

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

KARINA FARDIN FIOROTTI

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA: ESTUDO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO
RISCO**

**VITÓRIA
2016**

KARINA FARDIN FIOROTTI

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA: ESTUDO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO
RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de concentração Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Franciéle Marabotti Costa Leite

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim

**VITÓRIA
2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo, ES, Brasil)

S517p Fiorotti, Karina Fardin, 1984 -
Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo
em uma maternidade de alto risco / Karina Fardin Fiorotti - 2016.
105 f. : il.

Orientador: Franciéle Marabotti Costa Leite.
Coorientador: Maria Helena Costa Amorim.

Dissertação (Mestrado Profissional de Enfermagem) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Violência contra a mulher. 2. Violência doméstica.
3. Gestantes. 4. Enfermagem. 5. Estudos transversais. I. Leite,
Franciéle Marabotti Costa. II. Amorim, Maria Helena Costa.
III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da
Saúde. IV. Título.

CDU: 616.08



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ata da Sessão de Defesa de Dissertação de Mestrado em Enfermagem da aluna
Karina Fardin Fiorotti

Ao vigésimo dia do mês de dezembro do ano de dois mil e dezesseis, no Auditório do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (CCS/UFES), foi instalada a sessão pública para julgamento da dissertação elaborada pela mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, matriculado sob número 2015131606, intitulado: "Prevalência e Fatores Associados à Violência Doméstica: Estudo em uma Maternidade de Alto Risco". Após a abertura da sessão, a professora Franciele Marabotti Costa Leite, orientadora e presidente da banca julgadora, deram seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, as professoras doutoras: Maria Helena Costa Amorim (UFES), Cândida Caniçali Primo (UFES), Maria Aparecida Vasconcelos Moura (UFRJ), Eliane de Fátima Almeida Lima (UFES) e Leônidas de Albuquerque Netto (UFRJ). Foi dada a palavra ao autor, que expôs seu trabalho e, em seguida, ouviu-se a leitura dos respectivos pareceres dos integrantes da banca. Terminada a leitura, procedeu-se à arguição e respostas da aluna. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu APROVAR a mestranda. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito. Vitória, 20 de dezembro de 2016.

Considerações da banca de defesa:

Trata-se de um objeto de estudo relevante, atual e de grande impacto à saúde da mulher que contempla a Agenda Nacional de Prioridades em Saúde. Os objetivos foram claros e alcançados através de metodologia apropriada. Os resultados são relevantes e com grandes possibilidades de continuidade no cenário de prática.
Cândida

Profª. Drª. Franciele Marabotti Costa Leite
(Orientadora)

Profª. Drª. Cândida Caniçali Primo
(Membro Interno)

Maria Helena Costa Amorim
Profª. Drª. Maria Helena Costa Amorim
(Coorientadora)

Profº. Drº. Leônidas de Albuquerque Netto
(Suplente Externo)

Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Profª. Drª. Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Membro Externo)

Profª. Drª. Eliane de Fátima Almeida Lima
(Suplente Interno)

Karina Fardin Fiorotti
Karina Fardin Fiorotti
(Aluna)

Ao meu pai Dionísio José Fiorotti (*in memoriam*), grande incentivador da minha vida, que me fez acreditar que era possível seguir em frente, independente das dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que pela sua infinita misericórdia, por me dar forças para superar as dificuldades do meu dia-a-dia.

Aos meus pais, Dionísio (*in memoriam*) e Regina, que sempre acreditaram no potencial da caçulinha deles, me incentivando a seguir em frente, sempre.

Ao meu marido Deyler e ao meu filho Rafael pela paciência nos dias de exaustão e nas ausências.

À minha irmã Zuleima pelo incentivo e exemplo. Você sempre foi meu espelho.

À minha mais que orientadora, Franciele, que me ensinou muito além dos livros. Com você até a equação mais difícil se torna simples. Obrigada pela parceria.

À professora Maria Helena, pelo exemplo desde a graduação. Não foi à toa que me tornei enfermeira obstetra. Minha admiração e respeito.

À professora Maria Aparecida pela preciosa contribuição neste estudo e por acreditar na minha pesquisa.

À minha turma do mestrado, Julia, Fernanda, Luciana, Thais, Renata, Selma e Brenda, pelos momentos impagáveis que passamos juntas. Ficarão guardados na memória.

Aos colegas do Laboratório de Estudos de Violência e Saúde (LAVISA), pelas discussões riquíssimas sobre o tema.

Aos docentes do PPGENF, em especial às professoras Cândida e Eliane e ao professor Túlio, por contribuírem para o meu crescimento enquanto profissional de enfermagem.

Aos colegas da Unidade Materno–Infantil, pelo empurrão nos momentos de cansaço e desânimo.

À Diana, pelo café na hora do cansaço. Valeu!

A todos, meu sincero agradecimento.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível,
e de repente você estará fazendo o impossível.”

São Francisco de Assis

RESUMO

Introdução: A violência doméstica é um fenômeno que persiste em muitos lugares do mundo, de forma silenciosa e banalizada e que tem, em geral, como principal perpetrador aquele que faz parte do círculo social de suas vítimas. Esse fenômeno pode acometer à mulher nos seus diferentes ciclos de vida. **Objetivo:** Descrever as prevalências dos tipos de violência doméstica entre puérperas atendidas em uma maternidade de alto risco; examinar a associação desses agravos com variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico, observacional do tipo transversal. Participaram do estudo 302 puérperas com pelo menos 24 horas de pós-parto internadas na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes nos meses de junho a setembro de 2016. Os dados foram coletados por meio de entrevista com registro em formulário. Foram utilizados um formulário para dados socioeconômicos, demográficos e reprodutivos e o AAS - Abuse Assessment Screen para rastreamento de violência doméstica. **Resultados:** Entre as entrevistadas, 43% das puérperas relataram ter vivenciado situações de maus tratos ao longo da vida, 7,6% foram vítimas de violência física nos últimos 12 meses anteriores à entrevista e 4,6% estiveram em situação de violência física durante a gestação. Houve associação estatística mesmo após regressão entre o desfecho maus tratos ao longo da vida e as variáveis idade, religião e número de gestações das entrevistadas. Da mesma forma, ter vivenciado violência física no último ano e violência física na gestação estiveram fortemente associados à situação conjugal da puérpera. **Produtos:** Quanto aos produtos, foi elaborado o folder com orientação para as mulheres quanto aos tipos de violência e redes de apoio, bem como foi ampliado o instrumento de coleta de dados da maternidade com questões acerca da violência doméstica. **Conclusão:** Este estudo reafirma que a violência constitui um fenômeno presente na vida da mulher, inclusive no período gestacional, e que se mostrou associado à condição demográfica e obstétrica da vítima. Além disso, entende-se como estratégia de enfrentamento da violência a utilização de instrumentos pelo serviço de saúde que permitam identificar a violência e assim promover cuidado mais qualificado às vítimas, bem como o processo de educação em saúde deve fazer parte das atividades dos profissionais, com orientações às usuárias sobre o fenômeno da violência contra a mulher.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Gestantes; Enfermagem; Maus Tratos Conjugais; Estudos Transversais.

ABSTRACT

Introduction: Domestic Violence is a phenomenon that persists in many places around the world, in a silent and trivialized way, and in general it has as the main perpetrator someone who is inside the social circle of the victims. This phenomenon may affect women in their several different life cycles. **Objective:** To describe the prevalence of the different domestic violence types between puerperal women in a high risk maternity; to examine the association of these occurrences with the demographic, socio-economic and reproductive variables. **Method:** This is an epidemiological, analytical, observational study of the transversal type. The study included 302 women with at least 24 hours after birth, and who were hospitalized at the maternity of the University Hospital Cassiano Antonio Moraes in the months of June to September of 2016 were approached. The data was collected through an interview with registration on a form. A form for socio-economic, demographic and reproductive data, as well as the AAS - Abuse Assessment Screen, for the screening of domestic violence were used. **Results:** Among the interviewees, 43% of the puerperal women reported having experienced maltreatment situations throughout their lives, 7.6% were victims of physical violence in the 12 months prior to the interview, and 4.6% were in a physical violence situations during pregnancy. There was a statistical association even after regression between the interviewees' endpoint maltreatment throughout the life and the variables age, religion and number of pregnancies. In the same way, having experienced physical violence in the previous year, and physical violence during pregnancy were strongly associated to the marital status of the puerperal woman. **Products:** In regard to the products, the folder was elaborated with the instructions of the women concerning the types of violence and the support networks the maternity's data collection instrument with questions about domestic violence was broadened. **Conclusion:** This study reasserts that violence constitutes an ever present phenomenon in the life of women, including during pregnancy, and it has shown an association to the victim's demographic and obstetric conditions. Besides that, it is understood that a strategy to face violence is the use of instruments on the part of the healthcare service, in order to allow for the identification of violence and hence promote a more qualified care to the victims, as well as the process of education about health needs to be a part of the professionals' activities, with instructions to the patients about the phenomenon of violence against women.

Keywords: Violence against Women; Domestic Violence; Pregnancy; Nursing; Marital Maltreatment; Transversal Studies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das características econômicas segundo as experiências de violência Vitória, Espírito Santo Brasil, 2016 (N=302)	50
Tabela 2	Distribuição das características reprodutivas segundo a experiência de violência. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2016 (N = 302)	51
Tabela 3	Análise bruta e ajustada das associações entre características demográficas, econômicas e reprodutivas e a maus-tratos na vida. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2016 (N = 302)	52
Tabela 4	Análise bruta e ajustada das associações entre características demográficas, econômicas e reprodutivas e a violência física nos últimos 12 meses. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2016 (N = 302)	53
Tabela 5	Análise bruta e ajustada das associações entre características demográficas, econômicas e reprodutivas e a violência doméstica na gestação. Vitória, Espírito Santo, Brasil 2016 (N = 302)	54

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS- Abuse Assessment Screen

ANEP - Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado

CAVVID - Centro de Atenção à Vítimas de Violência e Discriminação de Vitória

CIUR - Crescimento intrauterino restrito

DST - Doença sexualmente transmissível

ESF - Estratégia Saúde da Família

GABA - ácido r-aminobutírico

GLU - glutamato

HUCAM - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAVIVIS - Programa de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual

RN – Recém-nascido

SASV - Serviço de Atenção à Saúde em Situações de Violência

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

VPI – Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
.....		
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
.....		
2.1	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER	16
.....		
2.2	POLÍTICAS DE ATENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	18
.....		
2.3	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A GESTAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS	21
.....		
2.4	IMPACTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PARA A GESTANTE, FETO E RECÉM-NASCIDO	23
.....		
2.5	O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	24
.....		
2.5.1	O papel do profissional Enfermeiro	26
.....		
3	OBJETIVOS	28
.....		
4	METODOLOGIA	30
.....		
4.1	TIPO DE ESTUDO	31
.....		
4.2	LOCAL DE ESTUDO	31
.....		
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	31
.....		
4.3.1	Critérios de inclusão	32
.....		
4.3.2	Critérios de exclusão	32
.....		
4.4	VARIÁVEIS	32
.....		
4.4.1	Variáveis dependentes	32
.....		
4.4.1.1	Violência doméstica	32
.....		
4.4.2	Variáveis independentes	34

.....		
4.4.2.1	Variáveis demográficas e socioeconômicas	34
.....		
4.4.2.2	Variáveis reprodutivas	36
.....		
4.5	MODELO TEÓRICO	37
.....		
4.6	INSTRUMENTOS	38
.....		
4.7	SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	39
.....		
4.8	ESTUDO PILOTO	39
.....		
4.9	COLETA DE DADOS	39
.....		
4.10	ANÁLISE DOS DADOS	40
.....		
4.11	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
.....		
5	RESULTADOS	42
.....		
5.1	ARTIGO	44
.....		
5.2	PRODUTO 1	61
.....		
5.2.1	Introdução	61
.....		
5.5.2	Produto	62
.....		
5.3	PRODUTO 2	64
.....		
5.3.1	Introdução	64
.....		
5.3.2	Produto	65
.....		
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
.....		
	REFERÊNCIAS	72
.....		
	APÊNDICES	82
.....		

.....

Durante esses anos dedicados à Enfermagem, tive a oportunidade de vivenciar diferentes situações e sentimentos relacionados à assistência aos pacientes. Nesse processo, a experiência do atendimento às mulheres vítimas de violência nos nossos serviços de saúde deixou uma incômoda marca na minha trajetória profissional, uma vez que apesar de atuar em um hospital de referência às mulheres vítimas de violência, o serviço muitas vezes não oferece uma assistência diferenciada.

A maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), enquanto referência para gestação de alto risco, recebe gestantes com histórias marcadas por todo tipo de violência e violação de direitos; mas nem sempre a equipe está preparada para acolher as suas demandas.

De maneira geral, o que se percebe é a dedicação da equipe em tratar a doença, focando as suas ações em procedimentos técnicos, deixando para o segundo plano a escuta às outras demandas, principalmente às de ordem social ou psicológica.

Diante dessa realidade, encontrei no mestrado profissional a oportunidade de aprofundar os estudos acerca do tema da violência, bem como de contribuir para a otimização da assistência às mulheres vitimadas, visto ser a violência um tema de grande relevância para a saúde.

Durante o processo de imersão no tema, tive a oportunidade de participar da criação do Laboratório de Estudos de Violência e Saúde – LAVISA, com reuniões quinzenais para discussão do tema e com a participação de diversos profissionais das mais variadas áreas de atuação no enfrentamento da violência.

Falando da violência em uma perspectiva epidemiológica, os dados divulgados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de 2014 afirmam que diariamente cerca de 13 mulheres morrem no Brasil. No entanto, essas mortes são distribuídas de maneira desigual no território nacional. Observando os números dos últimos anos, o país sustenta taxa de mortalidade média de 4,6 homicídios por 100 mil mulheres. Sobre o Espírito Santo, somente no ano de 2013, o estado caiu para o segundo lugar no ranking nacional onde ocupou por muitos anos a primeira posição, chegando em 2014 à quarta colocação, com taxa de 7,1 homicídios por 100 mil mulheres, perdendo apenas para os estados de Roraima, Goiás e Alagoas (CERQUEIRA et al., 2016). A cidade de Vitória, porém, sustenta o primeiro lugar entre as capitais, com taxa de

11,8% homicídios por 100 mil mulheres (WAISELFISZ, 2015).

Em amplo estudo organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre violência doméstica contra a mulher em diversos países, identificou-se uma variação importante na prevalência de violência na gestação entre os países participantes; de 8% no Japão a 44% no Peru, estando o Brasil com preocupantes 32% de relatos de abusos durante a gravidez (GARCIA-MORENO *et al.*, 2005).

Outro aspecto a destacar é o ônus da violência, pois sabe-se que esse fenômeno custa milhões por ano, em valores humanos e econômicos, em especial no setor saúde, visto que não há apenas queda na produtividade econômica, mas também evidências de que vítimas de violência doméstica utilizam mais os serviços de saúde (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Enfim, a violência contra a mulher, em qualquer momento de seu ciclo vital, se configura em grave problema social e de saúde pública em todo o mundo; e, quando ocorre na gestação – momento de maior fragilidade física e emocional da mulher – exige atenção especial dos equipamentos públicos envolvidos. Neste cenário, justifica-se a realização de estudos que abordam a desigualdade de gênero e o combate às múltiplas causas da violência, bem como a criação de serviços específicos para as mulheres que vivem em situação de violência (GARCIA-MORENO *et al.*, 2005). Além disso, a temática encontra-se relacionada na Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil, evidenciando a gravidade do fenômeno no âmbito nacional (BRASIL, 2008).

Desse modo, considerando a dimensão ampla e complexa em que a violência doméstica está inserida, bem como o seu impacto na vida dessas mulheres, pesquisas sobre as diversas interfaces da violência doméstica são fundamentais, no intuito de melhor compreender a violência e de tornar mais eficientes e eficazes as ações de prevenção, cuidado e combate a esse fenômeno.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

A violência está historicamente inserida no cotidiano e na vida das pessoas. Ao nos indignarmos com os casos de violências que saltam aos olhos nos noticiários, mal percebemos que as mesmas violências encontram-se “profundamente enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana” (DAHLBERG; KRUG, 2007, p.1164).

A OMS define violência como o uso intencional da força física ou de poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, ou outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, prejuízo no desenvolvimento ou privação (WHO, 1996).

Segundo El-Bayoumi, Borum e Haywood (1998), violência doméstica pode ser definida como um padrão de coerção intencional e comportamento violento contra um indivíduo com quem se tem ou se teve um relacionamento íntimo, no intuito de estabelecer controle sobre um indivíduo; incluir-se abuso físico e sexual; abuso psicológico com intimidação verbal; isolamento social progressivo ou privação; e controle econômico. O comportamento abusivo pode começar insidiosa e progressivamente como forma de exercer o controle e o poder dentro do relacionamento. Ameaças e agressões podem se tornar parte da coerção, como danos aos bens, ameaça a crianças e a outros membros da família.

