



CENTRO UNIVERSITÁRIO–UNINOVAFAPI
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

THAIS PORTELA TEIXEIRA CAMPELO

VIOLENCIA À MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL: uma contribuição da
enfermagem a saúde da família

TERESINA

2013

THAIS PORTELA TEIXEIRA CAMPELO

VIOLENCIA À MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL: uma contribuição da
enfermagem a saúde da família

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI como requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de pesquisa: A saúde da família no ciclo vital.

TERESINA

2013

C193v CAMPELO, Thaís Portela Teixeira

Violência à mulher no período gestacional: uma contribuição da enfermagem a saúde da família / Thaís Portela Teixeira Campelo. Orientador(a): Prof^a. Dra. Claudete Ferreira de Sousa Monteiro. Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2013. 73. p.

Dissertação (mestrado profissional em saúde da família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2013.

1. Violência; 2. Enfermagem; 3. Saúde da Mulher; I.Monteiro, Claudete Ferreira de Sousa II. Título.

CDD 614

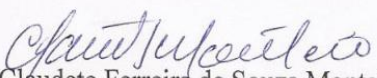
THAIS PORTELA TEIXEIRA CAMPELO

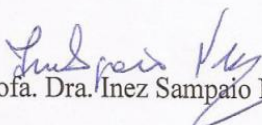
VIOLENCIA À MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL: uma contribuição da
enfermagem a saúde da família

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à
Coordenação do Programa de Mestrado Profissional
em Saúde da Família do Centro Universitário
UNINOVAFAPI como requisito para obtenção
do título de Mestre

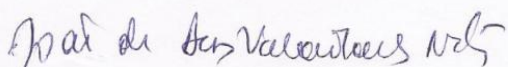
Data da Aprovação: 19/06/ 2013

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro – UNINOVAFAPI (Presidente)


Profa. Dra. Inez Sampaio Nery – UFPI (1ª Examinadora)


Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo – UNINOVAFAPI (2ª Examinadora)


Prof. Dr. João de Deus Valadares Neto - UNINOVAFAPI (Suplente)

Aos meus amados pais, esposo, filha e irmãos, por terem me dado força para que eu nunca desistisse. Por me proporcionarem a realização desse sonho. Sozinha eu jamais teria conseguido!

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte inesgotável de amor e paz. Na minha vida nada nunca foi fácil, mas com a fé que tenho em Ti Senhor, sempre fui capaz de alcançar todos os meus objetivos, colocando na minha vida as pessoas certas para me acompanhar nessa caminhada.

Ao Centro Universitário UNINOVAFAPI, na pessoa da diretora Dra Cristina Maria Miranda de Sousa, pela oportunidade de aprender e me qualificar profissionalmente.

À Fundação Municipal de Saúde, que abriu as portas da Estratégia de Saúde da Família para que eu pudesse realizar meu estudo.

À Profa. Dra Claudete Ferreira de Souza Monteiro, minha orientadora, pela contribuição fundamental na construção desse trabalho, por seus ensinamentos, dedicação e paciência. Por todo conhecimento compartilhado comigo, levarei para o resto da minha vida. Sei que os “puxões de orelhas” foram necessários e me fizeram amadurecer bastante na minha carreira docente.

À Profa Dra Inez Sampaio Nery e Profa Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo pelas contribuições e críticas fundamentais para aprimoramento desta pesquisa.

À Profa Dra Maria Eliete Batista Moura, pela competência e dedicação frente à coordenação do programa de mestrado profissional da UNINOVAFAPI.

Aos meus pais, Adalberto e Lucia, pelos pais, amigos e companheiros que são. Nunca mediram nenhum esforço para que eu estudasse, me graduasse e pós-graduasse, e vocês sabem o quanto tudo foi difícil. Deus não poderia ter escolhido melhor meu PAI e minha MÃE. Vocês são fundamentais e essenciais na minha vida, Amo vocês!

A minha filha Maria Eduarda, meu melhor presente, meu maior tesouro. Todo meu sacrifício foi por você e para você, seu incentivo foi maior do que todos, onde na inocência dos seus 4 aninhos, ao me ver chorando, no momento em que pensei que não daria mais tempo você vira e me diz: “ Não chora, vai dar certo mamãe”, nessa hora eu tive certeza que daria! Obrigada meu amor, minha vida!

Ao meu esposo, Diego Sousa Campelo, pelo amor, apoio, auxílio, pela compreensão, por ouvir meu desabafo e, principalmente, por acreditar na minha capacidade nos momentos que nem eu mesma acreditava. Pelas madrugadas acordado ao meu lado, lendo, corrigindo e tabulando questionário, cortando papel e realizando sorteio, enfim, me ajudando na construção desse trabalho. Essa conquista é tão sua quanto minha. Te amo e te admiro demais.

Aos meus irmãos, em especial ao meu irmão-compadre, Thiago Portela, por me incentivar e por várias vezes me proporcionar a continuidade desse curso, minha dívida com você é enorme. Te amo meu irmão.

À minha cunhada e comadre, Lais Andrade, pelas palavras de incentivo e apoio e por compreender minha ausência na vida social, estou voltando...

Aos meus sogros, Arnodson e Janira pelas contribuições, apoio e incentivo para realização desse mestrado.

À Profa Mestre Lorena Uchoa, minha co-orientadora, por suas orientações, sugestões e por me atender prontamente sempre que solicitei sua ajuda. Você é iluminada.

A minha amiga Lara Krist, que sempre que precisei traduziu meus resumos e os últimos foram em tempo recorde. Obrigada Laritinha!

Aos mestres que convivemos durante o curso, por todos os ensinamentos. Foi uma honra ser aluna de vocês.

Às gestantes, sujeitos do meu estudo, que concordaram em participar dessa pesquisa, mesmo sendo tão difícil e delicado falar sobre esse assunto para estranhos.

À minha equipe de pesquisa: Ana Carolina, Maria do Socorro pela dedicação e compromisso na execução deste trabalho, sem vocês jamais teria dado tempo coletar esse dados no prazo estabelecido.

Às minhas amigas do mestrado, em especial Juliana Macêdo, Tereza Alcântara, Rossandra Marreiros, Fernanda Matos e Márcia Santos (galera do fundão) pelas angústias, dificuldades e principalmente pelas tardes maravilhosas que passamos juntas durante todos os créditos, nos divertimos muito!

