



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

**FELIPE GOMES SANTIAGO
IAGO LUIZ FIGUEIREDO GUEDES**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM GESTANTES ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO
DESCRITIVO**

Campina Grande – Paraíba

2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

**FELIPE GOMES SANTIAGO
IAGO LUIZ FIGUEIREDO GUEDES**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM GESTANTES ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO
DESCRITIVO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Orientadora: Profa. Dra. Melania Maria Ramos Amorim
Co-orientadora: Profa. Ma. Lorena Carneiro de Macedo

Campina Grande – Paraíba

2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

S235v

Santiago, Felipe Gomes.

Violência doméstica em gestantes atendidas em uma Maternidade do Nordeste Brasileiro: um estudo descritivo / Felipe Gomes Santiago, Iago Luiz Figueiredo Guedes – Campina Grande, 2018.

75f.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2018.

Orientadora: Melânia Maria Ramos Amorim, Dra.

Co-orientadora: Lorena Carneiro de Macedo, Ms.

1. Violência contra a mulher. 2. Violência doméstica. 3. Gestação. I. Guedes, Iago Luiz Figueiredo. II. Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU614:364.632-055.26(043.3)



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

As 9 horas do dia 30 / 12 / 2018 nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Práticas Domésticas em Gestantes atendidas em uma maternidade - estudo de caso de gestantes brasileiras - um estudo descritivo

de autoria do(s) aluno(s):

Thiagu Gomes Santiago
Luiza Luiza Figueiredo Queiroz

sendo orientado(s) por:

Melânia Maria Ramos de Amorim

E Co orientador:

Lenora Carneiro de Macedo

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Melânia Amorim (Orientadora)
Maria Rosinete Santos Tavares (Participante)
Flávia Vitor (Participante)

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

Ambos realizaram a apresentação
passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 30 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu aprovar o trabalho, conferindo a nota final de 9,87. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 30 / 12 / 2018

Orientador

Melânia Amorim

Titular 1

Maria Rosinete S. Tavares

Titular 2

Flávia Vitor de Araújo

Suplente

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todas as mulheres participantes do estudo, sem as quais este trabalho não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Saber compreender uma fragilidade social abrange um significado muito maior do que simplesmente identificar e correlacionar fatores de risco e desfechos, quando se promove cuidado e saúde pública. Esse estudo demonstra, com sua relevância e peculiaridade, a necessidade fulcral da discussão que impõe sobre a frequência do tema abordado. Sendo, portanto, indispensável a participação de todos aqueles que contribuíram para a construção do nosso estudo.

Aos que acreditamos ser os motrizes em toda circunstância, Deus e nossos pais, que pelo incentivo, amor e inspiração, trilharam conosco nossas trajetórias e se empenharam na realização de nossos sonhos - e que se tornaram, também, os seus sonhos - obrigado por nos oferecerem tudo.

Agradecemos à Professora Doutora Melania Amorim, pelo estímulo, pela excelente orientação que culminou no acontecimento deste projeto, na perspectiva de ampliação inequívoca sobre a construção da ciência, da pesquisa e de nosso conhecimento. Depositou sobre nós a confiança em relação à seriedade de sua maestria, em reciprocidade aos detalhes e qualificação, por nós oferecidos, no desenvolvimento deste projeto. Gratidão pela infundável transmissão de seu saber.

Por bem, agradecemos à co-orientação da Professora Mestre Lorena Macêdo, tendo-se demonstrado disponível desde o esboço deste trabalho e, por todo mérito prestado, sendo também protagonista na produção e condução de conhecimento. Sem sua colaboração, certamente não chegaríamos aos interessantes fins deste estudo.

Também nosso obrigado à equipe de pesquisa (Maria, Clara, Laysa, Gustavo e Elizama) que contribuíram na aplicação e coleta de dados.

Por fim, e ademais importante, toda nossa gratidão às mulheres, em seu puerpério, com peculiares dificuldades, que tão prontamente se dispuseram a expor suas fragilidades, ou, até mesmo, despertar a ideia sobre o diálogo de tantos preceitos, atitudes e vivências suprimidas. Que, a elas, remeta sempre o ideal de mulheres insubversivas, com escolhas e perspectivas cada vez mais independentes; acreditando e levando consigo os valores de igualdade e direitos.

*Ensinamos as meninas a se retraírem, para inferiorizá-las
Dizemos para as garotas: você pode ter ambição, mas não demais
Você deve visar ser bem-sucedida, mas não tão "bem"
Caso contrário, ameaçará o homem
Porque eu sou uma fêmea, esperam que eu deseje me casar
Esperam que eu faça as minhas próprias escolhas na vida
Sempre tendo em mente que o casamento é a mais importante delas
Falando sério, o casamento pode ser uma fonte de alegria, amor e apoio mútuo
Mas por que ensinamos às garotas a aspirar ao casamento
E não ensinamos a mesma coisa aos meninos?
Educamos as garotas para se considerarem concorrentes
Não por emprego ou por realizações, o que eu penso que pode ser uma coisa boa
Mas pela atenção dos homens
Nós ensinamos as garotas que não podem ser seres sexuais da mesma forma que os garotos
são
Feminista: uma pessoa que acredita na igualdade social, política
E econômica entre os sexos*

Chimamanda Ngozi Adichie, Sejamos todos feministas.

RESUMO

CENÁRIO: a violência doméstica praticada contra a mulher vem sendo amplamente reconhecida como um problema de saúde global apresentando diversas repercussões clínicas e sociais. A gestação é um período de particular vulnerabilidade a esse tipo de violência, devido às novas demandas emocionais, físicas, econômicas e sociais que surgem com a gravidez. Isso levanta preocupações importantes relacionadas aos atos de violência que acontecem nesse período da vida da mulher, uma vez que podem acarretar graves consequências para o binômio mãe-bebê. **OBJETIVOS:** verificar a frequência de violência doméstica durante a gravidez em puérperas atendidas no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). **MÉTODOS** foi realizado um estudo do tipo corte transversal avaliando 310 mulheres que tiveram o parto assistido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), em Campina Grande – Paraíba, no período de setembro a dezembro de 2018. Foram verificadas características biológicas, socioeconômicas, hábitos de vida e aspectos psicológicos relativos à mulher e ao seu parceiro íntimo, bem como características da relação. Os dados referentes à violência psicológica, física e sexual foram verificados através do questionário utilizado no estudo *World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW)* da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre violência por parceiros íntimos contra mulheres, já traduzido e validado para o português. Foram documentados também os desfechos obstétricos, maternos e perinatais. A análise bivariada foi feita utilizando-se o teste do qui-quadrado para investigar a associação entre violência doméstica (VD) durante a gestação e as variáveis independentes, considerando-se o nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** A frequência de violência doméstica durante a gestação encontrada foi de 10,3%. A violência emocional foi a mais frequente (87,5%), seguida da sexual (18,7%) e da violência física (15,6%). Foi encontrada associação de violência doméstica com a história familiar de violência ($p=0,012$), com o número de filhos ($p=0,01$), com o abandono parental ($p=0,02$) e com o nível de aceitação da mulher à violência ($p=0,009$). **CONCLUSÃO:** Destaca-se a importância do estudo no sentido de fornecer dados que dimensionem a real magnitude da violência doméstica durante a gestação, contribuindo com informações relevantes que permitirão o planejamento de ações de prevenção e de enfrentamento desse problema de saúde pública.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Gestação.

-ABSTRACT

BACKGROUND: Domestic violence against women has been widely recognized as a global health problem presenting clinical and social repercussions. The childbearing period is a time of particular vulnerability to this type of violence due to innumerable factors, but mainly due to the new emotional, physical, economic and social demands that arise with pregnancy. This scenario raises important concerns regarding the acts of violence that happens in this period of the woman's life, since they can have serious consequences for the mother-baby binomial. **OBJECTIVES:** To evaluate the frequency of domestic violence during pregnancy in postpartum patients attended at the Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) in Campina Grande – Paraíba, Brazil. **METHODS:** A descriptive cross-sectional study was conducted among 310 women attended at a public maternity in northeastern Brazil from September-December 2018. The data-collecting instrument used was a questionnaire from the World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW) study on psychological, physical and sexual violence against women perpetrated by intimate partners. Questions about biological, socioeconomic, lifestyle and psychological aspects related to women and their intimate partner were added. Obstetric, maternal, and perinatal outcomes were documented as well. Bivariate analysis was conducted to determine the association between domestic violence and the various independent variables using the chi-square test at a 5% confidence level. **RESULTS:** Of the total women surveyed, 10,3% were victims of at least one form of domestic violence during pregnancy, emotional violence being the most common (87,5%), followed by sexual violence (18.7%) and physical violence (15.6%). There was an association between domestic violence and family history of violence ($p=0.012$), with the number of children ($p=0.01$), parental abandonment by the intimate partner ($p=0.02$) and women's level of acceptance to violence ($p = 0.009$). **CONCLUSION:** We highlight the importance of the study to provide data that dimension the real magnitude of domestic violence during pregnancy, contributing with relevant information that will allow the planning of preventive actions and support services, thereby decreasing the prevalence of adverse health outcomes.

Keywords: Violence against women. Domestic violence. Pregnancy

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Características biológicas, sociodemográficas e maritais das participantes da pesquisa. Campina Grande-PB, 2018.

Tabela 2 - Características sociodemográficas e comportamentais dos parceiros. Campina Grande-PB, 2018.

Tabela 3 - Características biológicas, socioeconômicas e comportamentais da mulher e sua associação com a violência doméstica durante a gestação. Campina Grande-PB, 2018.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIG: Adequado para a idade gestacional

CEP: Comitê de ética em pesquisa

DPPNI: Descolamento prematuro de placenta normoinserida

GIG: Grande para a idade gestacional

ISEA: Instituto de Saúde Elpídio de Almeida

OMS: Organização mundial de saúde

PIG: Pequeno para a idade gestacional

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de consentimento livre esclarecido

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

VD: Violência doméstica

WHO-VAW: *World Health Organization Violence Against Women*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. HIPÓTESES.....	15
3. OBJETIVOS.....	16
4. MÉTODOS.....	18
5. RESULTADOS.....	29
6. DISCUSSÃO.....	35
7. CONCLUSÕES.....	39
8. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES.....	41
9. REFERÊNCIAS.....	42
10. APÊNDICES.....	45
11. ANEXOS.....	62

I. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece como violência contra a mulher todo ato de violência contra a pessoa do sexo feminino, que tenha ou possa ter como resultado um dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, inclusive as ameaças, a coação ou a privação da liberdade tanto na vida pública como na privada (ELLSBERG; HEISE, 2013)(KRUG et al., 2002).

Dentre as diversas formas de violência contra a mulher, a violência doméstica (VD) - definida como a violência que ocorre dentro de seu lar - é considerada como a mais prevalente, sendo praticada pelo parceiro íntimo na maioria das vezes (KRUG et al., 2002). De acordo com estimativas do Banco Mundial, existe maior probabilidade de uma mulher ser espancada, violada ou assassinada por seu parceiro atual do que por um desconhecido (HEISE; PITANGUY; GERMAIN, 1994). A prevalência de VD tem percentuais que diferem bastante quando comparamos os dados entre países e até mesmo entre as diferentes regiões de um mesmo país. Isso pode ser explicado, em parte, pelas diferenças metodológicas dos estudos e pelas diversas definições de violência consideradas. Um importante estudo multicêntrico realizado pela OMS em 15 localidades de 10 países encontrou valores de prevalência da violência praticada pelo parceiro em algum momento da vida da mulher variando de 15% no Japão a 71% na Etiópia (GARCIA-MORENO et al., 2005). No Brasil, encontrou-se uma prevalência de 29%(GARCIA-MORENO et al., 2006).

A gravidez e o parto tendem a ser caracterizados como marcos significantes para muitos casais e para suas famílias, trazendo alegrias e novos desafios para os relacionamentos (VAN PARYS et al., 2014). A gestação é um tempo de particular vulnerabilidade à VD, devido, principalmente, às novas demandas emocionais, físicas, econômicas e sociais que surgem com a gravidez. No entanto, esse período vulnerável não se restringe apenas ao tempo que decorre entre a concepção e o parto. Estudos demonstram que os fatores de risco associados à VD durante a gestação abrangem o período de um ano antes da concepção até um ano após o parto (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010).