A violência doméstica é um fenômeno que ainda persiste em muitos lugares do mundo, por vezes silenciosa e banalizada, e seus perpetradores muitas vezes fazem parte do círculo social de suas vítimas (GARCIA-MORENO *et al.*, 2005). No Brasil, mecanismos para coibir esse tipo de violência foram estabelecidos, em setembro de 2006, com a sanção da Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, na qual entende-se a violência contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006). Outro marco no combate a esse tipo de violência foi a promulgação, em março de 2015, da Lei 13.104 que torna o feminicídio um crime hediondo (BRASIL, 2015).

Além disso, a Lei 11.340 ainda situa a agressão dentro do ambiente doméstico e destaca o envolvimento emocional entre mulher agredida e seu agressor, além de tipificar a violência doméstica no artigo 7º como: *violência física* que ofenda sua integridade; *violência psicológica* que traga danos emocionais ou à autoestima; *violência sexual* que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; *violência patrimonial* que configure retenção, subtração ou destruição de seus bens; e *violência moral* que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

Entre mulheres usuárias da rede básica de saúde do estado de São Paulo, 76,5% referiram ter sofrido algum tipo de violência ao longo da vida, sendo que 56,4% relataram violência por parceiro íntimo; cerca de 30% mencionaram pelo menos um episódio nos últimos 12 meses (OSIS; DUARTE; FAUNDES, 2012). Já na cidade de Recife, Pernambuco, a prevalência da violência contra as mulheres encontrada foi de 27,5% (SILVA *et al.*, 2010).

Outro achado interessante é apresentado por estudo recente realizado com usuárias do serviço de saúde da atenção primária do município de Vitória, Espírito Santo, que mostrou que, entre as mulheres, a violência psicológica praticada pelo parceiro foi a mais prevalente no último ano (25,3%), seguida da violência física (9,9%) e violência sexual (5,7%) (LEITE, 2016).

Em outro estudo realizado em uma maternidade filantrópica de São Paulo, verificou-se que 36,9% das participantes tinham sofrido violência doméstica em algum momento da vida; destas, 97,1% referiram ter sofrido violência psicológica; 48,7% sofreram violência física e 4,9% referiram ter sofrido violência sexual. Os principais agentes foram os próprios parceiros e 38,0% referiram que a frequência da violência diminuiu depois da gravidez (OKADA *et al.*, 2015).

Essa descrição da gravidez como suposto fator de proteção para violência doméstica é questionada em outros estudos, como em pesquisa de uma coorte realizada na Suécia onde verificou-se a prevalência de 2% nos relatos de violência doméstica durante gestação, bem como um comportamento de violência contínua pré-existente que tende a aumentar diante do processo de normalização da violência na relação (FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2016).

Na Espanha, um estudo abordando mulheres jovens com idades entre 13 e 24 anos

apresentou que 17,7% delas vivenciaram violência doméstica por parceiro desde que começaram a se relacionar sexualmente até o momento do estudo (SIMÓN; AZNAR, 2015). No Peru, em uma área com forte presença de imigração da cidade de Trujillo encontrou-se uma prevalência de 65% de violência doméstica entre as moradoras (KOHRT; BARRUECO; PEREZ, 2015).

2.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência doméstica possui forte traço cultural que, de maneira geral, impede as ações de prevenção e controle disparadas pelo poder público, em especial as do âmbito das leis. Sob essa ótica, o combate a esse tipo de violência, bem como a sua desnaturalização junto à sociedade, demandam esforços conjuntos dos campos político, legal e cultural (SALIBA *et al.*, 2007).

Esse tipo de violência, quando ocorre na gestação, é visto como um problema de saúde pública ainda maior, uma vez que pode causar danos físicos e psicológicos para as mulheres, complicações na gravidez e conseqüentemente desfechos ruins para os bebês. Após ampla revisão sobre o assunto, para Jahanfar, Howard e Medley (2014), ainda não há clareza sobre quais seriam as intervenções mais efetivas para o binômio mãe-bebê durante a gravidez e após o parto, mas aquela que vem apresentando melhor resultado inclui aconselhamento e terapia psicológica para dar às mulheres mais confiança e incentivá-las a fazer planos e evitar abusos; encaminhamento para serviços de atendimento social, abrigos e outros recursos inseridos na comunidade; bem como o encaminhamento do agressor a programas de atendimento aos agressores.

Assim posto, a complexidade da questão exige diferentes abordagens e olhares sobre o mesmo objeto para a construção conjunta de soluções integrando os diversos saberes e práticas envolvidos (MALTA *et al.*, 2007). Faz-se necessária a construção das redes de atendimento e enfrentamento à violência contra a mulher incluindo a assistência psicossocial, saúde, segurança e justiça, envolvendo todas as esferas de governo, visando o combate, a prevenção, a assistência e a garantia de direitos

(MARTINS; CERQUEIRA; MATOS, 2015).

Inseridos nessa rede estão os Centros Especializados da Mulher, cuja equipe interdisciplinar atua desenvolvendo ações no âmbito psicossocial auxiliando na ruptura de ciclos de violência; as Casas Abrigo, cujo objetivo é oferecer asilo e assistência integral às mulheres em situação de risco; os Serviços de Saúde Especializados no atendimento às vítimas de violência doméstica e sexual que oferecem assistência multidisciplinar no tratamento e na prevenção de doenças e da gestação não desejada; e as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher que são responsáveis por realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, como registro de boletins de ocorrência e solicitação de medidas protetivas (MARTINS; CERQUEIRA; MATOS, 2015).

No município de Vitória, as mulheres em situação de violência possuem como rede de apoio a Delegacia da Mulher com ações de investigação, prevenção e repressão aos delitos praticados contra a mulher; o Centro de Atendimento às Vítimas de Violência e Discriminação Doméstica de Gênero, Racial e por Orientação Sexual (CAVVID) com garantia de atendimento psicológico, social e de orientação jurídica; a Promotoria de Justiça de Defesa da Mulher e o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM), que oferecem suporte jurídico especializado; a Central de Atendimento à Mulher/Disque 180, que orienta as vítimas de violência doméstica 24 horas todos os dias; o Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVIVIS), que oferece atendimento e urgência nos casos de violência sexual; e o Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência de Vitória (SASVV), que oferece serviço especializado para os munícipes de Vitória.

A inclusão do setor saúde enquanto protagonista no enfrentamento dos acidentes e violências no país se efetivou com a aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências pela Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001; apoiada no amplo conceito de saúde e tratando a violência como real problema de saúde pública, ampliando as responsabilidades e compromissos com os outros setores e com a sociedade civil, além de definir o papel específico deste setor e os instrumentos que lhe são próprios para efetiva assistência (LIMA, 2009).

Essa política tem por pressuposto a saúde entendida como um direito humano

fundamental e essencial ao desenvolvimento social e econômico; o direito e respeito à vida como valores éticos da cultura e da saúde; e a promoção da saúde como base para o desenvolvimento de todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes. Possui ainda por diretrizes: a promoção e adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis; o monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências; a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2005).

De maneira geral, as políticas voltadas para o enfrentamento do fenômeno violência ainda se deparam com grandes desafios, entre eles podemos citar a criação e a efetivação dos planos nacionais de doenças e agravos, incluindo a prevenção da violência em âmbito local, articulada com as diferentes áreas e experiências existentes; a ampliação da capacidade de vigilância de violências (coleta e base de dados); e a definição e apoio a pesquisas sobre causas, consequências, custos e ações de combate e prevenção à violência (MALTA *et al.*, 2007).

Para Andalaft Neto e colaboradores (2012), progressos importantes aconteceram nos últimos anos no que diz respeito à visibilidade da violência (especialmente a sexual) enquanto problema de saúde pública. No entanto, ainda há longo caminho a se percorrer para que esse reconhecimento reflita a prática, visto que os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde são utilizados por apenas pequena fração dos serviços de referência. A organização da assistência à saúde nessa vertente ainda possui como desafios a incorporação da prevenção da violência como parte da atenção primária; a otimização das respostas assistenciais de saúde às vítimas da violência em seu aspecto biopsicossocial; o pronto atendimento às demandas urgentes; e a articulação de parcerias no intuito de obter ações integradas (MALTA *et al.*, 2007).

2.3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A GESTAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

Há de se considerar que a violência contra a mulher é uma das principais formas de violação de direitos humanos, um problema mundial de saúde pública que não distingue sua vítima por classe social, etnia, religião, idade, estado civil, escolaridade ou orientação sexual, podendo ocorrer durante o período gestacional, fato particularmente preocupante visto os efeitos adversos para a saúde da mãe e da criança (FONSECA-MACHADO *et al.*, 2015).

No sul da Suécia, a prevalência de violência doméstica em mulheres grávidas encontrada foi de 39,5% (FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2014). Um amplo estudo de prevalências com puérperas no Canadá identificou que cerca de 10,9% das mulheres sofreram com a violência doméstica nos 2 anos anteriores à pesquisa; destas, 1,4% relataram violência durante a gravidez e 2,5% em mais de um período (DAOUD *et al.*, 2012).

Em estudo realizado com gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) acompanhadas em unidades básicas de saúde no município de Campinas/SP observou-se prevalência de 19,1% de gestantes que reportaram violência psicológica e 6,5% de prevalência de violência física ou sexual (AUDI *et al.*, 2008). Em Recife/PE, a prevalência de violência física doméstica, especificamente, foi de 13,1% e 7,4% antes e durante a gestação, respectivamente (MENEZES *et al.*, 2003).

Estudo transversal com amostra de 8.961 puérperas em maternidades do município do Rio de Janeiro, RJ, evidenciou que 5% das adolescentes e 2,5% das adultas jovens sofreram agressão física na gravidez (VIELLAS *et al.*, 2013). Já em São Luís, MA, a prevalência de violência psicológica, exclusiva, em mulheres grávidas foi de 41,6% (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Os resultados por vezes discrepantes encontrados nos diferentes estudos devem ser atribuídos à natureza polêmica do tema, às diferenças socioculturais das populações estudadas, às diferentes definições do conceito violência e ao método e instrumento utilizados na coleta de dados.

Em estudo realizado na Grande São Paulo, SP, observou-se uma prevalência de 20% e a associação da vivência de violência durante a gestação com a história de violência

psicológica e física por familiar, bem como início da vida sexual antes dos 19 anos, recusa do parceiro no uso de camisinha, transtorno mental comum e o fato de não coabitar com o parceiro (DURAND; SCHRAIBER, 2007).

Pesquisa realizada em Mumbai, Índia, sobre a violência perpetrada por parceiro íntimo (VPI) contra gestantes apontou escolaridade, vínculo empregatício, status socioeconômico e rede de apoio social como fatores associados à violência. Nesse estudo, cerca de 15% das mulheres relataram ter enfrentado VPI no ano da gestação e no período pós-parto (DAS, 2013).

Como fatores associados à violência na gestação, estudo realizado em Campinas, SP, mostrou que estiveram associados à violência psicológica o fato de o parceiro íntimo ser adolescente e a gestante ter presenciado agressão física antes dos 15 anos. Foram associados à violência física ou sexual a dificuldade da gestante em frequentar às consultas de pré-natal regularmente, o parceiro íntimo fazer uso de algum tipo de droga e não trabalhar. Os fatores associados às violências psicológica e física ou sexual no geral foram baixa escolaridade da gestante, o fato dela ser a responsável pela família, de ter sofrido agressão física na infância, de haver presença de transtorno mental comum e do parceiro íntimo consumir bebida alcoólica mais de 02 vezes por semana (AUDI *et al.*, 2008).

Em amplo estudo com puérperas do município do Rio de Janeiro, RJ, as variáveis associadas com o abuso físico foram o menor nível de escolaridade, o menor apoio do pai da criança e a maior tentativa de interrupção da gestação (VIELLAS *et al.*, 2013). Sobre fatores associados à violência física entre parceiros íntimos durante a gestação, a má qualidade da assistência pré-natal esteve fortemente associada em um estudo realizado em maternidades do Rio de Janeiro, RJ (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

2.4 IMPACTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PARA A GESTANTE, FETO E RECÉM-NASCIDO

A violência doméstica durante a gravidez é um grande problema de saúde com significantes consequências na saúde física e psicológica das gestantes. Como exemplo disso, em estudo com mulheres iranianas, identificou-se associação entre violência doméstica durante a gravidez e baixa qualidade de vida e de saúde femininas (tanto física quanto mental) (GHARACHEH *et al.*, 2016).

Analisando o discurso de mulheres vítimas de violência doméstica da cidade de João Pessoa, PB, sobre agravos à saúde pós-agressão, emergiram respostas relacionadas à insegurança, ao stress, à depressão, às dificuldades com novos relacionamentos e ao sono ou repouso prejudicados, bem como sintomas físicos, tais como cefaleia, desconfortos na coluna cervical, náuseas, tonturas e picos hipertensivos (SILVA *et al.*, 2015b).

De maneira geral, a violência doméstica durante a gravidez está associada a sinais e sintomas clínicos e psicológicos diversos nas mulheres: a violência psicológica e a violência física ou sexual foram relatados por 19,1% e 6,5% das gestantes, respectivamente. A violência psicológica foi significativamente associada com problemas obstétricos, ruptura prematura das membranas, infecção do trato urinário, cefaleia e de comportamento sexual de risco. A violência física ou sexual foi significativamente associada com: problemas obstétricos, ruptura prematura de membranas, infecção do trato urinário, sangramento vaginal e falta de desejo sexual (AUDI *et al.*, 2012).

Além dos efeitos na saúde materna, a violência doméstica durante o período gestacional pode acarretar efeitos negativos sobre o concepto. Estudos evidenciam esse tipo de violência como importante fator de risco para mortalidade perinatal e neonatal (SAIFUDDIN; KOENIG; STEPHENSON, 2006; FONSECA; COUTINHO, 2010).

Em seu estudo nas maternidades da cidade do Rio de Janeiro, RJ, Viellas e colaboradores (2013) verificaram que os filhos das puérperas com relato de violência física na gestação tiveram duas vezes mais chances de óbito neonatal, e três vezes mais chances de óbito pós-neonatal.

A violência doméstica durante a gravidez pode estar associada a níveis plasmáticos aumentados de GLU (glutamato), de GABA (ácido r-aminobutírico) e de cortisol, além

de polimorfismo em genes alelos específicos de recém-nascidos; elementos responsáveis pela regulação entre a resiliência emocional e a resposta ao estresse do neonato (ZHANG *et al.*, 2013).

Dentre outros, há estudos que associam ainda a violência doméstica na gestação ao desmame precoce do aleitamento materno (OLIVEIRA, 2008; LOURENCO; DESLANDES, 2008).

2.5 O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O setor da saúde e seus profissionais têm papel relevante no que tange à violência contra a mulher. Uma característica importante do setor saúde, em especial a saúde pública, está na ênfase que se dá à prevenção. Para Dahlberg e Krug (2007), “mais do que simplesmente aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida reside na forte convicção de que o comportamento violento e suas consequências podem ser prevenidos e evitados” (p. 1164). E prosseguem:

A abordagem da saúde pública também coloca ênfase na ação coletiva. Com frequência tem sido comprovado que esforços coletivos provenientes de setores diversos, como saúde, educação, serviço social, justiça e políticas, são necessários para solucionar aquilo que usualmente é considerado um problema unicamente médico. Cada setor desempenha um papel importante na solução do problema, e, coletivamente, as várias abordagens têm o potencial de produzir reduções relevantes da violência (DAHLBERG; KRUG, 2007, p. 1164).

Observando a violência contra a mulher sob a ótica da saúde pública, percebe-se neste setor um caminho para capturar as muitas dimensões do fenômeno e desenvolver respostas multissetoriais ao problema. Além disso, por muitas vezes é nos sistemas de saúde onde ocorre o primeiro contato com as vítimas (GARCIA-MORENO *et al.*, 2005).

Esse potencial por vezes se intensifica nos serviços especializados de atendimento à saúde da mulher; serviço este que as mulheres, de maneira geral, procuram em algum momento de suas vidas. No entanto, essa aproximação não ocorre satisfatoriamente na prática, visto que, em parte, o medo e o estigma da violência impedem as mulheres

de falar sobre o assunto e, por outro lado, os profissionais de saúde não possuem consciência e treinamento suficientes para identificar e combater a violência doméstica (GARCIA-MORENO *et al.*, 2005).