À secretaria do mestrado, na pessoa da Elizângela Vieira e Gelsemânia Barros, por se fazerem disponíveis sempre que precisamos.

À Faculdade Novaunesc, na pessoa da Profa. Msc. Rita Mendes e Profa. Esp. Mônica Fonsceca, por compreender minha ausência, liberando-me para realização desse curso e, acima de tudo, pelo reconhecimento do meu trabalho.

À coordenação do curso de enfermagem da Faculdade Novaunesc, na pessoa da Profa. Msc. Lucimar Campos, pela compreensão e flexibilidade nas trocas de horários de aula.

A minha amiga Dayane Arrais, pelas palavras de conforto e incentivo e por me passar tranquilidade sempre em que estive intranquila em relação ao trabalho e ao curso.

Aos meus alunos, pelas palavras de incentivo e por compreenderem as trocas e reposições de aulas que se fizeram necessárias.

A todos aqueles que viveram comigo esses dois anos de crescimento, aprendizado, angústia e medo e que torceram por minha vitória. Muito Obrigada!!

*A humildade exprime uma das raras certezas
de que estou certo: a de que ninguém é
superior a ninguém.*

Paulo Freire

RESUMO

A violência contra gestante segue uma dinâmica que a inclui como um dos maiores problemas sociais enfrentados pela população feminina no Brasil, e agrava-se pelo fato de a maioria das agressões partirem do próprio parceiro. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivos analisar a violência em mulheres grávidas atendidas na estratégia de saúde da família, levantar os dados sociodemográficos e obstétricos das gestantes, levantar dados da violência sofrida quanto ao tipo, o agressor, frequência das agressões (antes, durante e após a gravidez) e área do corpo mais atingida, e elaborar uma cartilha para os profissionais que atuam na atenção à saúde da família. Trata-se de estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, do tipo transversal, realizado na Estratégia de Saúde da Família, com a participação de 306 gestantes. A coleta de dados se deu por meio de questionário contendo dados sociodemográficos, obstétricos e da ocorrência de violência e pela aplicação do instrumento Abuse Assesment Screen, durante a consulta de pré-natal, no período de maio a julho de 2012. Os dados foram tratados pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences 12.0 for Windows. Para verificação da associação entre violência na gestação e as variáveis dependentes, variáveis socioeconômicas e variáveis gestacionais utilizou-se o teste do qui-quadrado, considerando um valor de significância de $\leq 0,05$. Os resultados mostram que do total das pesquisadas 26,5% informaram violência em algum momento na vida e 7,2% relataram episódio de violência na gestação. Das mulheres com episódio de violência no período gestacional, 50% tinham até 25 anos de idade, acima de 8 anos de estudo (68,2%), com companheiro (59,1%), renda familiar de até um salário mínimo (81,8%) e episódio de violência na vida (72,7%). Houve associação significativa e chance de ocorrer violência na gestação entre mulheres com episódio de violência na vida (72,7%) e ter companheiro (59,1%). O estudo mostra elevada prevalência e a continuidade da violência sofrida por mulheres em algum momento da vida e durante a gestação. Diante dos resultados encontrados, é importante que profissionais de saúde adotem medidas para prevenção das diversas formas de violência, mais especificamente durante o período gestacional, a partir do momento da 1ª consulta até o puerpério, não descartando outros momentos da vida da mulher.

Palavras-chave: Violência. Enfermagem. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The violence against pregnant women follows a dynamic that includes as a major social problems faced by the female population in Brazil, and is aggravated by the fact that most of the assaults own partner. Analyze violence in pregnant women attending the family health strategy, raising the sociodemographic and obstetric data of pregnant women, assess the violence experienced in the type, the perpetrator, frequency of aggression (before, during and after pregnancy) and area of the body most affected and prepare a primer for professionals who work in primary family health. It is a descriptive study, a quantitative approach, cross-sectional, whose setting was the strategy of family health and with the participation of 306 pregnant women. The collection was through structured questionnaire containing sociodemographic data, obstetric and the occurrence of violence and the Abuse Assessment Screen. Treatment results and data analysis was performed using the program Statistical Package for the Social Sciences - SPSS 12.0 for Windows. To assess the association between violence during pregnancy and the dependent variables, socioeconomic variables and gestational variables used the chi-square test, considering a significance level of ≤ 0.05 . Of the total surveyed 26.5% of the total surveyed reported violence at some point in life and 7.2% reported incident of violence during pregnancy. Women with an episode of violence during pregnancy, 50% had up to 25 years old, over 8 years of education (68.2%), with a partner (59.1%), family income below the poverty level (81.8%) and violent episode in their lifetime (72.7%). Significant association and risk of violence occurs during pregnancy among women with violent episode in their lifetime (72.7%) and having a partner (59.1%). The study shows a high prevalence and continuity of violence suffered by women at some point in life and during pregnancy. Health professionals should take measures to prevent the various forms of violence, specifically during pregnancy, from the moment the 1st consultation to the puerperium, not discarding other moments in woman's life.

Keywords: Violence. Nursing. Health women.