A mulher está suscetível a variadas formas de violência em diferentes momentos durante seu ciclo de vida. No entanto, existe uma preocupação maior quando ocorre no período gestacional, uma vez que esse tipo de violência pode acarretar em irreparáveis consequências para o binômio mãe-bebê (BESSA et al., 2014). Alguns estudos consideram a gravidez como incremento ao risco de violência, podendo variar tanto a frequência quanto a gravidade, e a violência pode até mesmo ser iniciada nessa etapa da vida da mulher (MARTIN et al., 2004).

Uma metanálise realizada com 92 estudos de 23 países (incluindo o Brasil) encontrou uma prevalência média de VD durante a gestação de 19,8%, sendo 28,4% caracterizada como violência de ordem psicológica, 13,8% de ordem física e 8,0% de ordem sexual. A prevalência global variou de 13,3% em países desenvolvidos a 27,7% em países subdesenvolvidos (JAMES; BRODY; HAMILTON, 2013). No Brasil, a prevalência varia de 5,1% na cidade do Rio de Janeiro a 32% na Zona da Mata do Recife (AUDI et al., 2008; GARCIA-MORENO et al., 2006; MENEZES et al., 2003; SANTOS et al., 2010).

Para se compreender de forma holística a VD durante a gestação, é importante analisar os fatores de risco que estão associados a essa prática. Alguns estudos apontam que ser solteira, ter baixa escolaridade e pertencer a classes sociais mais baixas são fatores associados com maiores taxas de prevalência de violência no período gestacional (ARSLANTAŞ et al., 2012; ILIYASU et al., 2013).

As consequências da VD na gravidez refletem-se tanto na saúde da mãe quanto na saúde do bebê. Uma revisão sistemática incluindo 30 estudos, com um total de 166.447 participantes, evidenciou que mulheres expostas à violência têm 1,5 mais chances de terem um recém-nascido pré-termo ou de baixo-peso (SHAH; SHAH, 2010). Em relação às complicações obstétricas, a VD pode estar associada com ruptura prematura de membranas, infecções do trato urinário, sangramento vaginal e hemorragias da gestação (BACCHUS; MEZEY; BEWLEY, 2004). Outra revisão sistemática revelou altos índices de ansiedade, depressão perinatal e estresse pós-traumático associados com a experiência de VD durante a vida da mulher, incluindo-se também o período gestacional (HOWARD et al., 2013).

A VD é responsável também pela maioria dos episódios de trauma durante a gravidez, estando presente em 4 a 8% de todas as gestações (HULS; DETLEFS, 2018). Um estudo de coorte realizado com 1.468 mulheres em Massachusetts encontrou taxas de atendimentos hospitalares por agressão materna maiores no primeiro trimestre e menores no terceiro trimestre, com valores de 16 e 5,8 por 100.000 pessoas-semana, respectivamente (NANNINI et al., 2011).

O trauma é também uma importante causa de morte materna, podendo haver correlação com a violência doméstica (ALHUSEN et al., 2015). Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos encontrou taxas de suicídio e homicídio associadas à gravidez de 2,0 e 2,9 mortes por 100.000 nascidos vivos, respectivamente. Além disso, encontrou que 54,3% dos suicídios associados à gravidez envolviam conflitos com o parceiro íntimo atribuível ao suicídio, e 45,3% dos homicídios associados à gravidez estavam associados à VD (PALLADINO et al., 2011).

Um estudo realizado em 2004 encontrou que 44% das mulheres assassinadas por seus parceiros tinham recebido cuidados médicos em algum serviço de pronto-atendimento no período de dois anos anteriores ao homicídio e 93% tinham comparecido ao serviço com algum ferimento sugestivo de violência, que poderia ter sido identificado pelo profissional de saúde, criando assim a possibilidade de intervenção (CRANDALL et al., 2004)

Com isso, verifica-se a importância do reconhecimento precoce do quadro de violência, evitando-se piores desfechos. Boa parte dos pesquisadores e dos profissionais que atuam na área concorda que o momento do pré-natal pode ser uma janela de oportunidades para abordar o problema da violência doméstica, devido ao fato de ser o único período da vida do casal onde há um contato regular com os profissionais e os serviços de saúde (DEVRIES et al., 2010). Uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane evidenciou que a revelação por parte da gestante de que sofre VD aumenta significativamente quando a questão é abordada, especialmente, nos serviços onde é realizado o acompanhamento pré-natal (TAFT et al., 2013). Outra revisão com oito estudos randomizados encontrou que o rastreio realizado nos serviços de saúde aumenta as taxas de detecção de mulheres vítimas de VD de forma mais evidente em se tratando de pacientes grávidas (O'DOHERTY et al., 2015).

Uma metanálise, incluindo alguns estudos qualitativos, identificou as seguintes expectativas da mulher em relação à abordagem da violência: profissionais livres de julgamentos e compassivos, garantia de confiabilidade e reconhecimento da complexidade do problema e da dificuldade de se encontrar uma solução rápida(FEDER et al., 2006).

Com isso, verifica-se a importância da elaboração de diretrizes por parte dos serviços de saúde que objetivem um rastreio mais eficiente dos casos de violência. No entanto, existem alguns obstáculos para o estabelecimento dessas condutas, tais como: a falta de interesse do poder público na questão, o desconhecimento dos profissionais acerca da VD como problema de saúde pública e o medo de retaliações por parte do agressor(SHRESTHA; SHRESTHA; SHRESTHA, 2016).

Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de verificar a frequência de violência doméstica durante a gravidez em puérperas atendidas no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA).

II. HIPÓTESES

1. Em relação às variáveis biológicas, sociodemográficas e psicológicas, a VD é mais frequente em mulheres de baixa escolaridade, desempregadas, mais jovens, que tenham história familiar prévia de violência e que aceitam parcialmente ou totalmente os atos violentos.

2. A VD é mais frequente em mulheres com parceiros que fazem uso de bebida alcoólica, desempregados, que tenham história familiar prévia de violência doméstica e que apresentam comportamento controlador.

3. A VD se associa com maior risco de complicações obstétricas como prematuridade, baixo peso ao nascer, maior risco de morte fetal e perinatal.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Verificar a frequência de violência doméstica durante a gravidez em puéperas atendidas no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA).

3.2. Objetivos Específicos

Em puérperas entrevistadas no ISEA:

1. Descrever as características biológicas (idade), sociodemográficas (cor, escolaridade, profissão, procedência), hábitos de vida (uso de álcool, uso de drogas ilícitas e tabagismo), aspectos psicológicos (história familiar de violência doméstica, participação nas decisões do lar) e características da relação (situação marital, tempo de relacionamento, abandono parental),
2. Descrever as características obstétricas (número de gestações, paridade, abortamentos prévios, número de consultas pré-natais, ganho de peso durante a gestação, gravidez planejada, idade gestacional no parto, tipo de parto e complicações da gestação: síndromes hipertensivas, diabetes clínico ou gestacional, síndromes hemorrágicas, trabalho de parto prematuro, infecção urinária e outras), e as características perinatais (morte fetal, escores de Apgar no 1º e 5º minuto, peso ao nascer, classificação do peso, necessidade de manobras de reanimação, internação em UTI e condições de egresso – vivo ou morto, permanência internado ou alta com a mãe).
3. Descrever as características biológicas (idade), as sociodemográficas (escolaridade, situação empregatícia, profissão), os hábitos de vida (uso de álcool, de drogas ilícitas ou tabagismo) e os aspectos psicológicos de personalidade (comportamento controlador) do parceiro.
4. Determinar a frequência de violência doméstica, o tipo de violência (física, psicológica ou sexual), a gravidade e as suas características durante a gravidez.
5. Analisar de que forma a mulher reage à violência (aceita totalmente, aceita parcialmente, abandona o relacionamento) e a quem ela recorre nos momentos críticos (ajuda formal como polícia, hospitais ou outras instituições; ajuda informal como amigos ou família).

6. Determinar a associação das variáveis biológicas e sociodemográficas (idade, cor, escolaridade, profissão, procedência e situação em empregatícia), a das características da relação (situação marital, tempo de relacionamento, abandono parental), a dos hábitos de vida (uso de álcool, uso de drogas ilícitas e tabagismo) e a das características relativas ao parceiro (idade, escolaridade, situação empregatícia, uso de álcool, drogas ilícitas ou tabagismo, comportamento controlador, história familiar de violência doméstica) com a violência doméstica.
7. Determinar a associação de violência doméstica com as características obstétricas (número de gestações, paridade, número de consultas pré-natais, idade gestacional no parto, tipo de parto, gravidez planejada e complicações da gravidez), bem como as perinatais (morte fetal, escores de Apgar no 1º e 5º minuto, peso ao nascer, classificação do peso, necessidade de manobras de reanimação, internação em UTI e condições de egresso – vivo ou morto, permanência internado ou alta com a mãe).

IV. MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo

O estudo caracteriza-se como corte transversal do tipo descritivo.

4.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), que está localizado no centro da cidade de Campina-Grande, na Paraíba, e que atende à população de cerca de 170 municípios paraibanos. No ISEA, são assistidos cerca de 600 partos por mês. Possui ambulatórios de atendimento especializado, UTI obstétrica e neonatal e enfermaria de gestação de alto risco.

4.3. Período do estudo

O estudo foi realizado no período de junho de 2018 a dezembro de 2018 e a coleta de dados, nos meses de setembro a dezembro de 2018.

4.4. População do estudo

A população do estudo foi composta por mulheres que tiveram o parto assistido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) nos meses de setembro a dezembro de 2018.

4.5. Amostragem

A amostragem foi obtida por conveniência, não probabilística.

4.5.1. Cálculo do tamanho da amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa estatístico OpenEpi® version 3.01 (Emory University, Rollins School of Public Health, Atlanta, Georgia, USA), para uma frequência de VD de 7,4% (MENEZES et al., 2003) com uma precisão de 3% e considerando-se o nível de significância de 5%. Estimou-se um número de 278 mulheres, que foi aumentado para 310 para prevenir eventuais perdas.

4.6. Critérios de elegibilidade

4.6.1. Critérios de inclusão

- Idade maior ou igual a 18 anos
- Idade gestacional igual ou superior a 22 semanas completas ou recém-nascido pesando pelo menos 500 gramas;
- Relacionamento com parceiro íntimo no último ano, independente de coabitação.

4.6.2. Critérios de exclusão

- Mulheres com condições físicas ou mentais que impedissem de responder à entrevista.

4.6.3 Procedimentos para captação dos participantes

As mulheres no pós-parto imediato internadas no ISEA que preenchiam os critérios de elegibilidade foram convidadas a participar da pesquisa, sendo explicados os objetivos do estudo e, as que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo incluídas no estudo. Foi utilizada uma lista de checagem (Apêndice 1) para checar os critérios de elegibilidade. A entrevista foi realizada por entrevistadores treinados, durante os meses de setembro a dezembro de 2018, utilizando formulário de pesquisa.

