofundada para entender melhor a relação entre a violência durante a gravidez, a saúde mental e saúde da mãe, saúde e temperamento da criança. Para além disso, é necessária mais informação para determinar o papel do abuso psicológico e físico de forma independente, bem como de forma associada. Muitos estudos sobre violência durante a gravidez têm sido realizados em amostras pequenas, de base comunitária, daí se justificar a necessidade de mais investigação com amostras mais representativas.

A investigação na área da saúde mental materna deve ser considerada uma prioridade para a saúde pública devido ao seu impacto negativo sobre a saúde tanto da mãe como da criança (Veena, Satyanarayana, Ammu Lukose, & K. Srinivasan, 2011).

Na segunda parte deste trabalho apresentar-se-á o estudo empírico realizado. Este capítulo inicia-se com a exposição dos objectivos geral, e específicos do estudo, seguindo-se a apresentação da metodologia seguida, onde se faz a descrição dos procedimentos relacionados com a amostra, dos instrumentos de avaliação, bem como dos procedimentos estatísticos utilizados.

A. Objectivos

A Violência doméstica durante a gravidez tem sido documentada e considerada um importante factor de risco quer para a saúde da grávida quer para o feto.

B.1 Objectivo Geral

O objetivo deste estudo centra-se na observação dos efeitos da violência doméstica na gravidez, no desenvolvimento mental e sócio – emocional do bebé no primeiro ano de vida

(aos 3,5 meses e aos 12 meses de idade) bem como os efeitos nos padrões de vinculação entre a mãe e o seu bebé e a sua atitude durante o período da gravidez.

Para o efeito, e tal como referido anteriormente, entende-se como violência doméstica na gravidez a violência física, sexual ou psicológica, bem como ameaças de violência sexual ou física perpetradas numa mulher grávida (Bogat, 2004).

Compreender o fenómeno da violência doméstica durante a gravidez, é um passo importante para a sensibilização e criação de programas de rastreio e intervenção como um procedimento de rotina na mulher grávida violentada, envolvendo os diferentes profissionais de saúde.

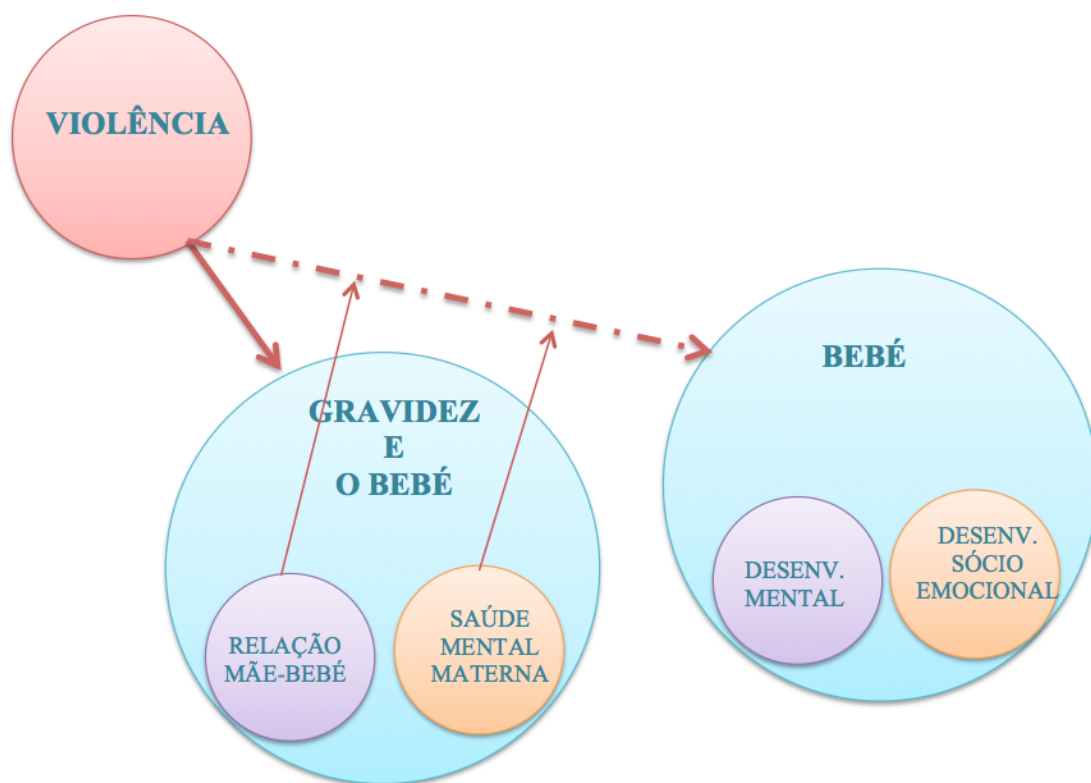
B.2 Objectivos Específicos

Assim, propomo-nos examinar o tipo e a severidade da violência doméstica no período de gravidez e as consequências para o desenvolvimento mental dos bebés. Para melhor esclarecer esta relação, iremos aprofundar o impacto da violência doméstica durante a gravidez na saúde mental materna e na relação mãe-bebé durante esse período. Para tal teremos em consideração o estudo da relação entre a saúde mental materna e a relação mãe-bebé durante a gravidez têm no desenvolvimento mental do bebé.

Por fim tentaremos estabelecer alguma algumas associações entre estes dois aspectos e o efeito moderador nas consequências da violência no bebé, que eles possam ter.

O enfoque desta investigação tentará esclarecer os seguintes aspectos:

- Avaliar a prevalência, a natureza e severidade da violência durante a gravidez, numa amostra de mulheres grávidas da consulta externa de obstetrícia do Hospital Pedro Hispano (Matosinhos), em Portugal.
- Comparar as consequências da violência doméstica na gravidez, para o desenvolvimento do bebé aos 3,5 meses e aos 12 meses de idade, tendo em conta os dados do estudo da prevalência, da natureza e severidade da violência durante a gravidez.
- Estudar a saúde mental materna, das mulheres grávidas que sofreram violência no período de gravidez, comparando-as com mulheres sem história de violência no período gestacional.
- Comparar as consequências das alterações à saúde mental materna, no desenvolvimento do bebé aos 3,5 meses de idade e aos 12 meses de idade.
- Estudar a relação materno-fetal e a atitude e ajustamento perante a gravidez e o bebé, das mulheres grávidas que sofreram violência no período de gravidez, comparando-as com mulheres sem história de violência no período gestacional.
- Comparar os efeitos da relação materno-fetal e a atitude e ajustamento perante a gravidez e o bebé, no desenvolvimento do bebé aos 3,5 meses de idade e aos 12 meses de idade.
- Examinar a relação mãe-bebé na gravidez e a saúde mental materna na gravidez como factores que podem mediar os efeitos da violência no desenvolvimento mental e sócio-emocional do bebé.



C. Metodologia de Estudo

C.1 Design do Estudo

Concentrando a atenção nos objetivos deste estudo, considerou-se realizar uma investigação de coorte longitudinal de carácter quantitativo.

Caracterização da Amostra

A amostra que serviu de base a esta investigação foram 204 mulheres grávidas utentes da consulta externa do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Pedro Hispano – Matosinhos, Porto, com idades compreendidas dos 18 e os 45 anos, inclusive e com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos de idade.

Tabela Número de Indivíduos (N), Média (X) e Desvio Padrão (\pm DP) das idades

Tabela 1: Caracterização da idade

	Média	(DP)	Mediana	Min	Max	P25	P75
Idade	29	(5,8)	30	16	45	(25,0)	(34,0)

DP – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; P25 – Percentil 25; P75 – Percentil 75

Como se pode observar pela tabela anterior, pode verificar-se que as grávidas têm idades compreendidas entre os 16 e os 45 anos. Sendo a média das idades 29 anos e o desvio padrão de $\pm 5,8$ anos.

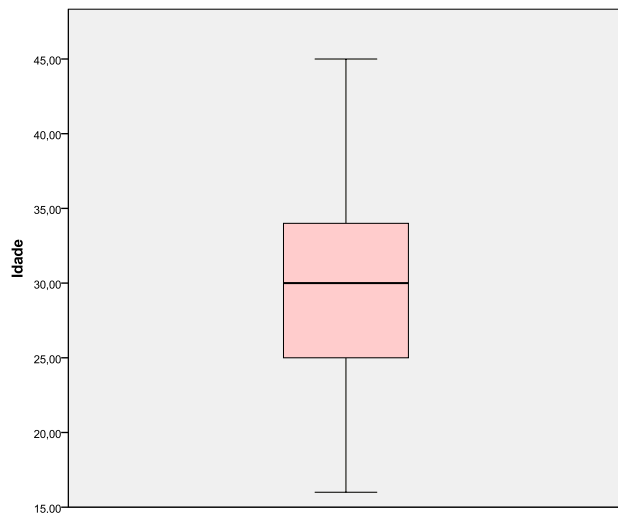
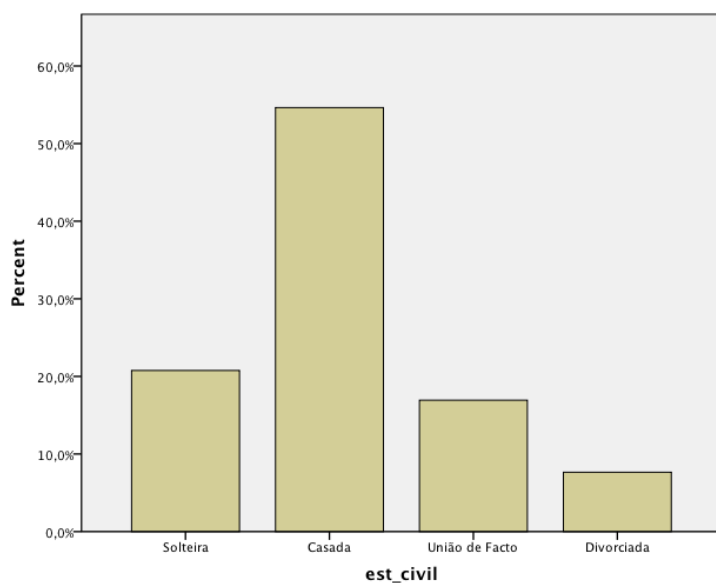


Tabela 2 – Caracterização da amostra relativamente ao Estado Cívil

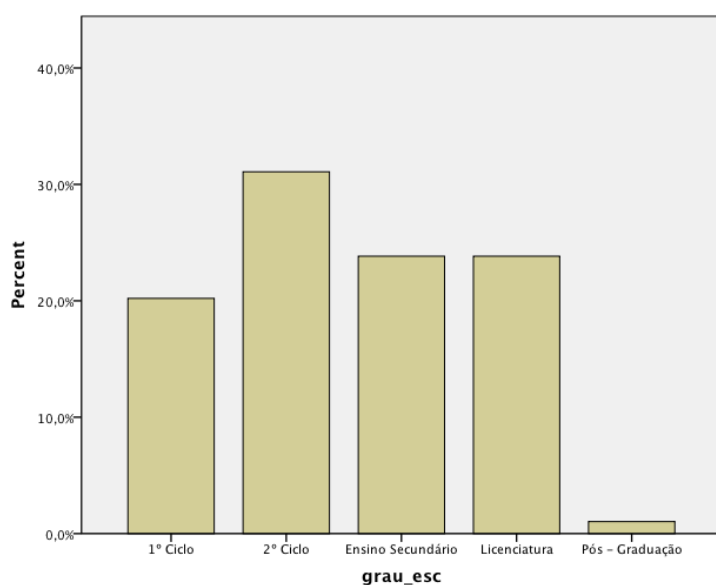
			(%)	(%)
		n	(válida)	(total)
Estado Civil	Solteira	38	(20,8%)	(18,8%)
	Casada	100	(54,6%)	(49,5%)
	União de Facto	31	(16,9%)	(15,3%)
	Divorciada	14	(7,7%)	(6,9%)
	Total	183	(100,0%)	(100,0%)



Em relação ao estado civil, trinta (20,8%) das mulheres eram solteiras, cem (54,6%) eram casadas e trinta e uma (16,9%) viviam em união de facto e catorze (7,7%) eram separadas ou divorciadas.

Tabela 3 – Caracterização da amostra relativamente ao Grau de Escolaridade

		n	(%) (válida)	(%) (total)
Grau de Escolaridade	1º Ciclo	39	(20,2%)	(19,3%)
	2º Ciclo	60	(31,1%)	(29,7%)
	Ensino Secundário	46	(23,8%)	(22,8%)
	Licenciatura	46	(23,8%)	(22,8%)
	Pós-graduação	2	(1,0%)	(1,0%)

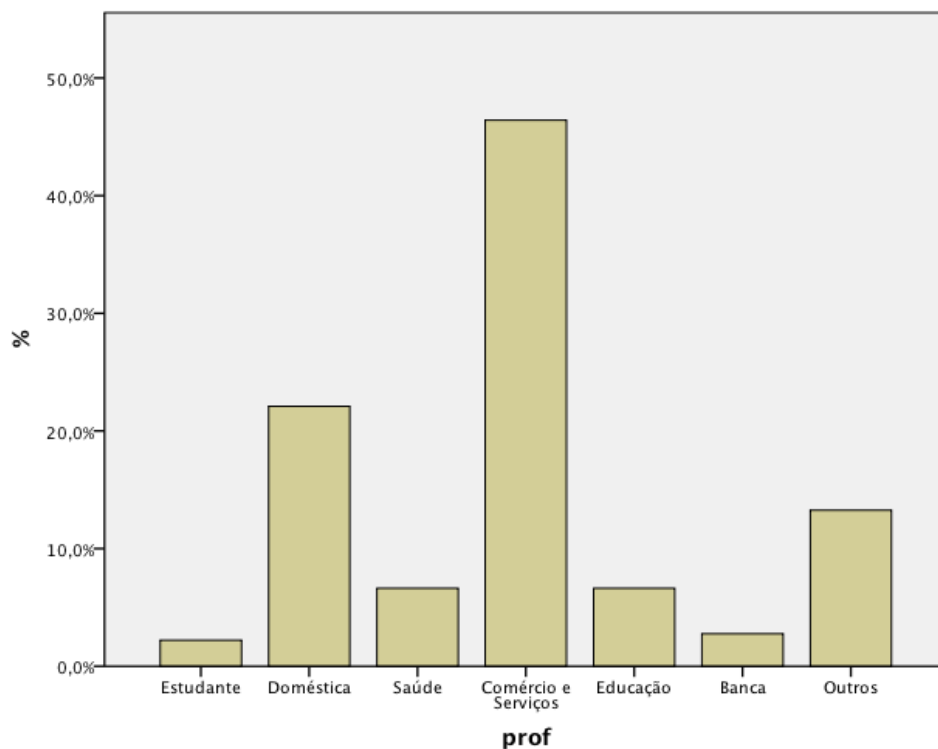


Em relação à escolaridade, trinta e nove (20.2%) das participantes terminaram o 1º ciclo, sessenta (31.1%) terminaram o 2º ciclo, quarenta e seis o Ensino Secundário (23.8%) o mesmo número tinham Licenciatura e duas (1%) tinham Pós-graduação.

Tabela 4 – Caracterização da amostra relativamente à Ocupação

		n	(%) (válida)	(%) (total)
Profissão	Estudante	4	(2,2%)	(2,0%)
	Doméstica	40	(22,1%)	(19,8%)
	Saúde	12	(6,6%)	(5,9%)
	Comércio e Serviços	84	(46,4%)	(41,6%)
	Educação	12	(6,6%)	(5,9%)

Banca	5	(2,8%)	(2,5%)
Outros	24	(13,3%)	(11,9%)



Em relação à Ocupação, oitenta e quatro (46,4%) mulheres disseram que trabalhavam na área de comércio e serviços, quarenta (22,1%) eram domésticas, doze (6,6%) trabalhavam na área da saúde e a mesma percentagem na área da educação, cinco (2,8%) trabalhava na área da banca, quatro (2,2%) eram estudantes, e vinte e quatro (13,3%) das mulheres entrevistadas trabalhavam em outra área para além das atrás mencionadas.

Hábitos de saúde das mulheres grávidas

No que se refere aos hábitos de saúde das mulheres grávidas, verificou-se que dezasseis e meio por cento das mulheres grávidas vítimas de violência doméstica reportaram que praticavam exercício físico durante a gravidez, 37,5% das mulheres afirmaram fumar antes de engravidar, no entanto, esta percentagem diminuiu para 25% de fumadoras durante a gravidez. No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, 10% das mulheres abusadas consumiam, antes de engravidar, mas esta percentagem diminuiu para 2,8%, de consumo de álcool durante a gravidez (Tabela 5).

No que diz respeito ao uso de drogas entre as mulheres abusadas, a percentagem de 0,9 foi a mesma para antes e depois de engravidarem. 24,5% das mulheres que pertencem ao grupo de vítimas, tinham sofrido de alguma doença psiquiátrica ou psicológica (Tabela 4).

Tabela 5 - Hábitos de saúde

	Não Vítima		Vítima	
	N	(%)	N	(%)
Hábitos de saúde				
Exercício regular	21	(33.9)	13	(16.5)
Fumar antes da gravidez	12	(19.4)	30	(37.5)
Fumar durante a gravidez	11	(17.7)	20	(25)
Consumar álcool antes da gravidez	5	(8.2)	8	(10)
Beber álcool durante a gravidez	2	(2.7)	3	(2.8)

gravidez				
Utilizar drogas antes da gravidez	0	(0)	1	(.9)
Utilizar drogas durante a gravidez	0	(0)	1	(.9)
Perturbações Psicológicas ou psiquiátricas	18	(24)	26	(24.5)

Para a realização dos diferentes estudos propostos nesta investigação foi utilizada a amostra global sendo que para os diferentes estudos acerca da violência doméstica durante o período de gravidez, a amostra inicial foi dividida em dois grupos: Grupo A – Grupo de mulheres vítimas de violência doméstica durante a gravidez e Grupo B – Grupo de mulheres sem história de violência durante a gravidez.

Ambos os grupos da amostra foram recolhidos no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Pedro Hispano – Matosinhos, Porto, de forma voluntária, entre 2008-10

Para poderem ser incluídos no estudo os sujeitos deveriam reunir as seguintes condições:

- Idade não inferior a 16 anos;
- Ter como língua materna o Português;
- Estar no terceiro trimestre da gravidez

O total da amostra tinha uma idade média de 29 anos de idade. A maioria das participantes é casada (54.6%), trabalha na área de comércio e serviços (46.4%) e tem o segundo ciclo (31.1%), o que de algum modo se adequa com uma consulta hospitalar de obstetrícia..

B 2. Medidas

Os instrumentos utilizados nesta investigação estão agrupados da seguinte forma: A – relativamente ao bebé, B - relativamente à mãe, C - relativamente à relação mãe-bebé e D - relativamente à caracterização da violência.

Os instrumentos de pesquisa foram seleccionados e organizados de acordo com as variáveis a estudar em cada momento e no sentido de responder aos objectivos traçados previamente e organizados em Protocolos de T1, T2 e T3. Cada protocolo foi composto por questionários e escalas a aplicar às grávidas no terceiro trimestre, aos 3,5 meses e aos 12 meses após o nascimento do bebé. Utilizaram-se versões portuguesas e uma única adaptação de uma escala de acordo com autorização expressa dos autores, e considerando o carácter não-experimental dos estudos em relação às restantes. Foram solicitadas, autorizações aos autores das respectivas escalas que por eles foi cedida, para a utilização e para a adaptação do material e quando necessários foram construídos materiais para o efeito.

A – Relativamente ao Bebé:

- **Ficha de Caracterização do Bebé**

A Ficha de caracterização do Bebé, construída especificamente para este, permitiu a recolha de diferentes tipos de informações relativas ao Bebé. Caracterizando assim, cada participante bebé ao nível de: antecedentes clínicos familiares, história do parto, peso e comprimento à nascença, tipo de alimentação, sono e doenças ou complicações.

- ***Griffiths Mental Scale (0-2) (Griffiths 0-2: Griffiths, 1996 – Versão Portuguesa Castro & Gomes, 1996)***

Escala Mental de Griffiths (0-2) tem o objetivo de caracterizar o desenvolvimento mental desde o nascimento até aos dois anos idade. Permite obter um Quociente Global e os Quocientes Parciais de Desenvolvimento das crianças. É constituída por 175 itens e, composta por cinco subescalas, cada uma com 35 itens: A – Locomoção (que avalia a motricidade global); B - Pessoal-Social (que avalia os progressos na área da autonomia e socialização); C – Linguagem (que avalia a capacidade de atenção, compreensão oral e expressão verbal); D – Coordenação Olho-mão (que avalia a motricidade fina e a manipulação de objetos) e E – Realização (que avalia o desenvolvimento cognitivo). A pontuação é obtida somando-se o número de itens realizados com sucesso pelo bebé sendo que os dados que não podem ser observados diretamente são, como a escala prevê, perguntados às suas mães. A versão portuguesa da Griffiths é uma tradução da versão original Inglesa. Assim, as tabelas de normas apresentadas correspondem aos resultados da tipificação realizada no Reino Unido. Em cada uma das subescalas os resultados brutos são convertidos em resultados padronizados.

Este instrumento obteve, para este estudo, uma consistência interna adequada ($\alpha = 0,89$).

- ***The Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA: Briggs-Gowan & Carter, 2004, Adaptação da autora para este estudo)***

O Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA), é um instrumento de detecção precoce de problemas emocionais ou comportamentais e atrasos nas competências sócio-emocionais, incluindo perturbações do espectro do autismo, em crianças dos 12 aos 36

meses de idade. É composto 42 itens com três opções de resposta (“falso/raramente”, “um pouco verdadeiro/às vezes” e “muito verdadeiro/ frequentemente”). Cada um destes itens, fazem parte de uma de duas escalas, a escala de Problemas (31 itens) e a escala de Competência (11 itens). Além dos 42 itens, o BITSEA contém mais 2 itens extra que dizem respeito às preocupações dos pais. Por cada escala os itens são somados numa pontuação total. A combinação dos pontos mínimos e máximos nos Domínios das Competências e dos Problemas, para cada faixa etária, permitira a sinalização de uma criança.

Uma criança terá um screen positivo para o BITSEA se, obtiver uma pontuação alta para o Domínio dos Problemas e/ou um Resultado baixo no Domínio das competências.

Neste estudo o BITSEA mostrou uma consistência interna adequada ($\alpha = 0,79$). Neste estudo foi utilizada uma versão traduzida para o português para o efeito com a devida autorização por parte do autor.

B - Relativamente à Mãe

- **Questionário de caracterização da Grávida**

O questionário foi elaborado propositadamente, permitiu a recolha de diferentes tipos de informações sociodemográficas e relativas à gravidez em curso. Com o objectivo de caracterizar os participantes em termos de idade, profissão, escolaridade, estado civil, pratica ou não de exercício físico, história de consumo de tabaco, álcool e drogas, gravidezes anteriores e consumo de ácido fólico durante a gravidez em curso.

- **Rosenberg Scale** (Rosenberg, 1965 – Versão Portuguesa Santos e Maia, 1999).

A Escala de autoestima de Rosenberg é um inventário constituído por dez itens, que mede o estado de auto-estima dos sujeitos, solicitando-lhes uma reflexão acerca dos seus sentimentos atuais, amplamente utilizada na investigação no campo das ciências sociais. De cariz preponderante mente afetivo, permite ao sujeito exprimir a sua atitude de aprovação/desaprovação em relação a si próprio. Cinco dos itens são formulados positivamente e cinco formulados negativamente. Com a forma de resposta de escala é do tipo Likert com opção de resposta desde (1) Discordo totalmente, a Concordo totalmente. Variando o resultado final entre dez e cinquenta, sendo que quanto mais elevada a pontuação final do sujeito, maior a sua autoestima.

A escala de auto-estima Rosenberg é considerada uma ferramenta quantitativa confiável e válido para a avaliação da auto-estima (Blascovich, Jim & Joseph Tomaka, 1993). Neste estudo o Rosenberg mostrou uma consistência interna adequada ($\alpha = 0,878$)

- **Brief Symptom Inventory (BSI: Derogatis & Melisaratos, 1983- Versão Portuguesa, Canavarro,1999).**

O Inventário Breve de Sintomas (BSI) é constituído por 53 sintomas extraídos do Symptom Checklist-90-R e avalia sintomatologia psicológica atual de 9 dimensões de sintomatologia (de somatização - sofrimento psicológico associado a perturbações corporais (7 itens); obsessão-compulsão - pensamentos ou ações experienciadas como irresistíveis e sem controlo (6 itens); sensibilidade interpessoal - sentimentos de inferioridade ou de inadequação pessoal, e desconforto nas relações interpessoais (4 itens); depressão - sintomas de depressão como humor e afecto disfórico e e sentimentos negativos (6 itens); ansiedade – sintomas como nervosismo, tensão, pânico, etc, (5itens); hostilidade - irritação, aborrecimento, vontade de destruir coisas e raiva (5 itens); ansiedade fobica - medo de espaços com muitas

pessoas, medo de viajar, de espaços abertos, espaços fechados, etc, (5 itens) ideação paranóide – com comportamentos suspeição, hostilidade, medo de perda de controlo, egocentrismo, etc, (5 itens) e psicoticíssimo - presença de sintomas típicos das Psicoses, alienação (5 itens). Para além destes, o inventário contém mais 4 itens adicionais que não pertencem a nenhuma das dimensões por serem transversais a algumas e por serem importantes indicadores clínicos

As respostas são do tipo escala de Likert de 0 (nunca aconteceu) a 4 (sempre aconteceu), que descrevem a melhor forma como aquele sintoma afectou a pessoa na última semana. O inventário permite também obter 3 Índices Globais de avaliação sumária da perturbação: o Índice Geral de Sintomas (IGS), sendo considerado o melhor indicador de sofrimento da pessoa; o Total de Sintomas Positivos (TSP) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP), sendo que é o que melhor discrimina os indivíduos perturbados da população geral.

Neste estudo obtivemos altos coeficientes de consistência interna para todas as escalas: Somatização ($\alpha = 0,78$), compulsão-obsessão ($\alpha = 0,77$), sensibilidade interpessoal ($\alpha = 0,82$), depressão ($\alpha = 0,84$), ansiedade ($\alpha = 0,82$), a hostilidade ($\alpha = 0,82$), ansiedade fóbica ($\alpha = 0,77$), ideação paranóide ($\alpha = 0,79$); psicoticíssimo ($\alpha = 0,79$).

- ***O Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE: Vaz Serra, 1994)***

O Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE: Vaz Serra, 1994) é um inventário Português de Avaliação Clínica da Depressão, que consiste em 23 perguntas com

respostas do tipo Likert que cobrem quatro tipos de distúrbios (mudanças de trabalho, alterações cognitivas, alterações de relações interpessoais e mudanças biológicas) que refletem a relação que uma pessoa tem com o seu corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho.

Esta escala tem quatro níveis de gravidade dos sintomas depressivos, que são: Sem depressão, Depressão leve (sujeito sente-se perturbado pelos sintomas, com dificuldades ao nível do trabalho e atividades sociais, continuando a ser funcional) Depressão moderada (o sujeito evidencia já uma dificuldade considerável em levar a cabo as suas atividades sociais e de trabalho) e Depressão grave (o sujeito sente-se incapaz, ou muito limitado, a conseguir realizar as suas atividades sociais, de trabalho ou domésticas).

Neste estudo esta escala apresentou bons coeficientes de consistência interna ($\alpha = 0,76$).

C - Relativamente à relação mãe-bebé durante a gravidez

- ***Maternal Fetal Attachment* (MFAS: Cranley, 1981 – Versão portuguesa, Mendes, 1998)**

A Escala de Vinculação Materno-fetal é composta por 24 itens divididos em cinco subescalas (diferenciação de si em relação ao feto, a interação com o feto, atribuição de características e intenções com o feto, identificação com o papel de mãe e entrega de si própria). Esta escala é aplicável durante todo o período de gravidez. No entanto mostra-se mais sensível após o sexto mês de gravidez, quando os movimentos fetais são já mais

perceptíveis (Schmidt & Argimon, 2009).

As respostas são dadas através de uma escala de tipo likert, com cinco modalidades de resposta, desde “Definitivamente sim” até “Definitivamente Não” e são pontuadas de 1-5, sendo 5 a declaração mais positiva. No presente estudo foi utilizada apenas a escala global. Essa escala apresentou uma consistência interna adequada neste estudo ($\alpha = 0,76$).

- **The *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (MAMA: Kumar, Robson & Smith, 1984 – Versão Portuguesa Figueiredo, Mendonça & Sousa, 2004)**

Trata-se de questionário de auto-relato, composto por 60 itens, cujo objetivo é avaliar o ajustamento e as atitudes maternas da grávida perante a sua gravidez e o seu bebé. Neste questionário os 60 itens distribuem equitativamente por 5 sub-escalas (com 12 itens cada): imagem corporal; sintomas somáticos; atitudes conjugais; atitudes para com o sexo e atitudes para com a gravidez e o bebé.

As respostas são do tipo Likert que medem a frequência com que determinadas situações ocorreram durante o último mês, em que 1 é "nunca/de forma alguma" e 4 "muito frequentemente/muito vezes". Todos os itens são cotados entre 1 e 4, sendo que os itens e as sub-escalas são pontuados no sentido em que quantas mais elevadas são as pontuações pior é a avaliação da grávida na dimensão em causa. Para este estudo o MAMA obteve uma consistência interna adequada ($\alpha = 0,82$).

D – Relativamente à Violência Doméstica durante a gravidez

- ***Abuse Assessment Screen*. (AAS: McFarlane, Perker, Soeken & Bullock, 1992 – Versão de Reichenheim, Moraes & Hasselmann, 2000)**

O Abuse Assessment Screen, é um instrumento de rastreio específico para violência sofrida pela mulher durante a gravidez. É composto por cinco itens acerca da frequência de abuso por qualquer pessoa, durante a vida da grávida (violência física no último ano, violência física durante a gravidez, abuso sexual no último ano e medo do agressor). Inclui um mapa do corpo para assinalar a área de lesão, que abordam maus-tratos sofrido.

- ***Conflic Tactic Scales 2* (CTS2: Straus, Hamby, Boney- McCoy & Sugarman, 1996 – Versão Portuguesa, Alexandra & Figueiredo, 2006).**

A escalas é composta por 39 itens agrupados aos pares de questões destinadas à grávida participante e ao seu companheiro, perfazendo um total de 78 questões, permitindo obter informações acerca dos dois elementos da díade. Esta escala está dividida em 5 categorias: negociação (emocional e cognitiva), agressão psicológica (ligeira e severa), abuso físico sem sequelas (ligeiro e severo), coerção sexual (ligeiro e severo) e abuso físico com sequelas (ligeiro e severo. Inclui oito categorias de resposta: 0 (nunca), 1 (uma vez no ano anterior), 2 (duas vezes ano anterior), 3 (3-5 vezes ano anterior), 4 (6-10 vezes ano anterior), 5 (11-20 vezes ano anterior), 6 (mais do que 20 vezes ano anterior), 7 (não no ano anterior, mas ocorreu anteriormente) e 8 (nunca aconteceu), com as primeiros seis categorias destinadas a determinar a prevalência e as restantes a determinar a prevalência no último ano.

Pontuações mais altas indicam maior gravidade da violência e abuso por parte do parceiro. A CTS2 revelou um alto coeficiente de consistência interna neste estudo ($\alpha = 0,86$)

E.4 Procedimento

Para a efetivação da recolha de dados, foi solicitada autorização à Comissão de Ética do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos - Porto.

Foi recolhida uma amostra de conveniência entre Janeiro de 2008 e Julho de 2010 no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos (Porto, Portugal), durante as consultas de rotina.

As participantes deste estudo foram abordados pela enfermeira ou o médico obstetra, que as informou acerca da investigação e as questionou se estariam interessadas em participar. Para fazer parte da amostra, a grávida tinha que ter as seguintes características: nacionalidade Português, mais de 16 anos de idade e de ter, pelo menos, 25 semanas de gestação. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento (forma de Helsínquia) (WHO, 2000), e questões como o anonimato e a possibilidade de se poder retirar a qualquer momento da investigação o foram esclarecidos.

Foi realizado um estudo de coorte em três tempos distintos. A coleta de dados começou durante o terceiro trimestre da gravidez (T1) e dois grupos foram criados através do uso de CTS2: um de grávidas não violentadas e outro com grávidas vítimas de violência doméstica. O grupo de grávidas violentadas incluiu todas as mulheres que relataram ter sofrido qualquer ato de abuso durante a gravidez. Neste período, foram examinados a relação mãe-bebé através da Escala de Vinculação Materno-fetal (MFAS), da Escala de Atitudes Maternas e Ajustamento à gravidez (MAMA) e a presença de psicopatologia materna através

do Inventário Breve de Sintomas (BSI) e do O Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE). Na altura, foi também aplicada uma ficha de caracterização e aplicada a Escala de Rosenberg para avaliar a auto-estima das grávidas participantes.

Após o nascimento dos bebés, foi aplicada a Ficha de Caracterização do Bebé, e realizada uma avaliação do seu desenvolvimento mental global aos 3,5 meses, através da aplicação da Escala Mental de Desenvolvimento Griffiths (Griffiths 0-2), para além da avaliação do bebé foi realizada uma avaliação do estado depressivo das mães através da aplicação do Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) (T2).

O terceiro tempo ocorreu aos 12 meses após o nascimento do bebé onde foi avaliado o desenvolvimento mental através da aplicação da Escala Mental de Desenvolvimento Griffiths (Griffiths 0-2) e o estado sócio-emocional dos bebés através da aplicação do (BITSEA). Os dados que não puderam ser observadas diretamente foram recolhidos através das mães.