RESUMEN

La violencia contra las mujeres embarazadas sigue una dinámica que incluye como uno de los principales problemas sociales que enfrenta la población femenina en Brasil, y se ve agravada por el hecho de que la mayoría de las agresiones de la propia pareja. Analizar la violencia en las mujeres embarazadas que acuden a la estrategia de salud de la familia, el aumento de los datos socio demográficos y obstétricos de las mujeres embarazadas, evaluar la violencia que se vive en el tipo, la autor, la frecuencia de la agresión (antes, durante y después del embarazo) y la zona del cuerpo más afectada y preparar un manual para los profesionales que trabajan en salud de la familia principal. Es un estudio descriptivo, un enfoque cuantitativo, transversal, cuyo ajuste fue la estrategia de salud de la familia y con la participación de 306 mujeres embarazadas. La colección fue a través de cuestionario estructurado que contiene datos socio demográficos, obstétricos y de la aparición de la violencia y la herramienta Abuse Assessment Screen. Los resultados del tratamiento y análisis de datos se realizaron mediante el paquete estadístico del programa de Ciencias Sociales - SPSS 12.0 para Windows. Para evaluar la asociación entre la violencia durante el embarazo y las variables dependientes, las variables socioeconómicas y las variables de la gestación utilizó la prueba de chi-cuadrado, considerando un nivel de significación de $\leq 0,05$. Del total de encuestados 26,5% del total de encuestadas reportaron violencia en algún momento de la vida y el 7,2% informó de incidentes de violencia durante el embarazo. Las mujeres con un episodio de violencia durante el embarazo, el 50% tenían hasta 25 años de edad, más de 8 años de educación (68,2%), en pareja (59,1%), los ingresos familiares por debajo del nivel de pobreza (81 8%) y violento episodio en su vida (72,7%). Asociación significativa y el riesgo de la violencia se produce durante el embarazo en las mujeres con episodio de violencia en su vida (72,7%) y tener un compañero (59,1%). Conclusión: El estudio muestra una alta prevalencia y la continuidad de la violencia sufrida por las mujeres en algún momento de la vida y durante el embarazo. Los profesionales de salud deben tomar medidas para prevenir las diversas formas de violencia, en particular durante el embarazo, desde el momento de la primera consulta con el puerperio, no descartando otros momentos en la vida de la mujer

Palabras clave: Violencia. Enfermería. Salud de la mujer

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UBS - Unidade Básica de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

SIAB - Sistema Informação da Atenção Básica

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CNS - Conselho Nacional de Saúde

OPS - Organização Pan-Americana de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

DEAMs - Delegacias especializada de Atendimento a Mulher

CNDM - Conselho Nacional da Mulher

DPM - Delegacia de Defesa da Mulher

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 A situação problema	15
1.2 Questão do estudo e objetivos	17
1.3 Justificativa e relevância do estudo	18
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	20
2.1 Aspectos históricos, conceituais e epidemiológicos da violência	20
2.2 Políticas públicas de combate a violência contra mulher	24
2.3 O serviço de saúde e assistência a gestante agredida	26
3 METODOLOGIA.....	33
3.1 Tipo de estudo	33
3.2 Local de estudo.....	33
3.3 População e amostra	33
3.4 Coleta de dados.....	35
3.5 Tratamento e análise dos dados	35
3.7 Aspectos Éticos e legais.....	36
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	37
4.1 Manuscrito : Prevalência de violência em gestantes assistidas pela Estratégia Saúde da Família de uma capital do nordeste.....	37
4.2 Produto: Violência gestacional: uma contribuição para saúde da família.....	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61
APENDICES	63
ANEXOS.....	69

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) encontra-se estruturado de acordo com as orientações contidas na Instituição Normativa da Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

O presente Relatório Final é composto de: Introdução, na qual se apresenta a situação problema e contextualiza-se o objeto de estudo, a questão do estudo, objetivos, justificativa e relevância. Seguido do Referencial Temático, com uma contextualização histórica, conceitual e epidemiológica da violência contra a mulher e a gestante. Trata-se das políticas públicas de combate à violência contra mulher e, por fim, traz-se o serviço de saúde e assistência à gestante agredida.

Em seguida, traça-se o caminho metodológico, no qual se apresenta o tipo de estudo, local de estudo, a definição da população e amostra, a técnica de coleta de dados, os instrumentos utilizados, o tratamento e análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa.

Continuando, apresenta-se como resultado direto da produção dos dados com os sujeitos do estudo, iniciando pela caracterização sociodemográfica e obstétrica dos sujeitos, e dois artigos científicos.

O manuscrito denomina-se **Prevalência de violência em gestantes de uma capital do Nordeste Brasileiro**. Como produto também resultante do processo de dados, foi elaborada uma cartilha intitulada: **Violência gestacional: contribuição para estratégia de saúde da família**.

Nas considerações finais faz-se uma reflexão acerca dos achados da pesquisa, bem como a respeito das contribuições do estudo para a assistência às gestantes que podem tornar-se alvo da violência.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A situação problema

A violência contra mulher segue uma dinâmica que a inclui como um dos maiores problemas sociais enfrentados pela população feminina no Brasil, e agrava-se pelo fato de a maioria das agressões partirem do próprio parceiro.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, violência doméstica é aquela praticada por parceiro íntimo, e definida por qualquer tipo de violência que a mulher sofra nas mãos de parceiro ou ex-parceiro. Consiste no tipo mais comum de violência sofrida por mulheres (OMS, 2005).

Porém, não se entende a violência contra as mulheres sem se considerar a dimensão de gênero, a construção social, política e cultural da masculinidade e da feminilidade, assim como as relações entre homens e mulheres. Para Braga (2007), a diferença biológica é apenas o ponto de partida para a construção social do que é ser homem ou ser mulher. O sexo é atribuído ao biológico, enquanto gênero é uma construção social e histórica. A noção de gênero aponta para a dimensão das relações sociais do feminino e do masculino.

Guedes e Fonseca (2011) afirmam que essa violência pode ser explicada como um fenômeno que se constitui a partir da naturalização da desigualdade entre os sexos, que se assenta nas categorias hierárquicas, historicamente construídas, como um dos mecanismos ideológicos capazes de legitimar o estado atual, entre os quais se encontram as classificações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos. Essa classificação permite a sujeição das mulheres nas relações de gênero, desqualificando-as como insuperavelmente inferiores, porque são biologicamente diferentes.

Assim, a cultura patriarcal colabora com o estigma de que a mulher deve servir seu parceiro, trazendo mais uma vez esta carga de valores que compõem a realidade social em que a mulher se encontra atualmente. O que coloca a violência contra mulher como grave problema de Saúde Pública.

No âmbito das relações interpessoais a violência contra as mulheres pode se apresentar como agressões ao corpo, violação ou coerção sexual e agressões emocionais ou psicológicas, incluindo ofensas e diferentes formas de desqualificação. No âmbito das relações sociais a violência se manifesta no menor acesso a recursos materiais e simbólicos e a espaços de poder e de tomada de decisão, o que gera maiores níveis de pobreza e dependência econômica entre

as mulheres. Essa desvalorização social da população feminina alimenta preconceitos e estereótipos, que se refletem nas relações interpessoais (DEBERT;GREGORI, 2008).