Dessa maneira, alguns autores (OLIVEIRA *et al.*, 2012; PORTO; BISPO JUNIOR; LIMA, 2014), afirmam que a insegurança e o medo se configuram como principais empecilhos na abordagem à violência doméstica pelos profissionais de saúde, ampliados pela posição de vulnerabilidade nos serviços e pelo temor às possíveis represálias por parte dos agressores. Dessa forma, a assistência se restringe ao atendimento das queixas físicas em detrimento da dimensão social do problema, fazendo com que muitos profissionais tenham a incrível marca de nunca terem notificado ou encaminhado alguma vítima de violência.

Além disso, por vezes, o profissional não dispõe de recursos ou informação suficientes para o adequado atendimento. Em alguns casos, os profissionais percebem o problema e a necessidade de atuar, no entanto, não dispõem de capacitação ou protocolos específicos, o que contribui para a baixa identificação e responsabilização dos casos, reforçando a perspectiva de que não são capazes de intervir e que o atendimento às vítimas de violência doméstica não faz parte do exercício de suas funções. O desconhecimento de sua própria rede de atendimento e o pouco tempo disponível para exercer todas as atividades a eles atribuídas contribuem para que aqueles que atuam no sistema de saúde se sintam limitados e incapazes de abordar um tema tão denso em sua prática assistencial (OSIS; DUARTE; FAUNDES, 2012; GOMES *et al.*, 2013).

Ainda sobre o papel do setor saúde no combate à violência, ressalta-se a inclusão da Violência – doméstica, sexual ou outras violências – na lista de agravos de notificação compulsória do Ministério da Saúde pela Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, instituída pela Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004 e finalmente efetivada pela Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2003; 2004; 2011).

Faz-se evidente que a “saúde” não é capaz de combater a violência doméstica sozinha. No entanto, deve assumir o potencial que possui para a prevenção da violência. Exemplo disso é a assistência pré-natal de boa qualidade que reduz a chance de agressão física durante a gestação (VIELLAS *et al.*, 2013).

Para combater a violência, faz-se necessária a interação entre os profissionais da assistência, destaque aqui para as equipes de serviços de referência e Estratégia Saúde da Família (ESF), e a criação de espaços de discussão da temática com o intuito de viabilizar o processo de aprendizagem e garantir a integralidade do cuidado às usuárias do SUS, aumentando a capacidade de análise e intervenção dos serviços (GOMES *et al.*, 2013).

2.5.1 O papel do profissional Enfermeiro

O profissional Enfermeiro exerce importante papel na prevenção e no combate à violência doméstica, considerando sua proximidade com os indivíduos e sua facilidade de inserção na comunidade. Um grande projeto em andamento na cidade de Victoria, Austrália, com o objetivo de rastreamento e acompanhamento de violência doméstica, possui como ator principal o Enfermeiro da área Materno-infantil (TAFT *et al.*, 2012).

No que tange o atendimento às vítimas de violência doméstica, a enfermagem atua com *expertise* na articulação de saberes e práticas ao cuidado individual e coletivo, integrando a equipe de referência (GOMES *et al.*, 2013). Comparados aos demais profissionais de saúde, são essenciais para a sensibilização e o acolhimento adequado das vítimas, identificando as suas reais necessidades, estabelecendo a confiança necessária e a notificação compulsória dos casos de suspeita ou confirmação de violência (SILVA *et al.*, 2015a).

Para tanto, o enfermeiro pode fazer uso de dois instrumentos de seu cotidiano: primeiro o processo de enfermagem que sistematiza e qualifica sua assistência; e segundo a educação em saúde, seguramente entre as principais ações realizadas na prevenção e no cuidado às pessoas vítimas de violência.

A complexidade desse tipo de problema exige dos profissionais de saúde qualificação especial para rastrear a violência contra a mulher e as desigualdades de gênero legitimadas socialmente. A Enfermagem, de corpo predominantemente feminino e de olhar social, traz consigo a potencialidade de transformar as reflexões sobre gênero para a prática cotidiana, ampliando a compreensão do problema (DUARTE *et al.*,

2015). Muito além disso, o arcabouço teórico da Enfermagem possibilita às vítimas cuidados apropriados, bem como a atenção à sua integridade como um todo, apoiando a participação da mulher durante todo o processo promovendo sua reabilitação e reinserção sociais (NETTO *et al.*, 2014).

3 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo são os seguintes.

1. Descrever as prevalências dos tipos de violência doméstica entre puérperas atendidas em uma maternidade de alto risco.
2. Verificar a distribuição dos tipos de violência doméstica segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas.
3. Examinar a associação entre os tipos de violência doméstica e variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico, observacional do tipo transversal. O estudo transversal se caracteriza pela observação direta de um grupo de indivíduos em um único momento, de tal maneira que os objetivos do estudo estarão sempre relacionados a indivíduos em local e época demarcados. Já os analíticos, evidenciam relações de causalidade; no geral, no caso de estudos transversais, indica associação entre variáveis (MEDRONHO *et al.*, 2009).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Estudo realizado na Unidade Materno-Infantil, setor Maternidade, do HUCAM, na cidade de Vitória, ES. Trata-se de um hospital referência no atendimento à gestação de alto risco e às mulheres vítimas de violência; oferecendo serviços de ambulatório, atendimento às urgências ou emergências gineco-obstétricas, 24 horas e internação. Para este, são destinados 16 leitos de alojamento conjunto, 15 de ginecologia e 04 de pré-parto.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Puérperas internadas na maternidade do HUCAM, que deram entrada no período de junho a setembro de 2016, estando com no mínimo 24 horas de pós-parto, de feto vivo (acima de 500 gramas) foram convidadas a participar do estudo. Ao todo foram 351 mulheres internadas, no entanto 12 se recusaram a participar da pesquisa, 1 evadiu antes de completar 24 horas de pós-parto e outras 36 foram transferidas ou tiveram alta antes de serem abordadas, resultando em uma amostra de 302 participantes. O período de pós-parto foi definido a partir de publicações similares; pensando em um tempo mínimo, mas suficiente, para recuperação e restabelecimento após o parto, independente da via (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012; MATTAR.,

et al, 2007; DINIZ *et al.*, 2011).

4.3.1 Critérios de inclusão

Puérperas hospitalizadas com no mínimo 24 horas de pós-parto nas enfermarias da maternidade do Hospital Universitário, com registro de parto de fetos vivos (acima de 500 gramas), independente da via de parto e da faixa etária.

4.3.2 Critérios de exclusão

Não foram consideradas as puérperas com déficits de audição, de linguagem, déficit cognitivo ou quadro de demência que de alguma forma impedisse o adequado entendimento do estudo, bem como mulheres em puerpério internadas por óbito fetal ou abortamento.

4.4 VARIÁVEIS

4.4.1 Variáveis dependentes

4.4.1.1 Violência doméstica

A violência doméstica foi avaliada segundo os seguintes desfechos: maus tratos ao longo da vida, violência física no último ano, violência física na gestação, violência sexual no último ano e o sentimento de medo de alguém próximo.

A identificação da vivência de *maus tratos* em algum momento da vida foi feita pela resposta positiva à questão:

Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?

Já a **violência física** no último ano foi expressa pela resposta afirmativa à questão:

Neste último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

No caso da **violência física na gestação**, o rastreio se deu pela resposta positiva à questão:

Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

Outro desfecho do estudo é a **violência sexual no último ano** caracterizada pela resposta afirmativa à pergunta:

Neste último ano (12 meses), alguém forçou você a realizar atividades sexuais?

Por último, o relato do **sentimento de medo** de alguém próximo à vítima se deu pela resposta positiva à pergunta:

Você tem medo do seu parceiro ou de alguém importante para você?

4.4.2 Variáveis independentes

4.4.2.1 Variáveis demográficas e socioeconômicas

a) Idade

Estudos apontam que mulheres mais jovens, em especial as adolescentes, possuem maior risco de sofrer violência doméstica na gestação (EL-BAYOUMI; BORUM; HAYWOOD, 1998; PEREIRA *et al.*, 2010; VIELLAS *et al.*, 2013).

Neste estudo, a idade foi coletada como variável numérica do tipo contínua.

b) Religião

Alguns autores (OKADA *et al.*, 2015; DURAND; SCHRAIBER, 2007) destacam a relação entre o tipo de religião e o risco para violência doméstica. Nesta pesquisa, a descrição da religião terá por base Panzini e Bandeira (2005).

- Católica; espírita; sem religião, mas espiritualizado; evangélica; duas ou mais religiões simultâneas; ateu/agnóstico; e outros.

c) Situação conjugal

A estabilidade do relacionamento conjugal estabelecido entre a gestante e o pai do concepto é evidenciada em estudos como os de Doubova e colaboradores (2007) e de Audi e colaboradores (2008), que referem estados maritais “solteira” e “em união livre”, ou ainda união não estável, como fatores significativamente associados à violência doméstica na gestação.

Utilizando os critérios de Panzini e Bandeira (2005), foi utilizada neste estudo a seguinte classificação.

- Solteira; Casada/Vive como casada; Divorciada; Separada; Viúva; e Outros.

d) Anos de estudo

A variável anos de estudo materna está entre as mais fortemente associadas à violência doméstica (VIELLAS *et al.*, 2013). No presente estudo foi coletada a variável na forma numérica contínua.

e) Trabalho formal

A chance de sofrer violência doméstica na gestação mais que dobra quando a gestante é a responsável pela família (AUDI *et al.*, 2008). Esta variável foi dicotomizada em sim ou não.

f) Classe Econômica

Ao analisar os estudos nesta área, Bessa e outros (2014) observaram a predominância de pesquisas realizadas em países em desenvolvimento, destacando o forte caráter socioeconômico relacionado às vítimas e aos agressores.

Para estratificação social e caracterização das puérperas, foi utilizada a classificação elaborada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Essa classificação divide a população brasileira em seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2 e D/E (ABEP, 2014).

g) Renda familiar

Em seu estudo, Okada e outros (2015) encontraram associação entre violência doméstica na gestão e ter renda familiar abaixo de R\$ 1.000,00. Para tanto, os dados desta variável foram coletados de maneira numérica contínua.

a) Gravidez planejada

O desejo da mulher sobre o conceito está fortemente associado à violência doméstica, bem como ao seu planejamento (OKADA *et al.*, 2015). Essa variável é dicotômica do tipo sim ou não.

b) Gravidez desejada

Alguns estudos como em Rodrigues e outros (2014) associaram mulheres que não desejavam a gestação a 4,3 vezes mais chance de sofrer com esse tipo de violência comparadas às mulheres que desejavam a gestação. Essa variável é dicotômica do tipo sim ou não.

c) Número de gestações

Segundo Simón e Aznar (2015), múltiparas possuem 4 vezes mais riscos de sofrerem com esse tipo de violência. Possuir mais de 03 gestações durante sua vida reprodutiva está associado à violência na gestação (AUDI *et al.*, 2007). No entanto, a mesma pesquisadora encontrou em outro estudo risco maior para esse tipo de violência em primíparas (AUDI *et al.*, 2008). Esta variável foi coletada de forma numérica do tipo continua.

d) Número de filhos

Sgobero e colaboradores (2015) e Santos e colaboradores (2010) encontraram em seus estudos relação entre violência doméstica na gestação e o fato da mulher ser multigesta. De maneira geral, considera-se que as mulheres com maior número de filhos são mais susceptíveis supondo que esse fator aumenta o estresse familiar; analisando mais profundamente, a submissão gerada pela violência levaria ao menor poder de negociação em situações cotidianas como o uso de contraceptivos (SANTOS *et al.*, 2010). Esta variável foi coletada de forma numérica do tipo continua.

e) História de abortamento

Ter interrompido uma gestação (ou realizado tentativa de interrupção) está fortemente relacionado à violência doméstica (SIMÓN; AZNAR, 2015; VIELLAS *et al.*, 2013). A variável foi avaliada como história de abortamento (interrupção da gravidez antes de 22 semanas), sim ou não.

f) Coitarca

Iniciar as relações sexuais antes dos 15-16 anos de idade está associado fortemente a esse tipo de violência (AUDI *et al.*, 2007; 2008). A variável foi coletada como contínua.

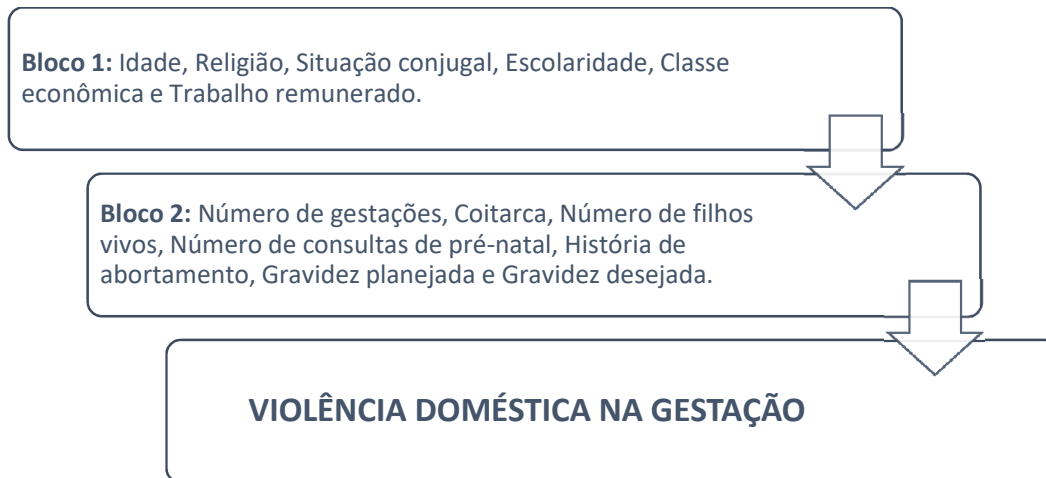
g) Número de consultas no pré-natal

O pré-natal realizado inadequadamente está associado à violência doméstica (NUNES *et al.*, 2011). Esta variável foi coletada de forma dicotômica (sim/não), segundo a recomendação do Ministério da Saúde, que considera adequado o número de 6 ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2000).

4.5 MODELO TEÓRICO

O modelo teórico ilustra melhor as relações hierárquicas entre as variáveis do estudo (Figura 1) no intuito de identificar os fatores que poderiam ter influência direta ou indireta sobre o desfecho. As características socioeconômicas e demográficas encontram-se entre os fatores mais distais, ao passo que as características reprodutivas mantêm uma relação mais proximal com a violência doméstica na gestação.

Figura 1 – Modelo teórico



Fonte: Fiorotti e Leite (2016)

4.6 INSTRUMENTOS

Foram utilizados 03 formulários, preenchidos por meio de entrevista estruturada. Primeiro, um formulário próprio, com os dados demográficos e reprodutivos para caracterizar as participantes da pesquisa (APÊNDICE A). O segundo formulário foi o inquérito da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2014) para estratificar as puérperas quanto sua classificação socioeconômica (ANEXO A).

Em seguida utilizou-se o Abuse Assessment Screen (AAS), instrumento norte-americano criado em 1989 pelo Nursing Research Consortium on Violence and Abuse para rastrear casos de violência contra a mulher durante a gestação (ANEXO B). Este instrumento está validado, possui consistência na detecção da violência na gestação e é amplamente utilizado no mundo todo para estes casos. Contém cinco questões referentes à frequência e à gravidade do evento, aos sítios da lesão e ao perfil do agressor (REICHENHEIM; MORAES; HASSELMANN, 2000).

4.7 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Foram selecionados três estudantes de graduação do sexo feminino para participarem do estudo como entrevistadoras, bem como um digitador para registro dos dados. O treinamento consistiu em uma apresentação do projeto, leitura do manual do entrevistador e aplicação do formulário de entrevista no próprio grupo para conhecimento e discussão de cada pergunta.

4.8 ESTUDO PILOTO

Antes da coleta de dados foi realizado um teste-piloto com 32 puérperas que atendiam aos critérios de inclusão; porém essas entrevistas não foram incluídas como parte do estudo. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, em sua maior parte, e pela equipe de entrevistadoras sob sua supervisão, no intuito de observar a habilidade de cada uma durante o procedimento, a correta aplicação do questionário e a abordagem à mulher realizada pela entrevistadora. Além disso, esse momento foi utilizado para identificar os ajustes necessários ao instrumento.

4.9 COLETA DE DADOS

Todas as mulheres internadas na maternidade do referido hospital no período dos meses de junho a setembro de 2016 foram convidadas a participar da pesquisa, inicialmente abordadas e orientadas quanto ao objetivo do estudo. Após a aquiescência, foram submetidas à entrevista face a face, em local reservado, estando presente a puérpera, sendo permitida somente a presença do filho recém-nascido. Vale destacar que a entrevista aconteceu somente após a apresentação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e do Termo de Confidencialidade e Sigilo (APÊNDICE C). Nos casos onde a puérpera era menor de idade e não emancipada, foi solicitada também a assinatura do

responsável legal.