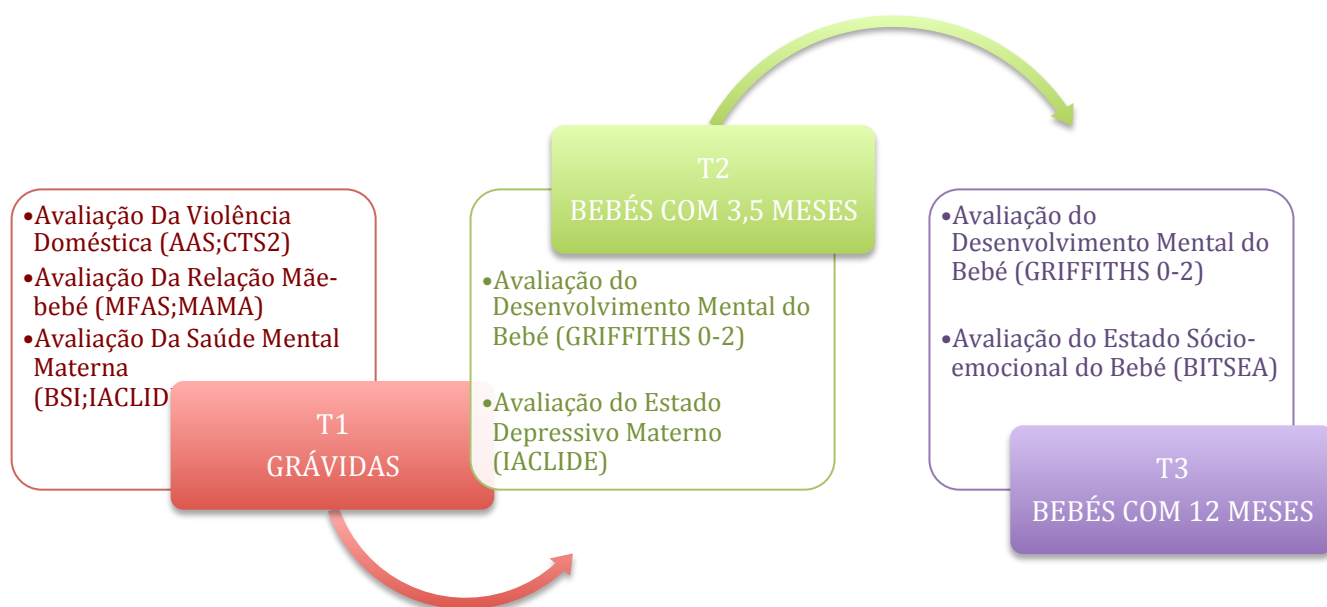
Cronograma de aplicação dos instrumentos de avaliação

T1	T2	T3
<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de caracterização da Mãe • Abuse Assessment Screen. (AAS: McFarlane, Perker, Soeken & Bullock, 1992 – Versão de Reichenheim, Moraes & Hasselmann, 2000) • Conflict Tactics Scale 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Caracterização do Bebé • Inventário de Avaliação Clínica da depressão (IACLID) (Vaz S., 1995). • Griffiths Scale 0-2 (Griffiths 0-2:Griffiths, R., 1996 – Versão Portuguesa - 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflict Tactics Scale 2 (CTS2) (Straw, 1996 – Versão Portuguesa, - Escala de Táticas e Conflitos Revisada , Figueiredo, 2006) • Inventário de Avaliação Clínica da depressão

<p>(CTS2) (Straw, 1996 – Versão Portuguesa - Escala de Táticas e Conflitos Revisada , Figueiredo, 2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brief Symptom Inventory (Derogatis & Melisaratos, 1983- Versão Portuguesa – Inventário de Sintomas Psicopatológicos, Degoratis, 1982) • Inventário de Avaliação Clínica da depressão (IACLID) (Vaz S., 1995). • Rosenberg Scale (Rosenberg, 1965 – Versão Portuguesa – Escala de Rosenberg, Santos e Maia, 1999). • Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA: Kumar, Robson &Smith, 1984 – Versão Portuguesa – Ajustamento Materno e Aitudes Maternas , Figueiredo, et al., 2004). • Maternal Fetal Attachment 	<p>Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (0-2 anos), Castro & Gomes, 1996)</p>	<p>(IACLID) (Vaz S., 1995).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brief Symptom Inventory (Derogatis & Melisaratos, 1983 Versão Portuguesa – Inventário de Sintomas Psicopatológicos, Degoratis, 1982) • Griffiths Scale 0-2 (Griffiths 0-2:Griffiths, R., 1996 – Versão Portuguesa - Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (0-2 anos), Castro & Gomes, 1996) • Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA) (Briggs-Gowan & Carter, 2004, Adaptação da autora para este estudo)
--	--	---

<p>Scale (MFAS) (Cranley, 1981 – Versão Portuguesa - Escala de Vinculação Materno-Fetal, Mendes e Canavarro, 1998</p>		
--	--	--

Os dados recolhidos em T3, relativamente à presença de violência doméstica através da CTS2: Conflict Tactics Scale 2 (Straw, 1996 – Versão Portuguesa , Figueiredo, 2006), à Saúde Mental Materna através do BSI: Brief Symptom Inventory (Derogatis & Melisaratos, 1983) e do Inventory of the Clinical Evaluation of Depression (IACLID: Vaz S., 1995), não serão apresentados nem discutidos no âmbito desta tese.



Não serão aqui apresentados também os dados obtidos através escala espelho, da Conflict Tactics Scale 2 (Straw, 1996 – Versão Portuguesa , Figueiredo, 2006) relativos ao comportamento das mulheres enquanto agressoras.

B.4. Procedimentos Estatísticos

Foi conduzido um estudo longitudinal de coorte que examina a presença da violência doméstica e sintomas patológicos no período da gravidez. As participantes foram recrutadas da consulta externa de rotina do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Pedro-Hispano, Matosinhos, Portugal, com início em 2008. Os estudos longitudinais são importantes pois fornecem informações sobre as variações globais e individuais ao longo do tempo (Diggle et al, 2002), sendo também conhecidos como estudos de medidas repetidas, envolvendo situações nas quais a variável resposta é mensurada múltiplas vezes em cada unidade de análise. Consequentemente, a análise desse tipo de dado requer que o analista leve em consideração a correlação existente entre as medidas repetidas de cada unidade de análise para que se possa obter inferências válidas sobre os coeficientes nos modelos de regressão.

Através do desenho longitudinal pode-se caracterizar a trajetória da variável resposta ao longo do tempo, investigar o efeito de covariáveis sobre a trajetória, realizar predição para a variável resposta ou, ainda, avaliar mudanças globais ou individuais ao longo do tempo. Neste tipo de estudo é possível separar três fontes de variação: *entre* e *intra* unidades de análise e erro de medição (Verbeke e Molenberghs, 2000), que são importantes na descrição e entendimento do fenómeno sob investigação.

De acordo com Collis e Hussey (2005) e Roesch (2005), estudo de coorte é uma metodologia positivista projetada para obter informações sobre variáveis em diferentes

contextos mas simultaneamente, é um tipo de estudo em que o investigador limita-se a observar e analisar a relação existente entre a presença de fatores de riscos ou características e o desenvolvimento de enfermidades, em grupos da população. Ou seja, tem como objetivo principal medir a incidência de um determinado evento. Este delineamento é também conhecido como prospectivo, longitudinal, de incidência, ou de seguimento. Entretanto, o termo coorte é o mais utilizado. É um estudo longitudinal, onde os participantes são observados por um período de tempo pré-estabelecido, cuja duração é dependente da enfermidade de interesse, para que sejam verificadas mudanças na frequência da ocorrência da enfermidade associadas à presença do fator de risco. Sendo a unidade de observação o indivíduo, o acompanhamento permite detectar as mudanças que ocorreram em todos os participantes do estudo.

Após a coleta dos dados em T1, foi realizada uma primeira análise de todos os questionários, com o objectivo de excluir os que estivessem incompletos ou mal preenchidos. Em seguida, todos os questionários, que compõem o protocolo T1 da investigação, foram codificados para que pudessem ser tratados estatisticamente. Cada protocolo de cada participante ficou associado ao seu numero de processo do Hospital, no sentido de manter o anonimato dos dados durante o tratamento de dados. O mesmo procedimento verificou-se para os tempos T2 e T3.

O trabalho estatístico do presente estudo iniciou-se com a caracterização sócio-demográfica da amostra e a caracterização da amostra respeitante às escalas utilizadas.

No que diz respeito à análise dos dados, numa primeira fase, realizou-se uma análise descritiva da amostra recolhida onde foram aplicadas estatísticas de sumário apropriadas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e o desvio padrão ou a mediana, percentil 25 e percentil 75, consoante a distribuição destas seja simétrica ou assimétrica,

respectivamente.

Numa segunda fase, recorreu-se à estatística inferencial (paramétrica e não paramétrica). Segundo Maroco (2007), os testes paramétricos exigem que a forma da distribuição amostral seja conhecida. Estes testes requerem geralmente variáveis quantitativas medidas numa escala intervalar ou de razão. De um modo geral a potência estatística dos testes paramétricos é superior à dos testes não paramétricos, sendo maior a probabilidade de rejeitar corretamente a hipótese nula nestes teste (Maroco, 2007). Por esta razão, sempre que possível foram usados os testes paramétricos.

Segundo Sheskin (2000), os testes não paramétricos não necessitam de requisitos tão fortes para poderem ser usados como os testes paramétricos. São indicados para amostras pequenas e quando a amostra tem uma distribuição que não é normal ou quando, apesar de ter uma dimensão superior a 30, se opta por conclusões mais conservadoras. Uma das desvantagens deste tipo de testes, em relação aos testes paramétricos, é que não se encontram tantas diferenças entre os dados quanto as que realmente existem.

Enquanto os testes paramétricos utilizam a média como medida de tendência central e o desvio padrão enquanto medida de dispersão, os testes não paramétricos utilizam a mediana e os percentis, respetivamente.

Neste estudo, apesar dos dados da amostra não terem, por vezes, distribuição normal, foram utilizados testes paramétricos sempre que o quociente entre o número de elementos que constituem o grupo maior com o menor foi superior a 1.5, na medida em que, de acordo com Pestana e Gageiro (2008), uma amostra tende para a normalidade quando tem um N superior a 30 (Teorema do Limite Central). Os autores referem ainda que, neste pressuposto, os grupos em estudo são homogéneos.

Devido à sua ampla aplicabilidade, o teste t é o mais utilizado em análise estatística. Por ser aplicável apenas a dados provenientes de uma escala de intervalo ou de razão e é

considerado um teste paramétrico (Andreasen, 2002). É frequentemente utilizado para testar as diferenças médias entre duas amostras independentes obtidas para uma determinada variável métrica (Teixeira 2004). Neste estudo, utilizou-se o teste t para duas amostras independentes para testar a diferença entre as médias de uma variável contínua em dois grupos independentes de mulheres, sendo que no caso de não se verificarem os pressupostos para a aplicação deste teste foi usado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. O teste de Mann-Whitney é um teste não paramétrico alternativo ao teste t para comparar as médias de duas amostras independentes. O único pressuposto exigido para a aplicação deste teste é que as duas amostras sejam independentes e aleatórias, e que as variáveis em análise sejam numéricas ou ordinais (os pressupostos para a aplicabilidade do teste t são mais exigentes: as populações de onde as amostras provêm têm distribuição normal; as amostras são independentes e aleatórias; as populações têm uma variância comum).

Quando estamos perante dados nominais, a análise centra-se nas tabelas de frequência. O teste de independência do qui-quadrado é uma ferramenta estatística utilizada para avaliar a significância estatística entre conjuntos de dados, que compara uma ou mais distribuições de frequências para verificar a existência de diferença significativas entre as frequências reais do grupo de dados recolhidos com os valores esperados tendo em atenção os dados teóricos (Proctor, 2005). O teste do qui-quadrado é adequado entre duas variáveis não métricas em que pelo menos uma é nominal. Neste estudo, utilizou-se o teste de independência do Qui-quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas (sempre que a frequência esperada de alguma célula da tabela de contingência, relativa à análise de associação de duas categorias, foi inferior a 5 utilizou-se o teste exato de Fisher);

Relativamente às medidas de efeito, Risco Relativo (RR), Odds Ratio (OR), Risco Atribuível (RA) e Risco Atribuível da População (RAP), também chamadas medidas de associação, que são utilizadas para detectar quantitativamente a relação entre exposição e

desfecho, ou seja, indicam a magnitude do efeito de um fator de risco sobre a ocorrência do desfecho, neste estudo, foi calculada a medida de risco Odds Ratio e, o respectivo intervalo com 95% de confiança quando adequado.

Recorreu-se, também, à análise da variância univariada (ANOVA) para estudar o efeito das variáveis independentes, ou factores, no conjunto das variáveis dependentes de natureza qualitativa. No entanto, os dados dessa análise não serão apresentados, uma vez que os pressupostos de aplicação não se verificavam e por conseguinte optou-se por não perder poder de análise nos testes não paramétricos.

Em todos os testes realizados nesta investigação considerou-se um nível de significância de 0.05. Para o tratamento estatístico utilizou-se o programa de análise estatística SPSS, *Statistical Package for Social Sciences*, versão 21 para MacOS.

No capítulo seguinte serão apresentados os resultados obtidos das análises efetuadas e acima descritas.

O tratamento estatístico dos dados recolhidos no estudo, nomeadamente os procedimentos e análises estatísticas, foram desenvolvidos através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19 para MacOS.

C. Considerações Éticas

A pesquisa social é um processo dinâmico baseado na confiança mútua e cooperação, bem como em convicções e expectativas bem aceite (Sarantakos, 1998), sendo necessário que os padrões éticos estejam presentes durante toda a investigação (Sarantakos, 1998).

Três princípios éticos devem guiar as investigações: o princípio da beneficência, a eficiência normal, justiça e autonomia.

Do princípio da eficiência normal, a investigação tem a obrigação de proteger os participantes do risco de ansiedade, angústia ou sofrimento que possam resultar da participação (Swanbergm 2004). A participação pode levar a recordações de experiências negativas ou dolorosa, ou pode resultar no real ou percebida ameaça de mais violência do parceiro abusivo (Ellsber & Heise, 2002). Em geral, os participantes devem achar as perguntas sobre violência doméstica aceitáveis (Stenson, et al., 2001).

Querer investigar de forma livre, pode ter efeitos adversos sobre os participantes (Ellsber et al, 2001). Portanto, os benefícios do estudo devem ser pesados contra os resultados potencialmente prejudiciais da participação. Os padrões éticos devem ser seguidos (Sarantakos, 1998) em todos os momentos da investigação. A Organização Mundial de Saúde recomenda diretrizes éticas para a investigação acerca da violência doméstica (OMS, 1999), as quais foram seguidas durante este estudo.

As orientações, que abraçam o princípio da beneficência, a eficiência normal, justiça e autonomia incluem:

1. Precisão na recolha e processamento de dados;
2. Metodologias de investigação relevantes que podem responder a questões;
3. Interpretação adequada dos dados;
4. Relatórios precisos com detalhes de recolha e análise de dados, as limitações e os problemas encontrados durante o processo de investigação;
5. Consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes, que compreendem a investigação, assim como uma participação voluntária, sem pressão, dolo ou coação;

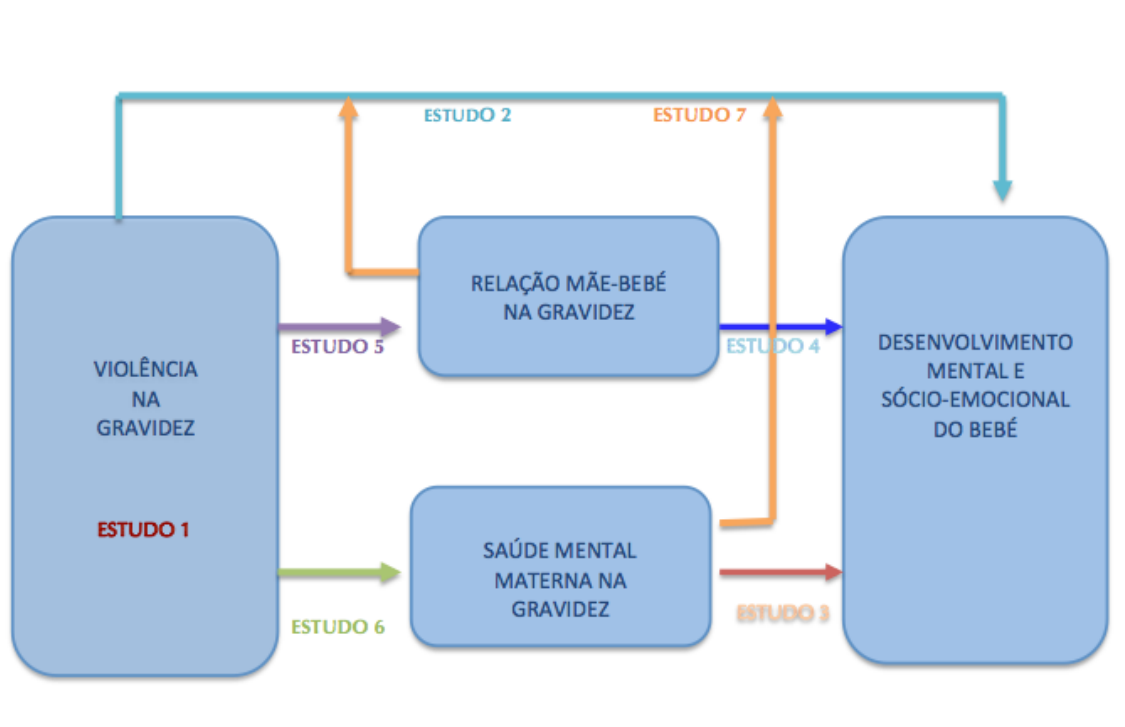
6. Bem-estar do entrevistado com minimização de danos, desconforto, vergonha ou culpa e maximização da segurança;
7. Proteção dos direitos dos participantes à privacidade, confidencialidade e anonimato.

Neste estudo, todos os participantes receberam um conjunto de instruções por dois psicólogos previamente treinados para administrar os questionários, e a abordagem feita aos participantes, foi sempre solicitando a sua colaboração de forma graciosa e voluntária. Os investigadores mantiveram-se sempre disponíveis para a prestação de qualquer esclarecimentos acerca do âmbito e objectivos do estudo e mantendo a disponibilidade para ajuda-los aquando do preenchimento dos questionários e para revelar os resultados do estudo.

Cada participante assinou um termo de consentimento informado (declaração de Helsinki), (Associação Médica Mundial, 2000). Os questionários eram anónimos e os participantes foram informados de que se poderiam deixar de participar no estudo a qualquer momento, se quisessem, sem que para isso tivessem que dar qualquer explicação. Foi garantido, aos participantes, a não utilização nem divulgação dos resultados obtidos para outros fins que não os contidos nos objectivos do estudo. Este estudo foi aprovado pela comissão de ética do Hospital Pedro Hispano.

Foi garantida a confidencialidade da investigação e o anonimato perante a divulgação de resultados.

CAP. IV.
APRESENTAÇÃO E
ANÁLISE DOS RESULTADOS



Neste capítulo iremos apresentar, os dados obtidos pelos instrumentos aplicados no decorrer dos sete estudos que levamos a cabo.

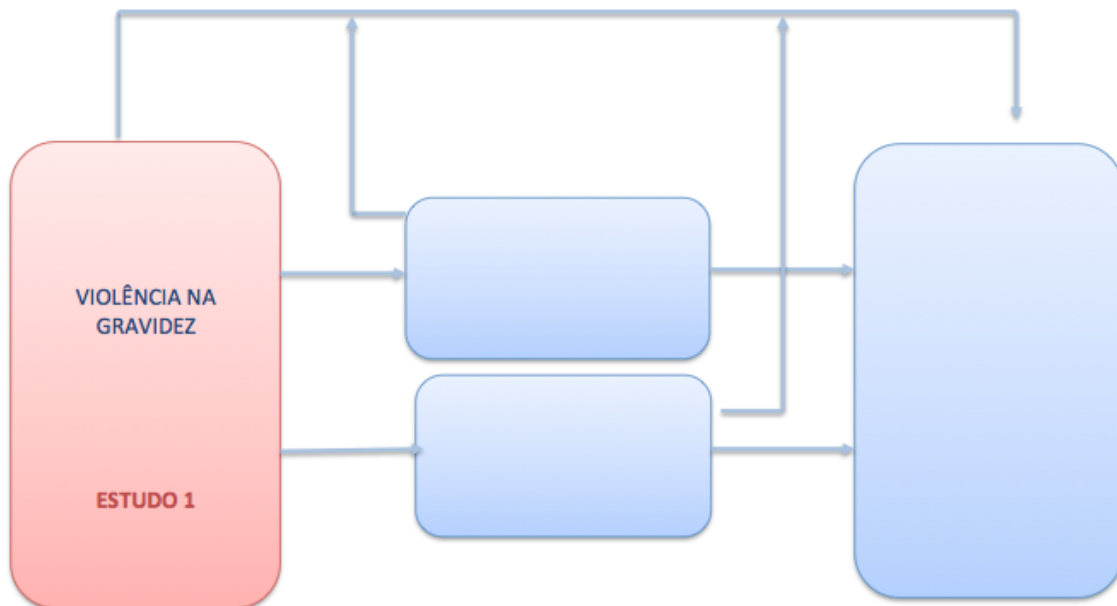
Assim a apresentação dos resultados foi organizada da seguinte forma:

- Resultados obtidos no estudo 1, relativos à prevalência, a natureza e severidade da violência durante a gravidez, numa amostra de mulheres grávidas da consulta externa de obstetrícia do Hospital Pedro Hispano (Matosinhos), em Portugal.
- Resultados obtidos no estudo 2, relativos ao desenvolvimento mental do bebé aos 3,5 meses e aos 12 meses de idade, tendo em conta os dados do estudo da prevalência, da natureza e severidade da violência durante a gravidez.
- Resultados obtidos no estudo 3, relativos à saúde mental materna, das mulheres grávidas que sofreram violência no período de gravidez, comparando-as com mulheres sem história de violência no período gestacional.
- Resultados obtidos no estudo 4, relativos às consequências das alterações à saúde mental materna, no desenvolvimento do bebé aos 3,5 meses de idade e aos 12 meses de idade.
- Resultados obtidos no estudo 5, relativos à relação materno-fetal e a atitude e ajustamento perante a gravidez e o bebé, das mulheres grávidas que sofreram violência no período de gravidez, comparando-as com mulheres sem história de violência no período gestacional.
- Resultados obtidos no estudo 6, relativos aos efeitos da relação materno-fetal e a atitude e ajustamento perante a gravidez e o bebé, no desenvolvimento do bebé aos 3,5 meses de idade e aos 12 meses de idade.
- Resultados obtidos no estudo 7, relativos ao exame da relação mãe-bebé na gravidez e a saúde mental materna na gravidez como factores mediadores dos efeitos da violência no desenvolvimento mental e sócio-emocional do bebé.

Passaremos de seguida à apresentação dos resultados.

ESTUDO 1

**NATUREZA E SEVERIDADE DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GRAVIDEZ (PAPER 1¹)**



Os objectivos deste estudo eram determinar a prevalência, o tipo, e a severidade da violência durante a gravidez em mulheres, caracterizando-as sob o ponto de vista da idade, estado civil, escolaridade e hábitos de saúde.

¹ “Violence during pregnancy – Presence and Severity among women in Matosinhos – Oporto. Portugal”. Aceite para publicação no JOURNAL OF PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING.

Os sujeitos do estudo foram mulheres, da consulta externa do Serviço de Obstetria e Ginecologia do Hospital Pedro Hispano, no seu terceiro trimestre de gravidez recolhidas de forma sistemática, todas as terças-feiras de cada semana num período compreendido entre 2008 de 2010. Foi administrada uma bateria de questionários pelo principal investigador e por uma psicóloga colaboradora da investigação. A prevalência e a severidade da violência doméstica foram avaliadas através da Conflict Tactics Scale 2 (Straus, 1996) adicionalmente e como medida de controlo foi administrado o Abuse Assessment Screen (McFarlane e tal 1992). Foram consideradas vítimas, todas as grávidas que na CTS2 reportaram sofrer de pelo menos um ato de qualquer tipo de violência, constituindo o grupo de mulheres violentadas durante o período da gravidez.

Na análise descritiva da amostra analisada, foram aplicadas estatísticas de sumárias apropriadas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%). Foi usado o teste de independência do Chi-square para analisar a associação entre variáveis categóricas. Quando a frequência esperada de alguma célula da tabela de contingência relativa à análise de associação de duas categorias foi inferior a 5, utilizou-se o teste exacto de Fisher. Foi usado o teste de Mann-Whitney para testar hipóteses relativas a variáveis contínuas, com distribuição assimétrica. Em todos os testes de hipóteses foi considerado um nível de significância de .05.

Os dados obtidos nas respostas aos questionários, foram tratados estatisticamente pelo Statistic Peckage for Social Sciences (SPSS, versão 19).

1.1. Prevalência e Cronicidade da Violência na Gravidez

Tendo em consideração o facto de se considerar Vitima de Violência doméstica na gravidez qualquer mulher que tenha sofrido pelo menos um ato de violência nos meses

anteriores à administração da CTS2 foram encontradas cento e sete (58.2%) grávidas vítimas de violência doméstica e setenta e sete (41.8%) grávidas que não sofreram qualquer tipo de violência.

Contatou-se na CTS 2 no grupo das grávidas violentadas que, durante o ano anterior, oitenta e sete (46.6%) mulheres sofreram agressão psicológica ligeira (por exemplo: insultos ou injúrias por parte do meu parceiro) e vinte e quatro (12.7 %) de agressão psicológica severa (por exemplo: O meu parceiro ameaçou bater ou atirar-me algo) (Tabela 1.1.1).

Verificou-se que vinte e uma (11.1%) mulher sofreram agressão física sem sequelas ligeira (por exemplo: torceu o braço ou puxou o cabelo). Nove (4.7%) mulheres sofreram agressão física sem sequelas severa (ex.: bati meu parceiro contra a parede). Três (1.6%) mulheres relataram ter sofrido agressão física com sequelas ligeira (por exemplo: Teve uma entorse, contusão ou pequeno corte por causa de uma zanga com o meu parceiro). Uma (0.5) mulher relatou ter sofrido agressão física com sequelas severa (por exemplo: Fui a um médico por causa de uma zanga com o meu parceiro) (Tabela 1.1.1).

Apurou-se a existência de quarenta e duas (22.4%) mulheres vítimas de coerção sexual ligeira (por exemplo: Fiz o meu parceiro ter relações sexuais sem preservativo), quatro mulheres (2.2%) vítimas de coerção sexual severa (ex.: ameaças para fazer o meu parceiro ter relações sexuais), durante o ano anterior (Tabela 1.1.1).

Algumas das vítimas podem ter sofrido vários tipos de agressão ao mesmo tempo.

Tabela 1.1.1. Caracterização da Prevalência dos Diferentes tipos de Violência (CTS2)

	N	(%)
Agressão Psicológica		
Ligeira	87	(46.6)
Severa	24	(12.7)

Agressão física sem sequelas			
	Ligeira	21	(11.1)
	Severa	9	(4.7)
Agressão física com sequelas			
	Ligeira	3	(1.6)
	Severa	1	(. 5)
Coerção Sexual			
	Ligeira	42	(22.4)
	Severa	4	(2.2)

A cronicidade da violência mede quantas vezes, qualquer um dos atos de violência ocorreu.

No ano anterior, as mulheres grávidas sofreram, em média, 1.15 vezes (DP = 0.81) agressão psicológica ligeira e a agressão psicológica severa, em média, 0.15 vezes (DP = 0.14) (Tabela 1.1.2).

No que diz respeito a agressão física sem sequelas ligeira as mulheres sofreram, em média, 0.23 vezes (DP = 0.21), enquanto que as mulheres que sofreram agressão física sem sequelas severa, em média, 0.06 vezes (DP = 0.06). As mulheres sofreram em média, 0.03 vezes (DP = 0.03) agressão física com sequela ligeira e severa. Quanto à coerção sexual ligeira observou-se que em média as mulheres sofreram 0.25 vezes (DP = 0.23) e 0.02 vezes (DP = 0.02) em média, coerção sexual severa, (Tabela 1.1.2).

Tabela 1.1.2 – Caracterização da Cronicidade da Violência

		M	SD
Agressão Psicológica			
	Ligeira	1.15	.81
	Severa	.15	.14
Agressão física sem sequelas			
	Ligeira	.23	.21
	Severa	.06	.06
Agressão física com sequelas			
	Ligeira	.03	.03
	Severa	.03	.03
Coerção Sexual			
	Ligeira	.25	.23
	Severa	.02	.02

Neste estudo, o Abuse Assessment Screen (AAS) não se mostrou muito confiável para avaliar a presença de violência doméstica durante a gravidez, uma vez que apenas 0,9% mulheres relataram ser vítimas de violência doméstica a partir do momento em que ficou grávida. Uma das hipóteses para que isso aconteça pode ser um factor cultural.

Em Portugal, algumas mulheres grávidas vítimas de comportamento violento por parte do parceiro nem sempre se identificam com o ser vítima de violência doméstica. Parece ser uma ideia generalizada de que a violência doméstica só acontece quando se é ameaçado com armas ou quando sofrem graves consequências, e não quando se é insultado ou empurrado,

estes comportamentos parecem ser comumente interpretados como comportamentos normais num padrão de relação conjugal.

Para este fenómeno certamente contribuiu o fato de que só muito recentemente, em 2003, a violência doméstica tem uma nova moldura legal, que a inclui na categoria de crimes públicos, tornando-o mais reconhecido e visível em vez de permanecer, como tantas vezes é o caso, em o silêncio das relações familiares privadas. No entanto, sabemos que a mentalidade das pessoas não muda unicamente devido a uma nova e mais rígida legislação. É necessário mais tempo para que certos comportamentos, deixem de ser ainda considerados como aceitável ou normal.

1.2. Comparação das Características Sócio-demográficas do Grupo de Grávidas vítimas e não Vítimas

Quanto à caracterização sócio-demográfica dos dois grupos, neste estudo encontramos para o grupo de grávidas vítimas de violência doméstica, que, a média de idades era de 29 anos (DP=6.0) (Tabela 1.2.1), que a maioria eram casadas (51.5%) (Tabela 1.2.2), completaram o nono ano (30.7%) (Tabela 1.2.3) trabalhavam na área do comércio e serviços (43.2%) (Tabela 1.2.4).

No que se refere aos hábitos de saúde constatou-se que 37.5% das grávidas vítimas de violência fumavam durante a gravidez (Tabela 1.2.5).

Nesta altura, utilizou-se o Teste Chi Quadrado, para verificar se algum dos factores (estado civil, escolaridade, profissão e idade) se destacaria por ser uma associação à presença de violência, mas não foram encontrados quaisquer valores estatisticamente significativos

Tabela 1.2.1. Caracterização da idade Vitimas e Não Vitimas

	Média	(DP)	Mediana	Min	Max	P25	P75
Não Vitimas	29	(5.8)	30	19	45	(24.5)	(33.0)
Vitimas	29	(6.0)	30	16	40	(25.0)	(34.0)

DP – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Maximo; P25 – Percentil 25; P75 – Percentil 75

Tabela 1.2.2. Caracterização do Estado Cívil Vitimas e Não Vitimas

	População total		Vitima		Não- Vitima	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Estado Civil						
Solteira	38	(20.8%)	26	(26.3)	10	(14.9)
Casada	100	(54.6%)	51	(51.5)	38	(56.7)
União de facto	31	(16.9%)	16	(16.2)	12	(17.9)
Divorciada ou separada	14	(7.7%)	6	(6.1)	7	(10.4)

Tabela 1.2.3. Caracterização da Escolaridade Vitimas e Não Vitimas

	População total		Vitima		Não- Vitima	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Escolaridade						
Primeiro ciclo	39	(20.2%)	24	(23.8)	12	(16)
Segundo ciclo	60	(31.1%)	31	(30.7)	27	(36)

Secundária	46	(23.8%)	20	(19.8)	19	(25.3)
Licenciatura	46	(23.8%)	25	(24.8)	16	(21.3)
Doutoramento	2	(1.0%)	1	(1)	1	(1.3)

Tabela 1.2.4. Caracterização da Ocupação Vítimas e Não Vítimas

	População total		Vitima		Não Vitima	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ocupação						
Estudante	4	(2.2%)	3	(3.2)	1	(1.4)
Dona de casa	40	(22.1%)	22	(23.2)	15	(21.4)
Saúde	12	(6.6%)	8	(8.4)	3	(4.3)
Comércio e Serviço	84	(46.4%)	41	(43.2)	35	(50)
Educação	12	(6,6%)	6	(6.3)	6	(8.6)
Banca	5	(2,8%)	2	(2.1)	2	(2.9)
Outras áreas	24	(13,3%)	13	(13.7)	8	(11.4)
Licenciatura	46	(23,8%)	25	(24.8)	16	(21.3)

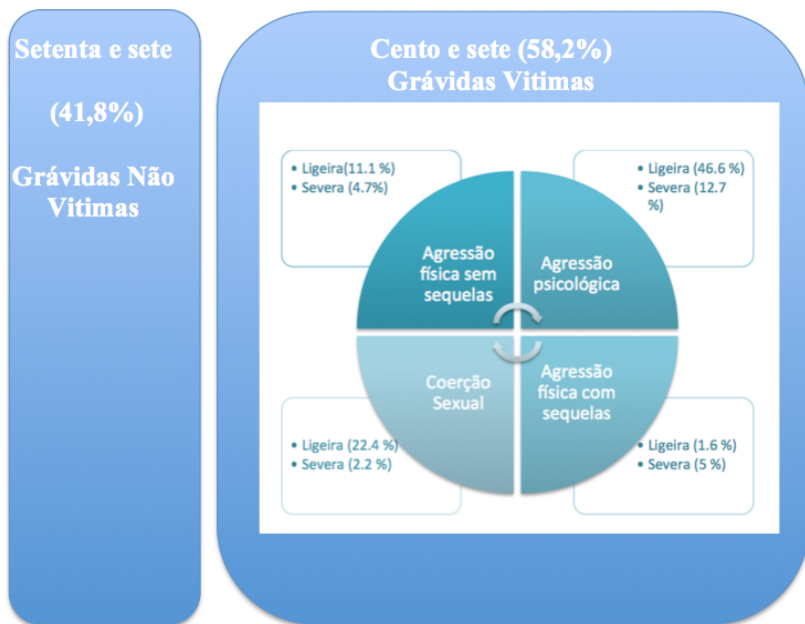
Tabela 1.2.5. Caracterização dos Hábitos de Saúde das Vítimas e Não Vítimas

	Não Vítima		Vítima	
	N	(%)	N	(%)
Atualmente pratica exercício físico	21	(33.9)	13	(16.5)
Fumava nos meses anteriores à gravidez	12	(19.4)	30	(37.5)
E agora fuma?	11	(17.7)	20	(25.0)

Consumia bebidas alcoólicas nos meses anteriores à gravidez?	5	(8.2)	8	(10.0)
E hoje consome bebidas alcoólicas?	2	(2.7)	3	(2.8)
Consumia drogas nos meses anteriores à gravidez?	0	(.0)	1	(.9)
Atualmente consome drogas?	0	(.0)	1	(.9)
Tomou ácido fólico (vitamina B6) nos meses anteriores à gravidez?	25	(33.3)	33	(31.1)
Atualmente toma?	54	(72.0)	84	(79.2)
Já teve alguma doença de natureza psiquiátrica/psicológica?	18	(24.0)	26	(24.5)

No nosso estudo, foram encontradas cento e sete (58,2%) grávidas vítimas de violência doméstica e setenta e sete (41,8%) grávidas que não sofreram qualquer tipo de violência.

O estudo mostrou que a violência existe em mulheres grávidas, com contornos físicos e psicológicos, por isso torna-se importante e essencial criar e desenvolver programas de formação e protocolos de intervenção, envolvendo diferentes profissionais de saúde, nos períodos pré e pós-natal, onde a exibição de violência familiar se tornará um procedimento de rotina.



ESTUDO 2 – VIOLÊNCIA DURANTE A GRAVIDEZ E O DESENVOLVIMENTO MENTAL DOS BEBÉS (PAPER 2²).

² Domestic violence during pregnancy and babies' development in the first year em revisão no



2.1. Violência e Peso dos Bebés ao Nascer

Com relação ao peso de nascimento, verificou-se que os bebês nascidos de mulheres vítimas de violência tinham um valor médio de peso maior ($M = 3.365$, $DP = 388.2$) do que bebês nascidos de mulheres que não foram abusadas ($M = 3.165$, $DP = 424.4$) e esta diferença foi estatisticamente significativa um nível de significância de 0,05 confiança para o valor da média das diferenças entre o peso à nascença dos bebês filhos de vítimas e não vítimas (tabela 2.1.1).

No entanto, o peso mínimo ao nascimento foi encontrado no grupo de bebês nascidos de mulheres abusadas (1885 g) e é significativamente menor do que o peso mínimo ao nascimento de bebês nascidos de mulheres não abusadas (2335 g.) (Tabela 2.1.1).

Tabela 2.1.1. Caracterização do Peso dos bebês Vitima/Não Vitima

Vítima					Não Vítima				
Min	Med	Máx	Média	(DP)	Min	Med	Máx	Média	(DP)

Peso à nascença 1855 3365 4435 3349,7 (388.2) 2335 3165 4500 3197,4 (424,4)

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

2.2. Violência e Idade dos Bebés ao Nascer

No que se refere aos meses na primeira avaliação dos bebês, eles tinham em média 3.5 meses de idade (DP=3.15) (Tabela 2.2.1).

Quando se comparou a idade média dos bebês na primeira avaliação filhos de mãe violentadas ou não, os bebês filhos de mãe que sofreram violência doméstica tinham em média 3.4 meses de idade (DP=2.99) e os bebês filhos de mãe que não sofreram violência tinham em média 3.5 meses de idade (DP=2.74) na primeira avaliação (Tabela 2.2.2).