Assim, somente na década de noventa a área da saúde passa a intervir na questão da violência contra a mulher, paralelamente, é feito um acordo internacional, como questão de direito humano, que resguarda a mulher em casos de violência. Decorridos dez anos do relatório da OMS sobre violência e saúde, torna-se conhecido para os profissionais de saúde o fato de que a violência contra a mulher tem alta magnitude e relevância na saúde; porém, a problemática vem aumentando e os profissionais ainda demonstram despreparo para o acompanhamento dos casos.

Oliveira (2005) relata que as consequências da violência na vida da mulher, incluindo a violência sexual, são diversas, as quais estão inclusas: abuso de drogas e álcool, distúrbios gastrintestinais, inflamações pélvicas, dores de cabeça, asma, ansiedade, depressão, distúrbios psíquicos, como tentativa de suicídio, além do trauma físico direto. E relata que esta questão vem ganhando destaque durante as últimas décadas, passando a ser reconhecida pela OMS e Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) como um problema de saúde pública.

A violência pode ocorrer em qualquer fase da vida da mulher, inclusive durante a gestação. Neste período, a mulher vivencia momentos de instabilidade física e emocional, o que pode repercutir diretamente no seu convívio com os demais integrantes da família, exigindo atenção e apoio. No entanto, quando se discute a participação do parceiro, podem ocorrer algumas situações que culminam em agressões, substituindo o apoio necessário.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2007), violência durante a gestação é conceituada como “violência ou ameaça de violência física, sexual ou psicológica (emocional) à mulher grávida.” Desta forma, a violência contra a gestante pode apresentar consequências à saúde da mãe e do feto, tais como as hemorragias, interrupção da gravidez, depressão, tabagismo, uso de drogas lícitas e ilícitas, além de prematuridade, baixo ganho de peso e risco de morte perinatal. Podendo essas consequências serem facilmente evitadas ou minimizadas diante do conhecimento dessa violência.

Com consequências tão significativas, estudo sobre a prevalência de violência contra a mulher grávida apontam de forma que essa violência varia de 10% a 70% em países desenvolvidos. No Brasil, a prevalência da violência contra mulher gestante variou de 13,1% a 33,8%, sendo 61,7% para psicológica, 18,2% para física, 7,8% para sexual (SANTOS *et al.*,2010).

Mesmo a violência doméstica na gestação sendo conhecida por sua grande ocorrência e pelos danos que causa à saúde da mãe e do filho, dificilmente a gestante relata esta situação

ao profissional que a assiste, ainda que questionada, o que dificulta o diagnóstico e assistência diante desses casos.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, regionalização dos serviços, integralidade e equidade da atenção, paralelamente ao Movimento Sanitário, concebido como arcabouço conceitual do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Política para Mulheres, formulou o Programa de Assistência e Combate à violência contra Mulher – Plano Nacional, no qual se definiu a Rede de Cidadania, uma ação que reúne recursos públicos e comunitários, em um esforço comum para prevenir, atender e erradicar a violência doméstica contra mulher no Brasil (BRASIL, 2003).

Assim, diante do exposto, os estudos existentes acerca da violência contra gestante ainda são insuficientes e faz-se necessário aprofundar os estudos sobre a temática, a fim de conhecer a prevalência da violência no período gestacional, para tornar possível a criação de novas estratégias para enfrentamento e prevenção desta prática. Assim, o presente trabalho teve como objeto de estudo a violência praticada contra mulheres grávidas.

1.2 Questão do estudo e objetivos

Diante da problemática apontada e com base no objeto de estudo, surge como questionamento para nortear esta pesquisa: Quais as características da violência sofrida pelas gestantes?

Com a finalidade de responder a essa questão do estudo foram elaborados os seguintes objetivos:

Objetivo geral

- Caracterizar a violência em mulheres grávidas assistidas pela Estratégia Saúde da Família;

Objetivos específicos.

- Conhecer dados sociodemográficos das gestantes (faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação);
- Levantar dados obstétricos das mulheres (gestação, parto e abortos);
- Conhecer a prevalência da violência sofrida pelas mulheres grávidas;

- Elaborar material educativo para subsidiar o enfrentamento da violência contra gestantes.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

O interesse pela temática surgiu no decorrer da prática docente, onde foi possível identificar a violência contra gestante como uma prática comum e permanente no contexto social. A problemática emergiu de forma clara, com a associação de conteúdos teóricos levados à prática de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde.

A ausência de relatos de agressões influencia diretamente nos dados, que poderiam fundamentar uma melhor assistência. Entretanto, as políticas de assistência à mulher, associadas às reais informações de conhecimento dos profissionais, encorajam as mulheres a buscar ajuda.

Na maioria dos casos as mulheres buscam os serviços de saúde em decorrência de palpitações, ansiedade, nervosismo, insônia ou perturbações digestivas vagas, que podem ser sintomas decorrentes da tensão e da violência em seu cotidiano. Assim, cabe ao profissional de saúde fazer uma busca através de questionamentos, a fim de chegar à confirmação de casos de violência, para então realizar algum tipo de intervenção.

Vale ressaltar que embora as políticas de saúde existentes sejam voltadas à prevenção e à atenção aos agravos à saúde da mulher, o cuidado prestado pelos profissionais ainda busca aprimoramento na abordagem multiprofissional que direcione as ações e atenda a necessidade da mulher.

A Estratégia de Saúde da Família tem um papel fundamental na detecção e prevenção aos agravos gerados pelas situações de violência, pois através de assistência pré-natal pode ser implementada uma investigação sistemática da violência doméstica, com o intuito de identificar tais situações.

Logo, a necessidade de realizar este estudo dá-se pelo fato das publicações relacionadas à prevalência de violência em gestantes assistidas em serviços de saúde na atenção básica no município de Teresina são escassas. Essa invisibilidade de dados dificulta a elaboração e implantação de estratégias para assistência da gestante e seu conceito, visto que vários são os danos causados pela violência durante esse período.

Dessa forma, torna-se importante a elaboração do trabalho científico e de uma cartilha aos profissionais de saúde na identificação da violência. Assim, entende-se que este estudo será de grande relevância para os profissionais de saúde envolvidos no atendimento as

mulheres que sofrem agressões do parceiro durante o período gestacional, podendo servir de subsidios na prevenção de um grave problema de saúde pública, bem como para o município de Teresina, que terá uma realidade quantificável desses casos para o ano de 2012.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Aspectos históricos, conceituais e epidemiológicos da violência

A violência contra as mulheres está presente na história humana desde os seus primórdios, mas só recentemente passou a ser vista como um problema que necessita ser enfrentado, com elaboração conceitual e metodológica própria e implementação de políticas públicas específicas (VILLELA *et al.*, 2011).