A coleta de dados foi realizada por entrevistadoras devidamente treinados e pela pesquisadora do estudo. Vale referir que, por trata-se de uma pesquisa que trabalha a temática da violência, após a entrevista, as participantes do estudo receberam um folder (APÊNDICE D) contendo orientações acerca dos tipos de violências e dos serviços de atendimento às vítimas, independente do resultado do rastreio.

Além disso, os casos de violência doméstica detectados foram devidamente encaminhados para os serviços disponíveis em seus municípios de origem e para o serviço social e de psicologia do próprio hospital, de acordo com a singularidade de cada caso.

4.10 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada com o *software* Stata 13.0. A prevalência de violência durante a gestação foi definida por respostas positivas às questões do AAS. Para a análise bivariada entre as variáveis demográficas, econômicas e reprodutivas e os desfechos do estudo foram utilizados os testes do Qui-quadrado (χ^2) e o Exato de Fisher, considerado um nível de confiança de 5%. Para a análise ajustada, foi utilizado um modelo hierárquico controlando para os possíveis fatores de confusão. Para a inclusão no modelo múltiplo não se limitou um valor de p para evitar a exclusão de variáveis potencialmente confundidoras, sendo mantidas no modelo as variáveis que apresentavam significância estatística ($p < 0,05$). A Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada. A medida de efeito obtida foi a Razão de Prevalência.

4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi enviado ao chefe da Unidade Materno-Infantil e ao gerente do Centro de Pesquisas do HUCAM para análise e aprovação (ANEXO C). Em seguida, por tratar-se de estudo que envolve seres humanos, respeitando a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUCAM via Plataforma Brasil e aprovado sob a inscrição 55247716.5.0000.5071 (ANEXO D).

5 RESULTADOS

A partir desse estudo foi possível elaborar um artigo científico e dois produtos para o serviço:

- Artigo “Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco”.
- Tecnologia educacional em formato Folder.
- Ampliação do instrumento de admissão de enfermagem para rastreamento de violência doméstica.

5.1 ARTIGO

Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco

Resumo

Objetivo: descrever as prevalências dos tipos de violência doméstica entre puérperas atendidas em uma maternidade de alto risco e examinar a associação desses agravos com variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas. **Método:** estudo transversal, realizado com 302 puérperas. Os dados foram coletados por meio de entrevistas a partir de roteiro estruturado com questões acerca da caracterização das participantes e instrumento para identificação de violência (Abuse Assessment Screen - AAS). **Resultados:** entre as entrevistadas, 43% relataram ter vivenciado situações de maus tratos ao longo da vida, 7,6% foram vítimas de violência física no último ano e 4,6% estiveram em situação de violência física durante a gestação. Mulheres com idade entre 35-43 anos, com três ou mais gestações e evangélicas vivenciam mais frequentemente maus tratos na vida. A ausência de companheiro esteve associada à história violência física no último ano e na gestação ($p < 0,05$). **Conclusão:** este estudo reafirma que a violência constitui um fenômeno presente na vida da mulher, inclusive no período gestacional, e se mostrou associado à condição demográfica e obstétrica da mulher.

Descritores: Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Gestantes; Mulheres Agredidas; Maus Tratos Conjugais; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: To describe the prevalence of the types of domestic violence among puerperal women assisted at a high risk maternity, and to examine the association of these occurrences with the demographic, socio-economic and reproductive variables. **Method:** This is a transversal study, done with 302 puerperal women. The data was collected through interviews done using a structured script with questions to characterize the subjects, and an instrument to identify violence (Abuse Assessment Screen - AAS). **Results:** Among the interviewees, 43% of the puerperal women reported having experienced maltreatment situations throughout their lives, 7.6% were victims of physical violence in the previous year, and 4.6% were in a physical violence situations during pregnancy. Women with 35-43 years of age, with three or more pregnancies and who where evangelicals had experienced maltreatment more frequently throughout their lives. The absence of a partner was associated to the history of physical violence in the previous year and during pregnancy ($p < 0.05$). **Conclusion:** This study reasserts that violence constitutes a present phenomenon in the life of women, including during pregnancy, and it has shown an association to the victim's demographic and obstetric conditions.

Descriptors: Violence Against Women; Domestic Violence; Pregnant Women; Battered Women; Spouse Abuse; Cross-Sectional Studies

Resumen

Objetivo: describir las prevalencias de los tipos de violencia domestica entre puérperas atendidas en una maternidad de alto riesgo y examinar a la asociación de eses agravios con variables demográficas, socio-económicas y reproductivas. **Método:** estudio transversal, hecho con 302 puérperas. Los datos fueran colectados por medio de entrevistas a partir de un guión estructurado con cuestiones acerca de la caracterización de las participantes y con un

instrumento para identificación de violencia (Abuse Assessment Screen - AAS). **Resultados:** entre las entrevistadas, 43% relataron haber experimentado situaciones de maltratos al largo de su vida, 7.6% fueran víctimas de violencia física en el último año y 4.6% estuvieran en situación de violencia física durante la gestación. Mujeres con edad entre 35-43 años, con tres o más gestaciones y evangélicas experimentarían más frecuentemente maltratos en la vida. La ausencia de compañero estuvo asociada a la historia de violencia física en el último año y en la gestación ($p < 0.05$). **Conclusión:** este estudio reafirma que la violencia constituye un fenómeno presente en la vida de la mujer, inclusive en el período de la gestación, y se mostró asociado a la condición demográfica y obstétrica de la mujer.

Descriptor: Violencia contra la Mujer; Violencia Doméstica; Mujeres Embarazadas; Mujeres Maltratadas; Maltrato Conyugal; Estudios Transversales

Introdução

A violência doméstica é considerada uma das ameaças mais graves, visto que acontece no âmbito familiar e comumente é perpetrada por um agressor de convívio íntimo e com graus de parentesco familiar ou conjugal, onde o seu papel de mantenedor, ou ainda as relações de gênero, contribuem para o estabelecimento de um estado de dominação na relação¹.

É fato que a violência contra a mulher em qualquer momento de sua vida é um grave problema de saúde pública a ser enfrentado. Todavia, ao acontecer em um momento de grande fragilidade física e emocional, como na gestação, exige dos serviços de saúde uma atenção especial², uma vez que esse agravo, seja ele de ordem física, sexual ou psicológica, pode desencadear danos para a saúde da mãe e do filho³.

Estudos têm apontado que a vivência de violência na gestação pode levar a agravos potenciais como, cefaleia, problemas obstétricos, ruptura prematura de membranas, infecção de trato urinário, sangramento vaginal e desmame precoce do aleitamento materno, além da possibilidade de associação com a mortalidade perinatal e neonatal⁴⁻⁷.

É interessante destacar que a ocorrência desse evento se apresenta de forma diferenciada no mundo. Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra prevalências de violência na gestação variando de 8% no Japão a 44% no Peru, estando o Brasil com preocupantes 32% de relatos de agressões durante a gravidez⁸. Somando-se a isso, pesquisas

nacionais têm mostrado prevalências com intervalos de 2,5% a 34,6%^{5,9} de violência doméstica na gestação. Essas diferenças podem ser atribuídas às diferentes concepções de violência das populações estudadas, bem como ao método e aos instrumentos utilizados².

Outra questão que merece ser pontuada são os fatores associados à experiência da violência doméstica na gestação. Nota-se nas pesquisas que a vivência desse fenômeno tem sido associada a características da mulher, tais como história prévia de violência, idade da coitarca, transtorno mental comum, baixa escolaridade, pré-natal irregular, ser a responsável pela família e ter história de tentativa de abortamento^{2,5}.

Assim posto, considerando a necessidade de novos estudos para o melhor entendimento da violência doméstica, bem como o seu impacto na vida das mulheres, justifica-se este estudo, que teve por objetivo descrever as prevalências dos tipos de violência doméstica entre puérperas atendidas em uma maternidade de alto risco e examinar a associação desses agravos com variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas.

Método

Trata-se de estudo epidemiológico, observacional, do tipo transversal, realizado em uma maternidade de alto risco de um hospital-escola vinculado ao Sistema Único de Saúde da cidade de Vitória, Espírito Santo. Foram convidadas a participar da pesquisa as puérperas que estiveram internadas no período de junho a setembro de 2016 e que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. Para inclusão no estudo era necessário ter pelo menos 24 horas pós-parto de feto vivo (acima de 500 gramas), independente da via de parto, e, como critério de exclusão adotou-se a presença de algum déficit que impedisse a realização da entrevista. A amostra final foi composta por 302 mulheres.

Foram selecionados e treinados três estudantes de graduação do sexo feminino para participarem do estudo como entrevistadoras, bem como um digitador para registro dos dados.

Vale destacar que, antes da coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto com 32 puérperas que atendiam aos critérios de inclusão com o intuito de identificar os ajustes necessários, porém essas entrevistas não foram incluídas como parte do estudo.

Antes do início da entrevista, a participante era orientada quanto aos objetivos do estudo, as questões éticas, o sigilo e a liberdade de desistência da participação na pesquisa a qualquer momento. Além disso, somente após concordância em participar do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era iniciada a coleta de dados. Vale pontuar que as entrevistas foram realizadas em local privativo, contendo apenas a entrevistada (com ou sem o recém-nascido) e a entrevistadora, e tinham duração, em média, de 30 minutos. Ao final de cada entrevista, foi entregue às puérperas um folder com informações sobre os tipos de violência, formas de enfrentamento e contato das redes de apoio, independente do resultado do rastreio. Àquelas identificadas em situação de violência foram encaminhadas aos serviços de apoio de acordo com a singularidade de cada caso.

O primeiro instrumento utilizado na coleta de dados continha questões demográficas, socioeconômica e reprodutivas. Como questões demográficas, as participantes foram questionadas quanto à idade (13-34 e 35-43 anos), religião (católica, evangélica, espírita e sem religião), situação conjugal (possui ou não parceiro), escolaridade (até 8 anos e mais de 8 anos de estudo) e trabalho remunerado (se possui ou não). Em relação às variáveis reprodutivas, o formulário continha perguntas sobre número de gestações (1, 2 e 3 ou mais), idade da coitarca (menor ou igual a 15 anos e maior que 15 anos), número de filhos vivos (1, 2 e 3 ou mais), número de consultas de pré-natal (menos que 6 e 6 ou mais), história de abortamento (sim ou não), gravidez planejada (sim ou não) e gravidez desejada (sim ou não). Para a variável socioeconômica foi utilizada a classificação elaborada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), categorizada em classes econômicas A/B, C e D/E¹⁰.

O terceiro formulário aplicado às mulheres foi para o rastreamento da violência durante

a gestação. Para tal, foi utilizado o instrumento intitulado Abuse Assessment Screen (AAS), elaborado em 1989 nos Estados Unidos pelo Nursing Research Consortium on Violence and Abuse, traduzido e validado no Brasil por Reichenheim. Esse instrumento é específico para a pesquisa de casos de violência na gravidez, sendo composto por cinco questões que identificam as experiências de maus tratos ao longo da vida, violência física no último ano, violência física na gestação, abuso sexual nos últimos 12 meses e medo atual do parceiro ou de alguém próximo¹¹.

A análise dos dados foi realizada com o *software* Stata 13.0. A prevalência de violência durante a gestação foi definida por respostas positivas às questões do AAS. Para a análise bivariada entre as variáveis demográficas, econômicas e reprodutivas e os desfechos do estudo foram utilizados os testes do Qui-quadrado (χ^2) e o Exato de Fisher, considerado um nível de confiança de 5%. Segundo um modelo hierárquico, onde as características socioeconômicas e demográficas encontram-se entre os fatores mais distais, ao passo que as características reprodutivas mantêm uma relação mais proximal com a violência doméstica, foi realizada a análise ajustada, controlando para os possíveis fatores de confusão. Para a inclusão no modelo múltiplo, não se limitou um valor de p para evitar a exclusão de variáveis potencialmente confundidoras, sendo mantidas no modelo as variáveis que apresentavam significância estatística ($p < 0,05$). A regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada. A medida de efeito foi a Razão de Prevalência (RP).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, estando registrado sob o número 55247716.5.0000.5071.

Resultados

Das 314 puérperas que procuraram a maternidade no período da pesquisa e que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, 12 se recusaram a participar do estudo, totalizando uma

amostra de 302 participantes.

Verifica-se que, na sua maioria, as puérperas se encontravam na faixa entre 13 e 34 anos (83,8%), eram evangélicas (53,0%), coabitavam com seus parceiros (69,2%), possuíam até 8 anos de estudo (55,0%), pertenciam à classificação econômica C (61,3%) e não tinham trabalho remunerado (59,6%) (Tabela 1). Quanto às características reprodutivas, 42% referiam três gestações ou mais e a coitarca foi após os 15 anos (52,7%). Além disso, 86,0% foi submetida a seis consultas ou mais de pré-natal, cerca de 76% negou história de abortamento prévio e a maioria não planejou a gravidez atual (67,9%), entretanto, a mesma foi desejada (86,1%) (Tabela 2).

Em relação às prevalências de violência, observa-se que 43% das entrevistadas relataram ter vivenciado situações de maus tratos ao longo da vida, sendo que 7,6% foram vítimas de violência física nos 12 meses anteriores à entrevista e um percentual, um pouco menor (4,6%) esteve em situação de violência física durante a gestação. Quanto à violência sexual no último ano e o medo atual, essas foram relatadas por 1,3% e 1,0% das participantes, respectivamente (dados não apresentados em tabela).

É interessante pontuar, no que tange às características da agressão, que a violência física no último ano ou na gestação tem como principal perpetrador o próprio marido (39,1% e 35,7%, respectivamente) e o ex-marido (39,1% e 35,7%, respectivamente). Quanto ao tipo de agressão, na gestação, o tapa e o empurrão (50,0%) são os mais cometidos, e a área mais afetada do corpo é a cabeça (71,4%) (dados não apresentados em tabela).

Conforme a Tabela 1, as associações entre maus tratos ao longo da vida e as variáveis econômicas que se mostraram estatisticamente significantes ($p < 0,05$) foram: ter entre 35 e 43 anos de idade ($P = 65,3\%$; $p = 0,001$) e ser de religião evangélica ($P = 50,6\%$; $p = 0,026$). As demais variáveis em estudo (situação conjugal, escolaridade, classe econômica e trabalho remunerado) não apresentaram significância estatística. Outros desfechos avaliados foram a

violência física nos últimos 12 meses e na gestação, observando-se maior prevalência desses agravos entre as mulheres que relataram não ter companheiro (P = 12,9%, p = 0,022; P = 9,7%, p = 0,009, respectivamente).

Tabela 1 - Distribuição das características econômicas segundo as experiências de violência. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2016 (N = 302).

Características econômicas	Total (N=302)	Maus tratos na vida (N=130)		Violência física no último ano (N=23)		Violência física na gestação (N=14)	
	N (%)	N (%)	p-valor	N (%)	p-valor	N (%)	p-valor
Idade (anos)							
13 – 34	253 (83,8)	98 (38,7)	0,001	17 (6,7)	0,149	11 (4,4)	0,403
35 - 43	49 (16,2)	32 (65,3)		06 (12,2)		03 (6,1)	
Religião							
Católica	66 (21,9)	21 (31,8)	0,026	02 (3,0)	0,166	02 (3,0)	0,671
Evangélica	160 (53,0)	81 (50,6)		13 (8,1)		07 (4,4)	
Espírita	59 (19,5)	20 (33,9)		05 (8,5)		04 (6,8)	
Sem religião	17 (5,6)	08 (47,1)		03 (17,7)		01 (5,9)	
Situação Conjugal							
Sem Companheiro	93 (30,8)	41 (44,1)	0,808	12 (12,9)	0,022	09 (9,7)	0,009
Com Companheiro	209 (69,2)	89 (42,6)		11 (5,3)		05 (2,4)	
Escolaridade (anos)							
Até 8 anos	166 (55,0)	72 (43,4)	0,496	14 (8,4)	0,427	08 (4,8)	0,434
Mais de 8 anos	136 (45,0)	58 (42,7)		09 (6,6)		06 (4,4)	
Classe Econômica							
A/B	40 (13,3)	15 (37,5)	0,386	01 (2,5)	0,487	01 (2,5)	0,372
C	185 (61,3)	77 (41,6)		16 (8,9)		07 (3,8)	
D/E	77 (25,4)	38 (49,6)		06 (7,8)		06 (7,8)	
Trabalho remunerado							
Sim	122 (40,4)	56 (45,9)	0,409	09 (7,4)	0,541	06 (4,9)	0,528
Não	180 (59,6)	74 (41,1)		14 (7,8)		08 (4,4)	

No que diz respeito às características reprodutivas das puérperas associadas à experiência de maus tratos ao longo da vida, constata-se que houve significância estatística em ter vivenciado três ou mais gestações (P = 42,0%, p = 0,000) e referir história prévia de abortamento (P = 56,8%, p = 0,006). As violências físicas no último ano e na gestação não apresentaram associação com as variáveis reprodutivas das puérperas (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das características reprodutivas segundo a experiência de violência. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2016 (N = 302).