Tabela 2.2.1. Caracterização da idade dos bebês na primeira avaliação

	Média	(DP)	Min	Max
Idade em dias	119.6	(96.61)	29	694
Idade em meses	3.5	(3.15)	0	22

(DP) – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max - Máximo

Tabela 2.2.2. Caracterização da idade dos bebês na primeira avaliação comparação entre vítimas e não vítimas

	Não vitima				Vitima			
	Média	(DP)	Min	Max	Média	(DP)	Min	Max
Idade em dias	119.1	(83.33)	45	538	117.4	(91.59)	29	467

	Não vítima				Vítima			
	Média	(DP)	Min	Max	Média	(DP)	Min	Max
Idade em dias	119.1	(83.33)	45	538	117.4	(91.59)	29	467
Idade em meses	3.5	(2.74)	1	17	3.4	(2.99)	0	15

(DP) – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max - Máximo

2.3. Violência e Desenvolvimento Mental dos Bebés aos 3,5 e aos 12 de meses idade

Quando comparamos o desenvolvimento dos Bebés de T2 para T3, o que observamos é que existem evidências estatísticas para afirmar, a um nível de significância de 0.05, no que respeita às pontuações obtidas nas sub-escalas de: Linguagem, Coordenação Mão-olho, Realização e Escala Global, os bebés, obtiveram uma melhoria significativa. Na Locomoção verificou-se exatamente o contrário, já que se notou uma piora significativa (Tabela 2.3.1.).

Tabela 2.3.1. Caracterização da Comparação do desenvolvimento dos bebés, na escala de Griffiths, entre T2 e T3 (considerando todas as mulheres).

	T2		T3		Valor-p*	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	105,9	(18,1)	99,3	(13,5)	0,004**	1,780	9,251
Pessoal - Social	96,3	(21,2)	105,0	(16,2)	<0,001***	-13,771	-4,676
Audição e Linguagem	99,8	(16,3)	113,8	(11,8)	<0,001***	-17,891	-11,232
Coordenação Mão - Olho	99,1	(18,0)	112,0	(14,5)	<0,001***	-16,157	-8,689
Realização	97,3	(17,6)	103,5	(12,8)	<0,001***	-9,620	-2,888

Global	99,7	(14,6)	106,6	(11,3)	<0,001***	-10,387	-4,274
--------	------	--------	-------	--------	-----------	---------	--------

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

Considerando-se o desenvolvimento mental dos bebês em T2 (3.5 meses de idade), os filhos de mulheres que não sofreram abuso obtiveram um resultado médio de 100.1 (DP = 15.8) para a escala Global da Griffith's, enquanto que os bebês filhos de mulheres abusadas obtiveram um resultado médio de 99.8 (DP = 13.7), embora esses resultados não apresentem diferenças estatisticamente significativas (Tabela 2.3.2).

Tabela 2.3.2. Comparação do Desenvolvimento mental dos Bebês aos 3,5 meses (GRIFFITHS) filhos de mães Vítimas e Não Vítimas de Violência.

	Não Vítima		Vítima		p
	M	SD	M	SD	
Locomoção	106.6	17.8	106.5	17.7	.445
Pessoal-Social	96.1	21.4	96.9	20.9	.777
Linguagem	99.5	19.2	100.2	14.6	.697
Coordenação olho-mão	99.8	17.8	99.7	17.8	.290
Realização	98.0	18.3	97.2	16.5	.740
Global	100.1	15.8	99.8	13.7	.303

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

Quando comparamos o desenvolvimento Global mental desses bebês aos 12 meses de idade (T3), foi encontrada a mesma tendência sendo não estatisticamente significativa. Bebês

filhos de mulheres não violentadas obtiveram um valor médio de 108.1 (DP = 11,3), enquanto que os bebês nascidos de mulheres abusadas tiveram um valor médio de 105,8 (DP = 11,6). O desenvolvimento mental em crianças nascidas de mulheres que não sofreram abuso continuou com a pontuação mais elevada (Tabela 2.3.3.).

Quando se compara a evolução do Desenvolvimento Mental Global de bebês de T2 para T3, descobrimos que os bebês filhos de mulheres grávidas não vítimas tiveram um maior desenvolvimento no seu nível Global de Desenvolvimento Mental, do que os bebês filhos de vítimas de abuso (Tabela 2.3.2. e 2.3.3).

Tabela 2.3.3. Caracterização da Comparação do Desenvolvimento mental dos Bebês aos 12 meses (GRIFFITHS) filhos de mães Vítimas e Não Vítimas de Violência.

	Não Vítima		Vítima		p
	M	DP	M	DP	
Locomoção	100.9	13.6	98.8	13.7	.738
Pessoal-Social	107.6	18.5	103.3	14.6	.229
Linguagem	115.1	13.0	113.1	11.2	.297
Coordenação mão-olho	111.8	12.0	111.9	15.8	.410
Realização	104.2	13.9	102.9	12.5	.826
Global	108.1	11.3	105.8	11.6	1.000

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

Ao analisar o desenvolvimento mental de bebês, tendo em conta os diferentes tipos de violência durante a gravidez (física, psicológica e sexual), verificou-se apenas diferenças

estatisticamente significativas nas vítimas de violência psicológicas ($p = 0.013$) na subescala da Linguagem para a qual os bebês filhos de mulheres que não sofreram abuso obtiveram resultados superiores, aos 3,5 meses (Tabela 2.3.4).

Tabela 2.3.4. Caracterização da Comparação do desenvolvimento dos bebês, na escala de Griffiths, aos 3.5 meses e idade entre mulheres vítimas de violência psicológica e mulheres não vítimas de nenhum tipo de violência.

	Não Vítima		Vítima		Valor-p*
	M	(DP)	M	(DP)	
Locomoção	106,6	(17,8)	105,1	(17,0)	0,638
Pessoal - Social	96,1	(21,4)	95,1	(19,3)	0,776
Audição e Linguagem	99,5	(19,2)	98,3	(14,0)	0,013*
Coordenação Mão - Olho	99,8	(17,8)	98,8	(18,4)	0,751
Realização	98,0	(18,3)	96,2	(16,5)	0,537
GERAL	100,1	(15,8)	98,8	(13,5)	0,603

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Seguidamente iremos apresentar os resultados obtidos quando se estudou os diferentes tipos de violência como fator de risco ou de proteção para o desenvolvimento Mental dos Bebês aos 3,5 meses e aos 12 meses de idade. Comparamos os bebês filhos de vítimas de violência durante a gravidez, com o valor médio de 100 na escala de Desenvolvimento Mental Griffiths, uma vez que o 100, é considerado o valor médio da população.

Assim, verificamos que só existem resultados significativos para Bebês com 12 meses de idade, e para a agressão psicológica severa; para a agressão física sem sequelas ligeira e a agressão física sem sequelas severa.

Ao analisar os tipos de violência como fator de risco para as diferenças cognitivas em bebês aos 12 meses, cujas mães não sofreram agressão psicológica severa durante a gravidez observa-se que existe 0.295 vezes menor risco (IC entre 0.101 e 0.856, 95%) de estes obterem classificações abaixo da média para o Desenvolvimento Mental Global. O fato de a mãe não ter sofrido agressão psicológica severa é um fator protetor de desenvolvimento global dos bebês, aos doze meses de idade (tabela 2.3.5).

Tabela 2.3.5. Associação entre Violência: agressão psicológica severa e o Desenvolvimento Mental Global (Griffiths).

CTS2	Abaixo do normal		Acima do normal		P*	OR	OR IC 95%
	N	N	N	N			
Não sofreu nenhum ato	28	95	0.031	0.295	0.101	0.856	
Sofreu pelo menos um ato	8	8					

(DP) – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; * Qui-quadrado; ** teste exato de Fisher; OR – Odds Ratio; OR IC 95% - intervalo de confiança a 95% para o OR

Os bebês aos 12 meses, cujas mães não sofreram agressão física sem sequelas ligeira durante a gravidez mostram 0,214 vezes menor risco (IC Entre 0,063 e 0,731 95%) de desenvolver problemas na subescala de Linguagem. Assim, o fato de que a mãe não ter sofrido agressão física sem sequela leve é um fator protetor do desenvolvimento da Linguagem em bebês de um ano de idade (Tabela 2.3.6).

Tabela 2.3.6. Caracterização da Associação entre Violência: agressão física sem sequelas ligeira e Griffiths Linguagem em T3.

CTS	Abaixo do	Acima do	P*	OR	OR IC 95%	
	normal	normal				
	N	N				
Não sofreu nenhum ato	10	112	0.021	0.214	0.063	0.731
Sofreu pelo menos um ato	5	12				

(DP) – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; * Qui-quadrado; ** teste exato de Fisher; OR – Odds Ratio; OR IC 95% - intervalo de confiança a 95% para o OR

No que respeita aos bebés com 12 meses de idade, cujas mães não sofreram agressão física sem sequelas severa, durante a gravidez, estes mostram 0.032 vezes menor risco (IC entre 0.011 e 0.948 OR IC 95%) de obter classificações abaixo da média, na sub-escala Realização. Assim, o fato da mãe não ter sofrido agressão física com sequelas ligeira, parece ser um fator protetor para o desenvolvimento da Locomoção em bebés aos 12 meses de idade (Tabela 2.3.7).

Tabela 2.3.7. Caracterização da Associação entre Violência: agressão física sem sequelas severa e Griffiths Realização T3

CTS	Abaixo do	Acima do	P*	OR	OR IC 95%	
	normal	normal				
	N	N				
Não sofreu nenhum acto	39	95	0.032	0.103	0.011	0.948
Sofreu pelo menos um acto	4	1				

(DP) – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; * Qui-quadrado; ** teste exato de Fisher; OR – Odds Ratio; OR IC 95% - intervalo de confiança a 95% para o OR

2. 4. Violência e Estado Sócio-emocional dos Bebés aos 12 de meses idade

Através da análise dos resultados do BITSEA (T3) encontrou-se 13 bebés filhos de mulheres violentadas que obtiveram um screen positivo no BITSEA, indicando que estes Bebés apresentam já sinais de perturbação sócio-emocional, em comparação com 9 bebés com screen positivo no grupo de mulheres que não sofreram abuso. Ainda assim, essa diferença não foi estatisticamente significativa (Tabelas 2.4.1. e 2.4.2).

Tabela 2.4.1. Caracterização da Comparação do BITSEA (meninas) filhos de mães vítima e não vítimas.

	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Não vítima	17	(58.6)	5	(50,0)	0.721
Vitima	12	(41.4)	5	(50,0)	

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

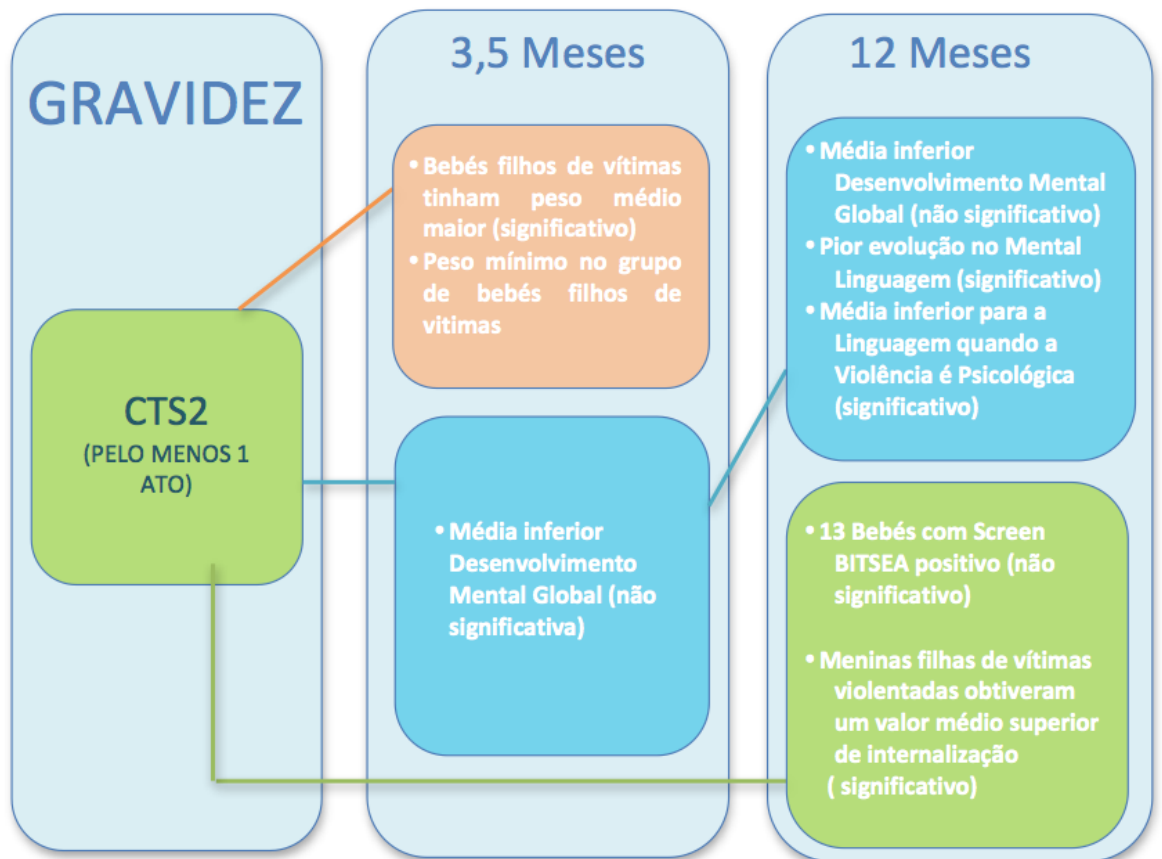
Tabela 2.4.2. Caracterização da Comparação do BITSEA (meninos) filhos de mães vítima e não vítimas.

	Negativo		Positivo		P-value*
	N	(%)	N	(%)	
Não vítima	6	(35.3)	4	(33.3)	1,000
Vítima	11	(64.7)	8	(66.7)	

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

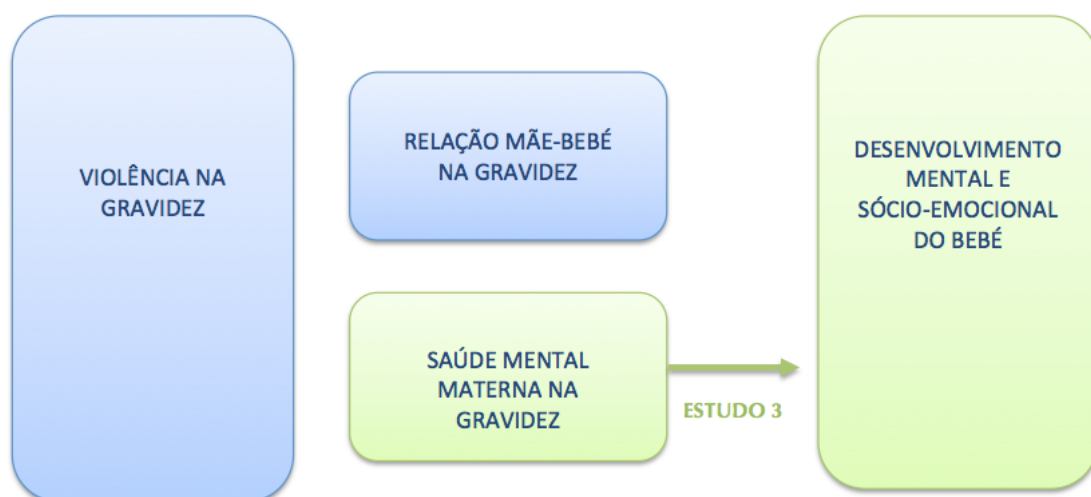
Através do estudo de BITSEA, foi analisado o estado sócio-emocional dos bebês filhos de grávidas que foram (ou não foram) vítimas durante a gravidez pelo seu parceiro. Os bebês filhos de mulheres vítimas durante a gravidez e os bebês filhos de mulheres não vítimas apresentaram diferenças a nível de género. Por exemplo, no grupo dos bebês filhos de mulheres vítimas, as meninas obtiveram pontuação baixa para o Domínio dos Problema e pontuação alta no Domínio das Competências, enquanto que os meninos obtiveram pontuação alta no Domínio dos Problema e no Domínio das competência. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de bebês filhos de grávidas vítimas durante a gravidez e bebês filhos de grávidas não-abusadas durante a gravidez.

Quando examinados os domínios do BITSEA, os resultados encontrados foram que as meninas filhas de mulheres violentadas obtiveram um valor médio de 1,5 (DP = 1,2) para a internalização e meninas filhas de mulheres que não sofreram abuso obtiveram um valor médio de 0,8 (DP = 1,1) para o mesmo domínio. Estes resultados foram estatisticamente significativos. Ou seja, as meninas filhas de mulheres violentadas exibiam mais sintomas de ansiedade generalizada, ansiedade de separação e angústia ou ansiedade em relação ao estranho.



ESTUDO 3 – SAUDE MENTAL MATERNA NA GRAVIDEZ E O DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ (PAPER III ³).

³ Almeida, C. Sá, E. Cunha F. Pires E.(2012) Common mental disorders during pregnancy and baby's development in the first year of life. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30:4, 341-351



3.1. Presença De Transtornos Mentais Comuns (CMD) Em Mulheres Grávidas

- **Auto-Estima na Gravidez (Rosenberg)**

Para a amostra total do estudo, encontrou-se 54 (27.3%) mulheres grávidas com uma baixa auto-estima, 132 (66.7%) mulheres grávidas com uma auto-estima normal e 12 (6.1%) mulheres com uma auto-estima elevada. (Tabela 3.1.1).

Tabela 3.1.1. Caracterização da Amostra Total segundo a Escala de Auto-estima de Rosenberg.

	N	(%)
Baixa	54	(27.3)
Normal	132	(66.7)
Elevada	12	(6.1)

- **Psicopatologia (CMD) na Gravidez - BSI**

Quanto à presença de transtornos mentais comuns (CMD) em mulheres grávidas, com pelo menos 25 semanas de gestação, verificou-se que 53 (27.5%) grávidas obtiveram diagnóstico positivo para a existência de psicopatologia. Constatou-se também que 68 (79.1%) apresentavam sintomas de hostilidade, 66 (33.5%) ideação paranóide, 34 (17.2%), ansiedade e 42 (21.2%), depressão (Tabela 3.1.2.).

Tabela 3.1.2. Caracterização da Frequência da Psicopatologia Materna durante a Gravidez (BSI).

	N	(%)
Somatização	51	(25.6)
Obsessivo Compulsivo	51	(25.6)
Sensibilidade Interpessoal	46	(23.4)
Depressão	42	(21.2)
Ansiedade	34	(17.2)
Hostilidade	68	(79.1)
Ansiedade Fóbica	54	(27.4)
Ideação paranóide	66	(33.5)
Psicoticismo	55	(27.8)
GSI	53	(27.5)
PST	33	(17.1)
PSDI	63	(32.6)

- **Depressão na Gravidez (IACLIDE)**

Quando se analisou a presença de depressão no IACLIDE, encontramos 37 (19.1%) mulheres grávidas que se encontravam deprimidas, entre quais, 28 (14.5%) apresentavam depressão leve, 7 (3.6%) depressão moderada e 2 (1%) depressão severa (Tabela 3.1.3.).

Tabela 3.1.3. Caracterização da Frequência da Depressão Materna durante a Gravidez (IACLIDE)

	N	(%)
Sem depressão	156	(80.8)
Depressão leve	28	(14.5)
Depressão moderada	7	(3.6)
Depressão severa	2	(1.0)

3. 2. Transtornos Mentais Comuns na Gravidez e Desenvolvimento Mental dos bebês aos 3,5 meses e aos 12 meses de idade

No que diz respeito ao desenvolvimento mental global dos bebês em T2 e T3, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Quando se analisa o T2, verifica-se que os filhos das mulheres que apresentam patologia tem valores de desenvolvimento mental global inferiores aos filhos das mulheres que apresentam qualquer tipo de patologia, exceptuando na Locomoção e Linguagem, em que os filhos das mulheres patologia apresentam valores mais elevados. No entanto estes valores não apresentam diferenças estatisticamente significativas (Tabela 3.2.1).

Os resultados de T3, são semelhantes aos de T2, ou seja, os filhos das mulheres com patologia apresentam valores inferiores em todas as sub-escalas no que diz respeito ao

desenvolvimento mental global quando comparados com os filhos das mulheres que revelaram qualquer tipo de patologia. Apesar dos valores dos bebês filhos de mulheres com patologia serem inferiores aos bebês filhos de mulheres sem patologia, estes valores demonstraram não ser estatisticamente significativos (Tabela 3.2.1. e 3.2.2.).

Tabela 3.2.1. Caracterização da Psicopatologia Materna durante a Gravidez (BSI) e Desenvolvimento Mental dos Bebês aos 3,5 meses (GRIFFITHS).

	Sem Patologia		Com Patologia		p
	M	(SD)	M	(SD)	
Locomoção	101,2	(20,9)	108,6	(19,4)	0,140
Pessoal – Social	101,4	(24,8)	94,3	(24,4)	0,248
Linguagem	97,6	(17,0)	99,8	(15,1)	0,586
Coordenação Mão-olho	103,1	(16,0)	95,8	(19,6)	0,108
Realização	99,1	(15,6)	94,5	(19,8)	0,298
Global	100,4	(14,9)	98,3	(15,8)	0,576

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

Tabela 3.2.2. Caracterização da Psicopatologia Materna durante a Gravidez (BSI) e Desenvolvimento Mental dos Bebês aos 12 meses (GRIFFITHS).

	Sem patologia		Com patologia		p
	M	(DP)	M	(DP)	
Locomoção	100,2	(16,4)	93,6	(14,3)	0,107
Pessoal – Social	106,7	(15,9)	99,8	(19,2)	0,135
Audição e Linguagem	113,9	(9,4)	110,2	(12,7)	0,207
Coordenação Mão – Olho	111,5	(13,8)	107,7	(14,1)	0,292

Realização	102,9 (10,8)	102,2 (10,6)	0,815
Global	107,2 (10,3)	102,0 (11,4)	0,070

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

- **Psicopatologia (BSI) na Gravidez e Desenvolvimento Mental dos bebês aos 3,5 meses e aos 12 meses de idade**

Ao analisar-se em particular cada subescala do BSI, foram encontradas, algumas diferenças estatisticamente significativas. Comparando os 3,5 meses de idade (T2), bebês filhos de mulheres com diagnóstico positivo para a subescala de Ansiedade de BSI com os outros bebês, foram encontrados diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos para as Subescalas Pessoal-Social ($p = 0,004$), Realização ($p = 0,004$) e a para a escala Global ($p = 0,008$), onde os bebês filhos de mulheres com diagnóstico positivo na subescala de Ansiedade do BSI, obtiveram resultados inferiores (Tabela 3.2.3.).

Os bebês filhos de mulheres com diagnóstico positivo para a subescala Obsessivo-Compulsivo do BSI, apresentaram valores médios inferiores em todas as subescalas da Griffiths 0-2 ($p = 0,102$), e sendo que as diferenças na subescala de Coordenação mão-olho ($p = 0,051$) foram estatisticamente significativas (Tabela 3.2.3.).

Os bebês filhos de mulheres com diagnóstico positivo para a subescala Depressão no BSI obtiveram uma pontuação média superior ($M = 106,8$, $DP = 21,7$) quando comparados com os bebês filhos de mulheres que não se encontravam deprimidas ($M = 105,9$, $DP = 17,0$), para a subescala da Locomoção verificando-se uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,018$). Os bebês filhos de mulheres com diagnóstico positivo para a subescala Psicoticismo no BSI mostraram diferenças significativas nas subescalas Coordenação mão-olho e Realização, em relação aos outros bebês apresentando valores médios inferiores (Tabela 3.2.3.).

Embora estatisticamente significativos, é importante ressaltar que os resultados obtidos podem ter sido influenciados pelo reduzido tamanho da amostra de cada sub-grupo e pelos os múltiplos segmentos de ensaio.

Tabela 3.2.3. Caracterização da Presença de Psicopatologia Materna durante a Gravidez (Sub escalas BSI) e Desenvolvimento Mental dos Bebés aos 3,5 meses (GRIFFIHS)

	Diagnostico Negativo			Diagnostico positivo		
	M	SD	N	M	SD	
Ansiedade	70		34			
Pessoal- Social	98,7	(20,8)		86,1	(20,8)	0,0
Realização	99,2	(16,5)		88,8	(20,3)	0,0
Global	101,2	(14,)		93,3	(15,9)	0,0
Obsessivo -						
Compulsivo	53		51			
Coordenação						
Olho-mão	101,0	(17,4)		94,8	(19,0)	0
			4			
Depressão	62		2			
Locomoção	105,9	(17,0)		106,8	(21,7)	0,
Psicoticismo	5		149			
Coordenação						
Olho-mão	101,4	(17,4)		93,9	(18,8)	0,
Realização	99,3	(15,9)		92,4	(20,9)	0,

p< .05 **p< .01 ***p< .001

Aos 12 meses (T3) também foram observadas diferenças significativas. Os bebês filhos de mulheres com um diagnóstico positivo para a subescala da Depressão no BSI obtiveram uma pontuação média inferior no Desenvolvimento mental Global (M = 102.7, DP = 12.9) quando comparados com bebês filhos de mulheres que não apresentavam sintomas depressivos (M = 107.6 DP = 10.7), estes mesmos bebês obtiveram uma pontuação média inferior (M = 98,8, DP = 17.5) na subescala Pessoal-social, quando comparados com os bebês filhos de mulheres não-deprimidas (M = 106.5, DP = 15.5) e os bebês filhos de mulheres que apresentavam sintomas Hostilidade obtiveram uma pontuação média inferior (M = 103.5, DP = 11.5) no desenvolvimento mental global quando comparados com bebês filhos de mulheres que não apresentaram tais sintomas (M = 111.2, DP = 9.1) (Tabela 3.2.5.).

Tabela 3.2.5. Caracterização da Presença de Psicopatologia Materna durante a Gravidez (subescalas BSI) e Desenvolvimento Mental dos Bebês aos 12 meses (GRIFFIHS)

	Diagnóstico		Diagnóstico		p
	Negativo		Positivo		
	M	SD	M	SD	
Depressão					
Pessoal-Social	106,5	(15.5)	98.8	(17.5)	0.021*
Escala Global	107.6	(10.7)	102.7	(12.9)	0,038*
Hostilidade					
Escala Global	111.2	(91.1)	103.5	(11.5)	0.030*

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

- **Depressão na Gravidez e Desenvolvimento Mental dos bebés aos 3,5 meses e aos 12 meses de idade**

Quando se analisou o IACLIDE algumas diferenças estatisticamente significativas foram encontradas no desenvolvimento mental entre os grupos de bebés filhos de mulheres com e sem depressão durante a gravidez.

Na análise IACLID foi possível detectar diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de bebés nascidos de mulheres com depressão durante a gravidez e bebés de mulheres que não sofrem de depressão, ao nível do desenvolvimento mental, em que o primeiro grupo apresentou valores médios mais baixos do que o segundo.

Os bebés nascidos de mulheres com depressão durante a gravidez tiveram um valor médio de 93 (DP = 23,5) na subescala Coordenação mão-olho, na Locomoção os bebés obtiveram um valor médio de 99 (DP = 22,9). A nível Global os bebés obtiveram um valor médio de 93 (DP = 18,3). Sendo estes valores estatisticamente significativos (Tabela 3.2.6.).

Tabela 3.2.6. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths E IACLIDE T1 (considerando todas as mulheres) – T2

	Sem		Com		p	IC95% **	
	patologia		patologia			LI	LS
	M	(DP)	M	(DP)			
Locomoção	108	(15,8)	99	(22,9)	0,006**	-16,754	-2,871
Pessoal – Social	97	(19,1)	91	(27,1)	0,125	-14,795	1,816
Linguagem	100	(16,5)	96	(16,1)	0,193	-10,908	2,221
Coordenação Mão – Olho	101	(16,5)	93	(23,5)	0,041*	-14,701	-0,294
Realização	99	(16,2)	89	(21,6)	0,003**	-17,356	-3,531

GERAL	101	(13,4)	93	(18,3)	0,006**	-13,887	-2,329
-------	-----	--------	----	--------	---------	---------	--------

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

Quando se analisou o Desenvolvimento Mental dos bebês aos 12 meses tendo em conta o IACLID, verificou-se que os bebês filhos de mãe que apresentavam depressão obtiveram valores inferiores em todas escalas de Desenvolvimento, exceptuando a Locomoção, em que os bebês de ambos os grupos obtiveram valores igual, não se verificando nenhuma diferença estatisticamente significativa (Tabela 3.2.7).

Tabela 3.2.7. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths usando IACLIDE T1 (considerando todas as mulheres) – T3

	Sem		Com		Valor-p*	IC95% **	
	patologia		patologia			LI	LS
	M	(DP)	M	(DP)			
Locomoção	100	(13,4)	100	(14,1)	0,988	-5,906	5,814
Pessoal – Social	105	(16,7)	104	(14,0)	0,703	-8,377	5,663
Audição e Linguagem	114	(11,6)	115	(12,5)	0,291	-4,070	6,122
Coordenação Mão – Olho	112	(14,3)	110	(16,2)	0,543	-8,292	4,387
Realização	104	(12,7)	102	(13,7)	0,669	-6,780	4,364
GERAL	107	(11,3)	106	(11,9)	0,796	-5,587	4,291

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

Há evidência estatística suficiente, para um nível de significância de 0,05, para afirmar que as diferenças entre as médias dos valores obtidos nas Subescalas Locomoção e

Realização e na Subescala Global da Griffiths sejam significativas no que respeita aos diferentes graus de depressão apresentados pelas mães segundo a avaliação da Escala de IACLIDE (Tabela 3.2.8).

Tabela 3.2.8. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths segundo a separação dos diferentes graus de depressão da Escala IACLIDE aos 3,5 meses

	Sem depressão		Depressão leve		Depressão moderada		Depressão grave	
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)
Locomoção	107,2	(19,37)	97,5	(21,74)	109,4	(24,54)	113,0	(22,63)
Pessoal - Social	98,1	(17,72)	90,1	(29,35)	102,2	(26,04)	94,0	(23,44)
Audição e Linguagem	101,7	(14,03)	91,4	(14,21)	108,2	(11,48)	118,0	(13,05)
Coordenação Mão - Olho	102,1	(14,45)	92,1	(24,35)	99,6	(20,85)	66,0	(15,44)
Realização	100,1	(13,08)	84,8	(19,97)	103,4	(24,99)	97,0	(23,27)
GERAL	101,8	(11,39)	90,6	(17,53)	105,0	(15,84)	99,0	(14,88)

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

- **Depressão aos 3,5 Meses Do Bebê e Desenvolvimento Mental dos bebês aos 3,5 meses e aos 12 meses de idade**

Quando se analisou a presença de Depressão em T2 e o Desenvolvimento mental

nesse momento verificou-se resultados estatisticamente significativos para a Coordenação ($p=0.021$), para a Realização ($p=0.004$) e para a escala Global ($p=0.0012$). Sendo que os bebês filhos de mãe com depressão obtiveram valores médios inferiores em todas as escalada do Desenvolvimento Mental (Tabela 3.2.9).

Tabela 3.2.9. Caracterização do IACLID T2 e do Desenvolvimento Mental aos 3,5 meses

	Sem patologia		Com patologia		p
	M	(DP)	M	(DP)	
Locomoção	107,2	(19,37)	100,5	(22,02)	0,162
Pessoal - Social	98,1	(17,72)	92,7	(27,99)	0,272
Audição e Linguagem	101,7	(14,03)	95,8	(15,53)	0,089
Coordenação Mão - Olho	102,1	(14,45)	92,5	(23,61)	0,021
Realização	100,1	(13,08)	89,0	(21,52)	0,004
Global	101,8	(11,39)	93,8	(17,54)	0,012

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

FALTA IACLIDE T2 E GRIFFITHS T3

3. 3. Transtornos Mentais Comuns na Gravidez e Estado Sócio-Emocional dos Bebês aos 12 meses de idade

- **Auto-Estima (Rosenberg) na Gravidez e Estado Sócio-Emocional dos bebês aos 12 meses de idade**

Quando analisamos a Auto-estima na gravidez e o desenvolvimento sócio-emocional dos bebês, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, 20 dos bebês filhos de mulheres com diagnóstico positivo na BSI apresentaram um screen positivo no BITSEA (Tabela 3.3.1.)

Tabela 3.3.1. Associação ente Auto-estima na Gravidez (Rosenberg) e o Estado sócio-emocional (BITSEA) dos bebês aos 12 meses de idade

	Screen negativo		Screen positivo	
	N	(%)	N	(%)
Rosenberg acima média	2	9	0	0
Rosenberg abaixo média	25	90.9	20	100

- **Psicopatologia (BSI) na Gravidez e Estado Sócio-Emocional dos bebês aos 12 meses de idade**

Quando analisamos o desenvolvimento sócio-emocional dos bebês, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de bebês filhos de mulheres com ou sem diagnóstico positivo no BSI. No entanto, 20 dos bebês filhos de mulheres com diagnóstico positivo na BSI apresentaram um screen positivo no BITSEA (Tabela 3.3.2).

Tabela 3.3.2. Associação ente Psicopatologia na Gravidez (BSI) e o Estado sócio-emocional (BITSEA) dos bebês aos 12 meses de idade

	Screen negativo BITSEA		Screen positivo BITSEA	
	N	(%)	N	(%)
Diagnóstico negativo BSI	2	(9,0)	0	(0)
Diagnóstico positivo BSI	25	(90,9)	20	(100)

- **Depressão (IACLIDE) na Gravidez e Estado Sócio-Emocional dos bebês aos 12 meses de idade**

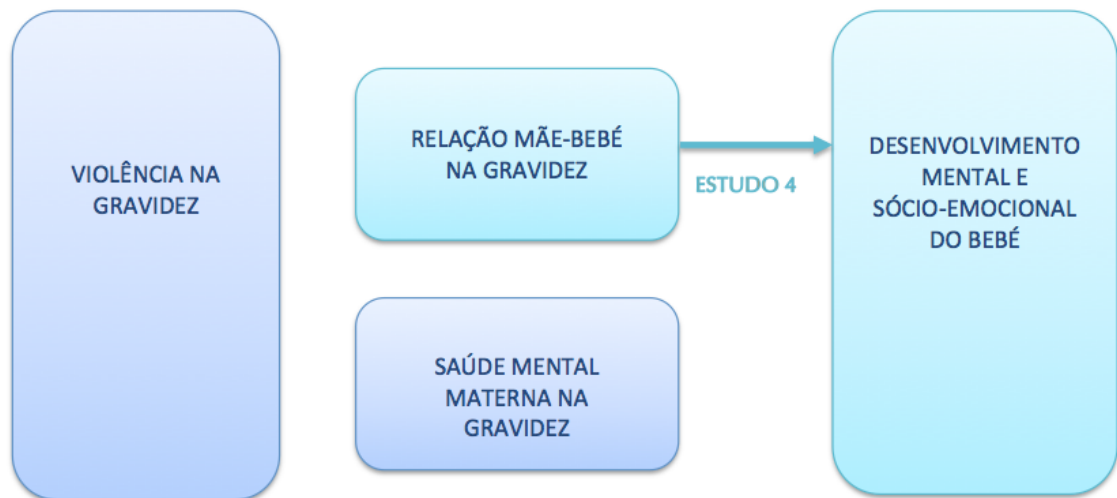
Quando analisamos o desenvolvimento sócio-emocional dos bebês, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, 7 dos bebês filhos de mulheres com diagnóstico positivo na BSI apresentaram um screen positivo no BITSEA (Tabela 3.3.3.).

Tabela 3.3.3. Associação ente Depressão na Gravidez (IACLIDE T1) e o Estado sócio-emocional (BITSEA) dos bebés aos 12 meses de idade

	Screen negativo BITSEA		Screen positivo BITSEA	
	N	(%)	N	(%)
Diagnóstico negativo	38	(52,0)	21	(28,8)
Diagnóstico positivo	7	(9,6)	7	(9,6)



ESTUDO 4 - A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ E O DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ (PAPER 4)



O objetivo deste estudo foi investigar de que forma a relação de vinculação materno-fetal, e o ajustamento e atitudes maternas perante a gravidez e o bebê, influenciam o desenvolvimento mental e sócio-emocional dos bebês aos 3,5 e 12 meses de idade.