Consiste em assunto muito antigo. Desde as primeiras pesquisas realizadas sobre o tema vê-se a necessidade de uma atenção específica direcionada à prevenção desta prática. Porém, mesmo com esforços submetidos para que isso possa ser abstraído da sociedade, as políticas públicas existentes atualmente não são suficientes.

A ideia de vitimização é pouco problematizada pelos trabalhos iniciais dos anos 80, que objetivam tornar visíveis as denúncias de violência através da identificação do perfil das queixas, das vítimas e dos agressores. Já nos anos 90, incentivados pela observação empírica e pelas discussões teóricas que introduzem a categoria *gênero* nos estudos feministas no Brasil, novos estudos sobre violência contra as mulheres retomam e aprofundam o debate sobre vitimização (SANTOS; IZIMUNO, 2005).

Isso também se dá quando o homem ou a mulher passa por um processo presencial de violência ainda na infância, refletindo de duas formas diretas no comportamento do indivíduo quando adulto, podendo tornar-se um homem ou mulher agressivo, ou até mesmo passivo de qualquer evento violento, desta forma, a herança do convívio com pais que praticaram violência pode influenciar diretamente na continuidade da violência.

O palco da submissão feminina é também um campo de luta para o reconhecimento de seu estatuto de autora de sua história ao lado dos homens e não apenas de conformismo com a condição de sujeito sujeitado, que tem o significado identificado com um objeto. Nessa perspectiva, a violência contra a mulher reproduz e perpassa um fenômeno que acontece na sociedade mais ampla, que é a violência de classe, explicada como algo natural, racional e legal, a partir da ideia que inviabiliza o processo de constituição da violência, primeiro no âmbito do espaço público (GUEDES; FONSECA, 2011).

A visibilidade e poder da mulher na sociedade contemporânea vêm aumentando gradativamente através dos séculos, essa passou cada vez mais a adentrar em espaços pertencentes ao público masculino. Foram muitas as conquistas, passaram a ter voz ativa na política, livre acesso ao seu corpo e sexualidade, crescente participação no mercado de

trabalho e maior acesso à educação. Mas, apesar dos progressos, ainda se presencia a perseverança das desigualdades e hierarquias de gênero entre homens e mulheres nas esferas públicas e privadas, consequências do patriarcalismo e machismo presentes, ainda, em nossa sociedade. Um exemplo concreto é a violência de gênero, particularmente a violência conjugal (LIRA, 2013).

Um fator potencialmente colaborativo da violência contra a mulher é o envolvimento dominador que a sociedade direciona ao homem, que acaba por tornar-se inflexível quanto ao desenvolvimento social da mulher, que ocupa espaço cada vez maior no ambiente fora do domicílio, fazendo com que o homem veja a mulher como concorrente da dominância no ambiente domiciliar, podendo chegar a episódios de violência em seus mais variados tipos.

Corrente teórica dos estudos sobre violência contra as mulheres relativiza a perspectiva dominação-vitimização. O principal trabalho que exemplifica essa corrente é de Gregori (1993), publicado no início dos anos 90, sob o título “*Cenas e Queixas*”. Com base em sua experiência como observadora e participante de grupos de apoio à mulher em São Paulo, entre fevereiro de 1982 e julho de 1983, a autora analisa as contradições entre as práticas e os discursos feministas na área de violência conjugal e as práticas das mulheres que sofrem violência (SANTOS; IZIMUNO, 2005).

As agressões perpetradas pelo parceiro íntimo são mundialmente reconhecidas como uma das formas mais comuns de violência contra a mulher, que apresenta maior risco de ser agredida física e sexualmente por quem convive intimamente com ela do que por qualquer outra pessoa (GARCIA; MORENO e col., 2006).

Em 2004, foi instituído o Protocolo de Notificação Compulsória de identificação ou suspeita de violência contra crianças e mulheres em todos os serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (VILLENNA, 2011). Como tentativa permanente do poder público em elaborar estratégias de controle da violência contra a mulher, evitando a impunidade dos agressores e ampliando agravantes para os reincidentes, é importante ressaltar que a notificação não consiste em medida de enfrentamento, e sim como meio de formação de banco de dados sobre violência.

Do ponto de vista legislativo, no Brasil a Lei nº 11.340, sancionada em agosto de 2006, estabeleceu como violência doméstica e familiar contra a mulher, qualquer ação ou omissão baseada no gênero, que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Com uma abordagem tão generalista sobre a violência doméstica quanto a da Lei 11.340, seria esperado que o número de casos de violência doméstica fosse reduzido, classificando a Lei como efetiva e de sucesso; no entanto, o que se pode observar é que mesmo com leis de ampla abordagem, o temor por parte dos agressores não foi reduzido e os casos de violência vem aumentando.

A violência contra a mulher é definida como qualquer ação ou comportamento baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como na esfera privada. Do ponto de vista diagnóstico, a violência contra a mulher está inclusa nas causas externas de morbimortalidade (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010).

Mesmo com os números apontando para as agressões de forma geral sem morbidade, não se pode esquecer que não são raros casos de violência contra a mulher, que tiram a vida destas vítimas, com isso não se pode descansar quanto à implantação de medidas que cessem estes eventos.

Ao se discutir as questões de saúde da mulher, identificamos a violência como fator de profunda relevância, e a violência doméstica é considerado uma das ameaças mais sérias, pois ocorre no seio da família, sendo perpetrada geralmente por um agressor de convívio íntimo com graus de parentesco familiar ou conjugal, em que a condição de mantenedor ou mesmo as relações de gênero favorecem um estado de superioridade em relação aos demais integrantes do núcleo familiar (MEDINA; PENNA, 2008).

Os movimentos sociais enfatizavam uma visão mais ampla e integral à mulher, tendo importante significado social e constituindo-se em elemento fundamental de debates num momento histórico de democratização da sociedade brasileira. É a partir desses movimentos que começam a surgir incentivos públicos voltados para a prevenção e detecção de situações de violência relacionadas à mulher.