4.7. Variáveis de Análise

4.7.1. Variáveis independentes

Características biológicas e socioeconômicas da mulher

- Idade
- Cor
- Procedência
- Ocupação
- Número de filhos
- Escolaridade
- Profissão

Hábitos de vida e aspectos psicológicos da mulher

- Etilismo

- Tabagismo
- Uso de drogas
- História familiar de violência doméstica
- Participação nas decisões do lar
- Nível de aceitação da VD pela mulher
- Reação da mulher à violência

Características biológicas e socioeconômicas do parceiro

- Idade
- Ocupação
- Escolaridade
- Profissão

Hábitos de vida e aspectos psicológicos do parceiro

- Etilismo
- Tabagismo
- Uso de drogas
- Comportamento controlador

Características da relação

- Situação marital
- Tempo de relacionamento
- Renda familiar

4.7.2. Variáveis dependentes

Violência doméstica:

- Tipo

Características perinatais:

- Peso ao nascer

- Escores de Apgar
- Morte Fetal
- Necessidade de manobras de reanimação
- Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal
- Permanência hospitalar

Características da gestação e trabalho de parto:

- Trabalho de parto prematuro
- Síndromes hipertensivas
- Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida
- Síndromes hemorrágicas
- Diabetes gestacional
- Início do pré-natal retardado
- Infecção urinária
- Ganho de peso inadequado

4.7.3. Variáveis de controle

Características obstétricas

- Número de gestações
- Paridade
- Abortamentos prévios
- Número de consultas pré-natais
- Gravidez planejada
- Idade gestacional no parto
- Tipo de parto

4.7.4. Definição de termos e variáveis

Características biológicas e sociodemográficas da mulher e do parceiro

- **Idade:** variável quantitativa contínua definida em anos completos informados pela entrevistada sobre a sua idade e do seu parceiro, considerando a data de nascimento até a data de realização do estudo. Posteriormente categorizada em igual ou maior do que 18 até 29 anos, 30 até 39 anos, 40 até 49 anos, 50 até 59 anos e igual ou maior que 60 anos.
- **Cor:** variável qualitativa categórica dicotômica, definida para indicar a cor da mulher e do parceiro, categorizada em branca e não-branca.
- **Procedência:** variável categórica nominal; descreve o local/ região onde a mulher entrevistada tem sua residência fixa. Categorizada como zona urbana, zona rural e zona periurbana.
- **Ocupação remunerada da mulher:** variável qualitativa categórica dicotômica do tipo sim/não, definida como atividade desenvolvida pela entrevistada que haja produção de renda financeira, com ou sem vínculo empregatício formal e incluindo a condição de aposentada.
- **Ocupação remunerada do parceiro:** variável qualitativa categórica dicotômica do tipo sim/não. Definida como atividade de qualquer natureza, desenvolvida pelo parceiro e informada pela entrevistada, que produza uma renda financeira, havendo ou não um vínculo empregatício formal e incluindo a condição de aposentado.
- **Número de filhos:** variável quantitativa numérica discreta, definida para indicar o número de filhos vivos no momento da entrevista.
- **Escolaridade:** variável quantitativa numérica contínua. Definida para indicar o número de anos completos de estudo da mulher e do parceiro. Categorizada em zero a três anos completos de estudo, quatro a oito anos completos de estudo, nove a 11 anos completos de estudo e 12 ou mais anos completos de estudo.
- **Profissão:** variável categórica policotômica expressando qual a ocupação que a mulher e o parceiro desempenham.
- **Renda familiar:** variável quantitativa contínua. Definida pela quantidade de moeda corrente percebida pela família e informada pela mulher no momento da entrevista. Categorizada em salários mínimos vigentes no Brasil, no valor de R\$ 954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais), à época da coleta de dados.

Hábitos de vida e aspectos psicológicos da mulher e do parceiro

- **Uso de álcool:** variável categórica dicotômica do tipo sim/não. Caracterizada pelo consumo de álcool em qualquer quantidade pela mulher durante a gravidez e pelo parceiro em qualquer época.
- **Tabagismo:** variável categórica dicotômica do tipo sim/não. Caracterizada pelo relato de fumar qualquer quantidade de cigarros/dia pela mulher durante a gravidez e pelo parceiro em qualquer época.
- **Uso de drogas ilícitas:** variável categórica dicotômica do tipo sim/não. Caracterizada pelo consumo de maconha, crack, cocaína ou outras substâncias em qualquer quantidade pela mulher durante a gravidez e pelo parceiro em qualquer época.
- **História familiar de violência doméstica:** variável categórica dicotômica do tipo sim/não. Definida pela informação da mulher sobre ter ou não presenciado agressão ou maus tratos durante a sua infância e/ou adolescência, exercidos entre ou pelos seus pais biológicos ou adotivos, ou por parentes que tenham exercido a tutela da entrevistada ou residiam na mesma casa, ou ainda por outras pessoas a quem estivesse de alguma forma vinculada na sua infância ou adolescência.
- **Participação das decisões do lar:** variável categórica dicotômica do tipo sim/não. Caracterizada pela participação da mulher nas decisões cotidianas que fazem parte da vida de um casal.
- **Comportamento controlador:** variável categórica dicotômica do tipo sim/não. Foi considerada como “sim” a resposta positiva para uma ou mais dos seguintes atos praticados pelo parceiro para com a mulher: a) não a permite de encontrar com amigos; b) tenta limitar o contato da mulher com a família; c) sempre insiste em saber onde a mulher está; d) fica com ciúmes ou com raiva quando ela fala com outro homem; e) frequentemente a acusa de ser infiel. A resposta negativa para todas as afirmativas foi considerada como “não”. Escala semelhante já foi utilizada por outros estudos (ANTAI, 2011; SHRESTHA; SHRESTHA; SHRESTHA, 2016).

Características do relacionamento

- **Situação marital:** variável categórica policotômica, expressando o estado civil da mulher, podendo ser solteira, casada, separada, viúva ou em união estável, conforme informação da participante.
- **Tempo de relacionamento:** variável quantitativa contínua definida pelo número de anos equivalente ao tempo de relacionamento do casal.

Violência doméstica durante a gestação

- **Violência doméstica (tipo):** para essa variável, foi considerada a definição da OMS (KRUG et al., 2002), caracterizada por condutas coercitivas contra a mulher, que podem incluir abuso físico, emocional e sexual. Aquelas mulheres que relatarem pelo menos uma das três formas de violência serão consideradas como vítimas de violência doméstica.
 1. Abuso físico: empurrões, bofetadas, golpes, mordidas, queimaduras, ameaças ou feridas com arma branca ou de fogo.
 2. Abuso emocional: intimidação, insultos ou humilhações verbais, ameaças de ferir a mulher ou alguém próximo a ela, manipulação, omissão, abandono e negligência.
 3. Abuso sexual: forçar física ou emocionalmente a mulher a ter relações sexuais ou a ceder a certo tipo de conduta sexual.
- **Nível de aceitação da VD pela mulher:** variável categórica policotômica. Foi questionado à participante em qual das seguintes situações ela acredita que é aceitável a agressão pelo homem contra a companheira: a) se ela não cumprir com suas tarefas domésticas; b) se ela o desobedecer; c) se ela discute com ele; d) se ela desrespeitar seus sogros; e) se ela sai sem permissão; f) se ela se recusa a ter sexo com ele; g) se ele descobrir que ela foi infiel. As respostas serão categorizadas como: não aceita a qualquer dos atos acima, aceita parcialmente (1-3 atos) e aceita totalmente (4-7 atos).
- **Reação da mulher à violência:** variável categórica policotômica, expressando de que forma a mulher vítima de VD procura por ajuda. Categorizada como:

procura ajuda formal (polícia, hospital, outras instituições); procura ajuda informal (amigos e família); não procura ajuda.

Características perinatais

- **Peso ao nascer:** variável numérica contínua, definida como peso aferido após o nascimento (em gramas) e, posteriormente, caracterizada de acordo com a IG em pequeno para IG (PIG), adequado para IG (AIG) e grande para IG (GIG) (ALEXANDER et al., 1996).
 - PIG: peso ao nascer abaixo do percentil 10 para idade gestacional;
 - AIG: peso ao nascer entre o percentil 10 e 90 para idade gestacional;
 - GIG: peso ao nascer acima do percentil 90 para idade gestacional.
- **Escores de Apgar:** variável qualitativa ordinal registrada no primeiro e no quinto minuto após o nascimento, que avalia as condições do recém-nascido, através dos sinais de frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração cutânea. A pontuação varia de zero a 10. Nos recém-nascidos em que houver necessidade de reanimação também foi avaliado o Apgar no 10º. minuto. Obtido a partir da informação no prontuário dos neonatos.
- **Natimorto (Óbito Fetal):** variável categórica dicotômica (sim/não) indicandomorte antes da completa expulsão ou extração da mãe, de um produto de fertilização, no curso ou após completadas 20 semanas de gravidez. O óbito é indicado pelo fato de que, após esta separação, o feto não respira ou exibe qualquer sinal de vida como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos musculares voluntários definidos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2009).Informado pela mulher e confirmado pelo registro em prontuário de natimorto.
- **Necessidade de reanimação neonatal:** variável categórica dicotômica (sim/não) indicando se foi realizada alguma manobra de reanimação neonatal e qual foi a manobra (ventilação com pressão positiva, intubação e ventilação, massagem cardíaca, uso de drogas vasoativas).Obtida a partir da informação no prontuário.

- **Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal:** variável categórica dicotômica (sim/não) indicando se o bebê precisou de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, conforme registro em prontuário.
- **Permanência hospitalar:** variável numérica contínua indicando quantos dias o recém-nascido permaneceu internado após o parto.

Desfechos maternos e perinatais

- **Presença de comorbidades durante a gestação:** variável categórica dicotômica (sim/não) indicando a presença de alguma comorbidade durante a gestação. Foi verificada a presença das seguintes comorbidades: hemorragias da primeira metade da gravidez, ameaça de abortamento, hemorragias da segunda metade da gravidez, diabetes gestacional, hipertensão arterial sistêmica crônica, pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário, anemia, placenta prévia, descolamento de placenta, trabalho de parto prematuro, ruptura prematura das membranas e especificar outras comorbidades, se existirem. Cada uma dessas comorbidades também equivalerá a uma variável categórica dicotômica do tipo sim ou não. O diagnóstico foi realizado de acordo com os critérios especificados no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2012), conforme informação da gestante, anotação no prontuário e/ou na caderneta da gestante.

Características Obstétricas

- **Número de gestações:** variável numérica discreta, correspondendo ao número de gestações, conforme informação da paciente.
- **Paridade:** variável numérica discreta, correspondendo ao número de partos, conforme informação da paciente.
- **Abortamentos prévios:** variável numérica discreta correspondendo ao número de abortos, segundo informações da própria participante.
- **Número de consultas pré-natais:** variável numérica discreta correspondendo ao número de consultas realizadas no pré-natal conforme verificado no cartão da gestante.

- **Gravidez planejada:** variável qualitativa categórica dicotômica do tipo sim/não referente ao planejamento da gravidez em curso informado pela mulher no momento da entrevista.
- **Idade gestacional no parto:** variável numérica discreta (podendo ser posteriormente categorizada para análise), expressa em semanas gestacionais completas, calculada através da data da última menstruação (DUM) e confirmada através de ultrassonografia realizada até a 20^a semana, preferentemente no primeiro trimestre (até 12 semanas).
- **Tipo de parto:** variável categórica dicotômica, indicando se o nascimento aconteceu através de parto normal ou de cirurgia cesariana.

4.8. Instrumento para de coleta de dados

Foi utilizado como instrumento de coleta a versão traduzida e validada para a língua portuguesa do questionário utilizado pela OMS no estudo *World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW)* (SCHRAIBER et al., 2010), sobre violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres (Apêndice 3). Foram adicionadas questões sobre características biológicas, sociodemográficas e psicológicas da mulher e do parceiro, características obstétricas e perinatais, história de violência familiar na infância e/ou adolescência da mulher e do parceiro, resposta da mulher aos atos de violência e uso de bebida alcoólica, tabagismo ou outras drogas.

Foi realizado estudo piloto com a duração de uma semana no ISEA, seguido de posterior controle de qualidade para avaliar necessidade de reformulação ou alteração.

4.8.1. Treinamento dos auxiliares de pesquisa

Foi realizado pelos pesquisadores principais um treinamento para os cinco auxiliares de pesquisa, com o objetivo de esclarecer e unificar os parâmetros de coleta, sendo apresentado o manual de instruções, confeccionado exclusivamente para realização do estudo (Apêndice 5).

4.8.2. Processamento e análise de Dados

Todos os dados coletados foram digitados em banco no software Epi Info 7.2, com dupla entrada por digitadores independentes e checagem de consistência. As

planilhas foram então transferidas para análise estatística realizada através do programa SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences – Versão 19.0). Inicialmente, foram obtidas medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas e construídas tabelas de distribuição de frequência para as variáveis categóricas.

A análise bivariada foi feita utilizando-se o teste do χ^2 de Pearson para investigar a associação entre violência doméstica (VD) durante a gestação e as variáveis independentes, considerando-se o nível de significância de 5%.

4.9. Aspectos éticos

O presente projeto foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) através da Plataforma Brasil sob o número 92407018.6.0000.5182. Para a captação de cada participante, depois de abordada a mulher na enfermaria de puerpério de forma reservada, foi realizada a leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) elaborado em linguagem compatível e somente foram incluídas as mulheres que concordaram livremente em participar e assinar o referido termo. Todo o processo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e com os postulados da Declaração de Helsinki, que trata da pesquisa com seres humanos.

As entrevistas foram realizadas em local reservado, arejado, privativo, sem interferir no contato mãe-bebê no caso das puérperas que estavam em alojamento conjunto. Cada mulher foi entrevistada em separado.