4.1.Vinculação Materno-Fetal e Desenvolvimento Mental dos bebês aos 3,5 e aos 12 de meses idade

Utilizando como ponto de corte o valor de 3,75 da escala como recomendado, dividimos a amostra em dois grupos um denominado como Baixo MFAS e correspondendo a uma Pior Relação Materno-Fetal e o outro como Alto MFAS, Correspondendo a uma Melhor Relação Materno-fetal.

Aquando da análise da Vinculação Materno – Fetal verificou-se que na amostra total 158 (81,4) mulheres tinham uma Boa Vinculação Materno – Fetal com os seus Bebês (Tabela 4.1.1.).

Tabela 4.1.1. Caracterização da Vinculação Materno-fetal (MFAS) na Amostra global .

	N	(%)
Abaixo de 3,75	36	(18,6)
Acima de 3,75	158	(81,4)

Quando se analisou a Vinculação Materno-Fetal (MFAS) durante a gravidez e o desenvolvimento Mental dos bebés aos 3.5 meses de idade, apurou-se que os bebés filhos de mulheres classificadas com uma Pior Relação Materno-fetal (Baixo MFAS), obtiveram uma média inferior no Desenvolvimento Mental Global, na Escala de Griffiths, do que os bebés filhos de mulheres classificadas com um Melhor Relação Materno-fetal (Alto MFAS), no entanto esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa (Tabela 4.1.2).

Tabela 4.1.2. Caracterização da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffith aos 3.5 meses de idade usando a MFAS.

Verificou-se o mesmo padrão de resultados quando se analisou o desenvolvimento mental dos bebés aos 12 meses de idade, onde os bebés filhos de mulheres classificadas com baixo MFAS durante a gravidez obtiveram uma média inferior aos bebés filhos de mulheres

	Baixo MFAS		Alto MFAS		p
	M	(DP)	M	(DP)	
Locomoção	104.4	(16.9)	106.7	(18.2)	0.523
Pessoal - Social	93.5	(18.5)	97.4	(22.1)	0.366
Audição e Linguagem	102.3	(13.5)	99.9	(16.4)	0.445
Coordenação Mão - Olho	95.4	(18.3)	101.2	(17.0)	0.099
Realização	98.6	(12.9)	97.7	(18.2)	0.797 ^g
Global	99.2	(12.7)	100.3	(14.7)	0.705

classificadas com um alto MFAS no Desenvolvimento Mental Global, sendo que esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa. Encontrou-se diferenças estatisticamente significativas na subescala Locomoção, onde os bebês filhos de mães classificadas com um alto MFAS obtiveram uma média mais alta (M= 100.7; DP= 12.7) que os bebês filhos de mães classificadas com um baixam MFA (M= 94.5; DP= 16.9) durante a gravidez (Tabela 4.1.3).

Tabela 4.1.3. Caracterização da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffith aos 12 meses de idade usando a MFAS.

	Baixo		Alto		p
	MFAS		MFAS		
	M	(DP)	M	(DP)	
Locomoção	94.5	(16.9)	100.7	(12.7)	0.038*
Pessoal-Social	102.1	(18.1)	105.8	(15.7)	0.305
Linguagem	111.6	(11.3)	114.4	(11.8)	0.276
Coordenação Olho-mão	109.8	(16.8)	112.5	(13.9)	0.401
Realização	104.1	(13.0)	103.3	(12.9)	0.785
Global	104.7	(14.0)	107.2	(10.6)	0.314

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

4.2. Ajustamento Materno e Atitudes Maternais (MAMA) na Gravidez e o Desenvolvimento Mental dos Bebês aos 3,5 e 12 meses de idade

Quando se analisou o MAMA utilizou-se os pontos de corte da média da população portuguesa: Imagem corporal: 25; Sintomas somáticos: 27; Relação conjugal: 19,7; Atitudes perante o sexo: 23; Atitudes perante a gravidez e o bebé: 24; Mama total: 119.

Quando se correlacionou o Ajustamento Materno e das Atitudes Maternais (MAMA) com o Desenvolvimento Mental dos bebés aos 3,5 meses de idade, verificou-se que os bebés filhos de mulheres classificadas como tendo um Pior Ajustamento Materno e Piores Atitudes Maternais (alto MAMA) durante a gravidez, obtiveram valores inferiores (M=98.8; DP=16.5) no Desenvolvimento Mental Global quando comparados com os bebés filhos das mulheres classificadas com um Melhor Ajustamento Materno e Melhores Atitudes Maternais (baixo MAMA) (M= 100.4; DP=13) durante a gravidez. No entanto, estes valores não se demonstraram estatisticamente significativos (Tabela 4.2.1.).

Tabela 4.2.1. Caracterização da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffith aos 3,5 meses de idade usando a MAMA

	Baixo		Alto		p
	MAMA		MAMA		
	M	(DP)	M	(DP)	
Locomoção	106.9	(17.2)	104.6	(19.2)	0.523
Pessoal-Social	97.4	(18.9)	94.9	(23.9)	0.366
Linguagem	99.8	(16.6)	99.8	(16.0)	0.445
Coordenação Olho-mão	99.8	(15.1)	98.3	(21.3)	0.099
Realização	98.3	(15.7)	96.0	(19.7)	0.797
Global	100.4	(13.0)	98.8	(16.5)	0.705

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

Quando se analisou em particular aos 3.5 meses de idade as sub-escalas do MAMA verificou-se que na Subescala Relação Conjugal os bebês filhos de mães com uma pior relação conjugal tinham uma média inferior (M=95; DP=22.2) aos bebês filhos de mães com uma boa relação conjugal. Estes resultados mostraram-se significativos (p=0.032) (Tabela 4.2.2).

Tabela 4.2.2. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Relação conjugal (considerando todas as mulheres) – T2

	<19,7		≥19,7		p
	M	(DP)	M	(DP)	
Locomoção	106.6	(18.7)	104.7	(17.1)	0.513
Pessoal - Social	98.2	(19.9)	93.6	(23.6)	0.193
Audição e Linguagem	100.1	(15.6)	99.1	(17.9)	0.705
Coordenação Mão - Olho	101.0	(15.4)	95.8	(22.2)	0.032*
Realização	98.6	(17.0)	94.6	(19.1)	0.173
GERAL	100.8	(13.6)	97.8	(16.6)	0.224

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

Aos 12 meses de idade, os bebês filhos de mulheres classificadas como tendo Melhor Ajustamento Materno e Melhores Atitudes Maternais (baixo MAMA) obtiveram uma média inferior no Desenvolvimento Mental Global (M=107.1; SD=11.3), e na subescala da Locomoção (M=100.4; SD=13.3) sendo esta última, estatisticamente significativa quando comparados com os bebês filhos de mães com um Melhor Ajustamento Materno e Melhores Atitudes Maternais (baixo MAMA) (Tabela 4.2.2.).

Tabela 4.2.2. Caracterização do Desenvolvimento Mental dos Bebês (Griffith) aos 12 meses de idade usando a MAMA.

	Baixo		Alto		p
	MAMA		MAMA		
	M	(DP)	M	(DP)	
Locomoção	98.4	(13.7)	100.4	(13.3)	0.038
Pessoal-Social	105.5	(17.3)	104.5	(14.6)	0.305
Linguagem	113.4	(11.7)	114.3	(11.9)	0.276
Coordenação Olho-mão	111.4	(14.1)	112.6	(15.1)	0.401
Realização	102.2	(11.5)	105.0	(14.2)	0.785
Global	106.3	(11.3)	107.1	(11.3)	0.314

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

4.3. Vinculação Materno-Fetal e Estado Social-emocional dos Bebês aos 12 de meses idade

No que se refere à associação entre a relação mãe-bebê durante a gravidez (MFA e MAMA) e do Estado social-emocional dos bebês, analisamos os meninos e meninas separadamente.

Meninos e meninas obtêm um screen positivo para o BITSEA se classificados com pontuação acima do máximo para a idade no domínio dos problemas e/ou abaixo do mínimo para a idade no domínio das competências.

Quando analisamos a relação Materno-Fetal e o estado social-emocional aos 12 meses, verificou-se um total de 23 (31.5%) crianças com um screen positivo para BITSEA, sendo 4 (5.5%) crianças nascidas de mulheres com uma pior relação materno-fetal e 19 (26%) crianças nascidas de mulheres com uma boa relação materno-fetal. Estes valores não atingiram significância estatística (Tabela 4.3.1).

Tabela 4.3.1. Caracterização do Estado Sócio-Emocional dos Bebês (BITSEA) aos 12 meses de idade usando o MFAS.

MENINAS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo de 3,75	5	(16.1)	2	(18.2)	1.000
Acima de 3,75	26	(83.9)	9	(81.8)	
MENINOS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo de 3,75	3	(15.8)	2	(16.7)	1.000
Acima de 3,75	16	(84,2)	10	(83,3)	

p< .05 **p< .01 ***p< .001

Quando se explorou se os bebês com screen positivo no BITSEA filhos de mães com uma baixo MFAS, obtiveram altas pontuações nos domínios Problema ou Competências, verificou-se que 3 (4.1%) crianças filhos de mulheres com uma pior relação materno-fetal

obtiveram valores elevados no domínio dos Problemas (Tabela 4.3.2) e 2 (2.7%) crianças filhos de mães com uma pior relação materno-fetal apresentaram valores elevados no domínio dos Conflitos. Estes valores não se demonstraram estatisticamente significativos. (4.3.3.).

Tabela 4.3.2. Caracterização do Domínio dos Problemas (BITSEA) dos Bebés aos 12 meses usando o MFAS.

MENINAS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo de 3,75	5	(16,1)	2	(18,2)	1,000
Acima de 3,75	26	(83,9)	9	(81,8)	
MENINOS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo de 3,75	4	(23,5)	1	(7,1)	0,344
Acima de 3,75	13	(76,5)	13	(92,9)	

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

Tabela 4.3.3. Caracterização do Domínio das Competências (BITSEA) nos Bebés aos 12 meses usando o MFAS.

MENINAS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo de 3,75	6	(16,2)	1	(20,0)	1,000
Acima de 3,75	31	(83,8)	4	(80,0)	
MENINOS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo de 3,75	4	(15,4)	1	(20,0)	1,000

Acima de 3,75	22	(84,6)	4	(80,0)
---------------	----	--------	---	--------

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

4.4. Ajustamento Materno e das Atitudes Maternais na Gravidez e Estado Social-emocional dos Bebés aos 12 de meses idade

Quando analisamos o MAMA durante a gravidez e o estado Social-emocional dos bebés aos 12 meses de idade, encontramos 30 (39.5%) bebés com um screen positivo para o BITSEA, onde se observou diferenças estatísticas nos meninos. 16 (21%) Bebés eram filhos de mulheres classificadas com uma Pior Ajustamento Materno e das Atitudes Maternais durante a gravidez (MAMA Acima da média) e 14 (18.4%) bebés eram filhos de mulheres classificadas com um Melhor Ajustamento Materno e das Atitudes Maternais (MAMA abaixo da média). Estas diferenças foram estatisticamente significativas no grupo dos rapazes (Tabela 4.4.1).

Tabela 4.4.1 Caracterização do Estado Sócio-Emocional (BITSEA) dos Bebés aos 12 meses usando o MAMA.

MENINAS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo da média	17	(54.8)	7	(53.8)	1.000
Acima da média	14	(45.2)	6	(46.2)	
MENINOS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo da média	12	(80.0)	7	(41.2)	0.036*
Acima da média	3	(20.0)	10	(58.8)	

* p< .05 **p< .01 ***p< .001

Quando verificamos um screen positivo para o BITSEA nos bebês filhos de mulheres com uma pontuação Pior Ajustamento Materno e das Atitudes Maternais (MAMA acima da média) foi devido a maior pontuação no domínio Problema ou Competências.

Quando se refere à análise em particular dos domínios dos problemas e das competências, encontramos um total de 15 Bebês filhos de mulheres com um Pior Ajustamento Materno e das Atitudes Maternais (MAMA) durante a gravidez, que apresentaram um screen positivo para o BITSEA no Domínio Problemas. Mais uma vez, estas diferenças foram estatisticamente significativas para os meninos (Tabela 4.4.2).

Tabela 4.4.2 Caracterização do Domínio dos Problemas (BITSEA) em Bebês aos 12 meses de idade usando o MAMA Total

MENINAS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo da média	18	(54,5)	6	(54,5)	1,000
Acima da média	15	(45,5)	5	(45,5)	
MENINOS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo da média	14	(82,4)	5	(33,3)	0,010
Acima da média	3	(17,6)	10	(66,7)	

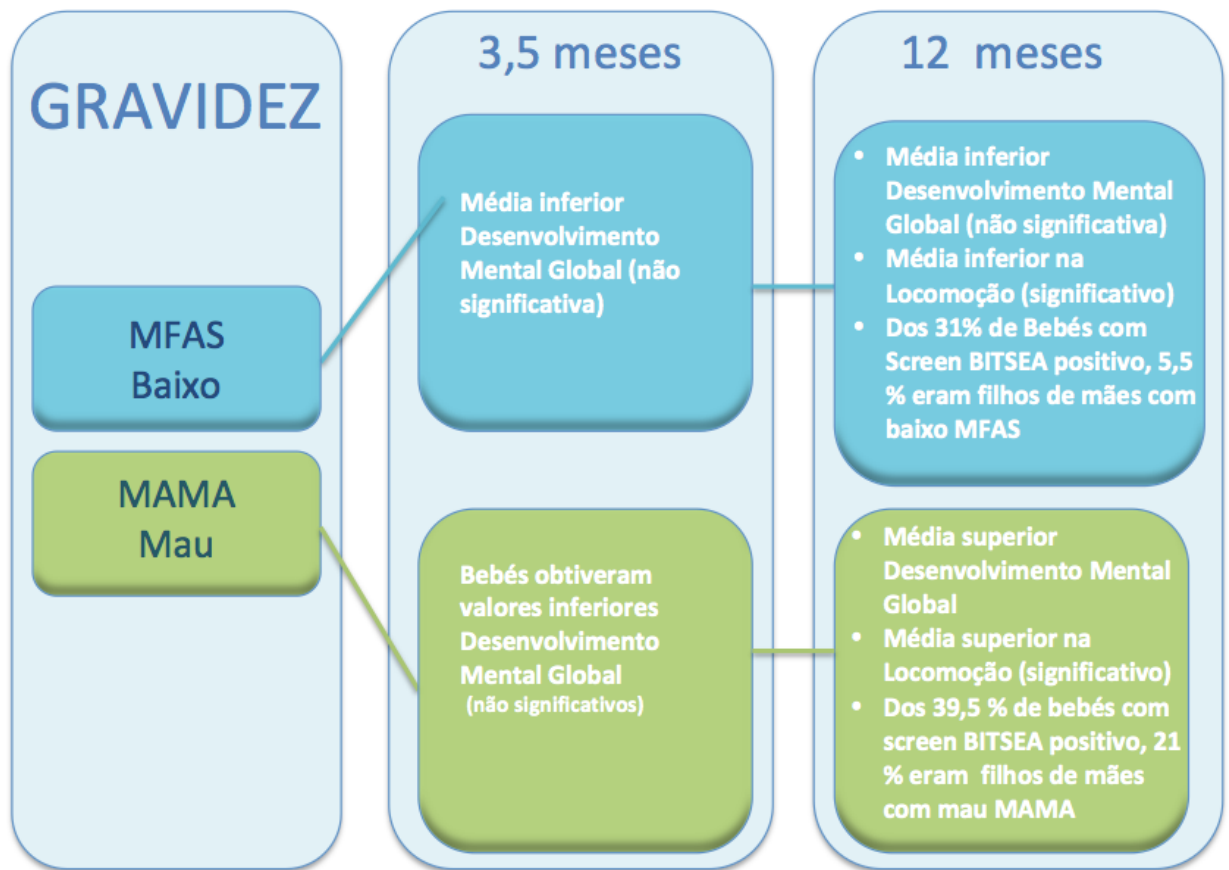
* p< .05 **p< .01 ***p< .001

No que diz respeito ao domínio Competências do BITSEA, foi possível observar um screen positivo para 5 Bebés, filhos de mulheres classificadas com Pior ajustamento materno e atitudes maternas (MAMA acima da média) durante a gravidez. Portanto, bebés filhos de mulheres classificadas com um Pior ajustamento materno e atitudes maternas durante a gravidez, apresentaram screen positivo no BITSEA, aparentemente porque tinham mais problemas e não pela ausência de competências para resolvê-los (Tabela 4.4.3).

Tabela 4.4.3. Caracterização do Domínio das competências (BITSEA) em Bebés aos 12 meses de idade usando o MAMA Total

MENINAS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo da média	22	(57,9)	2	(33,3)	0,387
Acima da média	16	(42,1)	4	(66,7)	
MENINOS	Negativo		Positivo		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo da média	14	(53,8)	5	(83,3)	0,361
Acima da média	12	(46,2)	1	(16,7)	

* p< .05 **p< .01 ***p< .001



ESTUDO 5 - VIOLÊNCIA E RELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ (PAPER 5)



5.1. Violência na gravidez e Vinculação Materno-Fetal (MFAS)

Participaram num total de 184 grávidas no terceiro trimestre, pacientes externas nas consultas pré-natais de rotina do Departamento do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos / Porto Obstetrícia e ginecológicas, Portugal neste estudo a partir de um estudo maior (N = 204) para examinar as várias consequências da violência doméstica em grávidas e nos seus bebês.

Na análise do MFAS, verificou-se que as mulheres vítimas de violência doméstica obtiveram uma pior relação com o seu bebê durante a gravidez quando comparadas com mulheres que não foram vítimas de violência doméstica. Encontrou-se 84 (79.2%) mulheres vítimas de violência doméstica durante a gravidez com uma pior relação com o seu bebê durante

a gravidez contra 64 (83.1%) mulheres que não eram vítimas de violência durante a gravidez. Estes valores não foram estatisticamente significativos ($p = 0,511$) (Tabela 5.1.1).

Tabela 5.1 .1 .Caracterização da Vinculação Materno-Fetal (MFAS) Vítima/Não Vítima

	Vítima		Não – Vítima		p
	N	(%)	N	(%)	
Abaixo de 3,75	22	(20.8)	13	(16.9)	0.511
Acima de 3,75	84	(79.2)	64	(83.1)	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

5.2. Violência na Gravidez e Ajustamento Materno e nas Atitudes Maternais (MAMA)

Existe evidência estatística suficiente, para um nível de significância de 0,05, para afirmar que as diferenças entre as médias nas subescalas: sintomas psicossomáticos, relação conjugal, atitudes perante a gravidez e bebê e Escala Global do MAMA das vítimas e das não vítimas são significativas.

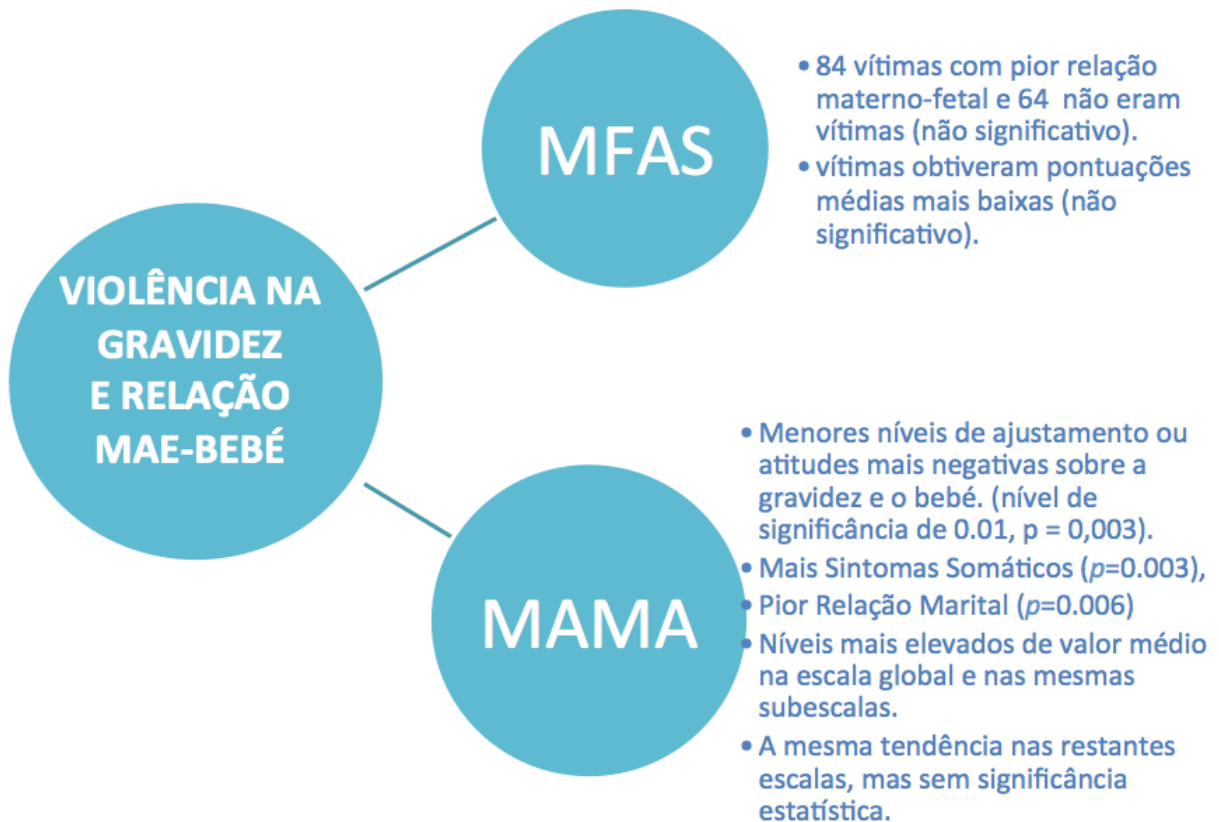
Nas restantes subescalas, não há evidência estatística suficiente, para um nível de significância de 0.05, para afirmar que as diferenças entre as médias nas subescalas sejam significativas. O desvio padrão das vítimas nas subescalas imagem corporal, sintomas somáticos e relação conjugal também é superior o que revela maior dispersão, sendo nas restantes subescalas inferior (Tabela 5.2.1).

As mulheres vítimas de abuso também obtiveram valores médios mais elevados na Escala Global com 124 (DP = 15.5), e nas mesmas subescalas: sintomas psicossomáticos com 26 (DP = 4.4), o relacionamento conjugal com 20 (DP = 5.5) e Atitudes em relação à gravidez / bebês com 25 (DP = 3.8). Encontramos esta mesma tendência nas restantes escalas de ajuste e as atitudes para com a gravidez, mas não estatisticamente significativa.

Tabela 5.2.1. – Comparação do Ajustamento Materno na gravidez (MAMA) em mulheres Vítimas e Não Vítimas de Violência

	Vítimas		Não Vítimas		p
	M	(SD)	M	(SD)	
Imagem Corporal	25	(6.1)	24	(4.9)	0.119
Sintomas psicossomáticos	26	(4.4)	24	(3.8)	0.003**
Relação conjugal	20	(5.5)	18	(4.3)	0.006
Atitude perante o sexo	28	(3.5)	28	(4.1)	0.783
Atitudes perante a gravidez e o Bebê	25	(3.8)	23	(3.9)	0.002**
Global	124	(15.5)	117	(14.2)	0.003**

* p< .05 **p< .01 ***p< .001



ESTUDO 6 - VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ E SAÚDE MENTAL MATERNA (PAPER VI⁴).

⁴ PAPER ACEITE – JOURNAL OF PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING



6.1. Violência e Transtornos Mentais comuns na Gravidez

- **Violência na Gravidez e Auto-Estima (Rosenberg)**

Verificou-se que vinte e três (21,5%) mulheres apresentaram baixa auto-estima, setenta e três (68,2%) com uma auto-estima normal e onze (10,3%), com alta auto-estima.

Tabela 6.1.1. Escala de auto-estima de Rosenberg– Vítima/Não Vítima

Vítima		Não vítima		p
N	(%)	N	(%)	

Baixa	23	(21,5)	27	(35,5)	1,000
Normal	73	(68,2)	48	(63,2)	
Elevada	11	(10,3)	1	(1,3)	

*Teste Exato de Fisher

Ao comparar os dois grupos de mulheres grávidas, vítima e não vítimas, constatamos que não existe evidência, para um nível de significância de 0,05, para afirmar que a auto-estima e a vitimização estejam associadas, apesar de haver a indicação de as vítimas terem auto-estima superior às não vítimas.

- **Violência na Gravidez e Psicopatologia Mental (BSI)**

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de grávidas vítimas de violência doméstica e grávidas não vítimas de violência doméstica. O grupo de vítimas apresentou valores mais elevadas do que a média em todas as sub-escalas do BSI.

O grupo de grávidas vítimas de violência doméstica obteve valores médios de 0.85 (DP = 0.69) na sub-escala Somatização, ao nível da sub-escala Obsessivo-Compulsivo 0.84 (DP = 0.62), 0.63 (DP = 0.70), da Sensibilidade Interpessoal, 0.74 (DP = 0.75) da sub-escala Depressão 0.73 (DP = 0.67) da sub-escala Ansiedade, 0.97 (DP = 0.74) da sub-escala Hostilidade, 0.90 (DP = 0.79) da sub-escala Ideação Paranoide, 0.53 (DP = 0.66) e da sub-escala Psicoticismo.

Em relação ao Índice de Gravidade Global (GSI), o grupo de grávidas vítimas de violência doméstica obteve o valor médio de 0.76 (DP = 0.59). Encontramos também uma grande

dispersão entre toda a amostra, o que reforça os resultados obtidos no sentido de que as mulheres grávidas vítimas de abuso apresentaram mais sintomas psicopatológicos

Há evidência estatística suficiente, para um nível de significância de 0,05, para afirmar que as diferenças entre os índices globais médios na Brief Symptom Inventory das vítimas e não vítimas são significativas, sendo que as vítimas apresentam índices globais médios significativamente superiores às não vítimas (Tabela 6.1.2).

Tabela 6.1.2. Caracterização da Violência na Gravidez e Psicopatologia Mental (BSI) - Vítimas/Não Vítimas.

	Não Vítima		Vítima		p
	Média	(DP)	Média	(DP)	
Somatização	0,48	(0,42)	0,85	(0,69)	<0,001**
Obsessão-Compulsão	0,49	(0,50)	0,84	(0,62)	<0,001**
Sensibilidade Interpessoal	0,34	(0,54)	0,63	(0,70)	0,004**
Depressão	0,38	(0,50)	0,74	(0,75)	0,001**
Ansiedade	0,48	(0,50)	0,73	(0,67)	0,005**
Hostilidade	0,53	(0,51)	0,97	(0,74)	<0,001**
Ansiedade Fóbica	0,34	(0,47)	0,47	(0,70)	0,453
Ideação Paranóide	0,55	(0,62)	0,90	(0,79)	0,001**
Psicotismo	0,21	(0,33)	0,53	(0,66)	<0,001**
GSI	0,45	(0,41)	0,76	(0,59)	<0,001**
Índice Global de Severidade	0,45	(0,41)	0,76	(0,59)	<0,001**
Total dos Sintomas Positivos	15,89	(11,69)	24,06	(14,03)	<0,001**

Índice Total dos Sintomas	1,44	(0,51)	1,50	(0,41)	0,334
Positivos					

*p< .05 **p< .01 ***p< .001

- **Violência na Gravidez e Depressão (IACLID)**

Comparando-se a gravidade do estado de depressão nos dois grupos, verificou-se que setenta e sete (72.6%) mulheres grávidas vítimas de abuso não estavam deprimidos em relação aos sessenta e oito (90.7%) mulheres que não sofreram abuso (Tabela 6.1.3).

Verificou-se que vinte (18.9%) mulheres abusadas e sete (9.2%) mulheres não abusadas sofriam de Depressão Leve. Quanto à Depressão moderada e Grave, estas ocorreram apenas em mulheres vítimas de violência, das quais sete (6.6%) apresentaram Depressão Moderada e duas (1.9%) sofriam de Depressão Grave (Tabela 6.1.3).

Tabela 6.1.3. Caracterização da Violência na Gravidez e Depressão (IACLIDE) – Vitima/Não Vitima

	Vítima		Não – Vítima	
	N	(%)	N	(%)
Não deprimidos	68	(90.7)	77	(72.6)
Depressão leve	7	(9.3)	20	(18.9)
Depressão moderada	0	(0.0)	7	(6.6)
Depressão grave	0	(0.0)	2	(1.9)

Em relação às quatro dimensões do IACLIDE (Trabalho, cognitiva, interpessoal e Biológicas), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo grávidas

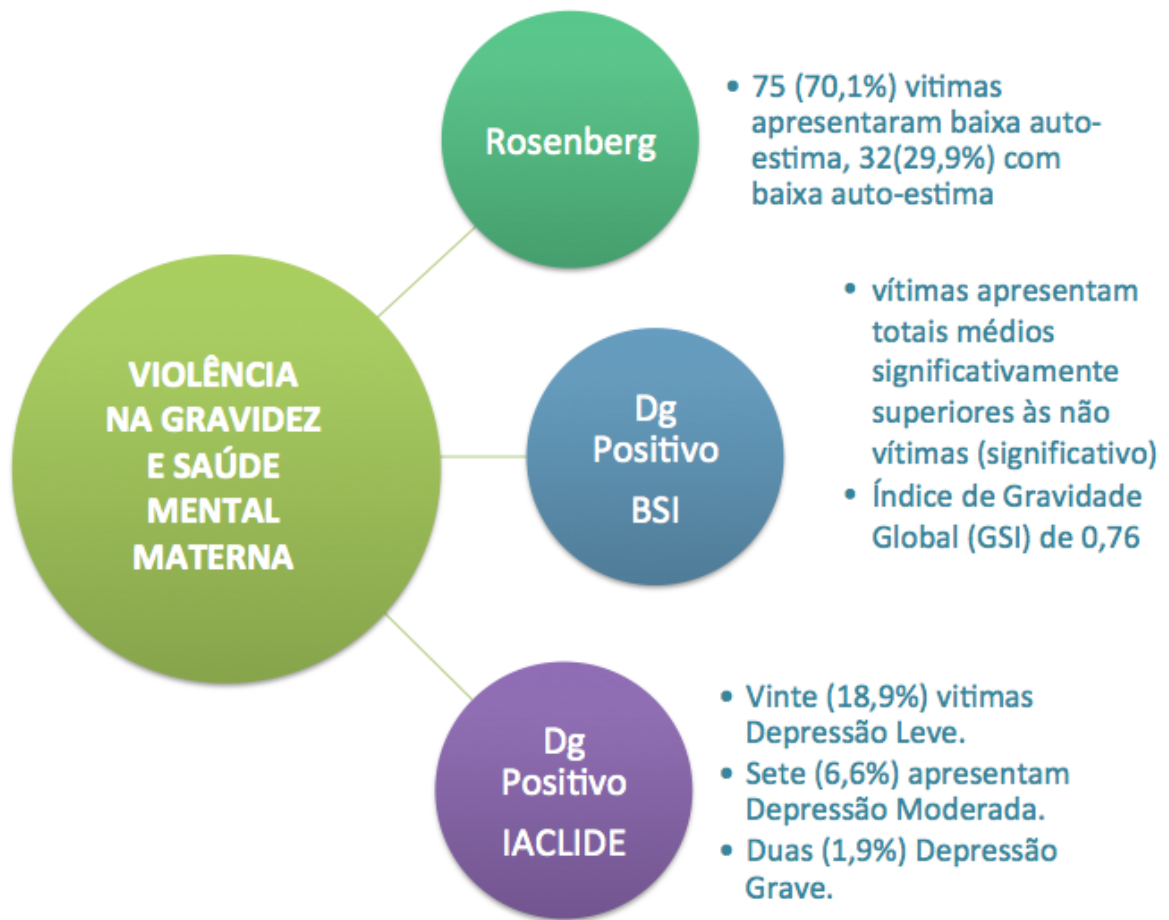
vitimas de violência domestica e o grupo de grávidas não vitimas de violência domestica. Sendo que o primeiro apresentou maiores pontuações médias nas quatro dimensões, incluindo a pontuação Total.

O grupo grávidas vitimas de violência domestica apresentaram pontuações mais altas ao nível das dimensões: Trabalho (M = 2.2, DP = 2.0), Cognitivas (M = 2.1, DP = 2.7), Interpessoal (M = 1.3, DP = 1.3) e Biológicas (M = 3.9, DP = 3.2) os níveis. A pontuação Total nos resultados também foi superior para o grupo de vítimas, onde obtiveram médios mais elevados (M = 9.5; DP = 7.4). Houve uma grande dispersão de resultados na amostra, apoiando ainda mais a ideia de que as mulheres grávidas vítimas de violência sofrem de depressão (Tabela 6.1.4).

Tabela 6.1.4. Dimensões do IACLIDE de vítimas e não vítimas.

	Vitima		Não – Vitima		p
	M	SD	M	SD	
Trabalho	2.2	2.0	3.3	2.9	.008**
Cognitivo	2.1	2.7	4.8	5.9	.001**
Relações					
Interpessoais	1.3	1.3	2.1	1.9	.002**
Biológico	3.9	3.2	5.7	4.4	.009**
Total	9.5	7.4	16.0	13.3	.711

*p< .05 **p< .01 ***p< .001



ESTUDO 7 - ESTUDO DOS FATORES QUE PODEM MEDIAR OS EFEITOS DA VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ, NO DESENVOLVIMENTO DOS BEBÉS: A SAÚDE MENTAL MATERNA E ARELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ (PAPER VII).



Os resultados deste estudo evidenciam a importância do papel da saúde mental materna e da relação mãe-bebê durante a gravidez para os bebês cujas mães sofreram de violência doméstica.

Neste estudo analisamos a Relação Mãe-bebê e a saúde Mental Materna, na gravidez somente no grupo de Grávidas Vítimas de Violência no período de gravidez.

Numa primeira parte apresentam-se os resultados que demonstram menos ou mais *Odds*, de face a determinada condição o bebê poder apresentar um desenvolvimento mental abaixo da

média. Apresentamos portanto a maior ou menor *chance* com de um bebé sendo filho de uma grávida vítima de violência tem de poder vir por exemplo a ter um desenvolvimento Mental inferior à média se para além disso a mãe ter sofrido de alguma perturbação mental na gravidez.

Numa segunda parte, apresentaremos os resultados obtidos pelos bebés filhos de vítimas de violência doméstica na gravidez, quando se comparam entre si, fazendo variar a condição das suas mães, quanto à sua saúde mental e quanto à sua relação mãe-bebé durante a gravidez.

7.1. A Saúde Mental Materna como factor Protetor ou de Risco

Psicopatologia Materna na Gravidez em Vítimas (BSI)

Ao analisar a Saúde Mental Materna na Gravidez (BSI) como factor Protetor ou de Risco, verificamos que os Bebés filhos de mães vítimas de violência e sem psicopatologia durante a gravidez apresentam menor chance de obterem classificações abaixo da média ao nível da competência Coordenação Olho-mão aos 3,5 meses (OR=0.303; IC95%=0.09;0.756) (Tabela 7.1.1).

Podemos assim dizer que ser vítima e sofrer de psicopatologia é um factor protector para o desenvolvimento da competência de Coordenação Olho-mão para Bebés aos 3,5 meses.