Características Reprodutivas	Total (N=302)	Maus tratos na vida (N=130)		Violência física no último ano (N=23)		Violência física na gestação (N=14)	
	N (%)	N (%)	<i>p-valor</i>	N (%)	<i>p-valor</i>	N (%)	<i>p-valor</i>
Número de gestações							
1	95 (31,5)	28 (29,5)	0,000	09 (9,5)	0,119	05 (5,3)	0,883
2	80 (26,5)	31 (38,8)		02 (2,5)		04 (5,0)	
3 ou mais	127 (42,0)	71 (55,9)		12 (9,5)		05 (3,9)	
Coitarca*							
≤15	142 (47,3)	57 (40,1)	0,343	09 (6,3)	0,275	06 (4,2)	0,474
>15	158 (52,7)	72 (45,6)		14 (8,9)		08 (5,1)	
Número de Consultas de Pré-natal							
<6	42 (14,0)	16 (38,1)	0,505	04 (9,5)	0,409	01 (2,4)	0,389
≥6	257 (86,0)	112 (43,6)		19 (7,4)		13 (5,1)	
História de Abortamento							
Sim	74 (24,5)	42 (56,8)	0,006	08 (10,8)	0,172	05 (6,8)	0,240
Não	228 (75,5)	88 (38,6)		15 (6,6)		09 (4,0)	
Gravidez Planejada							
Sim	97 (32,1)	40 (41,2)	0,662	08 (8,3)	0,470	06 (6,2)	0,272
Não	205 (67,9)	90 (43,9)		15 (7,3)		08 (3,9)	
Gravidez Desejada							
Sim	260 (86,1)	108 (41,5)	0,188	19 (7,3)	0,401	12 (4,6)	0,605
Não	42 (13,9)	22 (52,4)		04 (9,5)		02 (4,8)	

*n=300

Nas análises bruta e ajustada das associações entre as características das puérperas e história de maus tratos na vida (Tabela 3), observa-se uma associação significativa com as variáveis idade, religião e número de gestações, que se manteve mesmo após o ajuste para os potenciais fatores de confusão. O mesmo não aconteceu com a variável história de abortamento, que na análise bruta aparecia fortemente associada ($p = 0,003$), porém quando realizada análise ajustada, a associação deixou de existir ($p = 0,437$).

Os resultados mostram que mulheres com idade entre 35 e 53 anos e que tiveram três

ou mais gestações possuem 70,0% mais prevalência de relato de maus tratos ao longo da vida quando comparadas às que estão na faixa dos 13 aos 34 anos, e àquelas que engravidaram uma única vez. Nesse mesmo sentido, nota-se entre as que se declararam evangélicas uma frequência 60,0% maior de maus tratos quando comparadas às católicas.

Tabela 3 - Análise bruta e ajustada das associações entre características demográficas, econômicas e reprodutivas e a maus-tratos na vida. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2016 (N = 302).

Características das puérperas	Maus tratos na vida			
	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	RP Bruta (IC 95%)	Valor de p	RP Ajustada (IC 95%)	Valor de p
Idade (anos)				
13 – 34	1,0	0,000	1,0	0,000
35 – 43	1,7 (1,3-2,2)		1,7 (1,3-2,1)	
Religião				
Católica	1,0	0,038	1,0	0,050
Evangélica	1,6 (1,1-2,3)		1,6 (1,1-2,3)	
Espírita	1,1 (0,6-1,8)		1,1 (0,7-1,9)	
Sem religião	1,5 (0,8-2,7)		1,7 (0,9-3,1)	
Situação Conjugal				
Sem Companheiro	1,1 (0,8-1,4)	0,807	1,1 (0,8-1,4)	0,488
Com Companheiro	1,0		1,0	
Escolaridade				
Até 8 anos	1,0	0,899	1,0	0,907
Mais de 8 anos	0,9 (0,8-1,3)		1,0 (0,8-1,3)	
Classe Econômica				
A/B	1,0	0,373	1,0	0,452
C	1,1 (0,7-1,7)		1,1 (0,7-1,6)	
D/E	1,3 (0,8-2,1)		1,2 (0,8-2,0)	
Trabalho remunerado				
Sim	1,1 (0,9-1,4)	0,407	1,1 (0,8-1,4)	0,612
Não	1,0		1,0	
Número de Gestações				
1	1,0	0,000	1,0	0,008
2	1,3 (0,9-2,0)		1,2 (0,8-1,8)	
3 ou mais	1,9 (1,3-2,7)		1,7 (1,2-2,4)	
Coitardia*				
≤15	1,0	0,346	1,0	0,538
>15	1,1 (0,9-1,5)		1,1 (0,8-1,4)	
Número de Consultas de Pré-natal				
<6	1,0	0,521	1,0	0,341
≥6	1,1 (0,7-1,7)		1,2 (0,8-1,8)	
História de				

Abortamento				
Sim	1,5 (1,1-1,9)	0,003	1,1 (0,8-1,7)	0,437
Não	1,0		1,0	
Gravidez Planejada				
Sim	0,9 (0,7-1,2)	0,666	1,0 (0,8-1,4)	0,939
Não	1,0		1,0	
Gravidez Desejada				
Sim	0,8 (0,6-1,1)	0,159	0,8 (0,6-1,1)	0,158
Não	1,0		1,0	

*n=300

Na Tabela 4 verifica-se as análises bruta e ajustada das associações entre as características das puérperas e a violência física nos últimos 12 meses, onde a variável situação conjugal apresentou associação com o desfecho em questão. Observa-se que a mulher que não possui companheiro tem 2,6 vezes mais prevalência de violência física no último ano do que as que declararam ter companheiro.

Tabela 4 - Análise bruta e ajustada das associações entre características demográficas, econômicas e reprodutivas e a violência física nos últimos 12 meses. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2016 (N = 302).

Características das puérperas	Violência física no último ano			
	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	RP Bruta (IC 95%)	Valor de p	RP Ajustada (IC 95%)	Valor de p
Idade (anos)				
13 – 34	1,0	0,182	1,0	0,097
35 – 43	1,8 (0,8-4,4)		2,1 (0,9-5,0)	
Religião				
Católica	1,0	0,246	1,0	0,233
Evangélica	2,7 (0,6-11,6)		2,6 (0,6-11,0)	
Espírita	2,8 (0,6-3,9)		2,5 (0,5-12,9)	
Sem religião	5,8 (1,1-32,2)		6,4 (1,1-38,7)	
Situação Conjugal				
Sem Companheiro	2,5 (1,1-5,4)	0,025	2,6 (1,2-5,8)	0,016
Com Companheiro	1,0		1,0	
Escolaridade				
Até 8 anos	1,0	0,556	1,0	0,966
Mais de 8 anos	0,8 (0,3-1,8)		1,0 (0,4-2,5)	
Classe Econômica				
A/B	1,0	0,474	1,0	0,568
C	3,5 (0,5-25,4)		2,9 (0,4-20,9)	
D/E	3,1 (0,4-25,1)		2,4 (0,3-19,4)	
Trabalho remunerado				
Sim	0,9 (0,4-2,1)	0,898	0,9 (0,4-2,2)	0,895
Não	1,0		1,0	

Número de Gestações				
1	1,0	0,189	1,0	0,171
2	0,3 (0,1-1,2)		0,2 (0,1-1,1)	
3 ou mais	1,0 (0,4-2,3)		0,9 (0,3-2,4)	
Coitarca*				
≤15	1,0	0,416	1,0	0,264
>15	1,4 (0,6-3,1)		1,6 (0,7-3,7)	
Número de Consultas de Pré-natal				
<6	1,0	0,630	1,0	0,407
≥6	0,8 (0,3-2,2)		0,6 (0,2-1,8)	
História de Abortamento				
Sim	1,6 (0,7-3,7)	0,234	2,0 (0,9-4,6)	0,108
Não	1,0		1,0	
Gravidez Planejada				
Sim	1,1 (0,5-2,6)	0,776	1,3 (0,6-3,1)	0,527
Não	1,0		1,0	
Gravidez Desejada				
Sim	0,9 (0,3-2,1)	0,614	0,8 (0,3-2,9)	0,810
Não	1,0		1,0	

*n=300

Verifica-se na Tabela 5 uma associação significativa entre a variável situação conjugal e a violência física na gestação. Puérperas que referiram não possuir companheiro durante a gestação apresentam 4,0 vezes mais ocorrência desse tipo de violência se comparadas às mulheres que tiveram um companheiro no período gestacional.

Tabela 5 - Análise bruta e ajustada das associações entre características demográficas, econômicas e reprodutivas e a violência doméstica na gestação. Vitória, Espírito Santo, Brasil 2016 (N = 302).

Características das puérperas	Violência física na gestação			
	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	RP Bruta (IC 95%)	Valor de p	RP Ajustada (IC 95%)	Valor de p
Idade (anos)				
13 – 34	1,0	0,589	1,0	0,335
35 – 43	1,4 (0,4-4,9)		1,8 (0,5-6,2)	
Religião				
Católica	1,0	0,789	1,0	0,897
Evangélica	1,4 (0,3-6,8)		1,1 (0,2-5,7)	
Espírita	2,2 (0,4-11,8)		1,7 (0,3-9,80)	
Sem religião	1,9 (0,2-20,2)		1,4 (0,1-16,2)	
Situação Conjugal				
Sem Companheiro	4,0 (1,4-11,8)	0,010	4,0 (1,4-11,7)	0,011

Com Companheiro	1,0		1,0	
Escolaridade				
Até 8 anos	1,0	0,867	1,0	0,512
Mais de 8 anos	0,9 (0,3-2,6)		1,5 (0,5-4,5)	
Classe Econômica				
A/B	1,0	0,312	1,0	0,309
C	1,5 (0,2-12,0)		1,4 (0,2-10,9)	
D/E	3,1 (0,4-25,1)		2,9 (0,4-22,7)	
Trabalho remunerado				
Sim	1,1 (0,4-3,1)	0,848	1,0 (0,3-3,2)	0,954
Não	1,0		1,0	
Número de Gestações				
1	1,0	0,884	1,0	0,770
2	0,9 (0,3-3,4)		0,9 (0,2-3,2)	
3 ou mais	0,7 (0,2-2,5)		0,6 (0,1-2,9)	
Coitarca*				
≤15	1,0	0,732	1,0	0,459
>15	1,2 (0,4-3,4)		1,5 (0,5-4,3)	
Número de Consultas de Pré-natal				
<6	1,0	0,463	1,0	0,369
≥6	2,1 (0,3-15,9)		1,2 (0,4-12,7)	
História de Abortamento				
Sim	1,7 (0,6-5,0)	0,322	2,3 (0,8-6,7)	0,129
Não	1,0		1,0	
Gravidez Planejada				
Sim	1,6 (0,6-4,5)	0,382	1,9 (0,7-5,5)	0,199
Não	1,0		1,0	
Gravidez Desejada				
Sim	0,97 (0,2-4,2)	0,967	0,8 (0,2-4,7)	0,853
Não	1,0		1,0	

*n=300

Discussão

Este é o primeiro estudo sobre violência realizado com puérperas atendidas em uma maternidade de alto risco no município de Vitória, Espírito Santo. Nota-se na presente pesquisa o quanto a violência doméstica encontra-se presente na vida e no cotidiano das mulheres. Os achados revelam que, de cada dez mulheres entrevistadas, cerca de quatro já haviam sido vítimas de maus tratos ao longo da vida; prevalência próxima à encontrada em estudos realizados no Rio de Janeiro (42,6%)¹² e em São Paulo (36,9%)⁹, bem como no sul da Suécia (44,3%)¹³, o que exemplifica a dimensão global que a violência possui.

Em relação à violência física nos últimos 12 meses, o estudo mostra uma prevalência de 7,6%, com queda no número de relatos quando perguntado sobre violência física na gestação atual (4,6%). Estudos com metodologias semelhantes trazem valores aproximados, como em pesquisas no Rio de Janeiro (9,4% e 5,1%, respectivamente)¹² e em Recife (13,1% e 7,4%, respectivamente)¹⁴. Vale pontuar que apesar de não haver consenso entre os pesquisadores^{9,15}, a menor proporção de vítimas de violência na gestação conduz a uma reflexão acerca da possibilidade da gravidez ter uma característica protetora na ocorrência da violência doméstica¹⁴.

A respeito do relato de violência sexual no último ano, encontrou-se prevalência de 1,3%, percentual próximo ao revelado em outro estudo brasileiro que mostrou uma prevalência de 2,1%¹². Quanto ao medo atual, apenas 1,0% das participantes responderam positivamente, resultado inferior ao observado em pesquisas realizadas no Rio de Janeiro (5,4% e 8,3%)^{12,16}.

Os resultados desse estudo confirmam o companheiro ou ex-companheiro como os principais responsáveis pela agressão, dado que evidencia as questões de gênero que a violência doméstica trás consigo. A relação de conjugalidade que essas mulheres possuem com seu agressor desponta para o direito socialmente aceito do homem dispor da vida da mulher, bem como da invisibilidade e naturalização do fenômeno^{17,18}. Sobre o tipo de agressão, predominaram neste estudo o tapa e o empurrão, semelhante ao encontrado em pesquisa no Recife¹⁴. Como consequência da agressão, podem ocorrer na mulher sentimentos de vergonha, culpa, medo, queda da autoestima e isolamento social, além de ansiedade e depressão¹⁹.

Na presente pesquisa, mulheres com idade de 35 a 43 anos e com três gestações ou mais apresentaram mais frequentemente relatos de maus tratos. De maneira geral, mulheres mais velhas possuem mais experiências de vida se comparadas às mulheres jovens, inclusive quando se trata de situações de violência; além disso, acredita-se que aquelas com maior número de filhos sejam mais suscetíveis à violência doméstica pelo estresse gerado no cotidiano familiar,

bem como sua situação de submissão e entrega à família, diminuindo seu poder de negociação e sua autonomia sobre questões básicas como contracepção e gravidez²⁰.

Ainda sobre a ocorrência de maus tratos na vida, nota-se a maior ocorrência entre as mulheres que relataram ser da religião evangélica. Estudo recente revela que a religião pode produzir na mulher que experimenta a violência um sentimento de culpa, de tal maneira que as mulheres tornam-se frágeis e pensam muito mais antes de tomar qualquer atitude concernente ao rompimento da relação²¹.

Nessa pesquisa, não possuir companheiro representou prevalência 2,6 vezes maior de violência física no último ano e 4,0 vezes mais ocorrência de violência física na gestação. Estudos apontam que mulheres sem companheiro estão mais propensas à violência doméstica na gestação quando comparadas àquelas em situação conjugal estável^{13,22}. O aparente efeito protetor do casamento estaria relacionado a existência de valores comuns entre os parceiros e ao comprometimento com a formação e a relação familiar; contrário àquelas em situação conjugal mais frágil²³.

Apesar da escolaridade, da classe econômica e do trabalho remunerado não se apresentarem associadas a nenhum dos desfechos em estudo, outros autores relacionam a violência doméstica na gravidez ao menor nível educacional da mulher e à situação financeira desfavorável. Condições socioeconômicas precárias e baixa escolaridade da mulher são fatores que podem interferir no relacionamento interpessoal familiar e consequentemente dificultar o manejo de problemas cotidianos, gerando consequência reações violentas^{4,13,14}.

Como limitação do estudo vale pontuar que o delineamento, por ser a pesquisa de corte transversal, não possibilita estabelecer uma relação de causalidade entre os desfechos e as associações estabelecidas, devido à temporalidade dos fatos. Outro fator limitante deste estudo refere-se à falta de informações sobre o parceiro, o que limita a análise de algumas características do relacionamento que podem influenciar nas situações de violência. Sugere-se

a realização de novos estudos para se aprofundar a compreensão sobre os diversos fatores individuais, sociais, culturais e a interação entre eles, relacionados ao risco de agressão por parceiros íntimos, assim como a proposição de medidas de intervenção.

Por fim, este estudo reafirma que a violência constitui um fenômeno presente na vida da mulher, inclusive no período gestacional, e se mostrou associado à condição demográfica e obstétrica da mulher, portanto necessita ser investigado. Nesse contexto, os profissionais de saúde possuem um papel relevante, não somente no rastreamento, mas também na promoção de estratégias de enfrentamento e ruptura desse ciclo. É importante destacar a atuação dos profissionais nas consultas de pré-natal, bem como no atendimento às gestantes nas maternidades. Deste modo, faz-se necessário o uso de instrumentos apropriados para a identificação da violência doméstica e a inserção da temática no cotidiano assistencial para a adequada promoção de cuidados às vítimas.