V. RESULTADOS

5.1. Características biológicas, sociodemográficas e maritais da mulher

A amostra do estudo foi composta por 310 mulheres que tiveram partos assistidos no ISEA. A média de idade foi de 27,3 anos e 44,2% das participantes possuíam idade menor que 25 anos. A média de escolaridade foi de 8,52 anos completos de estudo e a maioria (64,8%) não possuía vínculo empregatício. A maioria das mulheres que possuíam ocupação remunerada eram agricultoras (23,8%) e autônomas (22%). A maior parcela das mulheres era parda (68,1%) e encontrava-se em uma união estável (66,5%). A duração média do tempo de relacionamento foi de 5,09 anos e 57,1% das mulheres estavam em relações de duração igual ou menor a cinco anos. A média do número de filhos foi igual a 2,14 e a taxa de abandono parental foi igual a 12,3%. Todas as características biológicas, sociodemográficas e maritais das mulheres incluídas no estudo estão sumariadas na Tabela 1.

5.2. Características comportamentais e aspectos psicológicos da mulher

Em relação ao uso de substâncias, encontrou-se uma frequência igual a 15,2% (72,3% álcool, 48,9% tabaco e 6,3% outras drogas). Considerando-se os aspectos psicológicos, 25,5% das participantes relataram história familiar de violência doméstica e a maioria (91,9%) participava das decisões do lar.

5.3. Características sociodemográficas e comportamentais do parceiro

Em relação aos parceiros (Tabela 2), a média de idade encontrada foi igual a 31,9 anos e a média de escolaridade foi igual a 7,22 anos completos de estudo. A maior parcela (76,8%) possuía vínculo empregatício. O consumo de álcool estava presente em 44,5% dos parceiros e 21% apresentava comportamento controlador. As características sociodemográficas e comportamentais dos parceiros incluídos no estudo estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 1. Características biológicas, sociodemográficas e maritais das participantes da pesquisa. Campina Grande-PB, 2018.

Variável	
Idade em anos	
X ± DP	27,3 ± 6,959
Estado civil – n (%)	
Casada	65 (21%)
Solteira	31 (10%)
Separada	8 (2,6%)
União estável	206 (66,5%)
Escolaridade (em anos)	
X ± DP	8,52 ± 3,413
Renda familiar (per capita em reais)	
X ± DP	218,26 ± 173,543
Procedência	
Zona Urbana	2016 (66,5%)
Zona Periurbana	1 (0,3%)
Zona Rural	100 (32,3%)
Ocupação remunerada – n (%)	
Sim	109 (35,2%)
Não	201 (64,8%)
Cor da pele - n (%)	
Branca	55 (17,7%)
Negra	27 (8,7%)
Parda	211 (68,1%)
Amarela	10 (3,2%)
Duração do relacionamento (anos)	
≤1	75 (24,2%)
2-5	117 (37,7%)
6-9	67 (21,6%)
≥10	51 (16,5%)
Número de filhos	
0-1	124 (40%)
2-3	147 (47,4%)
>3	39 (12,6%)
Abandono parental	
Sim	38 (12,3%)
Não	272 (87,7%)

Tabela 2. Características sociodemográficas e comportamentais dos parceiros. Campina Grande-PB, 2018.

Variável	
Idade em anos	
X ± DP	31,9 ± 8,73
Vínculo empregatício – n (%)	
Sim	238 (77%)
Não	72 (23%)
Escolaridade (em anos)	
X ± DP	7,22 ± 3,962
Consumo de álcool	
Sim	138 (45,5%)
Não	172 (55,5%)
Comportamento controlador	
Sim	65 (21%)
Não	245 (79%)

5.4. Características obstétricas

Considerando-se as características obstétricas, a maioria das mulheres estava na segunda ou terceira gestação (46,5%) e, também, no segundo ou terceiro parto (47,7%). A porcentagem de mulheres que relatou aborto prévio foi igual a 17,1%. A média do número de consultas pré-natais foi de 7,73 ($\pm 2,870$) e a média de início do pré-natal igual a 10,5 ($\pm 6,165$) semanas. A maior parte das participantes (55,5%) relatou gravidez não planejada. Em relação ao tipo de parto, encontrou-se um total de 149 partos normais (48,1%) e 161 cesáreas (51,9%) e a média da idade gestacional no parto foi igual a 38,4 semanas. Em relação às complicações obstétricas, a mais frequente foi a infecção do trato urinário (45,2%), seguida por hipertensão gestacional (22,3%).

5.5. Características perinatais

Em relação aos resultados perinatais, encontrou-se uma taxa de prematuridade igual a 12,6%, de bebês com baixo peso igual a 18,1% e de natimortos igual a 1,3%. Considerando-se a classificação do peso, 75,2% foram classificados como AIG, 12,9% como PIG e 5,8% como GIG. Em relação ao escore de Apgar, 5,8% dos recém-nascidos apresentaram escore <7 no 1º minuto e 1,6% apresentou escore <7 no 5º minuto. Dos

recém-nascidos, 5,5% precisaram de manobras de reanimação e 10,6% de internamento em UTI.

5.6. Violência doméstica na gestação

A frequência de violência doméstica durante a gestação foi de 10,3%. A violência emocional foi a mais frequente (87,5%), seguida da sexual (18,7%) e da violência física (15,6%). Os dados relativos à violência estão apresentados na Tabela 3.

5.7. Resposta da mulher à violência

Considerando o nível de aceitação da violência, a maior parte (91,9%) afirmou não aceitar justificável a violência doméstica em nenhuma circunstância, 5,2% aceita parcialmente e 1,3% aceita totalmente. Das mulheres vítimas de violência, 21,8% relatou ter buscado por ajuda (85,7% ajuda informal através de amigos ou família e apenas 1 mulher procurou ajuda formal através da polícia, hospitais ou outras instituições).

5.8. Associação entre violência e fatores relacionados à mulher

Foi encontrada associação de violência doméstica com a história familiar de violência ($p=0,012$), com o número de filhos ($p=0,01$), com o abandono parental ($p=0,02$) e com o nível de aceitação da mulher à violência ($p=0,009$), não havendo associação com idade, cor, procedência, escolaridade, renda familiar, vínculo empregatício, profissão, duração do relacionamento, situação marital, etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas.

Tabela 3. Características biológicas, socioeconômicas e comportamentais da mulher e sua associação com a violência doméstica durante a gestação. Campina Grande-PB, 2018.

Violência doméstica na gestação (n=32)	n	%
Violência Psicológica		
Insultos ou atos que fizessem a mulher se sentir mal a respeito de si mesma	13	40,6%
Depreciar ou humilhar diante de outras pessoas	6	18,7%
Fazer coisas para assustar ou intimidar de propósito	6	18,7%
Ameaças contra a mulher ou contra conhecidos da mulher	1	3,1%
No mínimo, um dos critérios de violência psicológica	26	81,2%
Violência Física		
Tapas, socos, jogar objetos, empurrões e chutes.	4	12,5%
Ameaças ou uso de arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você	1	3,1%
No mínimo, um dos critérios de violência física	5	15,6
Violência Sexual		
Relações sexuais forçadas	3	9,3%
Relações por medo	2	6,2%
Prática sexual degradante ou humilhante	1	3,1%
No mínimo, um dos critérios de violência sexual	6	18,7%

5.9. Associação entre violência e fatores relacionados ao parceiro

Em relação ao parceiro, encontrou-se associação de violência doméstica com a presença de comportamento controlador ($p < 0,001$). Não sendo encontradas associações com idade, ocupação remunerada, escolaridade, etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas.

5.10. Associação entre violência e as características obstétricas e perinatais

Considerando as características obstétricas, encontrou-se associação de violência doméstica com o número de gestações ($p = 0,01$) e a paridade ($p = 0,01$). Não sendo encontradas associações com o número de consultas pré-natais, idade gestacional no parto, tipo de parto, gravidez planejada e complicações da gravidez. Em relação às características perinatais, encontrou-se associação de violência doméstica do tipo física com baixo peso ao nascer ($p = 0,01$). Não havendo associação com morte fetal, escores

de Apgar no 1º e 5º minuto, classificação do peso, necessidade de manobras de reanimação, internação em UTI e condições de egresso – vivo ou morto, permanência internado ou alta com a mãe.

VI. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram frequência de violência doméstica durante a gestação em torno de 10,3%. A frequência encontrada neste estudo assemelha-se aos resultados descritos por Menezes et al. (7,4%). No entanto, a frequência foi maior do que a encontrada por estudo realizado na China (LEUNG et al., 1999) e menor do que a registrada em outros estudos conduzidos na região sul do Brasil (49,2%), Etiópia (58,7%), Nepal (27,2%) e Paquistão (44%) (FARID et al., 2008; FEKADU et al., 2018; SHRESTHA; SHRESTHA; SHRESTHA, 2016; TRICHES; TRICHES; ROJAS, 2018).

Tais diferenças podem ser explicadas tanto pelas diferenças culturais e sociais das populações estudadas como pelos diferentes métodos de avaliação. O instrumento de coleta utilizado no estudo de Menezes et al. (2003) foi a versão validada e traduzida do *Abuse Assessment Screen* –AAS (REICHENHEIM; MORAES; HASSELMANN, 2000), já o utilizado no presente estudo foi o questionário adaptado da Organização Mundial de Saúde denominado Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (*World Health Organization Violence Against Women – WHO VAW*), validado por Schraiber et al. (2010). Outra razão possível para as diferenças na frequência da VD é a forma de aplicação dos questionários (através de entrevistas ou auto administrados).

Em relação às formas de violência, a violência psicológica foi a mais frequente no presente estudo, corroborando com os achados da literatura. (FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2014). No entanto, existem também estudos que apontam frequências mais elevadas de violência física (MALAN et al., 2018) ou de violência sexual (SHRESTHA; SHRESTHA; SHRESTHA, 2016).

Os resultados desse estudo identificaram alguns fatores de risco associados à violência doméstica durante a gestação. Em relação às características da mulher, encontrou-se associação de história familiar de violência com VD durante a gestação. Uma metanálise que incluiu 55 estudos independentes mostrou que ter uma história prévia de violência (experimentada ou testemunhada) foi o fator preditivo mais forte de VD (JAMES; BRODY; HAMILTON, 2013). Isso pode ser explicado levando-se em consideração que mulheres expostas a esse fator de risco, na maioria das vezes, vivem

em um contexto sociocultural no qual a VD não é reconhecida como uma forma real de violência, sendo considerada apenas como um fenômeno cultural e como uma forma de ação disciplinatória exercida contra as mulheres (BESSA et al., 2014). Estudo de caso-controlé realizado em Recife-Brasil encontrou um risco de quase 1,5 vezes maior de violência doméstica durante a gestação em mulheres que testemunharam suas mães sendo vítimas de violência quando crianças (LUDERMIR et al., 2017).

Alguns estudos mostram que mulheres mais jovens, solteiras e pertencentes a grupos minoritários correm maior risco de experienciarem atos de violência durante a gravidez (BESSA et al., 2014; RIBEIRO et al., 2014) e outras características associadas ao aumento desse risco incluem a raça e etnia (GURUNG; ACHARYA, 2016). Porém, nossos resultados não encontraram associação entre a violência doméstica com a idade, cor, escolaridade, renda familiar e situação marital.

O presente estudo encontrou associação entre o número de filhos e a VD, achado este congruente com a literatura, que considera que lares com menos de 2 crianças são menos susceptíveis à violência (BOUDOURIS et al., 1982; FARID et al., 2008; JEWKES, 2002). Isso pode ser explicado considerando-se o aumento das demandas socioeconômicas e psicológicas por parte dos pais a partir do nascimento de uma nova criança. Tais achados podem estar relacionados à associação entre violência na gestação e o abandono parental verificada por este estudo.

Em relação às características do parceiro, encontrou-se associação entre o comportamento controlador e a violência doméstica durante a gestação. A coerção exercida por homens sobre algumas mulheres possui papel central na compreensão dos fatores associados à violência e sua origem encontra-se na construção social dos papéis masculino e feminino. Johnson (1995) utiliza o termo terrorismo patriarcal para se referir a esse comportamento controlador, que é caracterizado por ações contínuas e diversas de humilhação, intimidação, exploração, isolamento e dominação exercidas pelo homem e sustentadas pela desigualdade de gênero (AUTHOR; JOHNSON, 1995). Tal teoria pode ser verificada, também, através da associação encontrada neste estudo entre o nível de aceitação da violência por parte da mulher e a VD na gestação.