Tabela 7.1.1. – Presença De Patologia Materna na Gravidez (BSI) e Desenvolvimento da Coordenação Olho-mão (GRIFFITHS) do Bebé aos 3,5 meses

BSI T1	Abaixo da média		Acima da média		p	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Sem patologia	23	(50.0)	33	(64.5)	0.015	0.303	0.090	0.756
Com patologia	23	(50.0)	10	(35.5)				

(DP) – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; * Qui-quadrado; ** teste exato de Fisher;

OR – Odds Ratio; OR IC 95% - intervalo de confiança a 95% para o OR

Ao analisar a Saúde Mental Materna na Gravidez (BSI) como factor Protetor ou de Risco, verificamos que os Bebés filhos de mães vitimas de violência e sem psicopatologia durante a gravidez apresentam menor chance de obterem classificações abaixo da média ao nível Global aos 12 meses (OR=0.222; IC95%=0.066; 0.745) (Tabela 7.1.2).

Podemos assim dizer que ser vitima e sofrer de psicopatologia é um factor protector para o Desenvolvimento Mental Global Bebés aos 12 meses.

Tabela 7.1.2. - Presença De Patologia Materna na Gravidez (BSI) e Desenvolvimento Mental GLobal (GRIFFITHS) do Bebê aos 12meses

BSI T1	Abaixo da média		Acima da média		P*	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Sem patologia	5	(27.8)	26	(63.4)	0.022	0.222	0.066	0.745
Com patologia	17	(72.2)	15	(36.6)				

(DP) – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; * Qui-quadrado; ** teste exato de Fisher;

OR – Odds Ratio; OR IC 95% - intervalo de confiança a 95% para o OR

Quando comparamos o Desenvolvimento dos Bebés aos 3,5 meses, filhos de grávidas vítimas de violência na Gravidez constata-se que os filhos de mães sem patologia tem uma melhor desenvolvimento mental, sendo que na subescala de Realização estes mesmos bebés apresentam valores significativos ($p=0.037$). (Tabela 7.1.3).

Para o BSI utiliza-se o PSTI que é o usado por Canavarro (seguir a justificação da Costa Maia). – Canavarro foi a única que testou em Portugal o poder discriminativo em Portugal deste “teste” e verificou que o PSTI $\geq 1,7$ ou $< 1,7$ é o que melhor discrimina as mulheres em patológicas e não patológicas.

Tabela 7.1.3 Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths usando o PSTI (considerando apenas as mulheres vítimas de algum tipo de violência).

	Sem		Com		Valor-p*	IC95% **	
	patologia		patologia			LI	LS
	M	(DP)	M	(DP)			
Locomoção	108	(17,5)	105	(17,4)	0,538	-5,628	10,704
Pessoal - Social	98	(20,3)	96	(21,7)	0,751	-8,141	11,248
Audição e Linguagem	101	(14,5)	99	(14,5)	0,624	-5,090	8,444
Coordenação Mão - Olho	102	(15,4)	95	(21,5)	0,086	-1,011	15,147
Realização	100	(15,3)	92	(16,8)	0,037	,500	15,223
GERAL	101	(13,4)	97	(12,5)	0,218	-2,311	9,978

- **Depressão Materna na Gravidez em Vítimas (IACLIDE)**

Bebés cujas mães sofrem de violência doméstica e não têm patologia no que respeita à depressão durante a gravidez revelam menos chance de obter classificações abaixo da média na sub-escala de Locomoção, comparativamente com bebés cujas mães sofrem de violência doméstica mas apresentam depressão, *odds ratio* é 0,283 (CI 95%=[0.103; 0.775]), aos 3, 5 meses de idade. (Tabela 7.1.3.).

Assim, o facto de a mãe ser vítima de violência e não apresentar depressão durante a gravidez parece ser um factor protetor para obter classificações abaixo da média na sub-escala de Locomoção nos bebés.

Tabela 7.1.3. - Associação entre Depressão Materna na Gravidez (IACLIDE) e desenvolvimento da Locomoção (GRIFFITHS) dos Bebés aos 3,5 meses .

IACLIDE	Abaixo da média		Acima da média		p	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Sem patologia	12	(52,2)	54	(79,4)	0,016	0,283	0,103	0,775
Com patologia	11	(47,8)	14	(20,6)				

O facto de a mãe ser vítima de violência e não apresentar depressão durante a gravidez parece ser um factor protetor na obtenção de classificações abaixo da média na sub-escala de Linguagem nos bebés, aos 3,5 meses de idade, pois o odds ratio, de 0,367 indica que a chance de um Bebé cuja mãe sofreu de violência doméstica e não sofreu de depressão ter classificações abaixo da média na sub-escala Audição-Linguagem, comparativamente com bebés cujas mães sofreram de violência doméstica e depressão, é menor. (Tabela 7.1.4.)

Tabela 7.1.4. – Associação entre Depressão Materna na Gravidez (IACLIDE) e Desenvolvimento da Linguagem (GRIFFITHS) aos 3,5 meses.

IACLIDE	Abaixo da média		Acima da média		P*	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Dig. Negativo	21	(60,0)	45	(80,4)	.034	.367	.143	.943
Dig. Positivo	14	(40,0)	11	(19,6)				

Os Bebés filhos de mães vitimas de violência que apresentam depressão durante a gravidez revelam menos chance, *odds ratio* de 0,36, de obter classificações abaixo de média na sub-escala de Realização, comparativamente com Bebés filhos de mães vitimas de violência mas sem depressão aos 3, 5 meses de idade (Tabela 7.1.5.).

Há portanto a indicação de este ser então um factor protetor para obtenção de classificações abaixo de média, sub-escala de Realização, no entanto esta associação não é significativa ($p > 0.05$).

Tabela 7.1.5. – Associação entre Depressão Materna na Gravidez (IACLIDE) e Desenvolvimento da Realização (GRIFFITHS) dos Bebés aos 3,5 meses.

IACLIDE	Abaixo da média		Acima da média		P*	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Diagnóstico Negativo	32	(64,0)	34	(82,9)	.044	.366	.135	.993
Diagnóstico Positivo	18	(36,0)	7	(17,1)				

No que respeita à relação entre a depressão das mães durante a gravidez e o Desenvolvimento Mental Global do bebé não existe associação significativa, no entanto, parece haver a indicação de que filhos de mães vítimas de violência e que não sofreram depressão durante a gravidez apresentam menos chance (OR=0,321) de obterem classificações abaixo da média ao nível do Desenvolvimento Mental Global (Tabela 7.1.6.).

Tabela 7.1.6. – Associação entre Depressão Materna na Gravidez (IACLIDE) e o Desenvolvimento Global (GRIFFITHS) dos Bebés aos 3,5 meses.

IACLIDE	Abaixo da média		Acima da média		P*	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Dig. Negativo	16	(88,9)	14	(93,3)	.018	.321	.123	.838
Dig. Positivo	2	(11,1)	1	(6,7)				

Quando comparamos o Desenvolvimento Mental do Bebés filhos de vítimas de violência doméstica na gravidez, com e sem depressão na gravidez, os resultados que obtemos são que, os bebés que são filhos de mães sem depressão, apresentam valores de Coordenação Mão – Olho, Realização e Geral significativamente superiores aos bebés cujas mães sofreram de depressão na

gravidez. Nas restantes sub-escalas, apesar de se verificarem diferenças, as mesmas não são significativas (Tabela 7.1.7).

Tabela 7.1.7. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths em Bebés com 3,5 meses, usando o IACLIDE T1 (considerando apenas as mulheres vítimas de algum tipo de violência)

	Não deprimidas		Deprimidos		p	IC95%	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	109	(15,3)	101	(22,0)	0,199**	-16,203	-0,071
Pessoal - Social	98	(17,7)	93	(28,0)	0,187**	-15,181	4,332
Audição e Linguagem	102	(14,0)	96	(15,5)	0,089	-12,541	0,908
Coordenação Mão - Olho	102	(14,5)	93	(23,6)	0,040**	-17,643	-1,467
Realização	100	(13,1)	89	(21,5)	0,015**	-18,436	-3,743
Global	102	(11,4)	94	(17,5)	0,036**	-14,234	-1,837

* teste t student para 2 amostras independentes; ** teste Mann Whitney

- **Depressão Materna aos 3,5 meses do Bebé em Vítimas (IACLIDE)**

A presença de sintomas de depressão materna aos 3,5 meses de idade do Bebé (T2) em vítimas de violência, pode representar um fator protetor para o desenvolvimento da competência Linguagem dos bebés aos 3,5 meses de idade.

Isto porque, os Bebés filhos de mãe vítimas de violência e sem depressão em T2 apresentam menos chance (odds ratio de 0,341) de obterem classificações abaixo da média ao

nível da competência Linguagem comparativamente com bebês cujas mães são vítimas de violência mas que apresentam depressão em T2. (OR = 0,341, IC 95% = [0.130, 0.894]) (tabela 7.1.8.)

Tabela 7.1.8. – Presença De Depressão Materna em T2 (IACLIDE) e Desenvolvimento da Linguagem (GRIFFITHS) do Bebê aos 3,5 meses

IACLIDE T2	Abaixo da média		Acima da média		p	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Sem patologia	21	(60,0)	44	(81,5)	0,026	0,341	0,130	0,894
Com patologia	14	(40,0)	10	(18,5)				

(DP) – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; * Qui-quadrado; ** teste exato de Fisher; OR – Odds Ratio; OR IC 95% - intervalo de confiança a 95% para o OR.

O mesmo parece acontecer com a competência Coordenação Olho-Mão dos bebês as 12 meses de idade, uma vez que os Bebês filhos de mães vítimas de violência e sem depressão em T2, apresentam menos chance (OR=0,289) de terem classificações abaixo da média ao nível da competência coordenação Olho-mão aos 12 meses de idade (T3), ou seja não ter depressão materna em T2, parece ser um factor protetor de menor desenvolvimento da Coordenação Olho-mão em bebês cujas mães são violentadas. Esta associação, não é no entanto significativa (CI 95% = [0.091; 0.920]) (Tabela 7.1.9.)

Tabela 7.1. 9. – Associação entre a Depressão em T2 (IACLIDE) e o Desenvolvimento Coordenação Olho-mão (GRIFFITHS) dos Bebés aos 12 meses

IACLIDE T2	Abaixo da média		Acima da média		P*	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Dig. Negativo	8	(50,0)	45	(77,6)	.030	.289	.091	.920
Dig. Positivo	8	(50,0)	13	(22,4)				

Na comparação das restantes subescalas da Griffiths não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para podermos dizer se o que está a ser avaliado é ou não um factor protetor para o desenvolvimento do bebé.

7.2. A Relação Mãe-bebé na gravidez em Vítimas de Violência doméstica

- **Vinculação Materno-fetal (MFAS) em Vítimas de Violência Doméstica na Gravidez**

Quando se comparam entre si o desenvolvimento dos Bebés filhos de mães vítimas de violência na gravidez, com melhor ou pior Vinculação Materno-fetal, encontramos melhores resultados nas subescalas Locomoção, Pessoal-Social e Coordenação Mão-olho, nos bebés filhos de mães com uma melhor relação com o feto. No entanto nenhum destes resultados se mostrou estatisticamente significativo (Tabela 7.2.1).

Tabela 7.2.1. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths usando a MFAS (considerando apenas as mulheres vítimas de algum tipo de violência).

	Abaixo		Acima		p	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	106	(16,4)	107	(17,8)	0,745	-7,519	10,472
Pessoal - Social	96	(17,9)	97	(21,9)	0,845	-9,747	11,886
Audição e Linguagem	103	(11,4)	100	(14,2)	0,464	-9,632	4,430
Coordenação Mão - Olho	96	(19,2)	101	(16,5)	0,233	-3,464	14,030
Realização	98	(11,5)	97	(17,7)	0,818	-9,516	7,532
Global	100	(11,4)	100	(14,0)	0,930	-7,242	6,627

• **Ajustamento Materno e Atitudes Maternais (MAMA) em Vítimas de Violência Doméstica na Gravidez**

Relativamente ao Ajustamento Materno e as Atitudes Maternais na gravidez em grávidas vítimas de violência doméstica, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Especificamente, bebés cujas mães são violentadas e apresentam simultaneamente uma Melhor Relação Conjugal, na gravidez, apresentam 0,357 vezes menos chances de obterem classificações abaixo da média na sub-escala Pessoal-Social comparativamente com bebés cujas

mães são violentadas mas têm uma pior Relação Conjugal (CI 95% (ODDS) = [0.137, 0.929]) (Tabela 7.2.2).

Tabela 7.2.2 -Associação entre a relação conjugal (MAMA) e o Desenvolvimento Pessoal-Social (GRIFFITHS) dos Bebés aos 3,5 meses.

MAMA relação conjugal	Abaixo da média		Acima da média		P*	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Abaixo de 19.7	29	(52,7)	25	(75,8)	0,032	0,357	0,137	0,929
Acima de 19.7	26	(47,3)	8	(24,2)				

Para além disso o facto de ser vítima de violência na gravidez e ter uma melhor relação conjugal, faz com que os seus Bebés apresentem 0,383 vezes menos chances de obterem classificações abaixo da média par a sub-escala Coordenação Olho-mão, aos 3,5 meses, comparativamente com bebés cujas mãe são violentadas e mas têm uma má relação conjugal na gravidez (CI 95% (ODDS) = [0.156, 0.938]) (Tabela 7.2.3).

Tabela 7.2.3 – Associação entre relação conjugal (MAMA) e Desenvolvimento da Coordenação Olho-mão (GRIFFITHS) dos Bebés aos 3,5 meses

MAMA Relação Conjugal	Abaixo da média		Acima da média		p	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Abaixo de 19.7	24	(51,1)	30	(73,2)	.034	.383	.156	.938
Acima de 19.7	23	(48,9)	11	(26,8)				

Da mesma forma, que os Bebés cujas mães são vítimas de violência durante a gravidez e revelam uma boa relação conjugal apresentam menos chance, *Odds Ratio* (CI 95%) de 0.359 ([0.144; 0.893]) de obterem classificações abaixo da média para a sub-escala Realização, aos 3.5 meses, quando comparados com Bebés cujas mães foram vítimas de violência mas consideraram ter uma pior relação conjugal (Tabela 7.2.4).

Tabela 7.2.4 – Associação entre a Relação conjugal (MAMA) e o Desenvolvimento da Realização (GRIFFITHS) dos Bebés aos 3,5 meses.

MAMA relação conjugal	Abaixo da média		Acima da média		P*	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Abaixo de 19.7	25	(51.0)	29	(74.4)	0026	.359	.144	.893
Acima de 19.7	24	(49.0)	10	(25.6)				

Concluindo, parece ser que o facto de as grávidas vítimas de violência doméstica, classificarem a sua relação conjugal como má, é um factor protetor do desenvolvimento para as competências: Pessoal-Social; Coordenação Olho-Mão e Realização dos seus Bebés aos 3,5 meses.

No que se refere, às atitudes perante a gravidez e o bebé (MAMA), verificou-se que uma melhor atitude perante a gravidez e o bebé da mãe violentada parece ser um fator protetor para a competência Linguagem (OR = 0,392, IC 95% (OR) = [0.162,0.949]) (Tabela 7.2.5) protetor para o Desenvolvimento Mental Global dos bebés (OR = 0,414, IC 95% (OR) = [0.176,0.975]) aos 3, 5 meses de idade (Tabela 7.2.6).

Tabela 7.2.5. Associação entre as atitudes perante a gravidez e o bebé (MAMA) e o Desenvolvimento da Linguagem (GRIFFITHS) dos Bebés aos 3,5 meses.

MAMA	Abaixo da média		Acima da média		p	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Abaixo de 24	12	(35.3)	32	(58.2)	.036	.392	.162	.949
Acima de 24	22	(64.7)	23	(41.8)				

Isto é, Bebés cujas mães são vítimas de violência doméstica e que foram classificadas como tendo Melhores Atitudes Perante a Gravidez e o Bebé, apresentam menos chance, *odds ratio* de 0,392, de obterem classificações abaixo da média, para a competência de Linguagem comparativamente com bebés cujas mães são violentadas mas consideram ter piores Atitudes Perante a Gravidez e o Bebé.

E os Bebés cujas mães são vítimas de violência e apresentaram uma Melhor Atitude Perante a Gravidez e o Bebê revelam menos chance, *odds ratio de 0,414* vezes de obterem classificações abaixo da média ao nível do Desenvolvimento Mental global. Deste modo, a presença de uma melhor Atitude Perante a Gravidez e o Bebê parece indicar ser um factor protetor para o desenvolvimento infantil em bebés cujas mãe são violentadas, no entanto, esta associação não é significativa (Tabela 7.2.6).

Tabela 7.2.6. Atitude perante gravidez e o bebé (MAMA) e Desenvolvimento Global (GRIFFITHS) do Bebê aos 3,5 meses

	Abaixo da média		Acima da média		p	OR	OR IC 95%
	N	(%)	N	(%)			
MAMA at. Grav. bebe							
Abaixo de 24	15	(37.5)	29	(59.2)	0.042	0.414	0.176 0.975
Acima de 24	25	(62.5)	20	(40.8)			

(DP) – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; * Qui-quadrado; ** teste exato de Fisher; OR – Odds Ratio; OR IC 95% - intervalo de confiança a 95% para o OR

Já relativamente às Atitude Perante o Sexo Durante a Gravidez (MAMA), concluiu-se que uma Melhor Atitude Perante o Sexo Durante a Gravidez em grávidas vítimas de violência na gravidez, parece ser um factor protetor para a competência Coordenação mão-olho dos Bebés aos 3,5 meses de idade (OR=0.399; CI 95% =[0.169, 0.941]) (Tabela 7.2.7).

Tabela 7.2.7. – Associação entre a Atitude perante o sexo (MAMA) e o Desenvolvimento da Coordenação Olho-mão (GRIFFITHS) dos Bebés aos 3,5 meses

MAMA	Abaixo da média		Acima da média		p	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Abaixo de 23	17	(37.0)	25	(59,5)	.034	.399	.169	.941
Abaixo de 23	29	(63.0)	17	(40,5)				

(DP) – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; * Qui-quadrado; ** teste exato de Fisher;

OR – Odds Ratio; OR IC 95% - intervalo de confiança a 95% para o OR

Curiosamente, os bebés aos 12 meses, filhos de mães violentadas, com Melhor Atitude Perante o Sexo Durante a Gravidez têm mais chance de serem classificados com valores abaixo da média na competência de Locomoção, aos 12 meses (OR = 3,936, IC 95% (OR) = [1.453, 10.662]. Desta forma, a presença de uma Melhor Atitude Perante o Sexo Durante a Gravidez, é provável que seja um factor de risco para o desenvolvimento locomoção dos bebés filhos mães violentadas, aos 12 meses (Tabela 7.2.8)

Tabela 7.2.8. Atitude perante o sexo na gravidez (MAMA) e Desenvolvimento da Locomoção (GRIFFITHS) do Bebê aos 12 meses.

MAMA at. sexo	Abaixo da média		Acima da média		p	OR	OR IC 95%	
	N	(%)	N	(%)				
Abaixo de 23	19	(65,5)	14	(32,6)	0,006	3,936	1,453	10,662
Abaixo de 23	10	(34,5)	29	(67,4)				

(DP) – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; * Qui-quadrado; ** teste exato de Fisher;

OR – Odds Ratio; OR IC 95% - intervalo de confiança a 95% para o OR



Passaremos em seguida a apresentar os resultados, que comparam o desenvolvimento dos bebês filhos de vítimas de violência na gravidez entre si.

Aos 3,5 meses

Não há diferenças significativas nos valores médios nas diferentes subescalas da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths entre os bebês dos dois grupos analisados (mães que sofreram algum tipo de violência e que apresentavam valores abaixo da média da população portuguesa versus mães que sofreram algum tipo de violência e que apresentavam valores acima da média da população portuguesa) para as diferentes subescalas do MAMA (Tabela 1 a 6).

Existe apenas uma exceção, referente à subescala atitudes perante a gravidez e o bebê, na qual, os bebês que são filhos de mães com valores abaixo de 24, apresentam valores de Coordenação Mão – Olho significativamente superiores aos bebês cujas mães têm valores na respectiva subescala acima de 24 (Tabela 5).

Tabela 1. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Imagem Corporal (considerando apenas as mulheres vítimas de algum tipo de violência)

	<25		≥25		p	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	107	(16,3)	105	(19,5)	0,590	-5,450	9,533
Pessoal - Social	96	(19,4)	97	(23,2)	0,762	-10,297	7,566

Linguagem	101	(15,2)	99	(14,2)	0,637	-4,732	7,698
Coordenação Mão - Olho	99	(15,9)	99	(20,2)	0,961	-7,382	7,752
Realização	98	(13,7)	96	(19,5)	0,532	-4,778	9,193
Global	100	(12,2)	99	(15,7)	0,930	-5,597	6,114

Tabela 2. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Sintomas somáticos (considerando apenas as mulheres vitimas de algum tipo de violência)

	<27		≥27		P	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	106	(19,0)	107	(16,6)	0,807	-8,324	6,495
Pessoal - Social	98	(19,8)	95	(22,4)	0,648	-6,775	10,841
Linguagem	101	(13,9)	99	(15,4)	0,476	-3,917	8,320
Coordenação Mão - Olho	102	(15,5)	97	(19,6)	0,141	-1,864	12,867
Realização	100	(13,9)	94	(18,4)	0,116	-1,374	12,228
Global	101	(12,6)	99	(14,9)	0,470	-3,650	7,851

Tabela 53. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Relação conjugal (considerando apenas as mulheres vitimas de algum tipo de violência)

	<19,7		≥19,7		Valor-p*	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	107	(19,0)	105	(16,3)	0,576	-5,400	9,644
Pessoal - Social	101	(18,7)	92	(22,7)	0,060	-3,352	17,087

Linguagem	102	(13,5)	98	(16,0)	0,270	-2,745	9,682
Coordenação Mão - Olho	101	(14,7)	97	(21,2)	0,254	-3,202	11,973
Realização	98	(16,2)	95	(17,1)	0,397	-4,018	10,045
Global	101	(12,7)	97	(14,9)	0,169	-1,754	9,884

Tabela 4. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Atitudes perante o sexo (considerando apenas as mulheres vitimas de algum tipo de violência)

	<23		≥23		p	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	114	(10,2)	106	(18,2)	0,240	-5,617	22,153
Pessoal – Social	104	(16,1)	96	(21,5)	0,334	-8,477	24,668
Linguagem	95	(15,8)	101	(14,7)	0,337	-17,187	5,956
Coordenação Mão – Olho	100	(16,3)	100	(18,0)	0,952	-13,570	14,413
Realização	104	(11,5)	97	(16,9)	0,283	-5,948	20,093
Global	99	(12,6)	100	(14,0)	0,912	-11,467	10,250

Tabela 5. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Atitudes perante a gravidez e o bebê (considerando apenas as mulheres vitimas de algum tipo de violência)

	<24		≥24		Valor-p*	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	105	(18,1)	107	(17,6)	0,617	-9,463	5,649

Pessoal - Social	99	(20,8)	95	(21,4)	0,294	-4,201	13,707
Linguagem	104	(12,2)	98	(16,0)	0,053	-,075	12,208
Coordenação Mão - Olho	104	(14,9)	96	(19,2)	0,038*	,430	15,321
Realização	99	(13,0)	95	(18,6)	0,230	-2,741	11,261
Global	102	(12,1)	98	(14,9)	0,187	-1,934	9,758

Tabela 6. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Mama total (considerando apenas as mulheres vitimas de algum tipo de violência)

	<119		≥119		p	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	109	(17,5)	105	(18,0)	0,280	-3,655	12,461
Pessoal - Social	101	(20,8)	96	(21,3)	0,311	-4,648	14,406
Audição e Linguagem	104	(14,4)	98	(14,9)	0,081	-0,740	12,564
Coordenação Mão - Olho	104	(14,1)	98	(19,7)	0,144	-2,098	14,085
Realização	100	(16,2)	96	(17,2)	0,239	-3,072	12,145
GERAL	103	(12,6)	98	(14,5)	0,143	-1,607	10,898

Aos 12 meses

Não há diferenças significativas nos valores médios nas diferentes subescalas da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths entre os bebês dos dois grupos analisados (mães que sofreram algum tipo de violência e que apresentavam valores abaixo da média da população portuguesa versus mães que sofreram algum tipo de violência e que apresentavam valores acima

da média da população portuguesa) para as diferentes subescalas do MAMA (Tabela 1 a 8) aos 12 meses de idade dos bebés.

Existe apenas excepção, referente à subescala Imagem Corporal, na qual, os bebés que são filhos de mães com valores abaixo de 25, apresentam valores de Locomoção significativamente inferiores aos bebés cujas mães têm valores na respectiva subescala acima de 25 (Tabela 1) e à subescala. Subescala Atitudes perante o sexo onde os bebés filhos de mães com valor abaixo de 23 apresentam valores médios inferiores na Locomoção quando comparados com os bebés filhos de mulheres que obtiveram valores médios superiores a 23 (Tabela 6).

Tabela 1. Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Imagem Corporal (considerando apenas as mulheres vitimas de algum tipo de violência)

	<25		≥25		p	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	95	(13,6)	102	(13,4)	0,033*	-13,317	-0,593
Pessoal - Social	101	(14,6)	106	(14,9)	0,179	-11,645	2,217
Linguagem	111	(10,1)	116	(12,1)	0,055	-10,353	0,123
Coordenação Mão - Olho	110	(14,5)	113	(17,4)	0,433	-10,483	4,542
Realização	102	(9,9)	104	(14,8)	0,370	-8,550	3,221
Global	104	(11,4)	108	(11,9)	0,181	-9,194	1,772

Tabela 4: Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Sintomas somáticos (considerando apenas as mulheres vitimas de algum tipo de violência)

	<27		≥27		p	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	99	(13,7)	99	(14,1)	0,969	-6,357	6,612
Pessoal - Social	104	(14,7)	103	(15,0)	0,675	-5,457	8,374
Linguagem	114	(11,1)	112	(11,5)	0,629	-4,009	6,588
Coordenação Mão - Olho	116	(17,3)	109	(13,8)	0,069	-0,546	14,032
Realização	104	(14,5)	102	(10,3)	0,382	-3,262	8,418
Global	107	(12,7)	104	(10,5)	0,292	-2,541	8,342

Tabela 5: Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Relação conjugal (considerando apenas as mulheres vitimas de algum tipo de violência)

	<19,7		≥19,7		p	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	97	(13,4)	101	(14,6)	0,243	-10,655	2,741
Pessoal - Social	103	(15,8)	103	(13,9)	0,990	-7,285	7,193
Linguagem	112	(10,5)	113	(12,3)	0,832	-6,021	4,857
Coordenação Mão - Olho	111	(16,1)	113	(16,3)	0,650	-9,579	6,017
Realização	101	(10,8)	106	(14,1)	0,071	-11,308	0,485
Global	104	(11,1)	108	(12,7)	0,248	-8,999	2,360

Tabela 6: Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Atitudes perante o sexo (considerando apenas as mulheres vitimas de algum tipo de violência)

	<23		>=23		p	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	94	(15,5)	102	(11,4)	0,050*		
Pessoal - Social	101	(16,1)	105	(13,6)	0,249	-11,031	2,909
Linguagem	113	(11,7)	114	(11,2)	0,739	-6,303	4,489
Coordenação Mão - Olho	111	(16,5)	113	(15,7)	0,586	-9,659	5,496
Realização	103	(13,5)	103	(11,9)	0,936	-5,733	6,217
Global	104	(12,7)	107	(10,8)	0,199	-9,099	1,933

Tabela 7: Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Atitudes perante a gravidez e o bebé (considerando apenas as mulheres vitimas de algum tipo de violência)

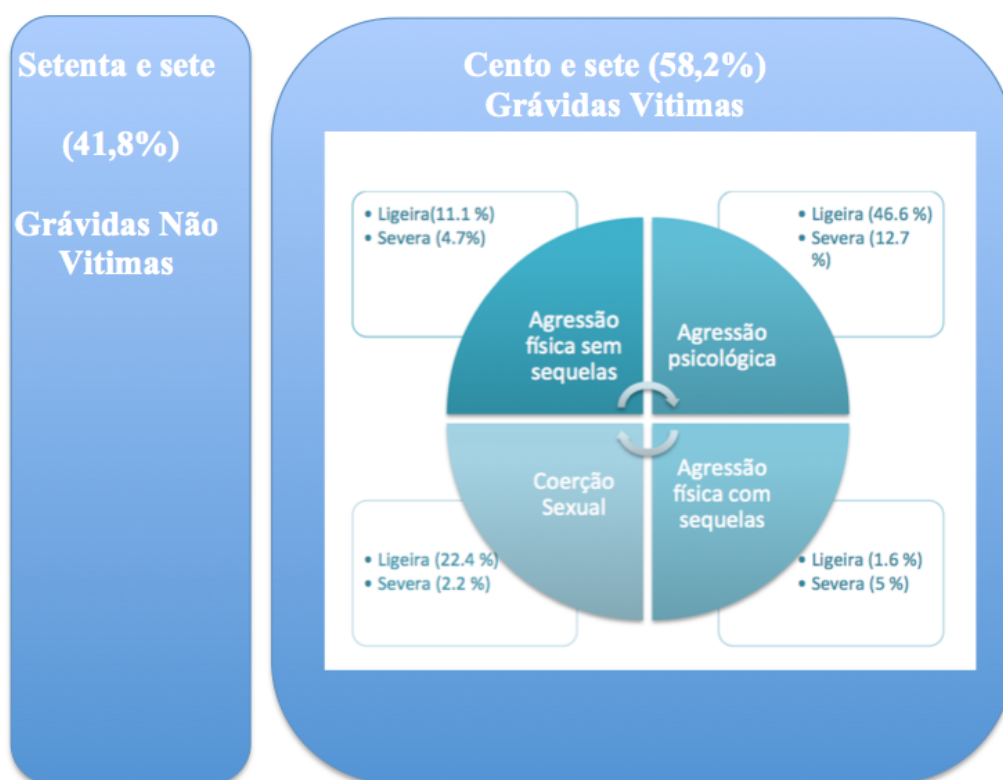
	<24		>=24		Valor-p*	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	95	(14,1)	102	(13,1)	0,057	-12,627	0,183
Pessoal - Social	102	(15,9)	104	(13,9)	0,516	-9,291	4,709
Linguagem	111	(10,6)	115	(11,9)	0,153	-9,136	1,463
Coordenação Mão - Olho	111	(16,5)	113	(15,6)	0,602	-9,508	5,553
Realização	101	(10,9)	105	(13,8)	0,244	-9,314	2,410
Global	105	(12,2)	107	(11,3)	0,422	-7,766	3,290

Tabela 8: Caracterização dos valores na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths na Subescala Mama total (considerando apenas as mulheres vitimas de algum tipo de violência)

	<119		≥119		p	IC95% **	
	M	(DP)	M	(DP)		LI	LS
Locomoção	96	(14,2)	101	(13,0)	0,117	-11,325	1,287
Pessoal - Social	104	(15,2)	103	(14,3)	0,757	-5,764	7,896
Linguagem	111	(10,4)	115	(12,0)	0,186	-8,647	1,709
Coordenação Mão - Olho	112	(15,5)	112	(16,4)	0,966	-7,547	7,231
Realização	101	(10,8)	105	(14,0)	0,181	-9,692	1,861
Global	105	(12,0)	107	(11,2)	0,495	-7,249	3,536

Este capítulo refere-se à discussão dos resultados da investigação. São apresentados de forma sucessiva para cada um dos estudos levados a cabo. A sua discussão será de acordo com o respectivo enquadramento teórico.

Estudo 1-Natureza e severidade da violência doméstica na gravidez⁵



⁵ "Violence during Pregnancy – Presence and Severity among Women in Matosinhos - Oporto, Portugal" aceite para publicação no Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

O facto de neste estudo se ter chegado à conclusão de que 58,2%, das mulheres grávidas da nossa amostra, tinham experimentado violência doméstica na gravidez desde ligeira a severa e tanto física como psicologicamente foi para nós, um número inesperadamente elevado!

Destaca-se portanto o fato de a violência (física, psicológica e sexual) ser muito mais comum do que o previsto, pois os estudos disponíveis sobre este fenómeno em relação à população Portuguesa sugerem uma prevalência de 9,7% e uma incidência de 8,4% em relação à violência física durante ano pós-parto (Rocha, 2006), embora este tenha excluído outras formas de violência, para além da físico.

No entanto, este dado poderá ser explicado com base nos aspectos culturais deste fenómeno. Nomeadamente pelo facto de em algumas culturas, incluindo a nossa, alguns comportamentos abusivos por parte do homem numa relação conjugal, serem ainda vistos como um padrão normal nas relações conjugais.

Parecem ainda persistir em Portugal, algumas questões sócio-culturais, que podem estar a servir de entrave às mulheres em geral e não sendo as mulheres grávidas excepção, que sofrem de violência doméstica, para não falarem acerca do assunto.

Do processo de recolha dos dados, e dos resultados, fica-nos a dúvida acerca daquilo que a mulher Portuguesa, espelhada de algum modo na nossa amostra, entende por actos de violência doméstica. Pareceu-nos muitas vezes que os insultos, os empurrões e o atirar de objectos, era muitas vezes entendido/sentido como algo normal, ao jeito do “quanto mais me bates, mais gosto de ti” ... O que nos remete para uma questão de base, será que estas mulheres que na nossa investigação se percebem como vítimas de violência doméstica (Pais, 1998)? Ou será que para esta grávidas, a violência só acontece se existirem ameaças com uma arma e /ou consequências graves, como ser hospitalizadas, os itens (CTS2) que faziam soltar alguns suspiros

arrepiados? Será, todo o abuso verbal, psicológico e até os empurrões, considerado algo normal dentro de um relacionamento íntimo e que deve permanecer privado? E se assim for, será que as Campanhas de sensibilização, estarão a ser efectivas? Ou será que a mensagem passa ao lado para a maior parte das vítimas?

Colocar aqui o índice de agressoras na CTS para justificar o padrão de relação?

Em Portugal, a violência doméstica é considerada um crime público, o que, sem dúvida, fará com que este tipo de comportamento seja cada vez mais visível, mas este fato por si só não será suficiente para alterar imediatamente a mentalidade. Muito mais tempo e consciência são necessários para que as pessoas possam realmente interiorizar que os comportamentos violentos não são normais nem devem ser tolerados.

Curiosamente, nesta investigação não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os dois grupos no que se refere à idade, estado civil, escolaridade ou profissão, sugerindo que a violência durante a gravidez é comum na população em geral e não parece existir um único fator que possa indiciar a sua presença. No entanto, no que se refere à escolaridade, esta investigação vem ao encontro da literatura existente, ao revelar que as mulheres grávidas que são vítimas de violência doméstica são susceptíveis de ter uma baixa educação, (Bailey, 2010; Chung, et al., 2001; Coker et al, 2004), e que a violência durante a gravidez está associada a vários comportamentos negativos (Bailey, 2010) e hábitos de saúde inadequados como tabagismo, consumo de álcool e drogas. Avaliando estes comportamentos negativos antes e durante a gravidez entre as mulheres grávidas vítimas e não vítimas de violência doméstica, verificou-se que o primeiro grupo eram utilizadores mais frequentes de álcool e drogas, corroborando a ideia de que existe uma associação entre o consumo e a vitimização. Não houve discrepâncias no consumo de álcool antes e durante a gravidez entre as mulheres grávidas vítimas e não vítimas de abuso.