Referências

1. Medina ABC, Penna LHG. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 dez;12(4):793-98.
2. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamila R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Oct [cited 2016 Dec 04]; 42(5):877-885. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500013&lng=en. Epub July 31, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000041>.
3. Organização Panamericana de Saúde- OPS. *Informe Mundial Sobre la Violência y la Salud*. Washington (USA); 2002.
4. Audi, CAF et al. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery*, 2012;28(4):416-421. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(11\)00072-6/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(11)00072-6/abstract)>. Acesso em: 15 Dez. 2015.
5. Viellas EF et al. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. *J. Pediatr.* (Rio J.), Porto Alegre, Fev. 2013;89(1):83-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov. 2015.
6. Lourenco MA, Deslandes SF. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, Ago

- 2008;42(4):615-621. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jan. 2016.
7. Saifuddin A, Koenig MA, Stephenson R. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *American Journal of Public Health*, 2006;96(8):1423. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1522123/?tool=pubmed>>. Acesso em: 22 Dez. 2015.
 8. Garcia-Moreno C et al. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization, 2005.
 9. Okada MM et al. Violência doméstica na gravidez. *Acta paul. enferm.* São Paulo, Jun. 2015;28(3):270-274. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000300270&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Dez. 2015.
 10. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Dados com base no Levantamento Sócio Econômico*; 2013 IBOPE.
 11. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, Dez 2000;34(6):610-616. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2015.
 12. Santos SA et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet*, 2010;18(4):483-93. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_483-493.pdf>. Acesso em: 25 Jan. 2016.
 13. Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016;16:228, 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988038/pdf/12884_2016_Article_1017.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.
 14. Menezes TC et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, Jun 2003;25(5):309-316. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov. 2015.
 15. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TVB, Valongueiro SA. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Dec 06];45(6):1044-1053. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600006&lng=en. Epub Oct 14, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000074>.
 16. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2010 [cited 2016 Dec 06];37(5):216-222. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000500006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000500006>.
17. Lettiere A, Nakano MAS, Bittar DB. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta paul. enferm.* São Paulo, 2012;25(4):524-529. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2015.
 18. Silva RA et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, dez. 2012;46(6):1014-1022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2016.
 19. Mattar R et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, Set. 2007;29(9):470-477. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000900006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Nov. 2015.
 20. Sgobero JKGS et al. Violência física por parceiro íntimo na gestação: prevalência e alguns fatores associados. *Aquichán*, Bogotá, Jul 2015;15(3): 339-350. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Nov. 2016.
 21. Silva GV. A violência de gênero no Brasil e o gemido das mulheres evangélicas. *Discernindo - Revista Teológica Discente da Metodista*. jan.dez. 2013;1(1):131-142.
 22. Doubova SV et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(4):582-590.
 23. Urquia ML, O'Campo PJ, Ray JG. Marital status, duration of cohabitation, and psychosocial well-being among childbearing women: a canadian nationwide survey. *American journal of public health*, 2013;103(2):e8-e15.

5.2 PRODUTO 1

“Violência doméstica na gestação: um problema de todos”

Equipe técnica: Enf^a. Karina Fardin Fiorotti, Prof^a. Dr^a. Franciéle Marabotti Costa Leite e Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim.

Tecnologia educacional em forma de folder visando a orientação das mulheres quanto aos tipos de violência, formas de enfrentamento e redes de apoio.

5.2.1 Introdução

A violência doméstica ainda possui forte traço cultural em nossa sociedade, não permitindo que ações de prevenção e controle disparadas, principalmente pelo poder público, ganhem o efeito almejado (SALIBA *et al.*, 2007). A complexidade da questão exige diferentes abordagens e olhares sobre o mesmo objeto para a construção conjunta de soluções, integrando os diversos saberes e práticas envolvidos (MALTA *et al.*, 2007).

Neste contexto, o enfermeiro, reconhecido pelo seu papel educador no âmbito da saúde, pode contribuir para o empoderamento e a melhoria da qualidade de vida de vida de seus pacientes (FONSECA *et al.*, 2011). Para tanto, a utilização de tecnologias educacionais pode auxiliar o profissional nesse processo.

Entretanto, é válido destacar que a entrega de material impresso de maneira isolada não é capaz de gerar as reflexões necessárias sobre o fenômeno; faz-se necessário que a comunicação entre o enfermeiro e seu paciente seja efetiva, possibilitando trocas de experiências para que os participantes se tornem ativos no processo de construção de seus conhecimentos (FONSECA *et al.*, 2011).

5.5.2 Produto

Trata-se da confecção de uma tecnologia educacional em formato folder informativo, por meio de divulgação impressa, que tem por objetivo ampliar o conhecimento das mulheres sobre os tipos de violência doméstica, suas implicações e os contatos da rede de apoio local. Espera-se que este material contribua como mais uma ferramenta no combate e enfrentamento da violência contra a mulher, podendo ser utilizado nas ações educativas da equipe assistencial.

Percebe-se que, em atividades de educação em saúde, o folder pode constituir um instrumento que funciona como facilitador na transmissão da informação. Abaixo é apresentado o folder que foi construído.

ONDE PROCURAR AJUDA:

DISQUE DENÚNCIA
180 OU 100

Centro Integrado Operacional de
Defesa Social (CIODES)
190

Delegacia de atendimento à
mulher/VITÓRIA
3137-9115

Centro de Referência de
Atendimento à Mulher (CAVVID)
3382-5464/3382-5465

Serviço de Atendimento à Vítimas de
Violência do Município de Vitória
(SASV)
3323-3777/3332-3290

Programa de Atendimento a Vítimas
de Violência Sexual (PAVVIS)
3335-7184

Elaboração:

Enf^a Karina Fardin Fiorotti
Prof^a Dr^a Franciele Marabotti Costa Leite
Prof^a Dr^a Maria Helena Costa Amorim

Apoio:



**VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA
NA
GESTAÇÃO**

Um problema de todos.



*NENHUMA MULHER
MERECE SOPRER
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA*



O que é violência contra mulher?

A Lei Maria da Penha define violência contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.

A lei 11.340, também conhecida como Lei Maria da Penha, foi criada para aumentar o rigor das punições nos casos de violência contra a mulher quando ocorridas no ambiente doméstico/familiar e prevê a adoção de políticas públicas voltadas à prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Quais são as formas de violência contra a mulher?

Violência física: ofende sua integridade ou saúde corporal.

Violência psicológica: qualquer tipo de dano emocional, diminuição da autoestima, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, perseguição, insulto ou chantagem.

Violência sexual: conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Violência patrimonial: retenção, subtração ou destruição de seus bens, instrumentos de trabalho ou recursos econômicos.

Violência moral: configura calúnia, difamação ou injúria.

NÃO SE CALE DIANTE DA VIOLÊNCIA.

DENUNCIE!



Há de se considerar que a violência contra a mulher é uma das principais formas de violação de direitos humanos; um problema mundial de saúde pública que não distingue sua vítima por classe social, etnia, religião, idade, estado civil, escolaridade ou orientação sexual. Quando ocorre durante gestação, torna-se particularmente preocupante visto os efeitos adversos para a saúde da mãe e da criança.

5.3 PRODUTO 2

“Rastreamento da violência doméstica por meio da consulta de admissão”

Equipe técnica: Enf^a. Karina Fardin Fiorotti, Prof^a. Dr^a. Franciéle Marabotti Costa Leite e Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim.

Rastreamento da violência doméstica por meio de instrumento utilizado na consulta de admissão realizada pelos enfermeiros a todas as mulheres atendidas nas unidades materno-infantil e atenção à saúde da mulher.

5.3.1 Introdução

O setor da saúde e seus profissionais possuem importante papel no combate à violência doméstica; com destaque para o profissional Enfermeiro e o seu perfil assistencial acolhedor e agregador, características essenciais no manejo desses casos.

O processo de enfermagem, regulamentado pela Resolução COFEN 358/2009, é composto por cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essa sistematização organiza o trabalho do profissional Enfermeiro, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem, sendo uma de suas etapas o processo de coleta de dados. Para tanto, faz-se necessário o uso de instrumentos que orientem os tipos específicos de dados a serem coletados e processados, direcionando-os para cada circunstância (CLEIRES *et al.*, 2015).

As unidades Materno-Infantil e Atenção à Saúde da Mulher da Maternidade do HUCAM possuem formulários próprios de coleta de dados na admissão e evolução diária das mulheres internadas nas enfermarias, com foco na saúde reprodutiva das mulheres. Entretanto, são formulários que não fazem menção a rastreio de situações de violência.

5.3.2 Produto

Trata-se da ampliação do instrumento de admissão de enfermagem utilizado atualmente com a inclusão de perguntas referentes ao rastreio de violência doméstica, similares ao instrumento AAS – Abuse Assessment Screen utilizado na pesquisa. Foram adicionadas as seguintes questões:

No último ano você foi maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo parceiro ou por alguém importante para você? Sim Não

Na gestação atual, isto aconteceu? Sim Não

A primeira pergunta tem o intuito de dar temporalidade ao evento, dando ao enfermeiro a percepção da situação de violência atual. A segunda pergunta permite ao enfermeiro situar as agressões durante o período gestacional, o que nos proporciona a dimensão do problema, visto os possíveis danos à saúde da mãe e do bebê conforme já descrito anteriormente.

A adição de questões de abordagem à violência doméstica em um instrumento de rotina do Enfermeiro da área Materno-Infantil insere o profissional do cuidado no contexto de atenção a essas mulheres, bem como aproxima a temática ao cotidiano da assistência de enfermagem.

Um instrumento de coleta de dados mais amplo e abrangente possibilita ao enfermeiro uma diversidade de diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, potencializa a sua ação na elaboração de intervenções adequadas a cada indivíduo.

Entre os profissionais que compõem a equipe de saúde, o enfermeiro é reconhecido pelo seu perfil agregador, que transita nos diversos campos do conhecimento e nas diversas realidades sociais, com um olhar mais amplo para o indivíduo, identificando-o como ser singular e complexo, capaz de reorganizar-se. Por meio de ações direcionadas, o enfermeiro é capaz de promover e emancipar o indivíduo e sua família, tornando-os protagonistas da própria história (BACKES *et al.*, 2012).

Além disso, vale ressaltar que a notificação da confirmação ou suspeita da violência é obrigatória a todos os profissionais de saúde, constitui um instrumento imprescindível para a vigilância epidemiológica e conseqüentemente para a construção de políticas públicas de prevenção e intervenção (GARBIN *et al.*, 2015). Enquanto fenômeno pertencente à lista de doenças e agravos de notificação compulsória, a suspeita ou a confirmação da violência, deve ser comunicada às autoridades de referência em 24 horas, o que justifica a sua inclusão na abordagem e no cotidiano do profissional de saúde (BRASIL, 2011). Segue o formulário com as alterações destacadas.



PROCESSO DE ENFERMAGEM
Paciente Gineco-Obstétrica
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
ADMISSÃO GERAL

I. IDENTIFICAÇÃO	CNS	[]	Registro	[]
Nome:		Idade:		DN: ____/____/____
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Procedência:			
Data e hora de entrada no hospital: ____/____/____ às ____ hs			Setor de entrada:	

II. ENTREVISTA

Queixa principal/Motivo da internação:
Condições na chegada: <input type="checkbox"/> Acompanhado por _____ <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Trazido por ambulância <input type="checkbox"/> Verbalizando <input type="checkbox"/> Verbalizando com dificuldade <input type="checkbox"/> Não verbalizando <input type="checkbox"/> Deambulando <input type="checkbox"/> Deambulando com auxílio (muletas ou terceiros) <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Cateter de O ₂ nasal <input type="checkbox"/> Máscara com reservatório/Venturi <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Ventilação manual (ambu) <input type="checkbox"/> AVM <input type="checkbox"/> AVP em _____ <input type="checkbox"/> AVC em _____ <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Lesões da pele – Especificar _____ <input type="checkbox"/> Histórico de quedas _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____
Condições Sociais: (estado civil, escolaridade, profissão, moradia, condições financeiras, gregária e outros)
História da Doença Atual:
Uso de medicamentos domiciliar: (Especificar tipo, tempo de uso, dosagem, via de administração e frequência)
Alergias: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Especificar: _____
História Familiar:
Antecedentes: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> IC <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Cirrose <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Tratamento quimioterápico <input type="checkbox"/> Outros _____
Internações/Cirurgias anteriores: _____
Antecedentes Obstétricos: <input type="checkbox"/> Hipertensão Gestacional <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Eclâmpsia <input type="checkbox"/> DMG Outros: _____ G ____ P ____ A ____ Nº de PC ____ PV ____ Causas do Aborto: _____ Óbito Perinatal: <input type="checkbox"/> Natimorto <input type="checkbox"/> Neomorto Nº de Consultas de Pré-Natal: _____ Tipo sanguíneo: _____ Rh: _____ Isoimunização anterior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Testes rápidos: Sífilis: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente HIV: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente HbsAg: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente Realizado teste de Toxoplasmose? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Resultado: _____ Amamentação (ões) anterior (es): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tempo de amamentação do último filho? ____ meses Deseja amamentar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se gestante: Gravidez planejada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ IG: ____ semanas Tipo de gestação: <input type="checkbox"/> Alto risco <input type="checkbox"/> Risco habitual <input type="checkbox"/> Adolescente

Se puérpera: Dia do Parto: ___/___/___ Tipo de parto: _____
 Hora do nascimento do RN: _____ Sexo do RN: _____ Apgar: (___/___)

RN internado: Alojamento Conjunto
 UTIN Motivo: _____

Relação com o pai do RN: Boa Regular Ruim

Possui acompanhante de Livre Escolha: Sim Não Especificar: _____ Não se aplica

Hábitos de Vida:
 Lazer: _____
 Higiene: _____
 Alimentação: _____
 Ingesta hídrica: _____
 Sono e repouso: _____
 Eliminação vesical: _____
 Eliminação intestinal: _____
 Religiosidade: _____
 Tabagismo, etilismo e/ou outras drogas ilícitas (especificar e quantificar)? _____

No último ano você foi maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo parceiro ou por alguém importante para você? Sim Não
Na gestação atual, isto aconteceu? Sim Não

Precaução: Padrão Contato Gotículas Aerossóis Triagem de Vigilância
 Motivo: _____

Culturas na admissão: Swab retal Hemocultura Urocultura Outras: _____

III. GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

<input type="checkbox"/> Risco de Infecção	<input type="checkbox"/> Risco de Sangramento	<input type="checkbox"/> Risco de Queda	<input type="checkbox"/> Outro: _____
			<input type="checkbox"/> Outro: _____

CONTROLE DE DISPOSITIVOS E TERAPÊUTICA

Tipo	Início	Término	Tipo	Início	Término
AVC _____			SNG/SOG		
AVP _____			SNE		
PAM _____			SVD		

DRENOS

Tipo	Início	Término	Tipo	Início	Término

IV. IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO/ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/OBSERVAÇÕES

Data ___/___/___

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o primeiro estudo sobre violência realizado com puérperas atendidas em uma maternidade de alto risco no município de Vitória, Espírito Santo, e teve por objetivos descrever as prevalências de violência doméstica entre puérperas atendidas em uma maternidade de alto risco e examinar a associação desses agravos com as variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas da mulher. A partir dos dados obtidos, foi possível justificar a inclusão do tema no cotidiano assistencial do serviço de enfermagem da unidade.

Após a coleta e a análise dos dados, verificou-se, para algumas mulheres, a vivência de situações de maus tratos ao longo da vida, bem como o relato de violência física no último ano e na gestação. Além disso, observou-se que a idade, o número de gestações e a religião estiveram associados à maior ocorrência de maus tratos, assim como não ter companheiro teve relação com a prevalência de violência física seja no último ano ou na gestação.

Assim posto, os resultados reafirmam que a violência doméstica constitui um fenômeno presente na vida das mulheres, inclusive no período gestacional, e que seu caráter multifatorial e multidimensional exige das diversas áreas implicadas ações conjuntas e especializadas.

Para tanto, no diz respeito ao setor saúde, faz-se necessária a instrumentalização do profissional, na prevenção e enfrentamento do agravo, com destaque para o enfermeiro e seu perfil agregador frente à equipe de saúde e seu potencial acolhedor no atendimento às vítimas.

Desse modo, as ações educativas que fazem parte do cotidiano do enfermeiro, e que, de maneira geral, ocorrem sem planejamento ou suporte tecnológico, necessitam de uma abordagem adequada. É necessário conhecimento e sensibilização para o tema da violência, além de instrumentos de apoio pedagógico, como o folder informativo construído durante a pesquisa, que está sendo utilizado nas abordagens de educação em saúde com as puérperas internadas.