Apesar dos estudos presentes na literatura apresentarem o perfil semelhante do agressor: homens mais jovens, de baixa escolaridade, sem vínculo empregatício, com

história de abuso de substâncias (principalmente álcool) (MOHAMMADHOSSEINI; SAHRAEAN; BAHRAMI, 2010; PEEDICAYIL et al., 2004), nosso estudo não encontrou associação significativa entre tais características e a violência no período gestacional.

Outro aspecto abordado em nossa pesquisa diz respeito às consequências da violência, sejam elas obstétricas ou perinatais. Achado especialmente relevante foi o aumento na frequência da violência doméstica em mulheres com maior número de gestações e maior paridade, o que pode ser explicado pelos mesmos fatores que interferem no aumento da VD em mulheres com mais filhos (BOUDOURIS et al., 1982; FARID et al., 2008; JEWKES, 2002). Não se encontrou associação relevante com as demais características, apenas uma frequência de aborto duas vezes maior nas mulheres vítimas de VD, comparadas às mulheres que não sofreram VD, mas sem significância estatística.

Em relação às características perinatais, pesquisas mostram associação entre violência na gestação e baixo peso ao nascer, prematuridade e natimortalidade (ALHUSEN et al., 2015). O presente estudo encontrou associação apenas entre a violência do tipo física e o baixo peso ao nascer, que pode ser explicada tanto pela interferência dos mecanismos advindos do trauma em si, quanto pela chamada teoria do estresse contínuo. O estresse contínuo pode acarretar alterações comportamentais nos indivíduos, interferindo, por exemplo, na manutenção do estado nutricional, abuso de substâncias e comparecimento aos serviços de saúde, fatores estes que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade perinatais (MENEZES et al., 2003).

Analisando os métodos aplicados, os autores sugerem como possível limitação do estudo o fato de tratar-se de um estudo do tipo corte transversal, o que impossibilita a determinação de relações de causalidade. Apesar do treinamento da equipe de pesquisa, a natureza delicada da questão da violência e o local de abordagem (ambiente hospitalar) podem ter contribuído para uma frequência subestimada de VD na gestação. Outro ponto importante a ser abordado é o período no qual foram colhidos os dados. O período puerperal pode ocasionar mudanças de atitude da mulher em relação à violência sofrida, relevando condutas agressivas do parceiro.

Apesar de o período do pré-natal ser apontado como o período ideal para abordagem da questão da VD, algumas mulheres não possuem acesso a esse serviço. O período do puerpério representa, nesses casos, oportunidade única de contato com o sistema de saúde, configurando-se, portanto, como época igualmente oportuna para a investigação da violência.

Apesar das limitações presentes, destaca-se a importância do estudo no sentido de fornecer dados que dimensionem a real magnitude da violência doméstica durante a gestação, contribuindo com informações relevantes que permitirão o planejamento de ações de prevenção e de enfrentamento desse problema de saúde pública.

VII. CONCLUSÕES

1. A frequência de violência doméstica durante a gravidez em puérperas atendidas no ISEA foi igual 10,3%.
2. A média de idade foi de 27,3 anos, a de escolaridade foi de 8,52 anos. A maioria era procedente de zona urbana (66,5%) e 64,8% não possuía vínculo empregatício. A maior parcela das mulheres era parda (68,1%) e encontrava-se em uma união estável (66,5%). Em relação ao uso de substâncias, encontrou-se uma frequência igual a 15,2% (72,3% álcool, 48,9% tabaco e 6,3% outras drogas). História familiar de violência doméstica foi relatada por 25,5% das mulheres e a maioria (91,9%) participava das decisões do lar.
3. A maioria das mulheres estava na segunda ou terceira gestações (46,5%) e, também, no segundo ou terceiro partos (47,7%). A porcentagem de mulheres que relatou aborto prévio foi igual a 17,1%. A média do número de consultas pré-natais foi igual a 7,73 e a média de início do pré-natal igual a 10,5 semanas. A maior parte das participantes (55,5%) relatou gravidez não planejada. Encontrou-se um total de 149 partos normais (48,1%) e 161 partos cesarianos (51,9%) e a média da idade gestacional no parto foi igual a 38,4 semanas. As complicações obstétricas mais frequentes foram a infecção do trato urinário (45,2%), seguida pela hipertensão gestacional (22,3%). Em relação aos resultados perinatais, encontrou-se uma taxa de prematuridade igual a 12,6%, de bebês com baixo peso igual a 18,1% e de natimortos igual a 1,3%. Considerando-se a classificação do peso, 75,2% foram classificados como AIG, 12,9% como PIG e 5,8% como GIG. Em relação ao escore de Apgar, 5,8% dos recém-nascidos apresentaram escore <7 no 1º minuto e 1,6% apresentou escore <7 no 5º minuto. Dos recém-nascidos, 5,5% precisaram de manobras de reanimação e 10,6% de internamento em UTI.
4. A média de idade dos parceiros encontrada foi igual a 31,9 anos e a média de escolaridade foi igual a 7,22 anos. A maior parcela (76,8%) possuía vínculo empregatício. O consumo de álcool estava presente em 44,5% dos parceiros e 21% apresentava comportamento controlador.
5. A violência emocional foi a mais frequente (87,5%), seguida da sexual (18,7%) e da violência física (15,6%).
6. A maior parte (91,9%) afirmou não aceitar justificável a violência doméstica em nenhuma circunstância, 5,2% aceita parcialmente e 1,3% aceita totalmente. Das mulheres vítimas de violência, 21,8% relatou ter buscado por ajuda (85,7% ajuda informal através de amigos ou família e apenas 1 mulher procurou ajuda formal através da polícia, hospitais ou outras instituições).

7. Foi encontrada associação de violência doméstica com a história familiar de violência ($p=0,012$), com o número de filhos ($p=0,01$), com o abandono parental ($p=0,02$) e com o nível de aceitação da mulher à violência ($p=0,009$). Não havendo associações com as variáveis idade, cor, procedência, escolaridade, renda familiar, vínculo empregatício, profissão, duração do relacionamento, situação marital, etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas). Em relação ao parceiro, encontrou-se associação de violência doméstica com a presença de comportamento controlador ($p<0,001$). Não sendo verificada associação com idade, ocupação remunerada, escolaridade, etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas.
8. Encontrou-se associação de violência doméstica com o número de gestações ($p=0,01$) e a paridade ($p=0,01$). Não sendo encontradas associações com número de consultas pré-natais, idade gestacional no parto, tipo de parto, gravidez planejada e complicações da gravidez. Em relação às características perinatais, encontrou-se associação de violência doméstica do tipo física com baixo peso ao nascer ($p=0,01$). Não havendo associação com morte fetal, escores de Apgar no 1° e 5° minuto, classificação do peso, necessidade de manobras de reanimação, internação em UTI e condições de egresso – vivo ou morto, permanência internado ou alta com a mãe.

VIII. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

No Brasil, foi apenas a partir de 2003, que os dados que correlacionam VD e gestação foram mais claramente delineados e apresentados nas pesquisas. No entanto, o número de estudos ainda é escasso, existindo, portanto, a necessidade de se explorar essa temática a fim de compreender a real magnitude do problema, bem como suas repercussões em alguns parâmetros na vida da mulher e do recém-nascido. Este estudo apresenta resultados que servem para nortear a construção de políticas públicas em saúde da mulher, possibilitando a elaboração de ações de prevenção e enfrentamento da violência durante a gestação.

É de responsabilidade dos serviços de saúde desenvolver diretrizes que orientem quando e como a questão da violência deve ser abordada, bem como de desenvolver protocolos a serem seguidos pela equipe de saúde quando for detectado um caso de VD durante o acompanhamento de uma gestante.

É fundamental também a existência de uma rede de referência e contrarreferência que dê o necessário suporte à gestante vítima de violência, com objetivo de garantir o seu bem-estar e o do bebê.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, G. et al. A united states national reference for fetal growth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 87, n. 2, p. 163–168, 1996.
- ALHUSEN, J. L. et al. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. **Journal of Women's Health**, v. 24, n. 1, p. 100–106, 2015.
- ANTAI, D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, p. 511, 2011.
- ARSLANTAŞ, H. et al. Domestic violence during pregnancy in an eastern city of turkey: A field study. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 27, n. 7, p. 1293–1313, 2012.
- AUDI, C. A. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 877–885, 2008.
- AUTHOR, W.; JOHNSON, M. P. Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two Forms of Violence against. **Source Journal of Marriage and Family**, v. 57, n. 2, p. 283–294, 1995.
- BACCHUS, L.; MEZEY, G.; BEWLEY, S. Domestic violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, v. 113, n. 1, p. 6–11, 2004.
- BESSA, M. M. M. et al. Violence against women during pregnancy: Sistematized revision. **Reproducao e Climaterio**, v. 29, n. 2, p. 71–79, 2014.
- BOUDOURIS, J. et al. Behind Closed Doors: Violence in the American Family. **Contemporary Sociology**, v. 11, p. 432, 1982.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. [s.l.: s.n.].
- CRANDALL, M. et al. Predicting Future Injury among Women in Abusive Relationships. **J Trauma**, v. 56, n. 4, p. 906–912, 2004.
- DEVRIES, K. M. et al. Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries. **Reproductive Health Matters**, v. 18, n. 36, p. 158–170, 2010.
- ELLSBERG, M.; HEISE, L. Researching Violence Against Women. **Who**, v. 78, n. June, p. 33–35, 2013.
- FARID, M. et al. Spousal abuse during pregnancy in Karachi, Pakistan. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 101, n. 2, p. 141–145, 2008.
- FEDER, G. S. et al. Women Exposed to Intimate Partner Violence. **Arch Intern Med**, v. 166, p. 22–37, 2006.
- FEKADU, E. et al. Prevalence of domestic violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service at University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. **BMC Women's Health**, v. 18, n. 1, p. 4–11, 2018.
- 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, 2014.
- 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. **Genetics**, v. 151, n. 1, p. 277–83, 2005.
- GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, v.

368, p. 1260–1269, 2006.

GURUNG, S.; ACHARYA, J. Gender-based Violence Among Pregnant Women of Syangja District, Nepal. **Osong Public Health and Research Perspectives**, v. 7, n. 2, p. 101–107, 2016.

HEISE, L. L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violence against women: the hidden health burden**. [s.l: s.n.]. v. 255

HOWARD, L. M. et al. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS Medicine**, v. 10, n. 5, 2013.

HULS, C. K.; DETLEFS, C. Trauma in pregnancy. **Seminars in Perinatology**, v. 42, n. 1, p. 13–20, 2018.

ILIYASU, Z. et al. Prevalence and Risk Factors for Domestic Violence Among Pregnant Women in Northern Nigeria. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 28, n. 4, p. 868–883, 2013.

JAMES, L.; BRODY, D.; HAMILTON, Z. Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. **Violence and Victims**, v. 28, n. 3, p. 359–380, 2013.

JEWKES, R. Intimate partner violence: Causes and prevention. **Lancet**, v. 359, n. 9315, p. 1423–1429, 2002.

KRUG, E. E. G. et al. The world report on violence and health. **The Lancet**, v. 360, n. October 5, p. 1083–1088, 2002.

LEUNG, W. C. et al. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 66, n. 1, p. 23–30, 1999.

LUDERMIR, A. B. et al. Previous experience of family violence and intimate partner violence in pregnancy. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

MALAN, M. et al. PW 2686 The prevalence and predictors of intimate partner violence among pregnant women attending a midwife and obstetrics unit in the western cape. **Abstracts**, n. Lmic, p. A121.2-A121, 2018.

MARTIN, S. L. et al. Changes in intimate partner violence during pregnancy. **Journal of Family Violence**, v. 19, n. 4, p. 201–210, 2004.

MENEZES, T. C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 5, p. 309–316, 2003.

MOHAMMADHOSSEINI, E.; SAHRAEAN, L.; BAHRAMI, T. Domestic abuse before, during and after pregnancy in Jahrom, Islamic Republic of Iran. **Eastern Mediterranean health journal = La revue de santé de la Méditerranée orientale = al-Majallah al-ṣiḥḥiyah li-sharq al-mutawassit**, v. 16, n. 7, p. 752–8, 2010.

NANNINI, A. et al. Rates of hospital visits for assault during pregnancy and the year postpartum: Timing matters. **Public Health Reports**, v. 126, n. 5, p. 664–668, 2011.