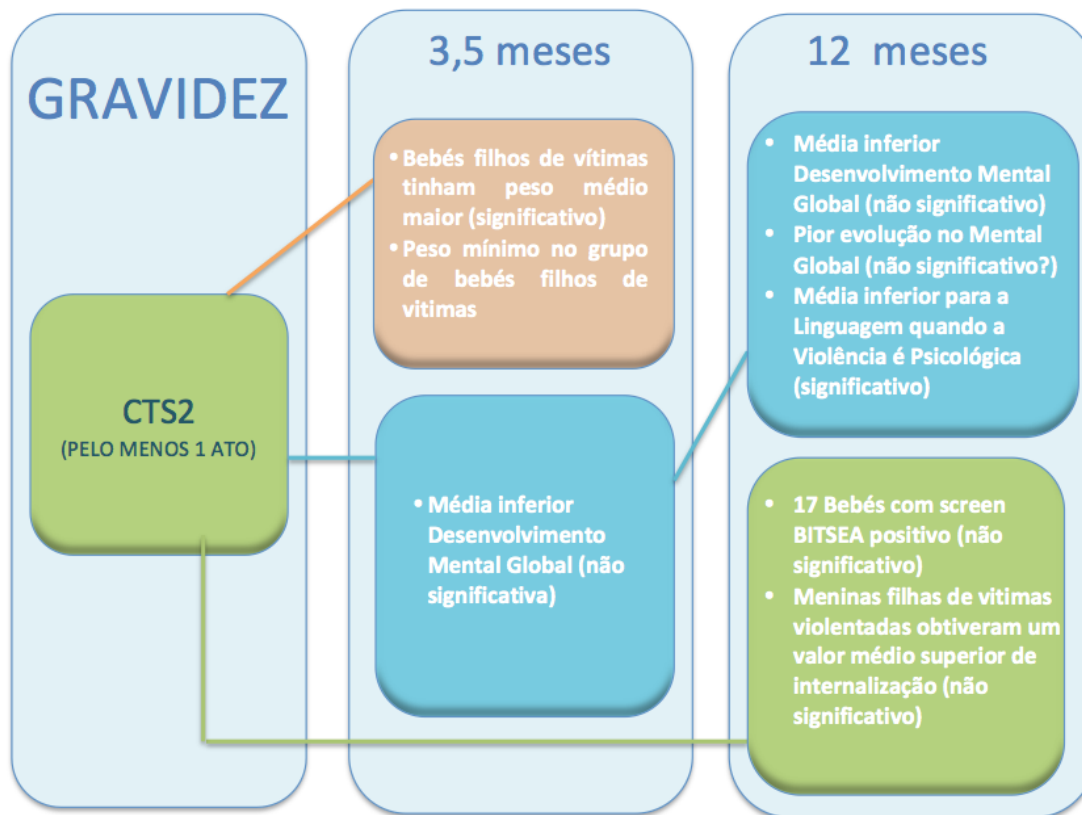
Se a violência doméstica fosse frequente, como alguns afirmam, seria expectável que apesar das suas consequências a sua elevada frequência se fizesse acompanhar de mais dessensibilização à própria violência. Ora apesar de toda a ansiedade pressupõe que de duas uma: ou a violência não é tao frequente assim, ou mesmo sendo qualquer dessensibilização que existe é deslocada para um segundo plano, emergindo assim as preocupações maternas em relação ao bebé .

Em qualquer circunstancia a violência nas suas diversas formas não se justifica. Todavia, será de perguntar-mos até que ponto quem violenta, não poderá também ter sido violentado. Por exemplo: terão estes pais, participado ativamente na decisão de engravidar? Terão estes pais sido considerados pelos xxxxxx no sentido de eles também engravidarem psicologicamente?

Se pode a violência dentro dos casais (que é muito mais transversal do que se xxxxx pressupões perante a gravidez ser/ter uma factor desencadeantes?

Poderá ter por exemplo aquilo a que Winnicott chamava Preocupação Maternal Primária (e que representaria um estado de alguma esquizoidia), uma função de desbloqueamento da violência contida no casal?

Estudo 2- Violência durante a gravidez e Desenvolvimento Mental dos Bebês⁶



Com este estudo pretendemos investigar o impacto da violência durante a gravidez no desenvolvimento mental e no estado sócio-emocional dos bebês.

Sabemos da investigação que a placenta incorpora os genes que são influenciados pelos níveis hormonais maternos. Por sua vez, esses níveis hormonais maternos são influenciados pelas experiências de vida quotidianas das mães e pela forma como lidam com elas. Todas estas circunstâncias alteram/afectam o desenvolvimento do sistema de regulação do stress do bebê e contribuem para a organização do seu temperamento no período pós-natal. Estudos sobre a presença de cortisol, que é uma hormona envolvida nos processos de resposta ao stress, mostram

⁶ Submetido ao

que a exposição a níveis elevados, desta hormona no período pré-natal conduzem a atrasos no comportamento exploratório do bebé, desenvolvimento motor e dificuldades de temperamento (Buitelaar, Huizink, Mulder, Medina, & Visser, 2003).

Ouros estudo ainda, s têm demonstrado que a gravidez pode ser um fator que favorece a ocorrência de abuso durante este período ou que contribui para a escalada de abuso pré-existentes à gravidez (Rachana et al., 2002).

Tendo em conta que, a violência doméstica durante a gravidez aumenta a probabilidade da mãe experienciar altos níveis de ansiedade e, conseqüentemente, o seu fet, sabendo que, o stress pode contribuir para o aparecimento ou agravamento de vários problemas na saúde da mãe, somáticos e/ou psicológicos, podemos então concluir que o feto se encontra também em risco de ser afetado pelas vivencias física e mental da mãe.

Estes dados, tornam-se mais exuberante em contexto de ocorrência de violência doméstica (Stenson, 2004).

No que se refere ao peso dos bebés, alguns autores consideram, a violência doméstica como um fator de risco importante para o nascimento de bebés com baixo peso (Parker, McFarlane, & Soeken, 1994; McFarlane, , Parker, & Soeken, 1996; Bullock & McFarlane, 1990), todavia, outros não (Bereson, Wiemann, Wilkinson, Jones, & Anderson, 1994). No nosso estudo, os bebé s filhos de mulheres vítimas de violência têm um peso médio superior em comparação com os bebés filhos de mulheres que não sofreram abuso, no entanto, encontramos os menores pesos da amostra, dentro do grupo de bebés filhos de mulheres agredidas na gravidez.

Esta variável parece não ser estranha a todos os acontecimentos que decorreram na gravidez. Somos levados a supor que xxxx

O peso é um indicador fiável de perturbações regulatórias associadas à depressão

Para além disso, sabemos que bebés com baixo peso ao nascer, são crianças vulneráveis que em alguns casos evidenciam uma associação entre esta susceptibilidade biológica ao nascer com a depressão em idade escolar.

Neste estudo pudemos também concluir que existe uma associação entre a violência durante a gravidez e o Desenvolvimento Mental dos bebés. Uma vez que, foi possível demonstrar uma tendência em todos os bebés filhos de mães violentadas na gravidez para obtenção de resultados inferiores na Escala Global (GRIFFITHS), aos três meses e meio (T2) e aos doze meses (T3), quando comparados com bebés filhos de mães não violentadas na gravidez.

Além disso, quando consideramos a progressão do desenvolvimento mental de T2 para T3, concluímos que, embora tenha havido melhorias positivas nos dois grupos de bebés, para a Escala Global e todas as sub-escalas (exceto a locomoção), os bebés filhos de mulheres vítimas na gravidez tendem a atrasar o seu desenvolvimento quando comparados com os bebés filhos de mulheres não agredidas.

O que nos permite equacionar se mesmo não se sentindo a mulher grávida vítima de violência não pudemos pensar que o seu bebé já o está a ser dentro do seu útero. E se assim for, não será que estes bebés se deveriam considerar alvos de quais quer medidas de proteção?

Em todas as culturas, as meninas são conhecidas pela internalização dos problemas mais que os meninos (Crijnen, Achenbach, & Verhulst, 1997). Estudos apontam para o fato de que as características específicas, como sexo, nível de desenvolvimento e temperamento podem ter um papel importante nas questões comportamentais. Por exemplo, os meninos apresentam mais comportamentos de externalização (agressão) e as meninas apresentam mais comportamentos de internalização (depressão) (Campbell, 1995). Estilos parentais e características dos pais têm um efeito sobre o comportamento de uma criança, especificamente comportamentos problemáticos (Barry, Dunlap, Cotten, Lochman, & Wells, 2005; Gadeyne, Ghesquire, e Onghena, 2004).

Os resultados do estudo estão em linha com isso, uma vez que no que diz respeito ao Estado Sócio-Emocional dos bebés de um ano de idade, verificou-se um maior número de screens positivos (BITSEA) entre os bebés filhos de mulheres vítimas de violência doméstica, quando comparados aos bebés filhos de mulheres não abusadas, por isso pode-se argumentar que a violência durante a gravidez poderá ser um factor de dificuldade acrescido para o Desenvolvimento Sócio-Emocional dos bebés podendo até colocá-los em risco de desenvolverem algum tipo de organização sócio-emocional perturbada em etapas futuras. A violência durante a gravidez pode causar fragilidades emocionais e sociais nos bebés, tornando-os incapazes de lidar com problemas futuros devido à ausência de competências psicológicas saudáveis (Ahlfs-Dunn, 2010).

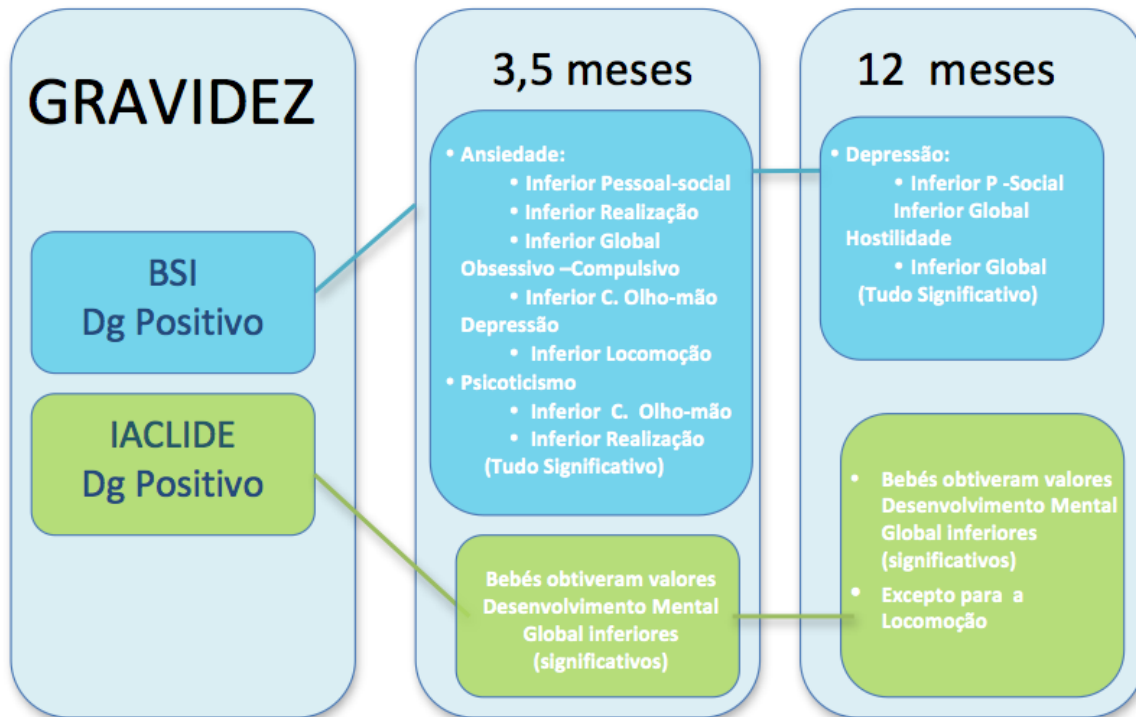
Será que estas mulheres que foram vítimas de violência doméstica se sentem traumatizadas com esses acontecimentos de vida, e numa manobra de auto-defesa se colocam numa esfera em que provavelmente sentirão dificuldades ou nem sequer a necessidade de sintonizar com os estados emocionais dos seus bebés? Tornando-as mais incapazes de reconhecer as suas necessidades e de actuarem de forma responsiva? Se assim for, parece ser que estas mães possam estar tão preocupadas com a sua própria sobrevivência, que ora se colocam numa posição angustiada de intensa sensação de medo e/ou se dissociem do mundo e dos outros, comprometendo o seu papel como mães e cuidadores e o mundo afectivo dos seus bebés (Levendosky & Graham-Bermann, 2001).

Sabemos que as crianças que testemunharam a violência doméstica apresentam mais comportamentos de externalização nas idades de 2 e 3 anos, quando comparadas a crianças sem essa experiência. Curiosamente, e de acordo com os resultados, quando se analisou os bebés aos 12 meses de idade, verificou-se que as meninas apresentaram mais comportamentos de internalização. Mesmo não podendo presumir que a violência continuou após o nascimento,

imagina-se essa possibilidade tendo em conta a questão cultural, que permite a alguns adultos, parece considerarem alguns comportamentos violentos, como parte do funcionamento normal do casal (Dejonghe, Von Eye, Bogat & Levendosky de 2011).

Os dados do estudo reforçam a certeza de que quando a grávida é vítima de violência há duas pessoas que estão em perigo: a mãe e o feto.

Estudo 3 - Saúde Mental na gravidez e o Desenvolvimento Mental do Bebê⁷



Mais uma vez este estudo mostrou elevados níveis de psicopatologia durante a gravidez, 53 (27.5%) grávidas com diagnóstico positivo para psicopatologia, o que sugere que se trata de uma questão muito mais frequente do que poderíamos pensar, em particular em mulheres que não são rastreadas para a saúde mental por rotina, em Portugal.

Curiosamente, esta constatação não reflete as opiniões ou a prática atual dos profissionais de saúde que trabalhavam com essas mulheres. Em resposta às conclusões do estudo

⁷ Common mental disorders during pregnancy and baby's development in the first year of life. Publicado em Journal Of Reproductive Psychiatric And Infant Psychology

foi introduzido triagem pré-natal para Transtornos Mentais Comuns, no serviço onde os dados foram recolhidos.

Alguns autores sugerem uma possível associação entre a experiência precoce infantil de ausência de contato de pele e colo (as mães deprimidas parecem pegar menos ao colo os seus bebês) e a ocorrência de depressão, ansiedade e abuso de drogas, tanto em criança como em adulto (Kaufman, 1991) bem como com o transtorno de personalidade borderline na idade adulta (Plotasky, Owens & Nemeroff, 1998).

Em relação ao desenvolvimento mental infantil, os resultados desta investigação também sugerem que a presença de psicopatologia no terceiro trimestre da gravidez está associado a menores índices de desenvolvimento mental em Bebês quer aos 3,5 meses quer aos 12 meses de idade, apresentando estes, um atraso em processos relacionados com habilidades cognitivas específicas. É importante no entanto, ressaltar que, os resultados podem ter sofrido alguma influência do tamanho reduzido da amostra.

Globalmente, o estudo sugere que Bebês filhos de mães sem evidência de sintomas psicopatológicos durante a gravidez pontuaram mais no desenvolvimento mental, na maioria das subescalas, para tal talvez possa ter contribuído o fato de que as mães sem psicopatologia parecem ser mais sensíveis e "sintonizadas" com o seu bebê, estimulando e facilitando assim o seu desenvolvimento (Koren-Karie, Oppenheim, e Getzler-Yosef, 2008; Thompson, 2007).

Em contrapartida, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a presença de Psicopatologia durante a gravidez e desenvolvimentos mais pobres em algumas áreas cognitivas específicas, em particular a Coordenação mão-olho, Pessoal-social, Locomoção e Realização entre os Bebês cujas mães apresentaram sintomas obsessivo-compulsivo, psicose, ansiedade e hostilidade.

Estes resultados parecem ser consistentes com a literatura existente, onde crianças educadas por mães que estiveram muito ansiosas durante a gravidez são mais propensas a apresentar um desempenho inferior em testes de desenvolvimento mental e em provas de ajuste emocional (Davids, Holden, & Grey, 1963).

Muitos estudos têm mostrado que a depressão materna pode ter um efeito significativamente negativo no desenvolvimento cognitivo e emocional do Bebê (Austin & Leader, 2000; Tiet, Pássaro, Hoven, Wu, Moore, & Davies, 2001). E no nosso estudo, encontramos resultados superiores para as habilidades motoras em Bebês de 3,5 meses filhos de mulheres com sintomas depressivos, em comparação com os Bebês filhos de mulheres sem esses sintomas. O estudo também mostrou que os sintomas depressivos das mães, parecem ter um efeito negativo sobre as habilidades interpessoais e sociais dos bebês.

No estudo encontramos também, 20 bebês filhos de mulheres com diagnóstico de transtorno mental pré-natal positivos, que apresentaram um screen positivo para dificuldades no seu funcionamento sócio-emocional. Estes resultados foram consistentes com outros estudos que relacionam a presença de stress ou ansiedade pré-natal com a reduzida maturidade motora nas crianças (DiPietro, 2002). As dificuldades sócio-emocionais dos Bebês também parecem ter uma relação positiva significativa com os elevados níveis de ansiedade no final da gravidez (Van de Bergh, 1990).

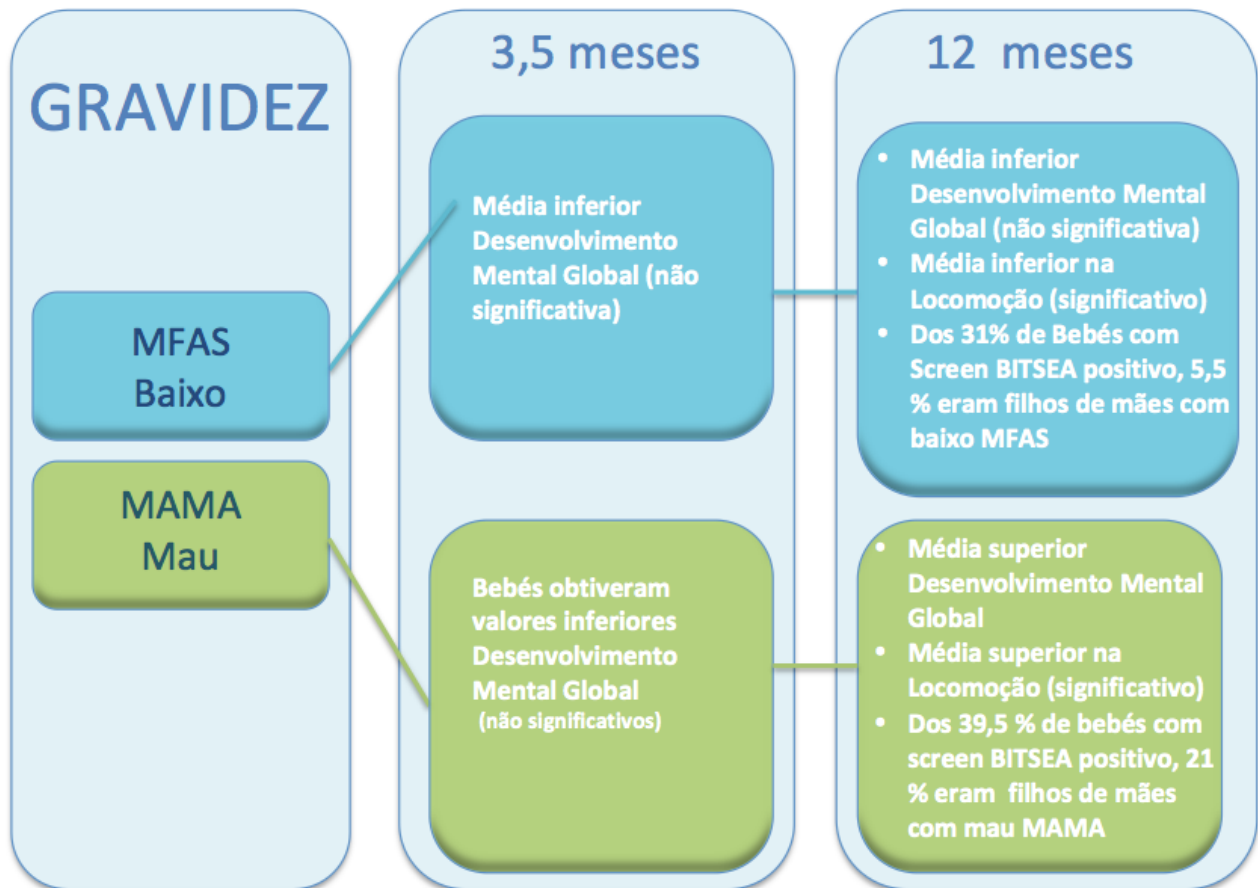
Sabe-se que a psicopatologia da mãe durante a gravidez pode causar efeitos a longo prazo no desenvolvimento neurológico do bebê, que podem incluir uma maior predisposição à depressão na vida adulta. Ansiedade, timidez e passividade são também possíveis consequências do stress crónico pré-natal, especialmente quando o stress persiste após o nascimento (Glover, 1997).

Com uma prevalência a variar entre 10% e 14% de mulheres afetadas pelo stress perinatal e depressão, resulta em consequências a curto e longo prazo para toda a família (Buist, Barnett, Milgrom, Papa, Condon, Ellwood, Boyce, Austin, & Hayes, 2002), tornando as medidas de detecção precoce algo fundamental, uma vez que, se os problemas de saúde mental dessas mulheres se mantiverem por identificar, podem conduzir a consequências de longo prazo.

A detecção oportuna desses sintomas poderia ajudar a reduzir o seu impacto negativo nas mães e nos seus bebés, e ajudar a desenvolver melhores práticas que podem ser usados com toda a população de mulheres (Buist, Barnett, Milgrom, Papa, Condon, Ellwood, Boyce, Austin, & Hayes, 2002).

Infelizmente é um fato que, nas consultas pré-natais, a maior parte da interação entre o obstetra e a paciente é maioritariamente relacionada com aspetos médicos e os aspectos sociais e psicológicos são muitas vezes esquecidos (Roter, Geller, & Bernhard, 1999), o que significa que, mesmo que esses sintomas já estejam presentes eles podem não ser detetados pelos profissionais de saúde com os quais as grávidas contactam no decurso da sua gravidez (Wiley, Burke, Gill & Law, 2004; Sleath, Thomas, Jackson, West, & Gaynes, 2007)

Estudo 4- Relação Mãe-Bebé e Desenvolvimento Mental do Bebê⁸



O objetivo deste estudo foi investigar como a Vinculação Materno-fetal e as Atitudes Maternas e Ajustamento materno (MAMA) durante a gravidez influenciam o Desenvolvimento Mental e Sócio-Emocional dos Bebês em dois momentos: aos 3,5 e 12 meses de idade.

Diversos estudos demonstram que as mães que são mais afetuosas durante a gravidez e que, em geral, fantasiam sobre seus Bebês na gravidez, mostram de forma geral um maior

⁸ Submetido ao

envolvimento emocional na interação com o Bebê por terem um papel mais ativo, principalmente no que diz respeito à estimulação dos seus Bebês (Siddiqui & Hagglof, 2000). Isto reforça a ideia de que a mãe desempenha um papel fundamental na interação e desenvolvimento do Bebê (Thomas, Lima, Tavares, & Oliveira, 2005; Lopes, Oliveira, Vivian, Bohmgahren, Piccinini, & Tudge, 2007; Frizzo & Piccinini, 2007; Piccinini, Gomes, & De Nardi, 2008; Seild-De-Moura, Ribas, Seabra, Rocha, & Vicente, 2008).

Os resultados obtidos nesta investigação, revelaram que os Bebês aos 3,5 meses e ao um ano de idade, filhos de mães classificadas com uma boa Vinculação Materno-fetal durante a gravidez tiveram um desenvolvimento mental global mais elevado do que os Bebês filhos de mães com uma pior Vinculação Materno-fetal. Na mesma linha, os Bebês filhos de mães classificadas com um bom Ajustamento Materno durante a gravidez apresentaram melhores níveis de desempenho nas escalas coordenação mão-olho, social-pessoal, realização, bem como um melhor Desenvolvimento Mental Global. Indo ao encontro de outros estudos que demonstram que, a Vinculação Pré-natal pode ser positivamente correlacionada com a Vinculação Mãe-Bebê e com o desenvolvimento social, emocional e mental no período pós-natal (Condon & Corkindale, 1997).

Sabemos da literatura que, nos primeiros meses de idade, um Bebê já construiu aquilo que são, as estruturas primárias de interações sociais (Costa, 2009), e a expansão dessas interações não será perceptível se a mãe reconhecer os sinais do Bebê (Lier, 1988). Se não houver o mínimo de interação social o Bebê vai sentir-se perdido no que diz respeito à interpretação das suas interações sociais.

Em casos mais extremos de uma incapacidade total da mãe para responder adequadamente às necessidades do bebê, esta irá causar uma retração emocional do bebê, o que fará com que o Bebê se retire do contacto social e seja facilmente perturbado por este, a ponto de

poder mesmo evitar o contato visual (Lier, 1988). Curiosamente, os Bebês do nosso estudo filhos de mães com Pior Vinculação Materno-fetal apresentaram valores mais elevados nas subescalas de Linguagem e Realização.

Uma das hipóteses que se coloca para que isto tenha acontecido, é que estes Bebês estivessem a gesticular mais e a emitir mais sons, para desta forma obter a atenção das suas mães, como uma expressão da sua necessidade de sobrevivência emocional. Sendo isto verdade e nesta linha de pensamento, parece que esta capacidade de tentar “acordar” a mãe, ao despertar a sua atenção parece desaparecer aos 12 meses, como se estes Bebês tivessem desistido pela não mudança de comportamento das suas mães.

Ou seja, os Bebês que utilizam estratégias de coping, sem sucesso e que repetidamente não conseguem reparar as falhas/mal entendidos na comunicação, começaram a sentir-se desesperançados. Esses bebês, eventualmente, desistem de tentar reparar os desentendimentos na interação e passam, cada vez mais a focar os seus comportamentos de coping na auto-regulação, a fim de controlar as emoções negativa geradas (Costa, 2009).

Quando os Bebês atingem os 9-12 meses de idade, eles já são capazes de gatinhar na tentativa de explorar e de se familiarizar com o seu meio. Nesta fase, os Bebês emocionalmente, bem ajustados são capazes de compreender que há outras forças e poderes, para além de si próprio. As mães podem estimular o seu desenvolvimento ou limita-lo através de sinais verbais e da linguagem corporal, e os Bebês podem responder desafiando, seguindo ou rejeitando esses sinais mostrando assim, a sua personalidade (Lier, 1988).

Neste estudo, Bebês de um ano filhos de mulheres classificados com pior Ajustamento Materno e Atitudes Maternas durante a gravidez obtiveram um desenvolvimento Locomotor mais elevado quando comparados com Bebês filhos de mães com um bom Ajustamento Materno durante a gravidez. Siddiqui & Hagglof (2000) argumentam que as crianças procuram ativamente

informações desde o início e usam, para o efeito, a mãe como um instrumento durante a interação. Em consonância com isso, neste estudo, parece ser que os Bebés filhos de mães com pior Ajustamento Materno e Atitudes Maternas, precisavam fazer um esforço suplementar, para compensar essa lacuna, através da locomoção, ou seja com mais movimentos de braços e pernas, para tentar interagir com suas mães e para encontrar essa informação acerca do mundo, do que os filhos de mães com um Ajustamento Materno e Atitudes Maternas superior.

A literatura indica que as variáveis sociodemográficas que influenciam a Vinculação Materno-fetal, são: a idade gestacional avançada, os movimentos fetais e o tipo de apoio social, de familiares e colegas (Doan & Zimmerman, 2003). Esses achados foram confirmados neste estudo porque, de uma forma geral, o nível de MFA variou de médio a alto, reduzindo assim as diferenças comparáveis entre os dois grupos, já que as grávidas neste estudo não apresentaram diferenças estatisticamente significativas no que respeita a fatores económicos e sócio-demográficos como sejam a idade gestacional, suporte social ou o estado civil. Esta foi provavelmente também, a razão pela qual neste estudo encontramos mais Bebés com um screen positivo para o BITSEA filhos de mulheres que foram classificadas como tendo uma elevada Vinculação Materno-Fetal.

De acordo com a teoria da vinculação, fatores contextuais stressantes ativam o sistema de vinculação internalizado, levando a respostas comportamentais e emocionais. No caso de mulheres grávidas, a transição para a maternidade torna-se um fator de stress que ativa o seu próprio modelo de funcionamento interno no que diz respeito à vinculação, portanto, a manifestação de distúrbios psicológicos podem ocorrer, entre outros fatores, por causa do seu próprio tipo de vinculação (Mohler, Parzer, Brunner, Wiebel, e Resch, 2006).

Leifer (1977), concluiu que, embora a gravidez seja um momento de turbulência emocional e alteração rápida de papéis, também é uma época de desenvolvimento de maturação.

A capacidade da mãe para acomodar na sua própria mente, a noção de que seu Bebê tem sentimentos, desejos e intenções, como sua "preocupação materna primária" (Winnicott, 1988) cria um estado em que a mãe é capaz de empatizar com as necessidades primárias do bebê, fornecer ao Bebê uma base segura para descobrir os seus/dele próprios sentimentos e pensamentos, e isso remete-nos de novo para as qualidades intrínsecas da mãe que lhe permitem ser sensível às necessidades do seu bebê, algo que é crucial para o desenvolvimento do Bebê (Fonagy, 1996).

Foi possível também, verificar que os Bebês filhos de mães com baixo Ajustamento materno apresentaram dificuldades ao nível sócio-emocional. Ora, sabemos que o temperamento influencia o comportamento e a experiência, e fornece a base biológica essencial para o desenvolvimento da personalidade (Costa, 2009), realçando, assim importância do temperamento enquanto constructo, pelo seu enfoque que permite a associação entre a investigação psicológica e neurofisiológica (Goldsmith, Buss, Plomin, Rothbart, Thomas, Chess, Hinde, McCall, 1987).

As características temperamentais são relativamente estáveis ao longo do tempo, com períodos de instabilidade e de estabilidade de acordo com as transições de maturação (Rothbart, 1989). Podendo acontecer que, enquanto algumas características se alteram, outras permaneçam estáveis. A expressão de temperamento é influenciada pelo grau de estimulação e de regulação fornecido pelo ambiente num modelo de interação (Rothbart, 1989).

A qualidade das primeiras relações do Bebê e das relações com os que lhe são significativos, fará com que possam ter um comportamento mais organizado, mesmo num período precoce das suas vidas e, assim, poderem ter um papel ativo no seu próprio desenvolvimento (Zamberlan, 2002).

Este estudo mostrou que as experiências maternas de afecto estão associados com a interação mãe-Bebê proporcionando um melhor ou pior desenvolvimento mental, emocional e

social e, como tal, poderá ser um factor relevante para o diagnóstico e identificar mulheres para quem a relação mãe-Bebé seja é sub-optima.

Estudo 5- Violência na gravidez e a Relação mãe-Bebé ⁹



Este estudo investigou a Vinculação Materno-fetal e o Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas em cento e sete (58,2%) grávidas vítimas de violência doméstica pelos seus parceiros.

A vinculação pré-natal desenvolve-se gradualmente ao longo da gravidez (Laxton-Kane, 2002; Hart & McHahon, 2006), o que é fundamental para a relação mãe-Bebé após o

⁹ Violence during pregnancy and its effects on mother–baby relationship during pregnancy publicado em Journal of Reproductive and Infant Psychology

nascimento, para o seu papel enquanto cuidador bem como, para o bem-estar infantil (Hutch-Boks, Levendosky, Theran, e Bogat, 2004).

Os padrões iniciais de vinculação formam a base do desenvolvimento psicológico social e emocional, e cimentam o seu senso de confiança e segurança e a sua capacidade para criar relações saudáveis no decorrer da vida. (Egeland & Erickson 1999; Main *et al.* 2005; Prior & Glaser 2006).

A presença de violência doméstica pré-natal adquire uma influência relevante durante o período em que as mães estão a formar as suas relações com seus Bebés no útero, uma vez que estas as mães tendem a apresentar maior insegurança (Huth-Bocks, Theron, Levendosky, & Bogat, 2011), o que tem sido associado ao aumento do risco de negligência, abuso emocional e físico (English, et al. 2003).

Os resultados obtidos, estão em linha com estudos anteriores que relacionaram a experiência de violência doméstica durante a gravidez com representações maternas menos harmónicas com os seus Bebés e de si próprios enquanto mães (Hutch-Boks, Levendosky, Theran, & Bogat, 2004) e a relacionam também com um padrão de vinculação inseguro (especialmente desorganizado) com seus Bebés (Zeanah, Danis, Hirshberg, Benoit, Miller, & Heller, 1999).

Mesmo antes do Bebê nascer, muitas mulheres podem passar a mensagem de que apenas as necessidades do seu parceiro contam, e não permitindo o desenvolvimento de uma relação estreita com o seu bebê, transmitindo assim que tanto elas como o seu Bebê são seres vulneráveis, o que se traduz num início negativo da relação de vinculação (Quinlivan & Evans, 2005). Isto é consistente com a pontuação que as grávidas vítimas neste estudo, obtiveram na sub-escala de relação conjugal, classificando-a como mais insatisfatória (mais desesperançosa e

com menos confiança no parceiro) do que as grávidas não vítimas. As mulheres vítimas também apresentaram mais queixas ao nível dos Sintomas Somáticos devidos ao curso da gravidez.

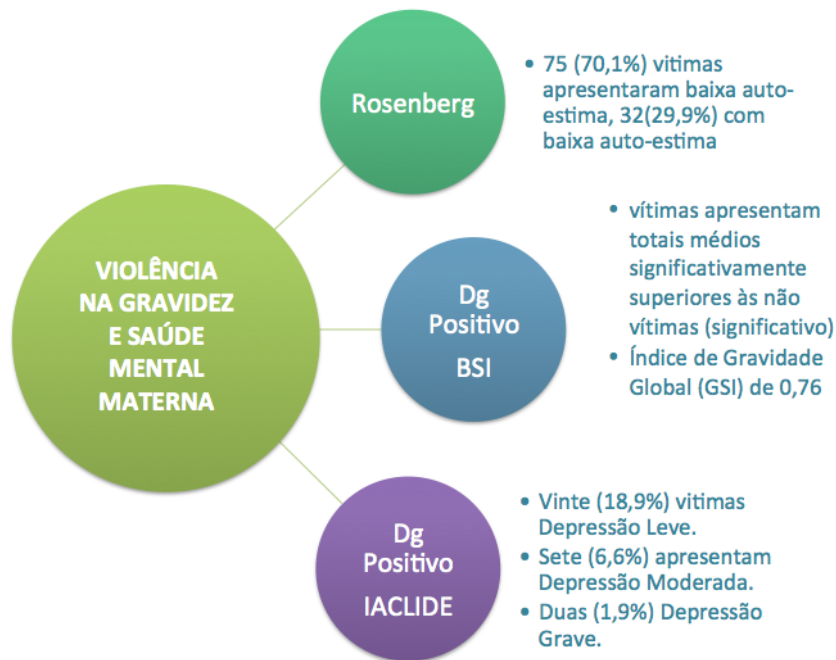
As mulheres vítimas frequentemente descrevem um receio quanto à sua segurança e à dos seus filhos, bem como em relação à sua saúde mental (Radford & Hester, 2006). Este medo pode ser inconscientemente passado para os seus bebés, resultando em padrões de vinculação desorganizados.

Sabemos da literatura que as vítimas de violência durante a gravidez desenvolver um conjunto de representações da sua relação com o Bebê que reativam pensamentos e emoções negativas, que podem afetar a representação de si mesmo e do Bebê e contribuem para um padrão de vinculação inseguro.

Desde que os Bebés nascem, eles são totalmente dependentes dos adultos para a sua sobrevivência e o papel da relação mãe-Bebê é extremamente importante para a regulação de estados internos e dos stressores externos dos bebés. Assim sendo, os níveis de angústia de uma mãe afetam relação de vinculação ainda mais do que as escassas competências parentais (Levendosky et al., 2006).