No que diz respeito à ampliação do instrumento de coleta de dados atualmente utilizado como parte do processo de enfermagem no serviço, a inserção de perguntas direciona o profissional para a identificação do fenômeno e a promoção de um cuidado de enfermagem qualificado. Do mesmo modo, aproxima esse agravo (violência contra

a mulher) da rotina do enfermeiro.

Por fim, acredita-se que este trabalho possibilita ao profissional da área de atenção à saúde da mulher ampliar o seu olhar acerca das situações de violência vivenciadas pelas usuárias de nossos serviços, bem como fomentar a necessidade de se construir ferramentas para melhor condução dos casos.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação**

Econômica Brasil. São Paulo: ABEP, 2014. Disponível em: <<http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/paginas/criterio-brasil-inicia-2015-com-nova-atualizacao-.aspx>> .Acesso em: 02 fev. 2016.

ANDALAF NETO, J. et al. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **Femina**, v. 40, n. 6, p. 301-306, Nov/Dez. 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/trabalho_publicado/Maria%20Jose%20Martins%20Duarte%20Osis.pdf> . Acesso em: 31 Ago. 2016.

AUDI, C. A. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-885, Out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500013&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 06 Nov. 2015.

AUDI, C. A. F. et al. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. **Midwifery**, v. 28, n. 4, p. 416-421, 2012. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(11\)00072-6/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(11)00072-6/abstract)> . Acesso em: 15 Dez. 2015.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>> . Acesso em: 22 Nov. 2016.

BESSA, M. M. M. et al. Violence against women during pregnancy: sistematized revision. **Reprodução & Climatério**, v. 29, n. 2, p. 71-79, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208714000466>> . Acesso em: 23 Jan. 2016.

BRASIL. Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 nov. 2003.

_____. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**: Brasília 08 ago. 2006.

_____. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jan. 2011.

BRASIL. Portaria n. 570/GM de 1 de junho de 2000. Estabelece normas para assistência pré-natal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 jun. 2000.

_____. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria n. 737/GM de 16 de maio de 2001. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p.

_____. Portaria n. 2.406/GM de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 nov. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**: Brasil. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

_____. Lei 13.104 de 9 de março de 2015. Inclui feminicídio como crime hediondo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 mar. 2015.

CERQUEIRA, D. et al. Nota técnica nº 17: **Atlas da Violência 2016**. IPEA. Brasília, mar. 2016.

CLEIRES, A. B. B. et al. Análise do conteúdo de uma tecnologia para raciocínio diagnóstico de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 261-268, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200261&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov. 2016.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Set. 2015.

DAHLEN, H. G. et al. Obstetric and Psychosocial Risk Factors for Australian-Born and Non-Australian Born Women and Associated Pregnancy and Birth Outcomes: A Population Based Cohort Study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. V. 15. p. 292, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4640409/?tool=pubmed>>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

DAOUD, N. et al. Prevalence of abuse and violence before, during, and after pregnancy in a national sample of Canadian women. **American journal of public health**, v. 102, n. 10, p. 1893-1901, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490644/?tool=pubmed>>. Acesso em: 23 out. 2015.

DAS, S. et al. Intimate partner violence against women during and after pregnancy: a cross-sectional study in Mumbai slums. **BMC public health**, v. 13, n. 1, p. 817, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3846679/?tool=pubmed>>. Acesso em: 23 out. 2015.

DASTUR, A., E.; TANK, P. D. Virginia Apgar and Evaluation of the Newborn Infant. **J**

Obstet Gynecol India v. 58, n. 4 p. 297-298, Jul/Ago 2008. Disponível em: <<http://medind.nic.in/jaq/t08/i4/jaqt08i4p297.pdf>>. Acesso em: 29 Jan. 2016.

DINIZ, N. M. F. et al. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador- BA. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 64, n. 6, p. 1010-1015, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2015.

DOUBOVA, S. V. et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 582-590. 2007.

DUARTE, M. C. et al. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n. 2, p. 325-332, Abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200325&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Dez. 2015.

DURAND, J. G; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 10, n. 3, p. 310-322, Set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Dez. 2015.

EL-BAYOUMI, G.; BORUM, M. L.; HAYWOOD, Y. Domestic violence in women. **Medical Clinics of North America**, v. 82, n. 2, p. 391-401, 1998. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002571250570612X>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

FAGEEH, W. M. K. Factors associated with domestic violence: a cross-sectional survey among women in Jeddah, Saudi Arabia. **BMJ open**, v. 4, n. 2, p. e004242, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927923/?tool=pubmed>>. Acesso em: 14 Jan. 2016.

FINNBOGADÓTTIR, H.; DYKES, A. K.; WANN-HANSSON, C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. **BMC women's health**, v. 14, n. 1, p. 63, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4030020/?tool=pubmed>>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, p.228, 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988038/pdf/12884_2016_Article_1017.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.

FONSECA-MACHADO, M. O. et al. Violência por parceiro íntimo e transtornos

ansiosos na gestação: importância da formação profissional da equipe de enfermagem para o seu enfrentamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 855-864, Out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500855&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Dez. 2015.

FONSECA, L. M. M. et al. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 190-196, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov. 2016.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. F. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 240-252, Fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Dez. 2015.

GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, Jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601879&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Nov. 2016.

GARCIA-MORENO, C. et al. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.

GHARACHEH, M. et al. Domestic Violence During Pregnancy and Women's Health-Related Quality of Life. **Global Journal of Health Science**. Vol. 8, No. 2; 2016. Disponível em: <<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/46251/26755>>. Acesso em: 09 Dez. 2015.

GOMES, N. et al. Cuidado à mulher em situação de violência conjugal: teoria fundamentada nos dados. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 12, n.4, p. 782-93, Dez. 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4138>>. Acesso em: 06 Nov. 2015.

JAHANFAR, S.; HOWARD, L. M.; MEDLEY, N. **Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women**. The Cochrane Library, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009414.pub3/pdf>>. Acesso em: 31 Ago. 2016.

JAMSHIDIMANESH, M. et al. Domestic violence against pregnant women in Iran. **Journal of family & reproductive health**, v. 7, n. 1, p. 7, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064743/?tool=pubmed>>. Acesso em: 15 Jan. 2016.

KOVRT, B. K.; BARRUECO, S.; PEREZ, C. P. Domestic violence as a threat to maternal and child well-being in an urban migrant community in Peru. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 4-5, p. 265-272, Mai. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Dez. 2015.

LEITE, F.M.C. **Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e suas implicações na prevenção do câncer de colo do útero**. 2016. 196f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; BITTAR, D. B. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 25, n. 4, p. 524-529, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2015.

LIMA, M. L. C. de. Sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Hoje. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1654-1655, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500005>.

LOURENCO, M. A.; DESLANDES, S. F. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 615-621, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jan. 2016.

MALTA, D. C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 45-55, mar. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 Ago. 2016.

MARTINS, A. P. A.; CERQUEIRA, D.; MATOS, M. V. M. Nota técnica nº 13. **A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil**. IPEA. Brasília, mar. 2015.

MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-477, Set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000900006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Nov. 2015.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009.

MENEZES, T. C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-316, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov. 2015.

MORAES, C. L; ARANA, F. D. N; REICHENHEIM, M. E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 667-676, Ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 Dez. 2015.

NETTO, L. A. et al. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 27, n. 5, p. 458-464, Out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Dez. 2015.

NUNES, M. A. A. et al. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. **The European Journal of Public Health**, v. 21, n. 1, p. 92-97, 2011. Disponível em: <<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/21/1/92>>. Acesso em: 11 Jan. 2015.

OKADA, M. M. et al. Violência doméstica na gravidez. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 28, n. 3, p. 270-274, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000300270&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Dez. 2015.

OLIVEIRA, A. S. D. **Violência entre parceiros íntimos durante a gestação**: um fator de risco para o desmame precoce? 2008. 186 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, M. T. et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 166-178, mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2015.

ORTEGA-GARCÍA, J. A. et al. Violence against women and gastroschisis: A case-control study. **International journal of environmental research and public health**, v. 10, n. 10, p. 5178-5190, 2013. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3823316/?tool=pubmed>>. Acesso em: 15 Jan. 2016.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAUNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 351-358, Abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov. 2015.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de constructo. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18>>. Acesso em: 11 Jan. 2016.

PEREIRA P. K. et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Rev Psiq Clin**, v. 37, n.5, p. 216-22, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n5/a06v37n5.pdf>>. Acesso em: 11 Jan 2016.

PORTO, R. T. S.; BISPO JUNIOR, J. P.; LIMA, E. C. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis**: Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 787-807, Set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300787&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Out. 2015.

REICHENHEIM, M. E; MORAES, C. L; HASSELMANN, M. H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 610-616, Dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2015.

RIBEIRO, M. R. C. et al. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, p. 66, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927820/pdf/1471-2393-14-66.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

RODRIGUES, D. P. et al. Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 206-212, Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200206&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jan. 2016.

SAIFUDDIN, A.; KOENIG, M. A.; STEPHENSON, R. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 8, p. 1423, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1522123/?tool=pubmed>>. Acesso em: 22 Dez. 2015.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jul. 2016.

SANTOS, S. A. et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Cad Saúde Colet**, v. 18, n. 4, p. 483-93, 2010. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_483-493.pdf>. Acesso em: 25 Jan. 2016.

SGOBERO, J. K. G. S. et al. Violência física por parceiro íntimo na gestação: prevalência e alguns fatores associados. **Aquichán**, Bogotá, v. 15, n. 3, Jul 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jan. 2016.

SILVA, C. D. et al. Violence against women: aggressors drug users. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 2494-2504, Abr. 2015a. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3880>>. Acesso em: 22 Dez. 2015.

SILVA, M. A. et al. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 264-272, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 Nov. 2015.

SILVA, S. A. et al. Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo, v. 25, n. 2, 2015b. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 Dez. 2015.

SIMÓN, T. Y.; AZNAR, C. T. Violencia de pareja hacia las adolescentes y jóvenes atendidas en una consulta de anticoncepción e indicadores de riesgo. **Revista Española de Medicina Legal**, 2015. Disponível em: <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90434518&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=285&ty=142&accion=L&origen=zonadectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v41n03a90434518pdf001.pdf> Acesso em: 02 Dez. 2015.

SIPSMA, H. L. et al. Breastfeeding intentions among pregnant adolescents and young adults and their partners. **Breastfeeding Medicine**, v. 8, n. 4, p. 374-380, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725794/?tool=pubmed>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

TAFT, A. J. et al. Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 811, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/811>>. Acesso em: 23 out. 2015.

VIELLAS, E. F. et al. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 89, n. 1, p. 83-90, Fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov. 2015.

WAISELFISZ J. J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. 1. ed. Brasília: FLACSO Brasil, 2015.

WHO Global Consultation on Violence and Health. **Violence: a public health priority**. Geneva, World Health Organization, 1996.

ZHANG, Y. et al. Correlation of domestic violence during pregnancy with plasma amino-acid neurotransmitter, cortisol levels and catechol-o-methyltransferase Val (158) Met polymorphism in neonates. **Asia-Pacific Psychiatry**, v. 5, n. 1, p. 2-10, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/appy.12021/epdf>>. Acesso em: 19 Dez. 2015.

APÊNDICE A**Formulário dos dados socioeconômicos, demográficos e reprodutivos**

1. Qual a idade da Sra.? ____ anos

2. Qual a religião da Sra.?

- (1) Católica
- (2) Espírita
- (3) Sem religião, mas espiritualizado
- (4) Evangélica
- (5) Duas ou mais religiões simultâneas
- (6) Outras: _____

3. Atualmente, qual a situação conjugal da Sra.?

- (1) Solteira
- (2) Casada/Vive como casada
- (3) Divorciada
- (4) Separada
- (5) Viúva
- (6) Outros: _____

4. A Sra. estudou em colégio?

- (0) Não (1) Sim

5. Até que série a Sra. completou na escola? ____ Série ____ Grau

6. A Sra. tem trabalho remunerado?

- (0) não (1) sim

7. Outras pessoas na sua casa trabalharam e receberam salário no último mês?

- (0) Não (1) Sim

8. Quantas? ____ pessoas trabalham.

9. No mês passado, quanto receberam essas pessoas (INCLUINDO A ENTREVISTADA CASO POSSUA TRABALHO REMUNERADO)?

Pessoa 1 R\$ _____ por mês Pessoa 2 R\$ _____ por mês
Pessoa 3 R\$ _____ por mês Pessoa 4 R\$ _____ por mês

10. Essa gravidez foi planejada pela Sra?

- (0) não (1) sim

11. Essa gravidez foi desejada pela Sra?

(0) não (1) sim

12. Quantas vezes a Sra ficou grávida? _____

13. Quantos filhos vivos a Sra tem? _____

14. A Sra. teve algum aborto (<22 semanas)?

(0) não (1) sim

15. Com quantos anos teve a Sra. sua primeira relação sexual? _____ anos

16. Fez pré-natal nesta gestação?

(0) não (1) sim

17. Quantas consultas? _____ consultas

APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, fui convidado (a) a participar do estudo intitulado “Prevalência e fatores associados à violência doméstica: Estudo em uma maternidade de alto risco”, que faz parte da pesquisa de mestrado da Enf^a Karina Fardin Fiorotti, sob a orientação da Profa. Dra. Franciéle Marabotti Costa Leite e co-orientação da Profa. Dra. Maria Helena Costa Amorim.

JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

A violência contra a mulher em qualquer momento de seu ciclo vital se configura em um grave problema social e de saúde pública em todo o mundo; quando ocorre na gestação – momento de maior fragilidade física e emocional da mulher -, exige uma atenção especial dos diversos equipamentos públicos envolvidos. Esse tipo de violência pode acarretar danos à saúde materna e fetal.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Identificar a prevalência dos tipos de violências contra a mulher durante a gestação e seus fatores associados.

PROCEDIMENTOS

A participação se dará por meio de entrevista estruturada com preenchimento de 02 formulários pelo entrevistador, individualizado e em local reservado. A entrevista para preenchimento dos formulários deve durar um tempo total de cerca de 30 min. após preenchimento dos formulários, eles serão devidamente guardados em uma pasta de acesso apenas do pesquisador e sua equipe.

RISCOS E DESCONFORTOS

Esta pesquisa possui risco mínimo, uma vez que o risco se concentra na necessidade do participante despendar um pouco do seu tempo para participar do estudo (aproximadamente 30 minutos), além da possibilidade de exposição dos indivíduos ao constrangimento em responder o instrumento de coleta de dados, o que será minimizado pelo fato do instrumento ser aplicado de forma individual, em um espaço físico reservado e confortável. Todas as informações serão acessadas apenas pela equipe de pesquisa, sendo disponibilizado para a instituição cópia do trabalho finalizado, sem a possibilidade de identificação ou individualização das respostas.

BENEFÍCIOS

O benefício dessa pesquisa se concentra na identificação da prevalência e de fatores associados à violência doméstica contra gestantes, no intuito de caracterizar o fenômeno e obter bases para criação de estratégias no combate e rastreamento desse tipo de violência.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Não existe nenhuma obrigação na participação da pesquisa, sendo possível desistir a qualquer momento, sem questionamentos ou penalidade por essa decisão.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes de forma alguma, sendo assegurado total sigilo sobre a sua participação.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

A Resolução CNS N°466 de 2012, item II.21, define ressarcimento como compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação.

Assim, a participação neste estudo não compreenderá nenhum tipo de ressarcimento, haja vista que você não terá nenhuma despesa para participar deste estudo.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, deve-se contatar a pesquisadora Karina Fardin Fiorotti, no telefone (27) 99824-1509. Também pode-se contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do HUCAM, responsável pela apreciação ética desse estudo, pelo telefone (27) 3335-7326 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Av. Marechal Campos, 1355, Santos Dumont, CEP 29.043-900, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus

direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo(a) pesquisador(a).

Vitória-ES, ___/___/_____

Participante da pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Prevalência e fatores associados à violência doméstica: Estudo em uma maternidade de alto risco”, eu, Karina Fardin Fiorotti, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4, da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória-ES, ___/___/_____

Karina Fardin Fiorotti

APÊNDICE C

Termo de confidencialidade e sigilo

Eu, **Karina Fardin Fiorotti**, brasileira, casada, enfermeira, inscrita no CPF 109 029 197 33, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“Prevalência e fatores associados à violência doméstica: Estudo em uma maternidade de alto risco”**, a que tiver acesso nas dependências do Hospital Cassiano Antônio Moraes-UFES.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação do projeto de pesquisa acima mencionado.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Vitória, ____ de _____ de _____

Pesquisador(a) Responsável

APÊNDICE D

Folder

ONDE PROCURAR AJUDA:

DISQUE DENÚNCIA
180 OU 100

Centro Integrado Operacional de
Defesa Social (CIODES)
190

Delegacia de atendimento à
mulher/VITÓRIA
3137-9115

Centro de Referência de
Atendimento à Mulher (CAVVID)
3382-5464/3382-5465

Serviço de Atendimento à Vítimas de
Violência do Município de Vitória
(SASV)
3323-3777/3332-3290

Programa de Atendimento a Vítimas
de Violência Sexual (PAVVIS)
3335-7184

Elaboração:
Enfª Karina Fardin Fiorotti
Profª Drª Franciele Marabotti Costa Leite
Profª Drª Maria Helena Costa Amorim

Apoio:



**VIOÊNCIA
DOMÉSTICA
NA
GESTAÇÃO**

Um problema de todos.