O'DOHERTY, L. et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, p. CD007007, 2015.

PALLADINO, C. L. et al. Homicide and suicide during the perinatal period: Findings from the national violent death reporting system. **Obstetrics and Gynecology**, v. 118, n. 5, p. 1056–1063, 2011.

PEEDICAYIL, A. et al. **Spousal physical violence against women during pregnancy** **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 2004.

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. **Revista de Saude Publica**, v. 34, n. 6, p. 610–616, 2000.
- 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.
- SANTOS, S. A. et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 483–493, 2010.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 658–666, 2010.
- SHAH, P. S.; SHAH, J. Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy. **Journal of Women’s Health**, v. 19, n. 11, 2010.
- SHRESTHA, M.; SHRESTHA, S.; SHRESTHA, B. Domestic violence among antenatal attendees in a Kathmandu hospital and its associated factors: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, p. 360, 2016.
- TAFT, A. et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 7, n. 4, p. CD007007, 2013.
- TAILLIEU, T. L.; BROWNRIDGE, D. A. Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. **Aggression and Violent Behavior**, v. 15, n. 1, p. 14–35, 2010.
- TRICHES, R. H. C.; TRICHES, T. C.; ROJAS, P. F. B. Violência na gestação: prevalência e perfil do agressor. **Femina**, v. 46, n. 2, p. 115–123, 2018.
- VAN PARYS, A. S. et al. Intimate partner violence and pregnancy: A systematic review of interventions. **PLoS ONE**, v. 9, n. 1, 2014.

X. APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Lista de checagem

Pesquisador: _____

Data: / /

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Registro:

Idade: anos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade maior ou igual a 18 anos
- Idade gestacional igual ou superior a 22 semanas completas ou recém-nascido pesando pelo menos 500 gramas;
- Relacionamento com parceiro íntimo no último ano, independente de coabitação

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Mulheres com condições físicas ou mentais que impeçam a resposta à entrevista
- Puérperas que se recusem a participar da pesquisa
- Casos de gravidez atual decorrente de violência

CONCLUSÃO

Elegível

Não elegível

Concorda em participar

Recusa participar

INCLUÍDA

EXCLUÍDA

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS

- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: “Violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade do nordeste brasileiro: um estudo descritivo”.

JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

O motivo que nos leva a estudar o problema é porque através dele identificaremos dados importantes como a frequência de violência doméstica em gestantes, um grave problema de saúde pública que pode trazer muitas consequências tanto para a saúde da mulher quanto para a do bebê.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: nós vamos convidar as mulheres que deram à luz e estiverem internadas no ISEA a participarem da pesquisa respondendo um questionário com perguntas sobre você, sobre seu companheiro e sobre alguns aspectos do relacionamento de vocês.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:

Entendemos que este tipo de pergunta possa trazer algum desconforto e constrangimento, mas ressaltamos novamente a grande importância de sua participação pois estes dados irão possibilitar a criação de medidas de combate ao problema em questão.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E
GARANTIA DE SIGILO:**

A senhora será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Além disso, é livre para se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A senhora também pode recusar algum teste ou procedimento e mesmo assim continuar na pesquisa se assim desejar.

Garantimos que o(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo (segredo). Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. A senhora não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

A participação no estudo não acarretará custos para a senhora.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. A pesquisadora Melania Maria Ramos de Amorim certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Melania Maria Ramos de Amorim pelo telefone (83) 33212695 ou a equipe de pesquisa pelo telefone (83) 999606135- Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro - CEP/HUAC-localizado no mesmo local de trabalho da pesquisadora, na Rua Dr. Carlos Chagas, s/ nº, edifício do Hospital Universitário Alcides Carneiro, Bairro São José em Campina Grande, Paraíba ou através do telefone (83) 2101-5545; ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e à Delegacia Regional de Campina Grande, Paraíba.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

APÊNDICE 3 – Formulário de coleta de dados

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM GESTANTES ATENDIDAS NO ISEA – CAMPINA GRANDE - PB

Formulário nº.

Data: ____/____/____

Pesquisador: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

(registrar a lápis para apagar posteriormente – não digitar – NOME DA MULHER)

Data de Nascimento: //

Data de captação: ____/____/____

VARIÁVEIS BIOLÓGICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS DA MULHER

1. Idade: anos

2. Cor (autodefinição – IBGE) Branca Negra Parda Amarela Indígena

3. Procedência: Zona urbana Zona rural Zona periurbana

4. Cidade / Distrito _____

5. Anos de estudo completos e aprovados

6. Ocupação da entrevistada: 1. Sim 2. Não Qual _____

7. Renda familiar (incluir aposentadoria, bolsas e auxílios do governo) dos habitantes da casa

Renda total: , Número de pessoas

8. RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* ,

9. Número de filhos

VARIÁVEIS BIOLÓGICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS DO PARCEIRO10. Idade: anos11. Ocupação: 1. Sim 2. Não Qual _____12. Anos de estudo completos e aprovados **5. HÁBITOS DE VIDA E ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA MULHER**

13. Tabagismo	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
14. Etilismo	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
15. Uso de drogas	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não

16. A Sra. quando era pequena ou mais jovem, presenciou alguém na sua casa sendo maltratado, agredido? 1. Sim 2. Não

17. Que tipo de mau trato era?

1. Xingamentos 2. Bofetadas ou tapas 3. Ameaça com palavras 4. Ameaça com armas 5. Quem maltratava? Pai Mãe Irmão/Irmã Outra pessoa.

Se outra pessoa, quem era? _____]

18. A senhora participa das decisões do lar? 1. Sim 2. Não**HÁBITOS DE VIDA E ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PARCEIRO**

19. Tabagismo	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
20. Etilismo	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
21. Uso de drogas	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não

CARACTERÍSTICAS DA RELAÇÃO

22. Situação marital

: 1. Solteira 2. Casada 3. Separada 4. Viúva 5. União Estável23. Tempo de relacionamento (anos) 24. Abandono parental 1. Sim 2. Não

Quando duas pessoas se casam ou moram juntas, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Eu gostaria de lhe fazer agora algumas perguntas sobre seu relacionamento atual e sobre como seu marido/parceiro trata você. Se acontecer de alguém nos interromper, eu irei mudar o tópico da conversa. Gostaria também de garantir que suas respostas serão mantidas em segredo e que você não precisa responder a nenhuma pergunta que não deseje. Posso continuar?

Agora vou perguntar sobre algumas situações que são verdade para muitas mulheres. Pensando no seu (atual ou mais recente) marido / parceiro, você diria que é verdade que ele:

1. Não a permite de encontrar com amigos
2. Tenta limitar seu contato com a família
3. Sempre insiste em saber onde você está
4. Fica com ciúmes ou com raiva quando você fala com outro homem
5. Frequentemente acusa de você de ser infiel

25. ALGUMA DAS AFIRMATIVAS MARCADAS

(COMPORTAMENTO CONTROLADOR)? 1. Sim 2. Não

Durante o período em que esteve grávida, seu atual marido/parceiro:

- a) insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma
- b) depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas
- c) fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito
- d) ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta

26. ALGUMA DAS AFIRMATIVAS MARCADAS

(VIOLÊNCIA EMOCIONAL) 1. Sim 2. Não

Durante o período em que esteve grávida, seu atual marido/parceiro:

- a) deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la
- b) empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão
- c) machucou-a com um soco ou com algum objeto
- d) deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você
- e) estrangulou ou queimou você de propósito
- f) ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você

27. ALGUMA DAS AFIRMATIVAS MARCADAS

(VIOLÊNCIA FÍSICA) 1. Sim 2. Não

Durante o período em que estava grávida:

- a) seu marido/parceiro forçou você a ter relações sexuais quando você não queria?
- b) você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?
- c) forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?

28. ALGUMA DAS AFIRMATIVAS MARCADAS

(VIOLÊNCIA SEXUAL) 1. Sim 2. Não

(SE “SIM” PARA PERGUNTAS 26, 27 OU 28)

29. Você procurou ajuda

1. Sim 2. Não

Se sim

30. De que tipo

1. Formal (polícia, hospital, outras instituições) 2. Informal (amigos e família)

Em qual das seguintes situações você acredita que é aceitável a agressão pelo homem contra a companheira:

- a) se ela não cumprir com suas tarefas domésticas
- b) se ela o desobedecer;
- c) se ela discute com ele;
- d) se ela desrespeitar seus sogros;
- e) se ela sai sem permissão;
- f) se ela se recusa a ter sexo com ele;
- g) se ele descobrir que ela foi infiel.

31. NÍVEL DE ACEITAÇÃO DA VD:

- 1. Não aceita (nenhum item marcado)
- 2. Aceita parcialmente (1-3 itens marcados)
- 3. Aceita totalmente (4-7 itens marcados)

VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS

30. Número de Gestações (parto ou aborto):

31. Quantas vezes pariu:

32. Tipo de parto: 1. Normal 2. Cesáreo

33. Número de abortos

34. Idade gestacional na captação: semanas

35. Gravidez planejada 1. Sim 2. Não

36. Gestação de alto risco (critérios Ministério da Saúde) 1. Sim 2. Não

37. Início do pré-natal (semanas):

38. Número de consultas no pré-natal:

CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PARTO

48. Ruptura prematura das membranas	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Duração (horas, dias) _____
49. Trabalho de parto prematuro	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
50. Infecção urinária	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
51. Hemorragia de primeiro trimestre	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não

52. Ameaça de abortamento	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
53. Hemorragia de segundo trimestre	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
54. Placenta prévia	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
55. DPPNI	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
56. Ganho de peso inadequado?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
58. Hipertensão gestacional	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
58. Pré-eclâmpsia	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Grave 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Eclâmpsia 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
59. Hipertensão crônica	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
60. Restrição do crescimento fetal	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
61. Diabetes gestacional	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
62. Diabetes clínico	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
63. Outras complicações	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
64. Quais complicações	

10. CARACTERÍSTICAS PERINATAIS

Nascido morto: 1. Sim 2. Não

Sexo 1. Masculino 2. Feminino 3. Anomalia do desenvolvimento sexual

Escores de Apgar 1':

Escores de Apgar 5': Se reanimado anotar Apgar com 10'

Necessidade de reanimação neonatal: 1. Sim 2. Não

Se reanimação: VPP máscara TOT Massagem cardíaca Medicamentos

Idade gestacional Capurro ou New Ballard (semanas completas)

Peso ao nascer (gramas) Classificação 1. FIG 2. AIG 3. GIG

Internação em UTI? : 1. Sim 2. Não

Permanência hospitalar (dias)

APÊNDICE 4– Manual de Instruções

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM GESTANTES ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO DESCRITIVO**

Manual de Instruções para a Aplicação dos Questionários

Felipe Gomes Santiago
Iago Luiz Figueiredo Guedes

**Orientadora: Profa. Dra. Melania Maria
Ramos Amorim**
**Co-orientadora: Profa. Ma. Lorena
Carneiro de Macedo**

Campina Grande/PB

2018

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
I. SOBRE O TEMA E SUA IMPORTÂNCIA.....	2
II. SOBRE A PESQUISA.....	2
III. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E SUA IMPORTÂNCIA.....	2
IV. ASPECTOS ÉTICOS, PRIVACIDADE, NEUTRALIDADE E SIGILO.....	2
V. ROTINA PARA A COLETA DE DADOS.....	3
VI. COMO CONVIDAR OS SUJEITOS.....	4
VII. COMO APLICAR O QUESTIONÁRIO.....	4
VIII. COMO REVISAR E COMPLEMENTAR O QUESTIONÁRIO.....	4
IX. CONTROLE DE QUALIDADE DOS QUESTIONÁRIOS.....	5

APRESENTAÇÃO

A pesquisa que envolve seres humanos requer toda uma conduta ética que deve ser cumprida conforme estabelecido pela convenção de Helsinque, suas emendas posteriores e as determinações do Conselho Nacional de Saúde no ano de 1996.

Nesta pesquisa, estarão envolvidos aspectos e informações da vida íntima das participantes, sendo, portanto, necessário alguns cuidados. Com isso, verifica-se a necessidade de criação deste material que tem por objetivo auxiliar no processo de coleta de dados da pesquisa **“VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM GESTANTES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO DESCRITIVO”**, fornecendo subsídios e orientações acerca de como devem proceder desde a abordagem inicial para captação das participantes até o preenchimento do formulário de pesquisa.