Também as identificações maternas têm um papel essencial no comportamento parental da mãe que, por sua vez, vão exercer um importante impacto nas suas representações do bebé, assim como no desenvolvimento do seu núcleo identitário (Zeanah, Danis, Hirshberg, Benoit, Miller, e Heller, 1999), prejudicando o desenvolvimento de modelos internos de funcionamento positivos de si e dos outros, porque esses Bebés são menos propensos a verem as suas necessidades básicas satisfeitas por um cuidador disponível e receptivo (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

Estudo 6 - Violência na gravidez e Saúde Mental Materna¹⁰



A literatura indica que o período gravídico-puerperal tem a maior prevalência de Transtornos Mentais Comuns nas mulheres, especialmente no primeiro e terceiro trimestre de gravidez e nos primeiros 30 dias pós-parto (Botega & Dias, 2006). Sabe-se que a intensidade das alterações psicológicas depende de fatores tais como a condição física, familiar, conjugal, social, cultural e da personalidade da grávida (Falcone et al., 2005) e que cerca de um quinto das mulheres durante a gravidez e o puerpério sofrem de depressão (Limlommwongse & Liabsuetrakul, 2006).

Outros resultados importante deste estudo, dizem respeito à associação entre a violência e os níveis de ansiedade elevados bem como entre a violência e a baixa auto-estima. As mulheres

¹⁰ Common Mental Disorders in Pregnancy in the context of Interpartner Violence, aceite para publicação no Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

grávidas que pertenciam ao grupo de mulheres vítima apresentaram maiores níveis de ansiedade e baixa auto-estima quando comparadas com as mulheres grávidas que não foram vítimas de violência doméstica. Essas diferenças foram estatisticamente significativas, em linha com o que a literatura refere relativamente às consequências da violência doméstica na gravidez, tais como ansiedade generalizada, stress, vários vícios (tabaco, álcool e outras drogas), depressão e perda geral de interesse em si ou no Bebê bem como na sua saúde, durante a gravidez ou depois de o Bebê nascer (Campbell et al., 2002).

Várias pesquisas têm mostrado que as mulheres vítimas de violência por parte de seus parceiros estão em risco de desenvolver problemas psicológicos, incluindo depressão, depressão pós-parto, stress pós-traumático e consumo de álcool e drogas, o que sugere a existência de uma correlação entre a violência doméstica e o funcionamento psicológico das mulheres (Hazen, Connelly, Kelleher, R., & Landsverk, 2006; Ludmir, Lewis, Valongueiro, Araújo, & Araya, 2010; Beydoun, Al-Sahab, Beydoun, e Tamim, 2010; Bogat, Leahy, Eye, Maxwell, Levendosky, II & Davidson, 2005).

Os resultados desta investigação (58,2% das mulheres no nosso estudo sofreu abusos moderados a graves, tanto física como psicologicamente) são compatíveis com a existência de uma associação entre a violência doméstica e o desempenho psicológico das mulheres (níveis elevados de depressão, ansiedade, stress pós-traumático e comportamento suicida) (Bogat, Levendosky, & Eye, 2005), e também mostraram que as grávidas vítimas de violência doméstica exibem mais repetidamente a presença de CMD por comparação com as grávidas não violentadas.

Também se pode confirmar que grávidas vítimas de violência pelos seus parceiros são mais deprimidas em relação ao trabalho, nas suas relações interpessoais, tanto a nível cognitivo e biológico, do que as grávidas não abusadas. Sabemos hoje, que a depressão é a perturbação

mental mais prevalente durante a gravidez em mulheres vítimas de violência, em comparação com outros problemas psiquiátricos (Stewart, 1994), sendo que a literatura sugere que o aumento do stress psicológico e social durante a gravidez são fatores de risco importantes, que agravam as consequências emocionais do abuso (Wadhwa, Culhane, Rauh, e Barve, 2001; Bogat et al., 2005).

Este estudo mostra a existência de uma correlação positiva entre a existência de psicopatologia e a violência na gravidez. Os valores descritos mostram valores médios muito mais elevados de psicopatologia, para o grupo de mulheres vítimas de violência quando comparado com o grupo de mulheres que não sofreram abuso. Portanto, confirma-se que as mulheres abusadas são mais propensas a sofrer algum tipo de psicopatologia, nomeadamente, a depressão.

É de grande importância identificar as grávidas vítimas de violência doméstica, a fim de que possam exteriorizar o que sentem e garantir que existe uma alternativa ao seu isolamento emocional e social (Crempien, Rojas, Cumsille, e Oda, 2010). A maioria das mulheres com este problema não estão a ser diagnosticadas ou tratadas. Frequentemente elas passam despercebidas aos profissionais de saúde (Sleath, Thomas, Jackson, West, & Gaynes, 2007), muitas vezes devido à dificuldade em reconhecer a condição patológica ou algum desconhecimento em relação aos instrumentos de avaliação, mas também porque alguns subestimam muito a incidência de Psicopatologia durante a gravidez.

Há uma necessidade de rastrear psicopatologia em mulheres grávidas, para identificar aquelas que se encontram em risco de depressão ou de perturbação de stress pós-traumático, e garantir o cuidado pré-natal do bebé, para que o crescimento e desenvolvimento fetais ótimos possam ser alcançados ao longo da gestação. Este rastreio poderia ser feito durante as consultas de rotina e com os profissionais de saúde (psicólogos, enfermeiros, obstetras, parteiras, etc) onde

para além dos procedimentos normais específicos da gravidez, uma avaliação do seu estado emocional e das suas experiências de angústia pudesse ser também realizada.

A identificação precoce do risco de psicopatologia materna ajuda a evitar o agravamento dos sintomas e auxilia na intervenção precoce (Dennis, 2005), o que pode reduzir o impacto da depressão materna nas mães e nos seus filhos (Buist, Barnett, Milgrom, Pope, Condon, Ellwood, Boyce, Austin, Hayes, 2002).

No entanto, o conhecimento e a consciência deficitárias dos prestadores de cuidados de saúde podem estar a contribuir para a baixa visibilidade dada aos fatores de risco para transtornos mentais (Lewis, 2007). Outra possibilidade pode residir na forma como os profissionais de saúde interagem com seus pacientes, que não permite que esses profissionais tenham um diálogo psicossocial ou emocional (Roter, Geller, & Bernhardt, 1999).

Existem evidências de que alguns fatores protetores, potencialmente, fornecem às mulheres vítimas de abuso uma espécie de contenção evitando que se tornem doentes mentais. (Carlson, McNutt, Choi & Rose, 2002). Recursos como, apoio social e emocional (bem como a percepção de que se tem este tipo de suporte), o otimismo, modelos positivos, a luta por uma vida normal e o papel de mãe, são usados por mulheres abusadas para aumentar a sua capacidade de resiliência (Arias, Lyons & Street, 1997; Trotter, Bogat, e Levendosky, 2004;).

Por outro lado, sabemos que as mulheres são relutantes em procurar este tipo de ajuda. A admissão de problemas de saúde mental é paralela para as mulheres a pensar que eles não estão aptas para serem mães e que é a sua obrigação proteger-se de ser moralmente ou não julgado pelos profissionais de saúde (Montgomery, Tompkins, Forchuk, & French, 2006; Davies & Allen, 2007) e consideradas como não estando ou capaz de cuidar de seus Bebés (Heneghan, Mercer, e Deleone, 2004).

O aumento da confiança das mulheres nos seus profissionais de saúde, sem dúvida, não irá só aumentar a sua frequência aos serviços, como também promover uma comunicação mais aberta e honesta entre elas e os profissionais de saúde (Jess, Dolbier, & Blanchard, 2008).

Quando falamos do fracasso do rastreio de violência doméstica na gravidez, algumas razões têm sido apontadas, incluindo uma relutância geral. No entanto, a dificuldade mais comum no rastreio de violência doméstica nos cuidados de saúde parece ser a falta de tempo (Wiebe & Janssen, 2001; Mezey, Bacchus, & Bewley, 2003), com até 46% dos prestadores de cuidados de saúde, a referirem restrições de tempo como a principal razão para o não rastreio de todas as pacientes do sexo feminino para a violência doméstica (D'Avolio & Mahoney, 1998).

Outras razões para esta falha incluem a falta de confiança, o desconforto pessoal, a crença de que as mulheres não vão revelar o abuso ou procurar ajuda e o não saber como agir se a situação de violência for revelada (Feder, Ramsay, & Dunne, 2009).

Várias razões dificultam a revelação da existência de violência doméstica. As mulheres têm medo de serem retaliadas, serem responsabilizadas, não serem compreendidas pelos outros e medo de perder os seus filhos (Kershner e Anders, 2002).

Por isso é muito importante e fundamental criar e desenvolver programas de formação e protocolos de intervenção, envolvendo diferentes profissionais de saúde em Portugal nos períodos pré e pós-natal, onde a rastreio da violência doméstica e perturbações mentais comuns se torne um procedimento de rotina.

Sabemos que a realidade em Portugal, ao contrário de muitos países, é que não é uma prática institucionalizada, o rastreio quer da violência quer da saúde mental em mulheres grávidas que usam o sistema nacional de saúde pública. Apesar de todas as dificuldades que outros países enfrentaram na implementação do rastreio de violência doméstica e da saúde mental, nós pensamos que seria muito valioso aprender com suas experiências e adaptá-lo ao contexto

Português. Um primeiro passo foi dado quando, numa reunião do departamento no Hospital, onde estes resultados foram apresentados a todos os médicos. A equipa médica, ficou mais consciente da importância das conclusões e da necessidade de rastrear sinais / sintomas de violência durante a gravidez.

Dado o potencial impacto dos distúrbios mentais pré-natais sobre as consequências materno-infantis, são necessárias investigações adicionais para a avaliação psiquiátrica e tratamento de mulheres grávidas na obstetrícia.

Este estudo corrobora a necessidade de compreender a doença mental e violência por parte de um parceiro durante a gravidez como um problema de natureza social e de saúde pública.

Estudo 7 - Saúde Mental Materna e Relação Mãe-Bebé na gravidez como factores moderadore dos Efeitos da Violência durante a gravidez, no Desenvolvimento Mental dos Bebés¹¹



¹¹ Submetido ao

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a saúde mental materna, e a relação mãe-Bebé durante a gravidez, como fatores moderadores entre violência doméstica durante esse período e desenvolvimento dos bebês e no primeiro ano de vida

A literatura demonstra que a violência doméstica, antes e durante a gravidez, traz consequências negativas para a saúde e o bem-estar das mães e dos seus Bebés (McMahon, Huang, Boxer e Postmus de 2011; Audi, Segall-Corrêa, Santiago, Andrade & Pérez-Escamilla, 2008).

De acordo com Maldonado-Durán, Lartigue e Feintuch (2000), problemas como a violência doméstica, a ansiedade materna, depressão e problemas psicológicos (isto é, o medo de ser mãe e de negação da gravidez) durante a gravidez pode ter consequências nos aspectos emocionais e mentais dos Bebés e a relação mãe-bebé .

Assim, o principal objetivo desta investigação foi estudar a saúde mental materna, as atitudes e Ajustamento materno e a vinculação materna durante a gravidez como possíveis fatores moderadores da relação entre violência doméstica na gravidez e no desenvolvimento mental dos bebês. Após a investigação não foram verificados efeitos moderadores, no entanto, vale a pena analisar mais em pormenor alguns dos resultados uma vez que estes mostraram que a saúde mental materna, as atitudes e o Ajustamento materno e a relação mãe-Bebé teve algum impacto no desenvolvimento dos bebês.

Relativamente ao impacto da saúde mental materna no desenvolvimento dos bebês, verificou-se que a ausência de depressão materna e de sintomas psicopatológicos estão prováveis fatores protetores do desenvolvimento dos bebês. Observou-se que os Bebés filhos de mães

abusadas durante a gravidez obtiveram uma menor probabilidade de obter classificações abaixo da média no desenvolvimento ao nível da Locomoção, da Audição-Linguagem e, da Realização, bem como ao nível do Desenvolvimento Global aos três meses e meio de idade.

Da mesma forma, os sintomas depressivos no pós-parto também parecem ser um fator protetor para a competência de Audição-Linguagem aos três meses e meio de idade, e para o Desenvolvimento Global dos Bebés ao um ano de idade. Quanto à presença de Depressão nas mães vítimas de violência na gravidez, aos 3,5 meses dos seus Bebés, este parece ser um fator de proteção para o aparecimento de classificações abaixo da média ao nível da competência Coordenação do Olho-mão (aos 3,5 meses) e para o Desenvolvimento Global (aos 12 meses) do bebê.

Embora, vários estudos tenham demonstrado que a psicopatologia materna tem efeitos adversos sobre o desenvolvimento e crescimento fetal (Punamaki et al, 2006; Repokari, et al, 2006; Brunette & Jacobsen, 2006), assim como consequências negativas ao nível cognitivo e comportamental na infância e adolescência, e ainda, efeitos negativos ao nível nutricional e da saúde física (Barr et al, 2005;. Monuteaux, Blacker, Biederman, Fitzmaurice & Buka, 2006; Rahman et al, 2007;. Flach, Leese, Garça, Evans, Feder, Sharp & Howard, 2011), parece ser que em situações particulares como a de co-ocorrência de violência doméstica, as coisas possam ser ainda mais evidentes

Isso permite mostrar que a ausência de psicopatologia materna na gravidez, pode ter um impacto positivo em alguns aspectos do desenvolvimento dos bebês, quando a ocorrência de violência doméstica. xxxxxx

Variáveis culturais e de personalidade podem influenciar os resultados do presente estudo e, conseqüentemente, as diferenças em relação a investigações anteriores (Brunette & Jacobsen, 2006; Bogat, Levendosky & Eye, 2005).

Os resultados também demonstraram que o Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas durante a gravidez, nomeadamente, uma relação conjugal considerada satisfatória, as Atitudes em Relação à Gravidez e ao Bebê e as Atitudes Maternas Perante o Sexo (MAMA), tiveram efeitos consideráveis no desenvolvimento dos bebês.

Assim, uma melhor relação marital durante a gravidez revelou ser um factor protetor a nível das competências do desenvolvimento Pessoal-Social, Coordenação Olho-mão e na Realização dos Bebês aos 3, 5 meses. Talvez isto possa ocorrer porque as mães, apesar de viverem numa relação abusador/abusiva, estão habituadas a este padrão considerando-o portanto uma relação normal e sentindo-se por isso satisfeitas, e se possam vincular com mais intensidade ao seu bebê, a fim de o proteger, por ele também ter sido percebido como uma vítima (Huth-Bocks, Levendosky, Theran & Bogat, 2004; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Zeanah, Danis, Hirshberg, et al., 1999; Theran, Levendosky & Huth-Bocks, 1999). Sabemos que, a qualidade da vinculação mãe-Bebê está diretamente relacionada com efeitos positivos no desenvolvimento do Bebê (Müller & Ferketich, 1993; Piontelli, 1995; Veríssimo, Monteiro, Vaughn & Santos, 2003).

A tonalidade emocional da relação que a mãe estabelece com seu companheiro também se repercute sobre o seu Bebê (Soler, 2005). Uma má relação do casal constitui uma das causas essenciais dos desgastes físicos e afetivos sentidos pelo Bebê antes do nascimento (Verny, 1993). Uma relação mãe-bebê, forte e afetivamente rica, podem proteger o feto contra as agressões, mesmo as mais traumatizantes (Verny, 1993).

Sabemos da literatura que, a indiferença materna e a ausência de cuidados para com os Bebés têm impacto em vários aspectos do desenvolvimento dos bebês (Fleming et al., 1988). O presente estudo verificou essa mesma questão e concluiu que uma melhor atitude para com a gravidez e o Bebê (durante a gravidez) teve presumíveis efeitos protetores sobre a linguagem e desenvolvimento mental global dos bebês com 3,5 meses de idade. Os resultados vão ao encontro de um estudo anterior que mostrou que os bebês cujas mães tinham uma melhor atitude para com a gravidez e o bebê apresentaram pontuações mais baixas no desenvolvimento global e de linguagem (Pires, 2011). No entanto, estes resultados podem surgir devido ao fato de as mães começam a ver seu Bebê como uma vítima da mesma violência doméstica semelhante ela (Huth-Bocks, Levendosky, Theran & Bogat, 2004; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Zeanah, Danis, Hirshberg, et al., 1999; Theran, Levendosky & Huth-Bocks, 1999).

Curiosamente, uma melhor atitude perante o sexo durante a gravidez por parte da mãe violentada revelou ser um factor protetor para Coordenação Olho-mão aos 3,5 meses . xxxx

Finalmente, verificou-se que uma má atitude em perante o sexo (durante a gravidez) teve um efeito de presumível factor risco no desenvolvimento Locomoção aos 12 meses dos bebês. Segundo vários autores problemas conjugais podem influenciar Ajustamento Materno ao Bebê (Müller & Ferketich, 1993) e, contribuindo para um impacto negativo sobre as representações maternas de seu Bebê (Piontelli, 1995), o que poderá levar a uma deterioração do vínculo mãe-Bebê (Zeitlin, Dhanjal & Colmsea, 1990; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

Estes resultados também podem ser explicados pela teoria que afirma que o Bebê pode reativar na mãe, os sentimentos e emoções negativos que estão associados com o autor da violência, sendo por isso, o Bebê visto como parte do agressor (Huth-Bocks, Levendosky, Theran & Bogat, 2004; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Zeanah, Danis, Hirshberg, et al., 1999; Theran, Levendosky & Huth-Bocks, 1999).

A gravidez representa também a possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade ou de adotar uma solução patológica que predominará na relação com a criança (Maldonado, 1997). Uma relação saudável implica, em termos gerais, perceber e satisfazer de modo adequado as necessidades do bebê, visto como indivíduo separado e não simbioticamente confundido com a mãe. Em contraste, uma relação doente caracteriza-se, em termos gerais, pela expectativa de que o Bebê preencha certas necessidades neuróticas da mãe ou então o Bebê pode representar simbolicamente uma parte doente dos pais.

A ausência de depressão nas mães aos 3,5 meses de idade dos Bebês evidenciou como um factor protetor para a linguagem aos 3,5 meses de idade e na Coordenação Olho-mão aos 12 meses de idade dos seus bebês.

Por outro lado, a ausência de sintomas depressivos no pós-parto também parecem ser um fator protetor para a linguagem aos três meses e meio de idade, e para o desenvolvimento global dos Bebês aos 12 meses de idade.

Assim, e apesar de uma forma geral se assumir que o comportamento na adultice é o resultado de uma história de desenvolvimento, tornou-se evidente que, devido ao facto de o desenvolvimento do sistema nervoso começar antes do nascimento, o comportamento humano está diretamente relacionada com o ambiente pré e pós-natal (Hall & Oppenheim 1987).

A mãe é o mediador mais importante entre o Bebê e os estímulos internos e externos, por isso é fácil de entender que se ela falhar na sua capacidade de proteção e regulação adequada, o risco de danos no desenvolvimento neurobiológico e psicológico do Bebê é maior, e pode ter consequências negativas para a toda a vida. A afetividade e o seu desenvolvimento está ligada às experiências subjetivas de comunicação com o outro, isto é, além do abuso físico que o feto / Bebê pode experimentar e dos consequentes danos para o seu desenvolvimento, essa condição

representa assim um importante fator de risco também para o desenvolvimento psicológico dos bebês.

Tendo em conta os resultados obtidos, é urgente que sejam implementadas medidas para sinalizar o risco de violência doméstica, para que possamos intervir o mais cedo possível e, assim, evitar maiores danos para o nível de estabilidade emocional e física da família.

A literatura demonstra que a violência doméstica, antes e durante a gravidez, traz consequências negativas para a saúde e o bem-estar das mães e seus Bebês (McMahon, Huang, Boxer e Postmus de 2011; Audi, Segall-Corrêa, Santiago, Andrade & Pérez-Escamilla, 2008).

LIMITAÇÕES, RECOMENDAÇÕES
E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DO ESTUDO

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No sentido de contribuir para estudos futuros independentes ou mesmo futuros estudos de follow-up, será importante ressaltar aquelas que nos parecem ser as principais limitações metodológicas desta investigação, tendo em conta os diferentes estudos efetuados.

Várias limitações podem ter afetado os resultados desta investigação. Uma das mais importantes investigação, pode ser também vista como um dos aspectos positivos, está relacionada com a sua natureza longitudinal. Uma vez que, por um lado, várias são as variáveis que podem influenciar o comportamento dos sujeitos ao longo do tempo e por outro, que neste tipo de estudos se perde um número considerável de sujeitos ao longo da investigação, criando constrangimentos, ao cumprimento de alguns objectivos.

Outra possível limitação, foi o tamanho da amostra que resultou num design, que pode ter

influenciado os resultados. Apesar do considerável número da amostra inicial, em T2 é mais diminuída e de novo em T3, resultando numa perda de sujeitos que pode ter retirado alguma pertinência aos resultados. A perda de dados prendeu-se o facto dos sujeitos terem levado os questionários para casa, para sua melhor conveniência e muitos deles não os terem entregue.

Uma vez que este estudo foi baseado numa amostra de conveniência, os resultados podem não ser necessariamente aplicável a outros grupos de mulheres, no entanto, os resultados reforçam a necessidade de estender esses tipos de estudos a outras características sócio-demográficas que podem ser relevantes para a presença da violência. Torna-se portanto necessária a realização de mais estudos e mais amplos, para esclarecer a forma como a violência durante o período de gravidez, podem afetar o desenvolvimento social, emocional e intelectual em crianças com mais de um ano de idade.

Outra limitação desta investigação prende-se com o facto da amostra ser recolhida no Norte do País, perdendo portanto algumas nuances que poderiam ser interessantes avaliar.

O facto de os dados serem recolhidos num único Hospital e Público pode também retirar impacto aos resultados obtidos.

Outro constrangimento que pode ter afectado o estudo prende-se com a falta de vontade das mulheres em divulgarem informação relacionada com as suas próprias experiências de violência doméstica.

A forma como o desenvolvimento e comportamento do Bebé foi avaliada, e que se relaciona com as medidas de comportamento pode ser também considerada outra limitação. Apesar da Escala Griffiths (0-2) ter sido aplicada em dois períodos diferentes, com supervisão de psicólogos, a informação BITSEA foram efetuadas através de respostas maternas e pode ter sido

influenciada pela percepção individual das mães, daquilo que deve ser o comportamento apropriado.

Outro fator limitante foi que o apoio social materno, e estes podem ser fatores importantes para mediar as consequências da violência durante a gravidez, no desenvolvimento mental e nos estados sócio-emocionais das crianças, uma vez que outros estudos demonstraram que, por exemplo, o apoio social materno foi considerado para agir como um escudo protetor contra os efeitos da violência em vários resultados de saúde (Hutch-Bocks et al., 2011).

Este estudo não investigou a presença da violência no recém-nascido, portanto, numa investigação futura seria importante estudar a co-ocorrência de violência em Bebés e os seus pais, nem analisou os efeitos da violência doméstica sobre o Bebê depois do nascimento.

Outra limitação adicional foi a ausência de recolha de informações acerca da saúde mental pós-natal.

RECOMENDAÇÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Limitações aparte, o que este estudo demonstrou é que a violência doméstica durante a gravidez existe e, tanto a nível físico e psicológico. Ele também corrobora a necessidade urgente de implementação de procedimentos para detectar os sinais de violência doméstica e, portanto, criar as condições para uma intervenção precoce, antes da estabilidade emocional e física da casa está totalmente destruída, com graves consequências para todas as partes envolvidas.

Os resultados deste estudo não são necessariamente aplicáveis a outros grupos de mulheres, uma vez que foi com base em uma amostra de conveniência, mas reforçam a necessidade de alargar estes tipos de estudos para idades posteriores, a fim de esclarecer a extensão dessas alterações no desenvolvimento.

Tendo em conta os resultados obtidos, é urgente que sejam implementadas medidas de sinalização de risco de violência doméstica, para que possamos intervir o mais cedo possível e, assim, evitar maiores danos para o nível de estabilidade emocional e física da família.

O estudo mostrou que a violência existe em mulheres grávidas, com contornos físicos e psicológicos, por isso torna-se importante e essencial criar e desenvolver programas de formação e protocolos de intervenção, envolvendo diferentes profissionais de saúde, nos períodos pré e pós-natal, onde a exibição de violência familiar se tornará um procedimento de rotina.

Desta investigação, resulta a necessidade de construir ferramentas para rastrear e avaliar os riscos em relação à doença mental durante a gravidez, e programas para avaliar a qualidade da implementação dessas melhores práticas. Estas práticas irão resultar na manutenção atualizada dos índices epidemiológicos e um maior investimento na pesquisa longitudinal, a fim de aprofundar a verdadeira extensão do problema.

É fundamental para criar e desenvolver programas de formação e protocolos de intervenção, envolvendo diferentes profissionais de saúde, pré e pós-natal, que irá realizar a triagem de psicopatologia na gravidez como um procedimento de rotina.

Se estes resultados forem confirmados por pesquisas futuras, a identificação de padrões de violência em mulheres durante a gravidez pode constituir uma oportunidade importante para estas iniciarem, um programa de apoio, a fim de otimizar a relação mãe-bebê. Ao ajudar a mãe a ter consciência e compreensão de como os seus sentimentos, reações e comportamentos podem

afetar seu Bebê (Levendosky, Huth-Bocks, Shapiro, & Semel, 2002) poderá sem dúvida contribuir para o desenvolvimento mais saudável dos seus filhos.

Face aos resultados deste trabalho e às limitações identificadas, são enumeradas de seguida algumas sugestões para desenvolver em investigações futuras.

É de grande importância que os assistentes sociais e profissionais de saúde sejam adequadamente treinados e formados para reconhecer e avaliar os casos de violência doméstica (Radford & Hester, 2006). Ao compreender como a violência doméstica pode afetar a relação de vinculação mãe-Bebê (Mckinnon., 2008, Bunston 2006; Jenney & Sura-Liddell 2007), os profissionais de saúde podem agir preventivamente fazendo recomendações informadas às mulheres que usam seus serviços.

No futuro, será importante um esforço para desenvolver programas de formação e protocolos de intervenção, envolvendo diferentes profissionais de saúde, onde o rastreio da violência doméstica será considerado um procedimento de rotina para as mulheres grávidas. Levando a cabo aquela que só recentemente surge no IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (PNCVD) de 2011-2013, como medida de “implementar rastreio nacional de violência doméstica junto das mulheres grávidas”.

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Salientam-se, assim, algumas implicações do conjunto dos resultados obtidos, designadamente, ao nível de:

A necessidade de rastrear a violência na gravidez: Os profissionais médicos são frequentemente a melhor linha de defesa contra a violência doméstica - mas enquanto continuarem a acreditar que não se trata de um problema grave que merece uma resposta séria, este incrível recurso na luta contra a violência é subutilizado. Isso não quer dizer que não existam profissionais médicos neste momento que já rastreia a violência doméstica na gravidez. Como mencionado anteriormente, existem certamente programas de rastreio eficazes que podemos adaptar à nossa realidade, mas é também, claro que existe a necessidade de maior sensibilização dos profissionais acerca do enorme dano para saúde pública que a violência doméstica represente.

Há a necessidade de se rotineiramente se rastrear a violência doméstica em mulheres grávidas, de modo a evitar possíveis resultados adversos da gravidez e interromper o abuso existente

A necessidade de rastrear a psicopatologia na gravidez: as novas recomendações internacionais vão no sentido do rastreio de Perturbações de Saúde Mental em mulheres grávidas. Reconhecendo a enorme necessidade da existência de serviços de saúde mental materna públicos e, assim, proporcionar que todas as mulheres tenham acesso a cuidados de saúde mental durante e após a gravidez, como parte dos seus serviços de rotina.

A necessidade de rastrear o estado sócio-emocional dos bebês: Na nossa investigação conseguimos rastrear alguns bebês, quer filhos de mulheres vítimas de violência na gravidez quer filhos de não vítimas, que obtiveram um screen positive para o BITSEA, demonstrando a necessidade de realização de uma avaliação mais aprofundada e eventualmente de acompanhamento por parte de um profissional de Saúde Mental Infantil, por forma a intervir

precocemente. Assim, se demonstra a necessidade de todos os bebês serem rastreados para estado sócio-emocional dos bebês através do uso de ferramentas de rastreio padronizados e a necessidade da adaptação ou criação desses instrumentos padronizados.

Recentemente a Academia Americana de Pediatria (APA) estabeleceu, que os médicos de cuidados primários examinem seus pacientes mais jovens (bebês) em relação às dificuldades emocionais e sociais que podem ser os primeiros sinais de stress tóxico. Stress tóxico ocorre quando uma criança sofre adversidade frequente e / ou prolongada, como a exposição à violência, sem o apoio adequado do adulto.

Os resultados obtidos neste estudo permitem levantar algumas questões pertinentes relacionadas com a prevenção e intervenção na saúde mental dos 0-3 anos. A evidência para a intervenção precoce, embora limitada, mostra que confere benefícios de longo prazo para essas crianças. O uso criterioso de práticas, e screens padronizadas de confiança irá aumentar a sua probabilidade de identificação de crianças que precisam de ajuda.

Implicações para a Justiça Criminal

- Os nossos resultados sugerem que tanto a saúde física e mental das mulheres quanto as dos seus bebês são afetadas negativamente pela doméstica violência.
- Isto sugere a necessidade de remover os perpetradores de casa, mesmo durante a gravidez da mulher e nos primeiros meses de vida da criança.
- Esta pesquisa e debate tem negligenciado os efeitos da violência sobre as crianças e seus direitos de viver em um lar não-violenta; os resultados deste estudo podem ajudar a informar a este debate.
- Os resultados deste estudo proporcionam, evidências convincentes de que os efeitos

inicial de doméstica

violência ocorrem cedo na vida das crianças e, portanto, pode ter relevância para a avaliação legal de situações de violência doméstica.

Neste sentido, surge como particularmente necessário a sensibilização das entidades públicas e privadas para a necessidade de implementar programas de rastreio

Assim, apresenta-se a sugestão aos Tribunais de Família e Menores de que, aquando da instauração dos processos de regulação do poder paternal, se tenha em atenção a

Deste modo, a referida entidade reguladora poderia ativar programas de intervenção sempre que verificasse a presença de violência doméstica, no sentido e de minimizar os efeitos negativos para a saúde do bebé.

Neste capítulo são apresentadas as principais conclusões da nossa investigação, algumas das limitações dos estudos realizados e algumas orientações para as melhores práticas de prevenção e questões importantes para investigações futuras.

Considerando os objectivos desta investigação e dos resultados mais relevantes a que chegamos, iremos apresentar, de forma resumida, as principais conclusões que de algum modo integram a nossa compreensão e reflexão do conhecimento produzido neste estudo:

No geral, os resultados sugerem o seguinte:

A violência doméstica no período de gravidez existe, seja ela ligeira ou severa, física ou psicológica e assume proporções preocupantes quer enquanto saúde pública quer enquanto factor de risco para a saúde materna e do feto/bebé ;

Esta violência doméstica vivida no período de gravidez, provoca consequências substanciais e previsíveis quer para as mulheres grávidas experimentam violência quer para os seus Bebés durante o primeiro ano de vida;

Estas consequências para as mães, parecem afetar tanto a sua Saúde Mental quanto a sua relação mãe-bebé na gravidez;

Especificamente, as vítimas de violência durante a gravidez: exibem uma pior Auto-estima, apresentam mais Psicopatologia e em particular mais quadros depressivos moderados e graves, do que as grávidas não agredidas;

Na sua relação com o feto a violência doméstica não parece afectar o seu nível de envolvimento com o bebé em termos de Vinculação Materno-fetal, mas parece ter um efeito negativo ao nível e do Ajustamento Materno e das Atitudes Maternas durante a gravidez que é significativamente pior nas mulheres vitimas de abuso;

As consequências para os Bebés parecem afetar o seu desenvolvimento Mental bem como o Seu Estado Sócio-Emocional: Em particular, Bebés filhos de mulheres violentadas na gravidez parecem evidenciar uma tendência a apresentarem um menor Desenvolvimento Mental e a terem maior tendência para exibirem Problemas ao nível do seu Estado sócio-Emocional;

Nos resultados, todos os bebés apresentaram melhorias no seu desenvolvimento, da primeira avaliação para a segunda, no entanto, os bebés filhos de mulheres que sofreram violência durante a gravidez obtêm consistentemente níveis ligeiramente inferiores, quando comparados com Bebés filhos de mulheres sem experiência de violência durante a gravidez, o que implica que, embora a violência pré-natal não afete diretamente o desenvolvimento tanto mental como sócio-emocional dos bebés, pode ser considerado um fator que pode dificultar o desenvolvimento do pleno potencial dos bebés.

Aparentemente só a existência de Psicopatologia materna e alteração do estado de Ajustamento Materno e das Atitudes Maternas durante a gravidez, parecem desempenhar um papel moderador dos efeitos da violência durante a gravidez, no bem-estar do Bebé : especificamente não existir nenhum quadro psicopatológico em geral nem depressivo em particular e ter uma pior Relação Conjugal parece proteger os Bebés dos efeitos danosos da

violência no seu período fetal e ter uma pior Relação com a Gravidez e com o Bebê parece ser um factor de risco para estes mesmos efeitos.

Não obstante o interesse destes dados, estes resultados requerem corroboração noutras amostras com outras realidades sócio-culturais.

Apesar de os bebés filhos de mulheres que foram vítimas de violência na gravidez terem o seu desenvolvimento Mental e Sócio-emocional fragilizado, os nossos resultados apontam para o facto de mesmo nestas condições adversas, o facto de não existir presença de patologia materna na gravidez e a relação Mãe-bebé durante a gravidez for positiva, estes dois aspectos permitem conter alguns dos efeitos mais negativos da violência vivida no período fetal, ficando o seu desenvolvimento um pouco mais protegido.

Os resultados deste estudo são consistentes com a literatura publicada. No entanto, existe uma necessidade de alargar tais estudos até idades posteriores, de modo a investigar os efeitos de desenvolvimento a longo prazo. A identificação de padrões de psicopatologia em mulheres durante a gravidez pode constituir uma oportunidade importante para começar um programa de apoio para essas mulheres, a fim de otimizar a relação mãe-Bebé e, conseqüentemente, o desenvolvimento mental de seus filhos. Muitas mães, especialmente aquelas de ter um Bebê pela primeira vez, sentem que não estão prontas ou suficientemente bem preparadas para corresponderem aos seus bebés (Heneghan, Mercer, e Deleone, 2004) e estão, portanto, ansiosas para conversar com os profissionais de saúde sobre inúmeras questões de parentalidade e, portanto, existe de facto uma oportunidade real para intervir nesse momento e poder fazer a diferença.

- Ahlfs-Dunn, S. (2010). Maternal risk factors associated with the trajectory of early infant social-emotional difficulties. *Theses and Dissertations at Digital Commons @ EMU.* , 1-123.
- Ainsworth, M., Bichar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*, Hillsdale, New Jersey.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (1995). *Domestic Violence* (209). Washington: ACOG Technical Bulletin.
- American Medical Association. (1992) Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Chicago (IL).
- Anderson, B.A., Marshak, H.H. & Hebbeler, D.L. (2002). Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: clustering routine clinical information. *Journal Midwifery Womens Health*. 47(5):353–359.
- Andradre, C., Fonseca, R. (2008). Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, 42(3), 591-595.
- Arias, I., Lyons, M. & Street, A. (1997). Individual and marital consequences of victimization: Moderating effects of relationship efficacy and spouse support. *Journal of Family Violence* 12(2), 193– 210.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2010). Acedido em 8 de Junho de 2012 em: <http://www.apav.pt/portal/>.

- Audi, C.; Segall-Corrêa, A.; Santiago, S.; Andrade, M. & Pérez-Escamilla, R. (2008). *Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados*. *Revista de Saúde Pública*, 42, 5, 877 – 885.
- Austin, M., & Leader, L. (2000). Maternal stress and obstetric and infant outcomes: Epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. *Obstetrics & Gynaecology*, 40 (3), 331-337.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S. (2004). Domestic violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 113: 6–11.
- Bailey, B. (2010). Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening and management. *International Journal of Women's Health*, 2, 183-197.
- Baram D.A., Basson R. (2007). Sexuality, sexual dysfunction, and sexual assault. In: Berek JS, editor. *Berek & Novak's gynecology*. 14th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, p. 313–49
- Barry, T., Dunlap, S., Cotten, S., Lochman, J. & Wells, K. (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (3), 265-273.
- Bash, K. & Jones, F. (1994). Domestic violence in America. *North Carolina Medical Journal*, 55 (9), 400-403.
- Benedek, T. (1958). Liebman S. Psychological aspects of pregnancy and parent-child relationships. Oxford, England: Lippincott, 1 – 16.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase: A contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389 – 417.