A atenção à saúde da mulher, por meio de política pública, tem, nas últimas décadas, incluído ações que contemplam as particularidades dos diferentes grupos populacionais e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas que interferem na condição de saúde da mulher. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, marca uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para a eleição de prioridades neste campo (MEDINA; PENA, 2008).

A Epidemiologia da violência contra a mulher vive um momento de crescimento vertical, desde o momento em que seus primeiros dados foram publicados; fatores marcantes são identificados em todo o mundo e no Brasil, com variações entre os índices diferenciados

dos Estados brasileiros, o que se reflete nos casos confirmados e acompanhados de violência contra a mulher.

A violência física ainda prevalece sobre os demais tipos, o que se inverte quando pensamos sobre o agressor sendo o parceiro, com a violência sexual ultrapassando os índices da violência física, fatores como esses se refletem na natureza feminina, principalmente quando esses tipos de experiências são vividos na infância.

A prevalência de gestantes que relataram alguma experiência com violência na infância foi de 55,8%, entre elas, 31,3% presenciaram violência física na família, 17,8% foram vítimas e 6,7% sofreram algum tipo de abuso sexual. Ter tido a primeira relação sexual e a primeira gravidez antes dos 16 anos, a dificuldade para comparecer às consultas de pré-natal, ser primípara e apresentar transtorno mental comum constituíram situações que elevam a chance de ocorrência de violência física/sexual e/ou psicológica (AUDI, 2008).

A discussão sobre fatores associados à violência doméstica é intensa, principalmente quando dados sobre a violência contra mulheres e gestantes de classe média e classe alta também acontece, logicamente que os índices não são elevados como em classes inferiores; no entanto, deve-se considerar que o aspecto emocional está interligado a outros fatores associados à ocorrência da violência.

Fatores de risco para violência doméstica (psicológica e física/sexual) contra a gestante, sua baixa escolaridade, a união não estável, ser a gestante ou ambos responsáveis pela família e ter na infância presenciado ou sofrido algum tipo de violência. Pertencer à religião católica apresentou-se como fator de proteção para violência psicológica, mas não permaneceu no modelo de regressão logística. O uso de bebida alcoólica pela gestante aumentou em quatro vezes a chance de sofrer violência física/sexual em mais de duas vezes em situação conjugal não estável (AUDI, 2008).

Alguns fatores como a escolaridade e o uso de álcool por parte do parceiro têm forte ligação com a violência doméstica, isso se dá pelo fato de o parceiro absorver o modelo patriarcal de tempos passados e se manter fechado a novos conceitos, o que reflete em episódios de violência doméstica esporádicos ou contínuos.

Logo após a ameaça intensa ou ataque agressivo instaura-se um período de calma na relação, que Willians (2008) chama de "Lua de Mel". O agressor demonstra sentimentos de arrependimento, chora, faz juras, e passa a se comportar de modo apaziguador, para conseguir o perdão da vítima, tratando-a com atenção especial. A mulher agredida fica sensibilizada e, em geral, dá uma nova chance ao agressor. Nega a agressão sofrida e racionaliza,

minimizando seus efeitos e acreditando que o agressor vai mudar de atitude. Nessa fase o casal se aproxima, intensificando a relação de codependência.

Esses episódios de violência são repetitivos e tendem a se tornar cada vez mais graves. Quanto mais espaçados os episódios violentos, maior é a resistência das mulheres a romper com o ciclo da violência. As fases da situação de violência doméstica compõem um ciclo que pode se tornar vicioso, repetindo-se ao longo de meses ou anos.

2.2 Políticas públicas de combate a violência contra mulher

O combate a violência contra a mulher exige a integração de inúmeros fatores políticos, legais e, principalmente, culturais, para que seja desnaturalizada pela sociedade. Com essa intenção, foi promulgada, em 24 de novembro de 2003, a Lei 10.778, que obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher (SALIBA *et al.*, 2007).

Diante da dimensão do problema da violência doméstica, tanto em termos do alto número de mulheres atingidas quanto das consequências psíquicas, sociais e econômicas, em 2006 foi sancionada a Lei Maria da Penha, que mudou o tratamento legal da violência doméstica e conjugal, com a possibilidade da prisão do agressor em casos de flagrante ou a decretação de sua prisão preventiva (VILLENA, 2011).

Segundo Williams *et al.* (2008) a lei recebeu esse nome em uma homenagem a *Maria da Penha Maia*, mais uma vítima de violência doméstica, que foi agredida pelo marido durante seis anos. Em 1983, o marido tentou assassiná-la, por duas vezes. Na primeira tentativa deixou-a paraplégica, com arma de fogo e, na segunda, por eletrocutação e afogamento. O marido de Maria da Penha só foi punido depois de 19 anos do julgamento.

A Lei Maria da Penha, com sua aplicabilidade, intermediou a punição do agressor com penas antes utópicas, além disso, proporcionou uma condição de repressão aos homens que imaginavam nunca serem punidos por seus atos de violência; porém, ainda é pouco, pelo universo que envolve a violência contra a mulher.

A partir desta lei todo caso de violência contra a mulher torna-se crime e vai passar por um inquérito policial que será remetido ao Ministério Público. Os crimes deverão ser julgados nos Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, instrumentos criados a partir dessa legislação, ou, quando esses não existirem, nas Varas Criminais.

Dentre outras conquistas importantes, a lei tipifica os tipos de violência doméstica, que pode ser física, sexual, patrimonial, psicológica e moral; passa a ser proibida a aplicação de penas pecuniárias aos agressores e a pena a eles imputada que era de até 1 ano, passa a ser de até 3 anos.

Embora haja no Brasil poucos estudos nacionais sobre a magnitude da violência contra as mulheres, nota-se um crescente interesse pelo levantamento de dados que possam subsidiar as políticas públicas voltadas para o enfrentamento da questão.

Isso pode ser observado com um comprometimento do Estado com o diagnóstico da violência contra as mulheres, que pode ser observado na Lei nº 10.778/2003, referente à notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher na saúde, e na Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), que determina a criação do Sistema Nacional de Dados e Estatísticas sobre a Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.