*NENHUMA MULHER
MERECE SOFRER
VIOÊNCIA DOMÉSTICA*



O que é violência contra mulher?

A Lei Maria da Penha define violência contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.

A lei 11.340, também conhecida como Lei Maria da Penha, foi criada para aumentar o rigor das punições nos casos de violência contra a mulher quando ocorridas no ambiente doméstico/familiar e prevê a adoção de políticas públicas voltadas à prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Quais são as formas de violência contra a mulher?

Violência física: ofende sua integridade ou saúde corporal.

Violência psicológica: qualquer tipo de dano emocional, diminuição da autoestima, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, perseguição, insulto ou chantagem.

Violência sexual: conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Violência patrimonial: retenção, subtração ou destruição de seus bens, instrumentos de trabalho ou recursos econômicos.

Violência moral: configura calúnia, difamação ou injúria.

NÃO SE CALE DIANTE DA VIOLÊNCIA.

DENUNCIE!



Há de se considerar que a violência contra a mulher é uma das principais formas de violação de direitos humanos; um problema mundial de saúde pública que não distingue sua vítima por classe social, etnia, religião, idade, estado civil, escolaridade ou orientação sexual. Quando ocorre durante gestação, torna-se particularmente preocupante visto os efeitos adversos para a saúde da mãe e da criança.

ANEXO A

Inquérito da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

1. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular

(0) nenhum

(1) um

(2) dois

(3) três

(4) quatro ou mais

2. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana

(0) nenhum

(1) um

(2) dois

(3) três

(4) quatro ou mais

3. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho

(0) nenhum

(1) um

(2) dois

(3) três

(4) quatro ou mais

4. Quantidade de banheiros

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

5. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

6. Quantidade de geladeiras

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

7. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

8. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

9. Quantidade de lavadora de louças

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

10. Quantidade de fornos de micro-ondas

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

11. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

12. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca

- (0) nenhum
- (1) um
- (2) dois
- (3) três
- (4) quatro ou mais

13. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

- (1) Rede geral de distribuição
- (2) Poço ou nascente
- (3) Outro meio

14. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

- (1) Asfaltada/Pavimentada
- (2) Terra/Cascalho

15. Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

<u>Nomenclatura atual</u>	<u>Nomenclatura anterior</u>
(0) Analfabeto/Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
(1) Fundamental I completo Fundamental II incompleto	Primário Completo Ginásio Incompleto
(2) Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
(3) Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
(4) Superior completo	Superior Completo

ANEXO B
Abuse Assessment Screen (AAS)

Versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen (AAS)* usado no rastreamento de violência contra a mulher durante a gestação.

1. Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?

SIM (1) NÃO (0)

2. Neste último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

SIM (1) NÃO (0)

Caso afirmativo (sim), quem?

(1)Marido (2)Ex-marido (3)Namorado (4)Estranho (5)Outro_____

Número de vezes_____

3. Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

SIM (1) NÃO (0)

Caso afirmativo (sim), quem?

(1)Marido (2)Ex-marido (3)Namorado (4)Estranho (5)Outro_____

Número de vezes_____

Marque a área traumatizada no diagrama do corpo humano. Marque cada episódio de acordo com a escala a seguir:

1 - Ameaças de maus-tratos/agressão, inclusive com uma arma

2 - Tapa, empurrão; sem machucar ou ferimento ou dor duradoura

3 - Soco, chute, machucado/"mancha roxa", cortes e/ou dor contínua

4 - Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados

5 - Danos na cabeça, internos e/ou permanentes

6 - Uso de armas, ferimento por arma

(Escolha a descrição com o maior número)

4. Neste último ano (12 meses), alguém forçou você a realizar atividades sexuais?

SIM (1) NÃO (0)

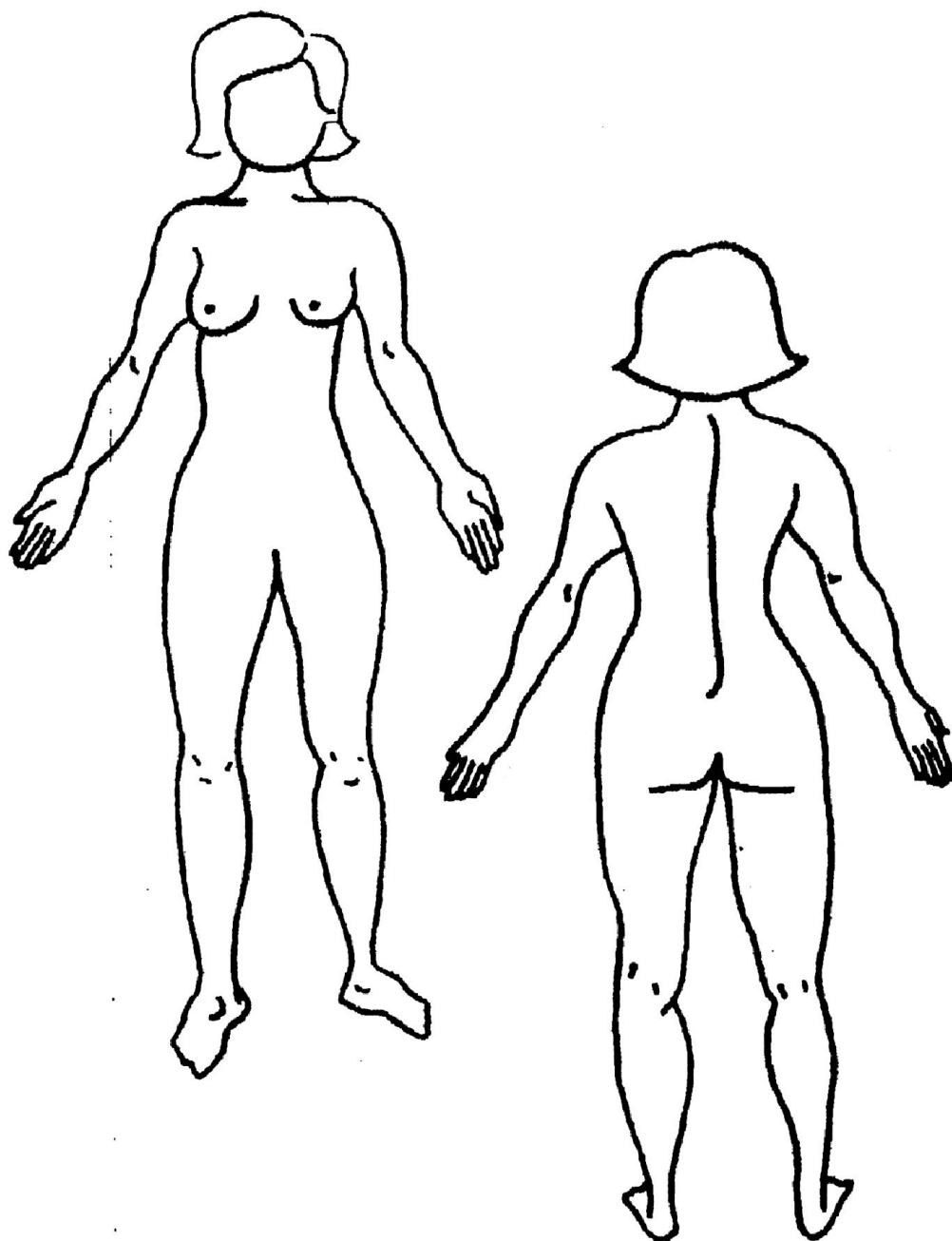
Caso afirmativo (sim), quem?

(1)Marido (2)Ex-marido (3)Namorado (4)Estranho (5)Outro_____

Número de vezes_____

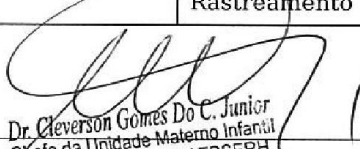
5. Você tem medo do seu parceiro ou de alguém importante para você?

SIM (1) NÃO (0)




ANEXO C

FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NO HUCAM		
Título do Projeto: Prevalência e fatores associados à violência doméstica contra a mulher no período gestacional em uma maternidade de alto risco em Vitória/ES		
Classificação da Pesquisa: Pesquisa Acadêmica		
Responsável pela Instituição: Franciele Marabotti Costa Leite		
Pesquisador Principal: Karina Fardin Fiorotti		
Link do Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/7170760158919766		E-mail do Responsável na Inst.: francielemarabotti@gmail.com
Programa de Pós-Graduação(Se Pertinente): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem		
Tipo de Participação: Instituição Responsável	Número de Participantes.: 300	Estudo Multicêntrico: Não
INFORMAÇÕES FINANCEIRAS		
Tipo de Fomento: Nenhum		Recursos em Capital Aplicados no Hospital: R\$
Recursos em Custeio Aplicados no Hospital: R\$		Recursos em Bolsas: R\$
Financiador(es):		
Ano de Início do Projeto: 04/2016	Ano de Enc.: 07/2016	Instituições Participantes:
Área de Conhecimento: Ciências da Saúde		Natureza da Pesquisa: Saúde Coletiva
Tipo de Pesquisa: Epidemiologia		
Sector de Aplicação dos Resultados da Pesquisa: Políticas, Programas, Ações e Serviços de Saúde		
Agravo em Saúde em Investigação: Gravidez, Parto e Puerpério		
Tipo(s) de Tecnologia(s) em Investigação:		Natureza de Aplicação da Tecnologia em Investigação: Rastreamento


 Dr. Cleverton Gomes Do C. Junior
 Chefe da Unidade Materno Infantil
 Autorização do Projeto no HUCAM

(Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Setor/Serviço em que será realizado o estudo)

Data: 03/03/16


 Anuência GEP
 Data: 07/03/2016

ANEXO D

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO EM VITÓRIAS

Pesquisador: Karina Fardin Fiorotti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55247716.5.0000.5071

Instituição Proponente: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.520.905

Apresentação do Projeto:

Durante esses anos dedicados à Enfermagem, tive a oportunidade de vivenciar diferentes situações e sentimentos relacionados à assistência aos pacientes. No entanto, a experiência do atendimento às mulheres vítimas de violência nos nossos serviços de saúde, deixou uma incômoda marca na minha trajetória profissional, uma vez que apesar de atuar em um hospital de referência às mulheres vítimas de violência, o serviço muitas vezes não oferece uma assistência diferenciada. A maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), enquanto maternidade de referência para gestação de alto risco, recebe gestantes com histórias marcadas por todo tipo de violência e violação de direitos; mas nem sempre a equipe está preparada para acolher suas demandas. De maneira geral, o que se percebe é a dedicação da equipe em tratar a doença focando suas ações em procedimentos técnicos, deixando para o segundo plano a escuta às outras demandas de ordem social e emocional. Diante dessa realidade, encontrei no mestrado profissional a oportunidade de aprofundar os estudos acerca do tema da violência e contribuir para a otimização da

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES **Município:** VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7326

CEP: 29.043-900

E-mail: cephucam@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES



Continuação do Parecer: 1.520.905

assistência às mulheres vitimadas, visto ser a violência um tema de grande relevância para a saúde. Em amplo estudo organizado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) sobre violência doméstica contra a mulher em diversos países, identificou-se uma variação importante na prevalência de violência na gestação entre os países participantes; de 8% no Japão a 44% no Peru, estando o Brasil com preocupantes 32% de relatos de abusos durante a gravidez. (GARCIA-MORENO C. et al, 2005). Diariamente, basta abrir os jornais para constatar a posição de vulnerabilidade em que se encontram as mulheres capixabas: agressões de todo tipo, humilhações por questões de gênero, violação de direitos e mesmo homicídios por motivo banal. Comparado à um grupo de 83 países com dados consistentes, o Brasil ocupa a 5º posição com uma taxa de 4,8% de homicídios por 100 mil mulheres, perdendo apenas para El Salvador, Colômbia, Guatemala e Rússia. Observando os números dos últimos anos, somente no ano de 2013 o estado do Espírito Santo caiu para o segundo lugar no ranking nacional onde ocupou por muitos anos a primeira posição com taxa de 9,3% por 100 mil mulheres. A cidade de Vitória, porém, sustenta o primeiro lugar entre as capitais com taxa de 11,8% homicídios por 100 mil mulheres (WAISELFISZ, 2015). A violência custa milhões por ano, em valores humanos e econômicos, em especial no setor saúde, visto que não há apenas queda na produtividade econômica, mas também evidências de que vítimas de violência doméstica utilizam mais os serviços de saúde (DAHLBERG, KRUG, 2007). A violência contra a mulher, em qualquer momento de seu ciclo vital, se configura em um grave problema social e de saúde pública em todo o mundo; quando ocorre na gestação – momento de maior fragilidade física e emocional da mulher, exige uma atenção especial dos equipamentos públicos envolvidos (GARCIA-MORENO C. et al, 2005). Assim posto, para haver alguma mudança neste cenário faz-se necessários estudos que abordam a desigualdade de gênero e o combate às múltiplas causas da violência, além de mudanças na legislação, bem como a criação de serviços específicos para as mulheres que vivem em situação de violência (GARCIA-MORENO C. et al, 2005). Desse modo, pesquisas sobre as diversas interfaces da violência doméstica no intuito de melhor

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7326

E-mail: cephucam@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES



Continuação do Parecer: 1.520.905

compreender o fenômeno e tornar mais eficientes e eficazes as ações de prevenção, cuidado e combate à violência são fundamentais.

Objetivo da Pesquisa:

- Descrever as prevalências dos tipos de violência contra a mulher durante a gestação;- Verificar a relação entre os tipos de violências durante a gestação e variáveis socioeconômicas, gineco-obstétricas da mulher;- Examinar a relação entre os tipos de violências vivenciadas durante a gestação e as variáveis clínicas da mulher e do recém-nascido. Identificar a prevalência dos tipos de violências contra a mulher durante a gestação e seus fatores associados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa possui risco mínimo, uma vez que o risco se concentra na necessidade do participante despendendo um pouco do seu tempo para participar do estudo (aproximadamente 30 minutos), além da possibilidade de exposição dos indivíduos ao constrangimento em responder o instrumento de coleta de dados, o que será minimizado pelo fato do instrumento ser aplicado de forma individual, em um espaço físico reservado e confortável. Todas as informações serão acessadas apenas pela equipe de pesquisa, sendo disponibilizado para a instituição cópia do trabalho finalizado, sem a possibilidade de identificação ou individualização das respostas.

Benefícios:

O benefício dessa pesquisa se concentra na identificação da prevalência e de fatores associados à violência doméstica contra gestantes, no intuito de caracterizar o fenômeno e obter bases para criação de estratégias no combate e rastreamento desse tipo de violência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e de extrema ajuda para sociedade se conscientizar sobre este assunto delicado que é Violência contra a mulher durante a gestação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados folha de rosto, termo de anuência da entidade coparticipante, orçamento e

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7326

E-mail: cephucam@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES



Continuação do Parecer: 1.520.905

currículo listadas acima dos segundo o previsto na Resolução 466/2012.

O TCLE ajustado se encontra dentro do projeto anexado. ,

Recomendações:

Sugere que o sigilo dos informações seja mantido e que durante a entrevista não haja coação com a mulher.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe pendências serem sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodissertacaofinal.doc	25/04/2016 08:07:50	Kátia Cirlene Gomes Viana	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_663488.pdf	05/04/2016 16:19:13		Aceito
Outros	Autorizacao_hucam.pdf	10/03/2016 04:22:12	Karina Fardin Fiorotti	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_preenchida_plataforma.pdf	21/02/2016 08:41:51	Karina Fardin Fiorotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Confidencialidade_e_Sigilo.docx	15/02/2016 13:39:34	Karina Fardin Fiorotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_WORD.docx	15/02/2016 13:37:35	Karina Fardin Fiorotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_dissertacao_final.docx	15/02/2016 13:34:58	Karina Fardin Fiorotti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7326

CEP: 29.043-900

E-mail: cepucam@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES



Continuação do Parecer: 1.520.905

VITORIA, 28 de Abril de 2016

Assinado por:
Claudio Piras
(Coordenador)

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3335-7326

E-mail: cephucam@gmail.com