- Bereson, A., Wiemann, C., Wilkinson, G., Jones, W., & Anderson, G. (1994). Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 170 (6), 1760-1769.
- Beydoun, A., Al-Sahab, B., Beydoun, M., & Tamim, H. (2010). Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the maternity experience survey. *Public health*, 20 (8), 575-583.
- Bibring, G.L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113–121.
- Bibring, G.L., Dwyer, T.F., Huntington, D.S. & Valenstein, A.F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9 – 72.
- Blascovich, Jim & Joseph Tomaka. (1993). "Measures of Self-Esteem." Pp. 115-160 in J.P. Robinson, P.R. Shaver, and L.S. Wrightsman (eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. Third Edition. Ann Arbor: Institute for Social Research.
- Bogat G. A., et al. (2004). The Impact Of Domestic Violence On Mothers' Prenatal Representations Of Their Infants. Michigan State University. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 25(2), 79– 98.
- Bogat, G.A., Levendosky, A.A. & Eye, A. (2005). *The future of research on intimate partner violence (IPV): Person-oriented and variable-oriented perspectives*. *American Journal of Community Psychology*, 36, 1/2, 49-70.

- Bogat, A., Leahy, K., Eye, A., Maxwell, C., Levendosky, A., & Davidson II, W. (2005). The influence of community violence on the functioning of women experiencing domestic violence. *American Journal of Community Psychology*, 36 (1/2).
- Bohn, D.K., Tebben, J.G. & Campbell, J.C. (2004). Influences of income, education, age, and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 33:561–571.
- Bosch, X. (2000). Madrid Report reveals extent of domestic violence in Spain. *The Lancet*, 355(9203), 557.
- Bowlby, J. (1969). Attachment, separation and loss. New York: Basic Books.
- Botega, N., & Dias, M. (2006). *Gravides e puerpério. Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência* (Vol. 2). POorto Alegre: Artmed.
- Bradley, F., Smith, M., Long, J., & O'Dowd, T. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *British Medical Journal*, 2002; 324: 271–274.
- Briggs-Gowan, M., & Carter, A. (2004). The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment problems and delays in Competence. *Journal of Pediatric and Psychology*, 29 (2), 143-155.
- Brownridge, D.A. (2008). The elevated risk for violence against cohabiting women: A comparison of three nationally representative surveys of Canada. *Violence Against Women* 14(7), 809-832.
- Brunette, M. & Jacobsen, T. (2006). Children of Parents With Mental Illness Outcomes and Interventions. V. Hendrick (Eds), *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum: Principles and Treatment* (pp. 197 – 227). New Jersey: Human Press.

- Buchanan, F. (2011). The effects of domestic violence on the relationship between women and their babies: Beyond attachment theory. School of Nursing & Midwifery Faculty of Health Sciences Flinders University.
- Buist, A., Barnett, B., Milgrom, J., Pope, S., Condon, J., Ellwood, D., et al. (2002). To screen or not screen. That is the question in perinatal depression. *Medical Journal of Australia* , 17, 101-104.
- Buitelaar, J., Huizink, A., Mulder, E., Medina, P., & Visser, G. (2003). Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. *Neurobiology of Aging* , 24 (1).
- Bugental, D.B., Martonell, G.A., & Baaraza, V. (2003). The hormonal costs of subtle forms of infant maltreatment. *Hormones and Behavior Journal*, 43, 237-44.
- Bullock, L. F., & McFarlane, J. (1990). The birth-weight/battering connection. *American Journal Nursing* , 89 (9), 113-1155.
- Burch, R., & Gallup, G. (2004). Pregnancy 419 as stimulus for domestic violence. *Journal of Family Violence* , 19 (4), 243-247.
- Campbell, S., Cohn, J. & Meyers, T. (1995). Depression in first time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. *Development and psychopathology*, 31(3):349-57.
- Campbell, J. (1995). Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse. *Seminars in Perinatology* , 19 (4), 301-306.
- Campbell, J., Jones, A., & Dienemann, J. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives Internal Medicine*, 162, 1157-1163.
- Campbell, J., Garcia-Moreno, C., & Sharp, P. (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and development countries. *Violence Against Women*, 10 (7), 770-789.
- Canadian Centre for Justice Statistics. (2013). Measuring violence against women: Statistical

trends. Component of Statistics Canada catalogue, 85-002. Acedido a 3 de Junho de 2013 em : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11766-eng.pdf>.

Canavarro, M. (1999). *Inventário de sintomas psicopatológicos - B.S.I. Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2). Braga: APPORT.

Carlson, B., McNutt, L., & Choi, D. (2003). Childhood and adult abuse among women in primary health care. *Journal of Interpersonal Violence* , 18 (8), 924-941.

Castro, S., & Gomes, I. (1996). As escalas Griffiths adaptadas ao português: versão parcial para investigação. *Laboratório de Fala da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto* .

CEMACH (2004). Confidential enquiry into maternal and child health for England and Wales
Why Mothers Die 2000-2002. Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom

Chamberlain, L., & Perham-Hester, K. (2000). Physicians screening practices for female partner abuse during prenatal visits. *Maternal and Child Health Journal* , 4 (2), 141-148.

Chambliss, L. R. (2008). Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 51(2), 385–397.

Charles, P. & Perreira, K. M. (2007). Intimate partner violence during pregnancy and 1-year post-partum. *Journal of Family Violence*, 22, 609–619.

Chung, T., Lau, F., Yip, A., Chiu, H., & Lee, D. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 830-834.

Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., et al. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 24, 260–268.

- Coker, A., Sanderson, M., & Dong, B. (2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 18 (4), 260-269.
- Cokkinides, V., & Coker, A. (1998). Experiencing physical violence during pregnancy: Prevalence and correlates. *Family and Community Health*, 20, 19-37.
- Coleman, K., Jansson, K., Kaiza, P. & Reed, E. (2007). Homicides, Firearm Offences and Intimate violence 2005/6: Supplementary to Crime in England and Wales 2005-6.
- Condon, J., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70 (4), 372-379.
- Costa, R. (2009). *Infant's developmental trajectories in the first year*. Braga: Universidade do Minho.
- Counts, D.A., Brown, J.K, & Campbell, J.C. (1992). *Sanctions and sanctuary: Cultural Perspectives on the Beating of Wives*. Boulder, CO: Westview Press.
- Cox, E. & Kotch, B. & Everson, D. (2003). A Longitudinal Study of Modifying Influences in the Relationship Between Domestic Violence and Child Maltreatment. *Journal of Family Violence*, 18.
- Cradoza, E. V. (2005). Partner Violence during Pregnancy Psychosocial Factors and Child Outcomes in Nicaragua. Umea University Medical Dissertations, 956.
- Craig, C. (2003). Domestic Violence and Health Professionals. Northern Ireland Women's Aid Federation: Belfast.
- Cranley, M. S. (1981). *Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy*. *Nursing Research*, 30, 282-284.
- Crempien, R., Rojas, G., Cumsille, P., & Oda, M. (2010). Domestic violence during pregnancy and mental health: Exploratory study in primary health Centers in Peñalolén. International scholarly research network. *Obstetrics & Gynecology*, 2011 (2007).

- Crijnen, A., Achenbach, T., & Verhulst, F. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures; total problems, externalizing and internalizing. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 36 (9), 1269-1277.
- Curry, M.A. (1998). The interrelationships between abuse, substance use, and psychosocial stress during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(6), 692–99.
- Davids, A., Holden, R., & Gray, G. (1963). Maternal anxiety during pregnancy and adequacy of mother and child adjustment eight months following childbirth. *Child Development*, 34 (4), 993-1002.
- Davies, B., & Allen, D. (2007). Integrating 'mental illness' and 'motherhood': The positive use of surveillance by health professionals. A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* , 44, 365-276.
- D'Avolio, D., & Mahoney, M. (1998). *Integrates community responses: Domestic violence action plan*. Boston: Northeastern University.
- DeJonghe, E., Von Eye, A., Bogat, A., & Levendosky, A. (2011). Does witnessing intimate partner violence contribute to toddlers' internalizing and externalizing behaviors? *Development Science* , 15 (3), 129-139.
- Dennis, C. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: Systematic review. *British medical Journal* , 331 (7507), 15-18.
- Derogatis L. (1993). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring and Procedures Manual*, 3rd ed. Minneapolis, Minn: National Computer Systems.
- Diário da República (2010). IV Plano Nacional Contra a Violência doméstica. Acedido a 5 de Junho 2011 em : <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/24300/0576305773.pdf>.
- Dietz, P.M., Gazmararian, J.A. & Goodwin, M.M. (1997). Delayed entry into prenatal care: effect

of physical violence. *Obstetrics and Gynecology*, 90(2), 221–24.

DiPietro, J. (2002). Prenatal/Perinatal stress and its impacts on psychosocial child development.

Encyclopedia on Early Childhood Development, 257-260.

Doan, H., & Zimmerman, A. (2003). Conceptualizing prenatal attachment: Toward a

multidimensional view. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 18 (2),

109-129.

Dunn, L. L. & Oths, K. S. (2004). Prenatal predictors of intimate partner abuse. *Journal of*

Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 33(1), 54–63.

Egeland, B. & Erickson, M. (1999). Findings from the parentchild project and implications for

early intervention. *Zero to Three*, Nov/Dec, pp. 3-10.

El Kady D., Gilbert, W.M., & Xing, G. (2005). Maternal and neonatal outcomes of assaults

during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 105(2):357–63.

El-Zanaty, F., Hussein, E., Shawky, G., Way, A., & Kishor, S. (1996). Egypt demographic and

health survey. Cairo.

English, D., Marshall, D., Stewart, A., (2003). Effects of family violence on child behaviour and

health during early childhood. *Journal of Family Violence*, 18, 1, pp. 43-57.

Falcone, V., Mader, C., Nascimento, C., Santos, J., & Nóbrega, F. (2005). Multiprofessional care

and mental health in pregnant women. *Revista Saúde Pública*, 39, 612-618.

Farrington, D.P. (1994). Childhood, adolescent, and adult features of violent males. In:

Huesmann LR, ed. *Aggressive Behavior: Current Perspectives*. New York, NY: Plenum

Press: 215–240

Feder, G., Ramsay, J., & Dunne, D. (2009). How far does screening women for domestic

(partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme?

Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*, 13 (16).

Ferri, Cleusa & et al. (2007). The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health*, 7.

Fernandez, F.M. & Krueger, P.M. (1999). Domestic violence: effect on pregnancy outcome. *Journal of American Osteopath Association*, 5, 254–256.

Figueiredo, B., & Alexandra, C. (2006). Versão portuguesa das "Escala de Táticas de Conflito Revisadas": Estudo de avaliação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8 (2), 14-39.

Figueiredo, B., & Costa, R. (2009). Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Arch Womens Mental Health*, 12 (3), 143-153.

Figueiredo, B., Mendonça, M. & Sousa, R. (2004). *Versão Portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA)*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, (1), 1645-1686.

Flach, C.; Leese, M.; Heron, J.; Evans, J.; Feder, G.; Sharp, D. & Howard, L. (2011). Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behavior: cohort study. *BJOG*. Advance online publication, doi: 10.1111/j.1471.0528.2011.03010.x.

Frizzo, G., & Piccinini, C. (2007). Depressão materna e interação trádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: reflexão e crítica*, 351-360.

Gadeyne, e., Ghesquire, R., & Onghena, P. (2004). Longitudinal relations between parenting and child adjustment in young children. *Journal of Clinical Child & Adolescent*, 33 (5), 347-358.

Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A., Ellsberg, M., Heise, L. & Watts, C.H. (2006). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team.

Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368:1260–1269.

Gazmararian, J. A., Lazorick, S., Spitz, A. M., et al. (1996). Prevalence of Violence Against Pregnant Women: A Review of the Literature. *Journal of the American Medical Association*, , 275, 1915-1920.

Gazmararian, J., Lazorick, S., Ballard, T., Saltzman, L. & Marks, J. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of American Medical Association*, 1915-1929.

Gazmararian, J. & et al., (2000). Violence and reproductive health; current knowledge and future research directions. *Maternal and Child Health Journal* As quoted in: *Family Violence Prevention Fund. The facts on reproductive health and violence against women.*, 4, 79-84.

Gilmore, J.H., Lin, W., Prasatwa, M.W. & et al. (2007). Regional gray matter growth, sexual dimorphism, and cerebral asymmetry in the neonatal brain. *Journal of Neuroscience*. 27(6):,1255-1260.

Glander, S., Moore, M., Michiellutte, R. & Parsons, L. (1998). The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 91, 1002–1006.

Glover, V. (1997). Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development in the child. *British Journal of Psychiatry*, 171, 105-106.

Goldsmith, H., Buss, A., Plomin, R., Rothbart, M., Thomas, A., Chess, S., et al. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development* , 58, 505-529.

Goodwin, M., Gazmararian, J. A., Johnson, C. H., Gilbert, B. C., Saltzman, L. E., & Group, P. W. (2000). Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 85-92., 1996-1997.

Goodwin, M., Gazmararian, J., Johnson, C., Gilbert, B. & Saltzman, L. (2001). Pregnancy

Inteseness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. *Maternal nad child Health Journal* , 5 (3), 85-92.

Griffiths, R. (1996). The Griffiths Mental Development Scales. *Henley: Association for Research and Child Developmet* .

Guille, L. (2003). Men who batter and their children: An integrated review. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 129-163.

Gunnar, M.R. (1998). Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: potential effects on the developing human brain. *Preventive Medicine*, 27,208-11.

Hall, W., & Oppenheim, R. (1987). Development psychobiology: Prenatal, perinatal and early postnatal aspects of behavioral development. *Annual Review of Psychology* , 38, 91-128.

Hart, R., & McHahon, C. (2006). Mood State and Psychological Adjustment to Pregancy. *Archives of Women's Mental Health* , 9 (6), 329-337.

Hazen, A., Connelly, C., Kelleher, K., R., B., & Landsverk, J. (2006). Female caregivers experiences with intimate partner violence and behavior problems in children investigated as victimas of maltreatment. *Pediatrics* , 117 (1).

Heaman, M. I. (2005). Relationships between physical abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34, 721-731.

Heise, L.L., Ellsberg, M. & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. Baltimore. MD, Johns Hopkins University School of Public Health. *Center for Communications Programs*, 11.

Heneghan, A., Mercer, M., & Deleone, N. (2004). Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with the child's paediatrician? *Pediatrics* , 113 (3), 460-467.

Home Office (2013). Ending violence against women and girls in the UK. Acedido em 15 de

Stembro de 2013 em: <https://www.gov.uk/government/policies/ending-violence-against-women-and-girls-in-the-uk>.

Hosking, G., & Walsh, I. (2005). The Wave Report 2005. Violence and What to Doabout It, Wave Trust: UK.

Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2008).

Delineando a pesquisa clínica. 3ª ed. S. Paulo: Artmed Janssen, P. A., Holt, V. L., Sugg, N. K., Emanuel, I., Critchlow, C. M. & Henderson, A. D. (2003). Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population- based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188, 1341-1347.

Huth-Bocks, A., Levendosky, A., Bogat, G. & Van Eye, A. (2004).The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment.*Child Development*, 75, 480-496.

Hutch-Boks, A. C., Levendosky, A. A., Theran, S. A., & Bogat., A. G. (2004). The impact of domestic violence on mother's prenatal representations of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 25 (2), 79-98.

Huth-Bocks, A., Theron, S., Levendosky, A., & Bogat, A. (2011).A social-contextual understanding of concordance and discordance between maternal prenatal representations of the infant-mother attachment. *Infant mental Health*, 32 (4), 405-426.

Huttenlocher, P. (2002). *Neural Plasticity: The Effects of the Environment on the Development of the Cerebral Cortex*. Harvard University Press.

Jasinski, J. L. (2004). Pregnancy and Domestic Violence: A review of the literature.

Trauma, Violence & Abuse, 5 (1), 47-64.

Jasinski, J.L. & Kantor, G.K. (2013). Pregnancy, stress and, wife assault: ethnic differences in

- prevalence, severity, and onset in a national sample. *Violence Vict*;16(3):219–232.
- Jehl, & Douglas (1999). For shame. A special report, *New York Times*.
- Jenney, A & Sura-Liddell, L. (2007), 'Mothers in mind: an attachment informed intervention for abused women with infants and toddlers', paper presented to The Hospital for Sick Children, Toronto, Canada. Viewed 10 December 2012 <http://www.sickkids.ca>
- Jess, E., Dolbier, C., & Blanchard, A. (2008). Barriers to seeking help and treatments suggestions for prenatal depressive symptoms: Focus groups with rural low-income. *Mental Health Nursing*, 29, 3-19.
- Jeyaseelan, L., Sadowski, L.S., Kumar, S., Hassan, F., Ramiro, L. & Vizzcarra, B. (2004). World studies of abuse in the family environment – risk factors for physical intimate partner violence. *Internacional Journal of Control Safety Promotion*, 11(2):117–124.
- Kady, D., Gilbert, W., Xing, G., & Smith, L. (2005). Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 105 (2), 357-363.
- Kaufman, J. (1991). Depressive disorders in maltreated children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 257-265.
- Kendall-Tackett, K.A. (2007) Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma Violence Abuse* 8(3): 344–353.
- Kennell, J.H., Slyter, H. & Klaus, M.H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*. 283:344–349.
- Kim, J., and Mmatshilo, M. (2002). "'Women enjoy punishment': Attitudes and Experiences of Gender-Based Violence among the PHC Nurses in Rural South Africa." *Social Science and Medicine*: 54:1243–1254.

- Kloet, E.R., Joels, M. & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Reviews Neurosciences*, 6, 463–475.
- Krantz, G. & Garcia Moreno, C. (2005). Glossary on violence against women. *Journal of Epidemiol Community Health*, 59(10): 818-821.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. World Health Organization, Geneva.
- Kumar, R.; Robson, K. M. & Smith, A. M. R. (1984). *Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery*. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 1, 43-51.
- Lau Y. (2005). Does pregnancy provide immunity from intimate partner abuse among Hong Kong Chinese women? *Social Science and Medicine*; 61(2):365–77.
- Lau, Y. & Chan, K.S. (2007). Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(2),15–20.
- Laxton-Kane, M. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a women's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20 (4).
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic psychology Monographs*, 95, 55-96.
- Lemon, S. C., Verhoek-Oftedahl, W. & Donnelly, E. F. (2002). Preventive healthcare use, smoking, and alcohol use among Rhode Island women experiencing intimate partner violence. *Journal of Women's Health & Gender Based Medicine*, 11, 555–562.

- Leung, W.C., Lueng, T.W., Lam, Y.Y, & Ho, P.C. (1999). The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 66:23-30.
- Leung, T.W., Leung, W.C. & Ho P.C. (2005). Quality of life of victims of intimate partner violence. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 90:258–262.
- Levendosky, A., & Graham-Bermann, S. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence* , 16 (2), 171-192.
- Levendosky, A., Huth-Bocks, A., Shapiro, D., & Semel, M., (2002). The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschool-age children's functioning. *Journal of Family Psychology*, 173, 275-287.
- Levendosky, A., Leahy, K., Bogat G., Davidson, W., & Von Eye, A., (2006). Domestic violence, maternal parenting, maternal mental health, and child development. *Journal of Family Psychology*, 20, 275-287.
- Lier, L. (1988). Mother-infant relationship in the first year of life. *Acta Paediatrica* , 344 (77), 31-42.
- Lewis, J. (2007). *The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). Saving mothers' lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003-2005. The seventh report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom.* London: CEMACH.
- Limlommwongse, N., & Liabsuetrakul, T. (2006). Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Archives Womens Mental health* , 9, 131-138.
- Lipsky, S., Caetano, R., Field, C.A. & Larkin, G.L. (2005a). 'Psychosocial and substance-use risk factors for intimate partner violence'. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 39-47.

- Lipsky, S., Caetano, R., Field, C.A. & Larkin, G.L. (2005b) 'Is there a relationship between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event?: Findings from an urban emergency department study of abused women'. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 407-412.
- Lopes, R., Oliveira, D., Vivian, A., Bohmgahren, L., Piccinini, C., & Tudge, J. (2007). Sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança aos doze meses: Convivendo com a aquisições infantis. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, 23, 5-15.
- Ludmir, A., Lewis, G., Valongueiro, S., Araújo, T., & Araya, R. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: A prospective cohort study. *The Lancet*, 376 (9744).
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 520 – 554). New York: Guilford.
- Macy, R.J., Martin, S.L., Kupper, L.L., Casanueva, C. & Guo, S. (2007). Partner violence among women before, during, and after pregnancy: Multiple opportunities for intervention. *Women's Health Issues*, 17, 290–299.
- Magalhães, T. (2004). *Maus tratos em crianlas e jovens*. Coimbra: Quarteto.
- Maldonado- Durán, M. J.; Lartigue, T. & Feintuch, M. (2000). *Perinatal psychiatry: Infant mental health interventions during pregnancy*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 3, 317-327.
- Marcus, S., Flynn, H., Blow, F., & Barry, Y. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics setting. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373–380.
- Martin, S., Griffin, J., Kupper, L., Petersen, R., Beck-Warden, M. & Buescher, P. A. (2001). Stressful Life Events and Physical Abuse Among Pregnant Women in North Carolina.

Maternal and Child Health Journal, 5(3).

Martin, S., Harris-Britt, A., Li, Y., Moracco, K., Kupper, L., & Campbell, J. (2004). Changes in intimate partner violence during pregnancy. *Journal of Family Violence, 19* (4), 201-210.

Martin S., Harris-Britt A., Li Y., Moracco K., Kupper L., Campbell J. (2004). Changes in Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Journal of Family Violence, 19*(4).

Martin, S., Li, Y., Casanueva, C., Harris-Britt, A., Kupper, L., & Cloutier, S. (2006). intimate partner violence and women's depression before pregnancy. *Violence Against Women, 12* (1), 221-239.

McFarlane, J., Perker, B., Soeken, K. & Bullock, L. (1992). Abuse Assessment Screen. *Journals of the American Medical Association, 267*, 3176-78.

McFarlane, J., Parker, B., & Soeken, K. (1996). Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research, 45* (1), 37-42.

McFarlane, J., Parker, B., & Soeken, K. (1996b). Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: Prevalence, interrelationships, and effects on birth weight, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 25*, 313-320.

McKinnon, L. (2008). *Hurting without Hitting: non-physical contact forms of abuse*, Stakeholder Paper 4, *Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse*, Sydney .

McMahon, S.; Huang, C.; Boxer, P. & Postmus, J. (2011). *The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum*.

Children and Youth Services Review, 33, 11, 2203 – 2111.

Mendes, I. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto.

Menezes & Cursino. (2003). Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério. *REGO, 25*(5).

- Mezey, G. C., Bacchus, L., Haworth, A., et al. (2003). Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, , 110.
- Mezey, G. C. & Bewley, S. (1997), Domestic violence and pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 104, 528–531.
- Mezey, G., Bacchus, L., A., H., & Bewley, S. (2003). Midwives perceptions and experiences of routine enquiry of dometic violence. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology* , 110, 774-752.
- Mohler, E., Parzer, P., Brunner, R., Wiebel, A., & Resch, F. (2006). Emotional stres in pregnancy predicts human infant reactivity. *Early Human Development* , 82 (11), 731-737.
- Montgmerly, P., Tompkins, C., Forchuk, C., & French, H. (2006). Keeping close: Mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursering* , 54 (1), 20-28.
- Monuteaux, M., Blacker, D., Biederman, J., Fitmaurice, G., & Buka, S. (2006). maternal smoking during pregnancy and offspring overt and covert conduct problems: A longitudinal studt. *Journal of Child Psychology and Psychiatric* , 47, 883-890.
- Moraes, C.L., Amorim, A.R. & Reichenheim, M,E. (2006). Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 95(3), 254–60.
- Muhajarine, N., & D'Arcy, C. (1999). Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors. *Canadian Medical Association Journal*, 160, 1007-1011.
- Muller, M.E. (1990). The development and testing of the Muller Prenatal Attachment Inventory (Doctoral dissertation, University of California, San Francisco, 1989). Dissertation Abstracts International,50:3404B.
- Muller, M. E. (1992).Review A critical review of prenatal attachment research. *Scholarly Inquiry*

Nursing Practice, 6(1),5-22.

Muller, M. E. (1993).Factor analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale. *Nursering Res.*, 42(3), 144-7.

Muller, M.E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25,161–166.

Nowakowski, R.S. (2006). Stable neuron numbers from cradle to grave. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*,(33), 12219-12220.

Núñez-Rivas, H., Monge-Rojas, R., Gríos-Dávila, C., Elizondo-Ureña, A., & Rojas-Chavarría, A. (2003). La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor dde bajo peso al nacer en Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Psublica* , 14 (2), 75-83.

O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M. & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *British Journal Psychiatry*, 180, 502–508.

O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J. & Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/ emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1025–1036.

O'Connor, T.G., Ben-Shlomo, Y., Heron, J., Golding, J., Adams, D., & Glover, V. (2005). Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biol Psychiatry*, 58, 211–217.

Pais, E. (1998). Espaço doméstico e violência. *Revista de Educação Social* , 11-15.

Pais-Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Eds.

- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Parker, B., McFlarane, J., & Soeken, K. (1994). Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics & Gynecology*, 84 (3), 323-328.
- Pereira, P., & Lovisi, G. (2008). Prevalence of gestacional depression and associated factores. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (4).
- Piccinini, C., R., L., Gomes, A., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13 (63-72).
- Pico-Alfonso, M.A., Garcia-Linares, M.I., Cel-Navarro, D. V., & , et al. (2005). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15, 599-611.
- Piontelli, A. (1987). Infant observation from before birth. *International Journal of Psycho-Analysis*, 68, 453-463.
- Piontelli, A. (1995). *De feto a criança: um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Plotasky, P., Owens, M., & Nemeroff, C. (1998). Psychoneuroendocrinology of depression: hypothalamic pituitary-adrenal axis. *Psychiatric Clinics of North America*, 21 (1), 293-307.
- Polsky, S.S. & Markowitz, J. (2006). *Atlas en Color de Violencia Doméstica*. Barcelona: Masson, 136-137.
- Prior, V. & Glaser, D. (2006). *Understanding attachment and attachment disorders: theory, evidence and practice*, Jessica Kinsley Publishers, London, UK.

- Punamaki, R.L.; Repokari, L.; Vilksa, S.; Poikkeus, P.; Tiitinen, A.; Sinkkonen, J. & Tulppala, M. (2006). *Maternal mental health and medical predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: does former infertility matter?* *Infant Behavior and Development*, 29, 2, 230-242.
- Quinlivan, J., & Evans, S. (2005). Impact of domestic violence and drug abuse in pregnant on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of best clinical practice. *Archives of Women's Health*, 8 (3), 191-199.
- Rachana, C., Suraiya, K., Hisham, A. S., Abdulaziz, A. M., & Hai, A. (2002). Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 103 (1), 26-29.
- Radestad, I., Ebeling, M., Hildingsson, I. & Rubertsson, C. (2004). What factors in early pregnancy indicate that the mother will be hit by her partner during the year after childbirth? A nationwide Swedish survey. *Birth* 31: 84-92.
- Radford, L., & Hester, M., (2006). *Mothering Through Domestic Violence*, Jessica Kingsley Publishers, London, UK.
- Rakic, P. (2006). No more cortical neurons for you. *Science*, 313, 928-929.
- Refaat, A., Dandash, K., El, Defrawi, M. & Eyada, M. (2001). Female genital mutilation and domestic violence among Egyptian women. *Journal of Sex Marital*, 27 (5) 593-8.
- Rennison, C.M. & Welchans, S. (2000). *Intimate Partner Violence*. Washington (DC): Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice. NCJ 178247.
- Repokari, L.; Punamäki, R.; Poikkeus, P.; Tiitinen, A.; Vilksa, S.; Unkila-Kallio, L.; Sinkkonen, J.; Almqvist, F. & Tulppala, M. (2006). [Ante and perinatal factors and child characteristics predicting parenting experience among formerly infertile couples during the child's first year: a controlled study.](#) *Journal of Family Psychology*, 20, 4, 670-679.

- Rocha, M. (2006). Violência física contra a mulher grávida - Efeitos na saúde da mulher e do recém-nascido. *FM-UP* .
- Rodrigues, T., Rocha, L. & Barros, H. (2008). Physical abuse during pregnancy and preterm delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(2), 171.
- Romkens, R. (1997). Prevalence of Wife Abuse in the Netherlands - Combining Quantitative and Qualitative Methods in Survey Research, *Journal of Interpersonal Violence*, 12 (1: 99-125).
- Ronsmans, C., & Khat, M. (1999). Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh. *Lancet*, 354(9188):1448.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Roter, D., Geller, G., & Bernhard, B. (1999). Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstetrics & Gynecology* , 93 (5), 635-641.
- Rubin R. (1967). Attainment of the maternal role. *Nursing Research*, 16:129–137.
- Sá, E. (1997). Reflexões a propósito da vida emocional e do pensamento dos bebés. In *A maternidade e o bebé*. (pp. 107-118) Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2002). *Psicologia do Feto e do Bebê*. Lisboa: Fim de Século.
- Sales, P., & Murphy, S. (2000). Surviving violence: Pregnancy and drug use. *Journal of Drug Issues*, 30, 695-724.
- Saltzman, L.E., Johnson, C.H., Colley, G. B. & Goodwin, M.M. (2003). Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 States. *Maternal Child Health Journal*, 7:31–43
- Sampelle, C., Petersen, B., Murtland, T., & Oakley, D. (1992). Prevalence of abuse among pregnant women choosing certified nurse-midwife or physician providers. *Journal Nurse Midwifery* , 37 (4), 269-273.

- Samir Al- Adawil & Sabah Al-Bahlani (2007). Domestic violence “What’s love got to do with it?” *Sultan Qaboos University Medicine Journal*, 7(1), 5–14.
- Santos, P.J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Sarantakos, S. (1998) *Social Research Second Edition*. Macmillan Education, Melbourne.
- Schei B., Samuelsen, S.O. & Bakketeig, L.S. (1991). Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 19:26-31.
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia*, 19 (49), 211-222.
- Seild-De-Moura, M., Ribas, A., Seabra, K., Rocha, S., & Vicente, C. (2008). Interações mãe-bebê de um e cinco meses: Aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. *Psicologia: reflexão e Crítica*, 21, 66-73.
- Siddiqui, A., & Hagglof, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59 (1), 13-25.
- Silva, R., Ores, L., Mondin, T., Rizzo, R., Moares, I., Jasen, K., et al. (2010). Common mental disorders and self-esteem in pregnancy: prevalence and association factors. *Revista Saúde Pública*, 26 (9).
- Silverman, J.G., Decker, M.R., Reed, E. & Raj A. (2006a). Intimate partner violence victimisation prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. States: associations with maternal and neonatal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 195:140–148.

- Simpson, E., Isabel, J., Cerrato, I., & Everaerd, W. (2000). Sexual aggression against women by men acquaintances: Attitudes and experiences among Spanish University Students. *The Spanish Journal of psychology*, 3 (1), 14-27.
- Shallat & Lezak. (2000). Democracy in the nation, but not at home. In Mirsky, Judy and Marty Radlett, eds. No paradise yet. The world's women face the new century. London, The Panos Institute,. 136-156.
- Sharps, P. W., Laughon, K., & Giangrande, S. K. (2007). Intimate partner violence and the childbearing year. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(2), 105–116.
- Sleath, B., Thomas, N., Jackson, E., West, S., & Gaynes, B. (2007). Physician reported communication about depression and psychosocial issues during postpartum visits. *North Carolina medical journal* , 68 (3), 151-155.
- Stenson, K. (2004). Men's violence against women - a challenge in antenatal care. The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. Annual meeting of the Society of Perinatal. *165* (1), 1.
- Stewart, D. (1994). Incidence of postpartum abuse in women with history of abuse during pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 151 (11), 1601-1604.
- Stewart, D., & Cecutti, A. (1993). Physical abuse in pregnancy. *Canadian medical Association Journal* , 149 (9), 1257-1263.
- Straus, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Stuve, A., O'Donneel, L. (2008). Urban young women's experiences of discrimination and community violence and intimate partner violence. *Journal of Urban health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 85, 3.

- Taylor, R. & Nabors, E. (2009). Pink or Blue ... Black and Blue? Examining Pregnancy as a Predictor of Intimate Partner Violence and Femicide. *Violence Against Women*, 15, 11, 1273-1293.
- Tiet, Q., Bird, H., Hoven, C., Wu, P., Moore, R., & Davies, M. (2001). Resilience in the face of common mental disorders and adverse life events. *Journal of Child and Family Studies*, 110 (3), 347-365.
- Theran S. A., Levendosky A. Bogat A., Huth-Bocks A.(2005). Stability and change in mothers' internal representations their infants over time. *Attachment & Human Development*. 00(0): 1 – 16.
- Thiara, R. K., Gill, A. K., & et al., (2010). *Violence Against Women in South Asian Communities: Issues for Policy and Practice*, Jessica Kingsley Publishers.
- Thomas, A., Lima, M., Tavares, C., & Oliveira, C. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos e pré-termo: Variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia*, 19, 139-146.
- Tjaden, P. & Thoennes, N. (2000). Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, (NCJ 183781).
- Valladares, E., Ellsberg, M., Pena, R., Hogberg, U. & Persson, L.A. (2002). Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics and Gynecology*, 100, 700–705.
- Van de Bergh, B. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behaviour. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 5, 110-130.

- Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE - Inventário clínico da depressão*. Coimbra: Edições Psiquiatria Clínica.
- [Veena A. Satyanarayana, Ammu Lukose, & Srinivasan, K. \(2011\)](#). Maternal mental health in pregnancy and child behavior. *Indian Journal Psychiatry*, 53(4): 351–361.
- Wadhwa, P., Culhane, J., Rauh, V., & Barve, S. (2001). Stress and preterm birth: neuroendocrine, immune/inflammatory and vascular mechanisms. *Maternal Child Health Journal*, 5 (2).
- Walby and Allen, Walby S. & Allen J. ((2004). Domestic Violence, Sexual Assault and Stalking: Findings from the British Crime Survey, Home Office Research Study 276, London: Home Office.
- Walker, L.E. (1996). Assessment of abusive spousal relationships. In: Kaslow A, Florence W, editors. *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. Oxford: John Wiley & Sons, pp. 338–356.
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R., & Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 166-185.
- Wiebe, E., & Janssen, P. (2001). Universal screening for domestic violence in abortion. *Womens Health Issues*, 11 (5), 436-441.
- Wijima, B., Swahnberg, K. & Schei, B. (2004). Abuse Questionnaire. A introduction. Division of gender and medicine. *Faculty of health Sciences*, (2). Linnkopinf University.
- Wiley, C., Burke, G., Gill, P., & Law, N. (2004). Paediatricians' views of postpartum depression: A self-administered survey. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 231-236.
- Winnicott D. (1956). *Collected Papers: Through Pediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books. Primary maternal preoccupation.

- Winnicott, D. (1988). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Health Organization(2000). Violence against women, Factsheet World Health Organisation: Copenhagen.(239).
- World Health organization (WHO) (2002). *World Report and health*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 5 de Junho de 2011 em :
<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>.
- World Health organization (WHO) (2013). New clinical and policy guidelines launched to guide health sector response. GENEVA. Acedido em 26 de Junho de 2013 em
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/.
- World Health Organization (WHO). (2013). report highlights violence against women as a ‘global health problem of epidemic proportions’ New clinical and policy guidelines launched to guide health sector response. Geneva. Acedido em 26 de Junho de 2013 em
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/.
- World Medical Association. (2000). *Declaração de Helsínquia*.
- Zamberlan, M. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empírios. *Estudos de Psicologia* , 7 (2), 399-406.
- Zeanah, C., et al. (1999). Attachment Associated With Partner Violence: A Research Note. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 77–86.