I. SOBRE O TEMA E SUA IMPORTÂNCIA

A violência doméstica praticada contra a mulher vem sendo amplamente reconhecida como um problema de saúde global apresentando diversas repercussões clínicas e sociais. A gestação é um período de particular vulnerabilidade a esse tipo de violência, devido às novas demandas emocionais, físicas, econômicas e sociais que surgem com a gravidez. Isso levanta preocupações importantes relacionadas aos atos de violência que acontecem nesse período da vida da mulher, uma vez que podem acarretar graves consequências para o binômio mãe-bebê.

O presente estudo reveste-se de singular interesse científico e epidemiológico, pois, além de ser o primeiro na Paraíba que aborda o tema violência e gestação, poderá fornecer informações relevantes que permitirão o planejamento de ações de prevenção e de enfrentamento da violência.

II. SOBRE A PESQUISA

2.1 Objetivo Geral

Verificar a frequência de violência doméstica durante a gravidez em puéperas atendidas no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), bem como os fatores associados às consequências para a saúde do binômio mãe-bebê.

2.2 Método e população do estudo

O estudo será realizado utilizando-se um desenho de Corte Transversal, por ser este o mais adequado para o delineamento de estudos observacionais. Serão coletados dados (aplicação da entrevista) de 310 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos completos que tiveram o parto assistido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) nos meses de setembro de 2018 a dezembro de 2018 (período da coleta de dados).

III. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E SUA IMPORTÂNCIA

A equipe de pesquisa possui um papel fundamental para a realização deste estudo, uma vez que é a responsável pela aplicação, preenchimento e revisão dos questionários, etapa esta fundamental para o resultado final. Por isto, é importante que todas as dúvidas sejam sanadas, consultando sempre que necessário este material ou o pesquisador principal.

IV. ASPECTOS ÉTICOS, PRIVACIDADE, NEUTRALIDADE E SIGILO

O presente projeto foi aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CAAE 92407018.6.0000.5182). Todo o processo será realizado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e com os postulados da Declaração de Helsinki, que trata da pesquisa com seres humanos.

Para a captação de cada participante, a mulher deve ser abordada na enfermaria de puerpério de forma reservada, em um momento que não lhe seja incômodo (evitar por exemplo interromper horários de visita ou a amamentação). O problema a ser investigado diz respeito ao setor da vida privada dos sujeitos, e considerando-se o grau de fragilidade psicológica das mulheres vítimas de violência doméstica, bem como a dificuldade de expor a sua situação de ter sofrido violência, seja sexual, física ou psicológica, é necessário que o entrevistador conduza a entrevista de forma ética e proporcionando à entrevistada o acolhimento necessário durante a realização da entrevista. É necessário garantir a privacidade, sigilo e neutralidade que a aplicação de uma pesquisa com seres humanos requer.

V. ROTINA PARA A COLETA DE DADOS

No período definido para a realização da coleta de dados, o(a) pesquisador(a) comparecerá ao ISEA, nos horários da manhã e/ou da tarde (de preferência à tarde, pois pela manhã os prontuários não estão disponíveis por conta da visita:

- 1 Nas enfermarias do primeiro andar (rosa, hortênsia, margarida, dália, etc), encontram-se as puérperas. O (a) entrevistador (a) dirigirá-se a cada um dos sujeitos da pesquisa, se identificará como auxiliar de pesquisa, informando que está realizando uma pesquisa no ISEA, e indagará sobre a sua disponibilidade em responder a algumas perguntas, explicar o tema da pesquisa, o sigilo e a sua liberdade de desistir em qualquer momento.
- 2 Se a resposta for negativa, o sujeito será considerado na lista de perdas da coleta e não responderá ao questionário.
- 3 Se a resposta for favorável, o sujeito será informado sobre a questão ética e convidado a ler e assinar o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.
- 4 A mulher será então conduzida à sala reservada no ISEA com privacidade suficiente ao preenchimento dos requisitos éticos necessários para a realização da

entrevista. Se não for possível, a entrevista poderá ser realizada à beira do leito (atentar para a presença de acompanhantes no momento da entrevista).

5 Após a coleta dos dados, solicitar o cartão da gestante para verificar a quantidade de consultas no pré-natal e a data de início do pré-natal. Se a participante ainda não estiver de alta, seu cartão da gestante estará anexado junto ao prontuário, que fica no posto de enfermagem (do alto risco no segundo andar e do baixo risco no final do corredor do primeiro andar).

6 Para coletar os dados referentes ao recém-nascido (peso, APGAR, capurro, etc) dirigir-se ao posto de enfermagem que fica no meio do corredor do primeiro andar e solicitar junto às funcionárias o prontuário do respectivo RN.

7 Caso necessário, após a aplicação, a mulher será encaminhada para um serviço de apoio às mulheres vítimas de violência, ou se for o caso, será orientada e esclarecida quanto à legislação vigente pertinente aos seus direitos.

8 Estarão excluídas aquelas que já tenham respondido ao questionário nesta pesquisa, e/ou que apresentem condições físicas ou mentais que impeçam de responder à entrevista.

VI. COMO CONVIDAR OS SUJEITOS

Ao dirigir-se ao sujeito da pesquisa, o (a) entrevistador (a) deverá primeiramente apresentar-se, dizendo seu nome e informando que está realizando uma pesquisa para o ISEA, que investiga as condições de vida das mulheres nas suas casas e com seus parceiros. Dizer que gostaria de contar com a sua participação, que é muito importante. Devem ser evitadas perguntas que possam provocar a recusa do sujeito. Explicar a confidencialidade da pesquisa e esclarecer que o questionário será respondido em uma sala reservada no ambulatório.

VII. COMO APLICAR O QUESTIONÁRIO

O questionário foi elaborado com objetivo de possibilitar que a coleta de dados forneça todas as informações necessárias à pesquisa.

Algumas instruções foram anotadas para facilitar o seu preenchimento. Essas instruções aparecem entre parênteses, em letra maiúscula e sublinhada, não devem ser lidas

em voz alta durante a aplicação do questionário. São informações que servem apenas para o (a) entrevistador (a).

- Para o preenchimento do questionário, registre tudo com letra bem legível;
- Os dados devem ser anotados no momento em que estão sendo colhidos, não deixe nada para registrar depois;
- Caso a entrevistada recuse-se a responder, primeiro tente persuadi-la a responder, porém sem ser insistente ou incomodar. Caso continue sem resposta, **NÃO CRIE RESPOSTA**, apenas registre **RECUSOU-SE**.
- Após completar o preenchimento do questionário, comunique que você já fez todas as perguntas e agradeça cordialmente.

VIII. COMO REVISAR E COMPLEMENTAR O QUESTIONÁRIO

A revisão do questionário é de importância fundamental para garantir qualidade na coleta dos dados e conseqüentemente no resultado final da pesquisa.

Por isso lembre-se sempre:

- A revisão do questionário deve ser realizada imediatamente após o preenchimento do mesmo, esta seqüência é importante porque neste momento a entrevistada ainda está ao seu alcance;
- Caso seja necessário, procure-a logo para completar o questionário.

IX. CONTROLE DE QUALIDADE DOS QUESTIONÁRIOS

Para garantir a qualidade dos questionários preenchidos, a pesquisadora irá revisá-los diariamente durante o período da coleta de dados.

XI. ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM GESTANTES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO DESCRITIVO

Pesquisador: Melania Maria Ramos de Amorim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 92407018.6.0000.5182

Instituição Proponente: Hospital Universitário Alcides Carneiro - Campina Grande/PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.878.599

Apresentação do Projeto:

O Projeto aborda a violência doméstica em gestantes. A Pesquisa será feita no ISEA, durante cerca de um ano.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da Pesquisa é verificar a frequência de violência doméstica durante a gravidez, os fatores associados a esta, e as consequências desta para a saúde da mãe e do bebê.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios estão bem colocados no Projeto. Os riscos foram mencionados, assim como os meios de minimiza-los e/ou enfrenta-los.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Pesquisa é de muita importância, considerando que é a primeira realizada na Paraíba que aborda esta temática. Pode fornecer informações relevantes que permitirão o planejamento de ações de prevenção e de enfrentamento da violência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos foram apresentados e estão em conformidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe inconformidades éticas para a realização da pesquisa.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.878.599

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1154907.pdf	27/08/2018 18:34:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOC.doc	27/08/2018 18:28:32	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Outros	FORMULARIO.docx	27/08/2018 18:25:11	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RESULTADOS.pdf	27/06/2018 14:30:46	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPROMISSO.pdf	27/06/2018 14:30:27	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	27/06/2018 14:27:16	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Outros	ENCAMINHAMENTO.docx	14/06/2018 19:14:54	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Outros	LISTADECHECAGEM.docx	14/06/2018 19:14:33	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	img20180614_18593587.pdf	14/06/2018 19:05:38	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Folha de Rosto	EPSON003.pdf	14/06/2018 13:56:21	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 06 de Setembro de 2018

Assinado por:
Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

Violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade do nordeste brasileiro: um
estudo descritivo

Domestic violence against women attended at a maternity in the northeastern Brazil: a
descriptive study

Universidade Federal de Campina Grande – Unidade Acadêmica de Ciências Médicas – Faculdade
de Medicina – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Melania Maria Ramos Amorim

Lorena Carneiro de Macêdo

Felipe Gomes Santiago

Iago Luiz Figueiredo Guedes

¹Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Campina Grande, Campina
Grande (PB), Brasil.

Conflito de Interesses: não há.

RESUMO

CENÁRIO: a violência doméstica praticada contra a mulher vem sendo amplamente reconhecida como um problema de saúde global apresentando diversas repercussões clínicas e sociais. A gestação é um período de particular vulnerabilidade a esse tipo de violência, devido às novas demandas emocionais, físicas, econômicas e sociais que surgem com a gravidez. Isso levanta preocupações importantes relacionadas aos atos de violência que acontecem nesse período da vida da mulher, uma vez que podem acarretar graves consequências para o binômio mãe-bebê. **OBJETIVOS:** verificar a frequência de violência doméstica durante a gravidez em puérperas atendidas no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). **MÉTODOS** foi realizado um estudo do tipo corte transversal avaliando 310 mulheres que tiveram o parto assistido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), em Campina Grande – Paraíba, no período de setembro a dezembro de 2018. Foram verificadas características biológicas, socioeconômicas, hábitos de vida e aspectos psicológicos relativos à mulher e ao seu parceiro íntimo, bem como características da relação. Os dados referentes à violência psicológica, física e sexual foram verificados através do questionário utilizado no estudo *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW) da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre violência por parceiros íntimos contra mulheres, já traduzido e validado para o português. Foram documentados também os desfechos obstétricos, maternos e perinatais. A análise bivariada foi feita utilizando-se o teste do qui-quadrado para investigar a associação entre violência doméstica (VD) durante a gestação e as variáveis independentes, considerando-se o nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** A frequência de violência doméstica durante a gestação encontrada foi de 10,3%. A violência emocional foi a mais frequente (87,5%), seguida da sexual (18,7%) e da violência física (15,6%). Foi encontrada associação de violência doméstica com a história familiar de violência ($p=0,012$), com o número de filhos ($p=0,01$), com o abandono parental ($p=0,02$) e com o nível de aceitação da mulher à violência ($p=0,009$). **CONCLUSÃO:** Destaca-se a importância do estudo no sentido de fornecer dados que dimensionem a real magnitude da violência doméstica durante a gestação, contribuindo com informações relevantes que permitirão o planejamento de ações de prevenção e de enfrentamento desse problema de saúde pública.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Gestação.