A Lei 11.340, contra a violência doméstica, aponta alterações do Código de Processo Penal, do Código Penal Brasileiro e da Lei de Execuções Penais, e cria os Juizados Especiais contra a Violência Doméstica e Familiar. Esses aspectos representam inúmeros avanços em relação à legislação anterior, com a correção de graves distorções referentes às medidas de proteção às mulheres em situação de violência doméstica (BRASIL, 2010).

A violência doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outras, as violências física, psicológica, sexual, moral e patrimonial (Lei 11.340/2006).

O conceito de enfrentamento adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, diz respeito à implementação de políticas amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade da violência contra as mulheres em todas as suas expressões. Portanto, a noção de enfrentamento não se restringe à questão do combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres (BRASIL, 2011).

Juntamente com a criação da primeira Delegacia para assistir casos específicos de violência contra a mulher, foi criado também o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM). Esse Conselho possui a missão de promover políticas para assegurar condições de igualdade às mulheres, sendo responsável pelo monitoramento das políticas públicas de combate à violência contra as mulheres, que estavam voltadas para a criação e manutenção de Delegacias especializadas de atendimento à mulher (DEAMs) e de Casas-Abrigo (BRASIL, 2011).

As Delegacias de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência são de fundamental importância para o enfrentamento desse sério problema de saúde pública, sendo indispensável que estas estejam vinculadas com os serviços de saúde no desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais, com o intuito de disponibilizar atenção integral à mulher (SANTOS *et al.*, 2010).

Vale ressaltar que, atualmente, após a criação da Lei Maria da Penha, tem-se aumentado o acesso das mulheres vítimas de violência a serviços de proteção. Consequentemente, houve e ainda há o aumento de números de delegacias especializadas de atendimento à mulher (DEAM), como um processo que começa a se firmar e ganhar espaço, uma conquista das mulheres.

A delegacia da mulher é uma das principais políticas de enfrentamento em situações de violência, pois ela é a porta de acesso aos demais órgãos de auxílio às vítimas, como assistências médicas, psicológicas e judiciais. E cada vez mais mulheres vêm denunciando as agressões sofridas.

A prevenção inclui não somente ações educativas, mas também culturais, que disseminem atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de gênero, raça/etnia, geracionais, e de valorização da paz.

2.3 Serviço de saúde e assistência à gestante agredida

O serviço especializado na assistência a mulher agredida é uma das estratégias mais promissoras da atualidade, isso se dá pelo fato de, na atenção básica, essa assistência estar passando por um momento de sobrecarga de casos e também por falta de capacitação dos profissionais, principalmente na abordagem e aconselhamento.

A violência vivenciada pela gestante ainda é de difícil abordagem nas relações pessoais e profissionais. As mulheres que vivenciam essas situações sentem-se coibidas em declarar as agressões de parceiros e familiares e, ainda, alguns atos de violência não são reconhecidos por eles, nem por essas mulheres, e nem mesmo por profissionais de saúde (MEDINA, 2008).

A mulher vitimada evita denunciar e se isola dos sistemas de apoio, o que a torna ainda mais dependente do seu agressor. Essa conduta aumenta a dependência feminina e limita as possibilidades de ser ajudada. Com a internalização da culpa, a mulher se sente responsável e merecedora de atos de agressão e os justifica referindo-se a falhas em seu

comportamento. Isso contribui para o rebaixamento da autoestima, produzido pela convivência da mulher com a violência (SANTOS *et al.*, 2010).

Esta, por sua vez, é uma escalada perigosa que tende a crescer e, no geral, inicia-se com agressões verbais, passando para as físicas e/ou sexuais, atingindo seu ponto máximo no homicídio (DREZETT, 2007).

As diversas formas de violência que acomete a mulher, em especial a gestante, no seu cotidiano, repercutem de maneira significativa na sua saúde física, mental, emocional e social. Para minimizar seus consequentes agravos é preciso um olhar criterioso e profundo direcionado para atenção à saúde, com uma abordagem integralizada, individual e contextualizada, promovendo, desta forma, ações preventivas em relação à violência doméstica (SANTOS *et al.*, 2010).

Seria importante que os serviços de saúde da família realizassem discussões em equipes multiprofissionais, a fim de arraigar a discussão da problemática na sociedade e propiciar maior sensibilização dos profissionais diante dos casos de violência. Fazendo, desta forma, com que a sociedade se indigne e dê apoio à pessoa agredida, já que, sozinha, não possui ferramentas capazes de acabar com essa realidade para vencer o medo e denunciar situações de violência (SANTOS *et al.*, 2010).

Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

A violência contra a mulher em qualquer momento de sua vida é um grave problema social e de saúde pública a ser enfrentado no Brasil. Por atingir a mulher em um momento de grande fragilidade física e emocional, a violência na gestação exige atenção especial dos serviços de saúde.

A compreensão de que a violência contra as mulheres não é um fenômeno natural nem uma experiência de caráter privado, tem exigido dos formuladores de políticas públicas o esforço de capacitar os serviços para identificarem a violência e tratá-la como um agravo de natureza social, que produz consequências (VILLENA *et al.*, 2011).

Sabendo de tal realidade, não se pode fechar os olhos para tamanha violência, que só fere os direitos humanos. Na Declaração dos direitos humanos encontra-se descrito que todas as pessoas, sem exceção, não importando raça, etnia, crença, valores nem opção sexual, têm direito de ser respeitada e protegida.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos é um documento básico e foi adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) em 10 de Dezembro de 1948,

em Paris, tendo sido inspirada nos ideais de *liberdade, igualdade e fraternidade*. E segundo Williams *et al.* (2008, p. 11) “tal declaração afirma sua fé nos Direitos Humanos fundamentais, na Dignidade e no Valor da pessoa humana e na Igualdade de Direitos entre Homens e Mulheres”.

De certa forma a sociedade se mostra conivente com a violência doméstica. De acordo com Dias (2007), ditados populares como “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”, “ele pode não saber por que bate, mas ela sabe por que apanha” e “mulher gosta de apanhar” fazem parte da crença da sociedade, que acaba atribuindo a responsabilidade da violência à própria vítima. Pois as mesmas, por medo, receio, vergonha de denunciar a quem elas amam, ou pelo menos um dia amaram, acabam se calando diante da agressão.