ABSTRACT

BACKGROUND: Domestic violence against women has been widely recognized as a global health problem presenting clinical and social repercussions. The childbearing period is a time of particular vulnerability to this type of violence due to innumerable factors, but mainly due to the new emotional, physical, economic and social demands that arise with pregnancy. This scenario raises important concerns regarding the acts of violence that happens in this period of the woman's life, since they can have serious consequences for the mother-baby binomial. **OBJECTIVES:** To evaluate the frequency of domestic violence during pregnancy in postpartum patients attended at the Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) in Campina Grande – Paraíba, Brazil. **METHODS:** A descriptive cross-sectional study was conducted among 310 women attended at a public maternity in northeastern Brazil from September-December 2018. The data-collecting instrument used was a questionnaire from the World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW) study on psychological, physical and sexual violence against women perpetrated by intimate partners. Questions about biological, socioeconomic, lifestyle and psychological aspects related to women and their intimate partner were added. Obstetric, maternal, and perinatal outcomes were documented as well. Bivariate analysis was conducted to determine the association between domestic violence and the various independent variables using the chi-square test at a 5% confidence level. **RESULTS:** Of the total women surveyed, 10,3% were victims of at least one form of domestic violence during pregnancy, emotional violence being the most common (87,5%), followed by sexual violence (18.7%) and physical violence (15.6%). There was an association between domestic violence and family history of violence ($p=0.012$), with the number of children ($p=0.01$), parental abandonment by the intimate partner ($p=0.02$) and women's level of acceptance to violence ($p = 0.009$). **CONCLUSION:** We highlight the importance of the study to provide data that dimension the real magnitude of domestic violence during pregnancy, contributing with relevant information that will allow the planning of preventive actions and support services, thereby decreasing the prevalence of adverse health outcomes.

Keywords: Violence against women. Domestic violence. Pregnancy

1 INTRODUÇÃO

Dentre as diversas formas de violência contra a mulher, a violência doméstica (VD) - definida como a violência que ocorre dentro de seu lar - é considerada como a mais prevalente, sendo praticada pelo parceiro íntimo na maioria das vezes². A prevalência de VD tem percentuais que diferem bastante quando comparamos os dados entre países e até mesmo entre as diferentes regiões de um mesmo país. Isso pode ser explicado, em parte, pelas diferenças metodológicas dos estudos e pelas diversas definições de violência consideradas. A gestação é um tempo de particular vulnerabilidade à VD, devido, principalmente, às novas demandas emocionais, físicas, econômicas e sociais que surgem com a gravidez. Devido às irreparáveis consequências para o binômio mãe-bebê, existe uma preocupação maior quando a VD ocorre nesse período da vida da mulher⁸.

Em relação aos fatores de risco que estão associados a essa prática, uma metanálise que incluiu 55 estudos independentes mostrou que ter uma história prévia de violência (experimentada ou testemunhada) foi o fator preditivo mais forte de VD¹⁰.

As consequências da VD no período gestacional refletem-se tanto na saúde da mãe quanto na saúde do bebê. Uma revisão sistemática incluindo 30 estudos, com um total de 166.447 participantes, evidenciou que mulheres expostas à violência têm 1,5 mais chances de terem tanto um recém-nascido pré-termo quanto um de baixo-peso¹⁴.

No Brasil, foi apenas a partir de 2003, que os dados que correlacionam VD e gestação foram mais claramente delineados e apresentados nas pesquisas. No entanto, o número de estudos ainda é escasso, existindo, portanto, a necessidade de se explorar essa temática a fim de compreender a real magnitude do problema, bem como suas repercussões em alguns parâmetros na vida da mulher e do recém-nascido. Assim, os achados desta pesquisa permitirão um melhor entendimento do assunto, possibilitando a elaboração de ações de prevenção e enfrentamento da violência durante a gestação.

Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de verificar a frequência de violência doméstica durante a gravidez em puérperas atendidas no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), bem como os fatores associados e as consequências para a saúde do binômio mãe-bebê.

2 MÉTODOS

2.1 Desenho e localização do estudo

O estudo caracteriza-se como corte transversal do tipo descritivo e foi desenvolvido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), que está localizado no centro da cidade de Campina-Grande, na Paraíba, e que atende à população de cerca de 170 municípios paraibanos.

2.2 População do estudo

A população do estudo foi composta por mulheres que tiveram o parto assistido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) nos meses de setembro a dezembro de 2018 (período da coleta de dados). Os critérios de inclusão foram: idade maior ou igual a 18 anos; idade gestacional igual ou superior a 22 semanas completas ou recém-nascido pesando pelo menos 500 gramas e relacionamento com parceiro íntimo no último ano, independente de coabitação. Foram excluídas mulheres com condições físicas ou mentais que impediam de responder à entrevista.

2.3 Amostragem e cálculo do tamanho da amostra

A amostragem foi obtida por conveniência, não probabilística. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa estatístico OpenEpi® version 3.01 (Emory University, Rollins School of Public Health, Atlanta, Georgia, USA), para uma frequência de VD de 13,1% (Menezes et al., 2003) com uma precisão de X% e considerando-se o nível de significância de X%. Estima-se um número de 301 mulheres, que foi aumentado para 310 para prevenir eventuais perdas.

2.4 Procedimentos para captação dos participantes

As mulheres no pós-parto imediato internadas no ISEA que preenchiam os critérios de elegibilidade foram convidadas a participar da pesquisa, sendo explicados os objetivos do estudo e, as que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo incluídas no estudo. A entrevista foi realizada por entrevistadores treinados, durante os meses de setembro a dezembro de 2018, utilizando formulário de pesquisa.

2.5 Instrumento para de coleta de dados

Foi utilizado como instrumento de coleta a versão traduzida e validada para a língua portuguesa do questionário utilizado pela OMS no estudo *World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW)*²⁹, sobre violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres. Foram adicionadas questões sobre características biológicas, sociodemográficas e psicológicas da mulher e do parceiro, características obstétricas e perinatais, história de violência familiar na infância e/ou adolescência da mulher e do parceiro, resposta da mulher aos atos de violência e uso de bebida alcoólica, tabagismo ou outras drogas. Foi realizado estudo piloto com a duração de uma semana no ISEA, seguido de posterior controle de qualidade para avaliar necessidade de reformulação ou alteração.

2.6 Processamento e análise dos dados

Todos os dados coletados foram digitados em banco no software Epi Info 7.2, com dupla entrada por digitadores independentes e checagem de consistência. As planilhas foram então

transferidas para análise estatística realizada através do programa SPSS® (StatisticalPackage for the Social Sciences – Versão 19.0). Inicialmente, foram obtidas medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas e construídas tabelas de distribuição de frequência para as variáveis categóricas.

A análise bivariada foi feita utilizando-se o teste do χ^2 de Pearson para investigar a associação entre violência doméstica (VD) durante a gestação e as variáveis independentes, considerando-se o nível de significância de 5%. Foi calculada a razão de prevalência (RP) e seu intervalo de confiança a 95% (IC 95%) como medida do risco relativo.

2.7 Aspectos éticos:

O presente estudo foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) através da Plataforma Brasil sob o número 92407018.6.0000.5182.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A frequência de violência doméstica durante a gestação foi de 10,3%. A violência emocional foi a mais frequente (87,5%), seguida da sexual (18,7%) e da violência física (15,6%). Os dados relativos à violência estão apresentados na Tabela 3.

Considerando o nível de aceitação da violência, a maior parte (91,9%) afirmou não aceitar justificável a violência doméstica em nenhuma circunstância, 5,2% aceita parcialmente e 1,3% aceita totalmente. Das mulheres vítimas de violência, 21,8% relatou ter buscado por ajuda (85,7% ajuda informal através de amigos ou família e apenas 1 mulher procurou ajuda formal através da polícia, hospitais ou outras instituições).

Foi encontrada associação de violência doméstica com a história familiar de violência ($p=0,012$), com o número de filhos ($p=0,01$), com o abandono parental ($p=0,02$)

e com o nível de aceitação da mulher à violência ($p=0,009$), não havendo associação com idade, cor, procedência, escolaridade, renda familiar, vínculo empregatício, profissão, duração do relacionamento, situação marital, etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas.

Tabela 1. Frequência de VD de acordo com o tipo. Campina Grande-PB, 2018.

Violência doméstica na gestação (n=32)	n	%
Violência Psicológica		
Insultos ou atos que fizessem a mulher se sentir mal a respeito de si mesma	13	40,6%
Depreciar ou humilhar diante de outras pessoas	6	18,7%
Fazer coisas para assustar ou intimidar de propósito	6	18,7%
Ameaças contra a mulher ou contra conhecidos da mulher	1	3,1%
No mínimo, um dos critérios de violência psicológica	26	81,2%
Violência Física		
Tapas, socos, jogar objetos, empurrões e chutes.	4	12,5%
Ameaças ou uso de arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você	1	3,1%
No mínimo, um dos critérios de violência física	5	15,6%
Violência Sexual		
Relações sexuais forçadas	3	9,3%
Relações por medo	2	6,2%
Prática sexual degradante ou humilhante	1	3,1%
No mínimo, um dos critérios de violência sexual	6	18,7%

Em relação ao parceiro, encontrou-se associação de violência doméstica com a presença de comportamento controlador ($p<0,001$). Não sendo encontradas associações com idade, ocupação remunerada, escolaridade, etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas.

Considerando as características obstétricas, encontrou-se associação de violência doméstica com o número de gestações ($p=0,01$) e a paridade ($p=0,01$). Não sendo encontradas associações com o número de consultas pré-natais, idade gestacional no parto, tipo de parto, gravidez planejada e complicações da gravidez. Em relação às características perinatais, encontrou-se associação de violência doméstica do tipo física com baixo peso ao nascer ($p=0,01$). Não havendo associação com morte fetal, escores de Apgar no 1° e 5°

minuto, classificação do peso, necessidade de manobras de reanimação, internação em UTI e condições de egresso – vivo ou morto, permanência internado ou alta com a mãe.

4. CONCLUSÃO

No Brasil, foi apenas a partir de 2003, que os dados que correlacionam VD e gestação foram mais claramente delineados e apresentados nas pesquisas. No entanto, o número de estudos ainda é escasso, existindo, portanto, a necessidade de se explorar essa temática a fim de compreender a real magnitude do problema, bem como suas repercussões em alguns parâmetros na vida da mulher e do recém-nascido. Este estudo apresenta resultados que servem para nortear a construção de políticas públicas em saúde da mulher, possibilitando a elaboração de ações de prevenção e enfrentamento da violência durante a gestação.

É de responsabilidade dos serviços de saúde desenvolver diretrizes que orientem quando e como a questão da violência deve ser abordada, bem como de desenvolver protocolos a serem seguidos pela equipe de saúde quando for detectado um caso de VD durante o acompanhamento de uma gestante.

É fundamental também a existência de uma rede de referência e contrarreferência que dê o necessário suporte à gestante vítima de violência, com objetivo de garantir o seu bem-estar e o do bebê.

REFERÊNCIAS

1. Ellsberg M, Heise L. Researching Violence Against Women. *Who* 2013; 78: 33–35.
2. Krug EEG, Mercy JA, Dahlberg LL, et al. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360: 1083–1088.
3. Heise LL, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. 1994.
4. Garcia-Moreno C, Jansen H a FM, Ellsberg M, 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. *Genetics* 2005; 151: 277–83.
5. Garcia-Moreno C, Jansen H a FM, Ellsberg M, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368: 1260–1269.
6. Van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, et al. Intimate partner violence and pregnancy: A systematic review of interventions. *PLoS One*; 9. Epub ahead of print 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0085084.
7. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggress Violent Behav* 2010; 15: 14–35.
8. Bessa MMM, Drezett J, Rolim M, et al. Violence against women during pregnancy: Sistematized revision. *Reprod e Clim* 2014; 29: 71–79.
9. Martin SL, Harris-Britt A, Li Y, et al. Changes in intimate partner violence during pregnancy. *J Fam Violence* 2004; 19: 201–210.
10. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk Factors for Domestic Violence During

- Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence Vict* 2013; 28: 359–380.
11. Menezes TC, Amorim MMR de, Santos LC, et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev Bras Ginecol e Obs* 2003; 25: 309–316.
 12. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saude Publica* 2008; 42: 877–885.
 13. Santos SA, Lovisi GM, Braga C, et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Coletiva* 2010; 18: 483–493.
 14. Shah PS, Shah J. Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy. *J Women's Heal*; 19.
 15. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 113: 6–11.
 16. Howard LM, Oram S, Galley H, et al. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*; 10. Epub ahead of print 2013. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001452.
 17. Huls CK, Detlefs C. Trauma in pregnancy. *Semin Perinatol* 2018; 42: 13–20.
 18. Nannini A, Lazar J, Berg C, et al. Rates of hospital visits for assault during pregnancy and the year postpartum: Timing matters. *Public Health Rep* 2011; 126: 664–668.
 19. Crandall M, MD MPH, Nathens A, et al. Predicting Future Injury among Women in Abusive Relationships. *J Trauma* 2004; 56: 906–912.