A violência doméstica contra gestantes tem sido reconhecida como um grave problema de Saúde Pública mundial, gerando sérias consequências à saúde da mulher e do feto. Um dos principais aspectos diz respeito aos seus fatores de risco, que interagem entre si, dificultando, muitas vezes, a sua identificação.

Outro aspecto diz respeito particularmente aos profissionais de Saúde. Os serviços de pré-natal são os mais indicados para identificação das vítimas de violência doméstica durante a gestação; porém, nem sempre a violência apresenta marcas físicas claras, o que torna necessária uma atenção maior das equipes na identificação e o devido acompanhamento dos casos.

Estudos realizados por Vieira *et al.* (2009), demonstram que parece haver certa confusão entre os profissionais em relação ao seu papel. Entre 194 profissionais que concordaram responder sobre se a violência de gênero é papel do profissional, encontram-se 54 (27,8%) entrevistados que não consideram a violência de gênero um problema de saúde. Isso pode ser explicado pelo fato de o tema não fazer parte do currículo das escolas de medicina, e não ser abordado como um problema médico, tendo sido reconhecido apenas em 1998, pela OMS, como um problema de saúde.

Ainda de acordo com Soares (2005), algumas dicas para acolher adequadamente a paciente são de fundamental importância. Procurar estabelecer uma relação de confiança com a mesma, não julgá-la, pois o julgamento é o maior obstáculo à comunicação. É necessário não infantilizá-la, pois ela já foi infantilizada demais pelo agressor. Ao invés de tentar solucionar os problemas da vítima, o terapeuta deve ajudá-la a encontrar suas próprias soluções. A escuta é essencial, não pressupor fatos procurando ouvir e compreender, não generalizando o caso, pois cada história é única e singular, mesmo que pareça igual à anterior. Não tentar adivinhar, escutar tomando cuidado com as informações incorretas. Nunca fazer

falsas promessas, respeitando as limitações dela, tentando passá-la que você pode compreender o que ela está vivendo.

Segundo Vieira *et al.* (2009), o desconhecimento de sua alta prevalência por parte dos profissionais mantém a violência invisível para os serviços de saúde. Sobre a violência de gênero como um todo, apenas um pouco mais da metade (58,7%) tem conhecimento geral adequado, o que indica a necessidade de capacitar mais profissionais para o atendimento da violência.

No entanto, é necessário um respaldo legal para que o processo de prevenção e combate seja legitimado. O artigo 66 do Decreto-lei 3.688, de 1941*, reconhece como contravenção penal a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho. O não cumprimento acarreta pena pecuniária. A interpretação desse artigo remete à ideia de que o profissional de saúde deverá comunicar crime cometido contra qualquer pessoa, independentemente de idade ou gênero da vítima (SALIBA *et al.*, 2007).

De acordo com Soares (2005), muitas vezes uma mulher em situação de violência se sente especialmente amedrontada e envergonhada por não conseguir se fazer ouvir e respeitar por seu agressor. Quando pede ajuda, ela quer também ser escutada. A escuta do(a) profissional não pode, portanto, ser uma reação meramente passiva. Ao contrário, uma boa escuta é uma demonstração ativa de que a pessoa que fala está, de fato, sendo ouvida.

Segundo Vieira *et al.* (2009), o que se pode depreender desse tipo de atendimento é uma atenção à saúde recortada no acometimento físico-biológico, estando longe de contemplar a integralidade de atenção à saúde, que envolve outras dimensões como: social, cultural, jurídica e psicológica.

O processo de capacitação dos profissionais da rede básica envolvidos na assistência às mulheres agredidas ainda é deficiente, com isso o serviço de especialidade também acaba por manter-se sobrecarregado de casos com abordagem assistencial permanente, o que exige um direcionamento dessa visão para os profissionais da rede básica de saúde.

Vieira *et al.* (2009) constataram que o estudo permitiu verificar necessidades de capacitação dos profissionais. A maioria tem bom conhecimento sobre a definição de violência contra a mulher, acredita que é seu papel profissional perguntar sobre violência para as pacientes, mas desconhecem aspectos importantes de sua epidemiologia.

Quando se discute a violência contra a mulher aborda-se uma condição de covardia gerada por um indivíduo de porte físico maior e com supressão de poder sobre o agredido, e isso se torna mais claro quando a agressão é sobre uma mulher gestante, que não somente se

encontra na situação de inferioridade por ser agredida, mas também por encontrar-se em um momento de fragilidade emocional, por carregar um novo ser em seu ventre.

Em relação às barreiras para verificar a violência, chama a atenção o fato de os profissionais acreditarem que para uma melhor atenção à violência deveria ser implantado em sua rotina de trabalho um protocolo de enfrentamento da violência (VIEIRA *et al.*, 2009).

Isso faz com que a violência seja omitida pelas gestantes durante as consultas de pré-natal, momento este que o diálogo entre o profissional e a mulher é prolongado e as interrogativas acontecem livre e espontaneamente, além de este momento facilitar para o profissional a visualização de regiões do corpo da mulher que expõem as marcas da violência.

Para Baig, Shadigian e Heisler (2006), a maioria das outras barreiras apresentadas pelos entrevistados, tais como as mulheres não relatarem a violência, a falta de interesse e conhecimento dos profissionais, difere daquela apresentada pela literatura, que aponta principalmente a falta de tempo na consulta e o medo de se envolver com o tema. As mulheres muitas vezes não relatam por não serem perguntadas, e o desconhecimento da real dimensão da violência é coerente com a falta de interesse e a desvalorização do tema.

Condutas como esta afastam as mulheres do atendimento especializado, no entanto, na grande maioria dos casos os profissionais do serviço especializado são treinados e capacitados para acolher e assistir as gestantes de forma íntegra e parcial.

A violência vivenciada pela gestante ainda é de difícil abordagem nas relações pessoais e profissionais. As mulheres que vivenciam essas situações sentem-se coibidas em declarar as agressões de parceiros e familiares e, ainda, alguns atos de violência não são reconhecidos por eles, nem por essas mulheres, e nem mesmo por profissionais de saúde.

De acordo com Soares (2005), muitas vezes uma mulher em situação de violência se sente especialmente amedrontada e envergonhada por não conseguir se fazer ouvir e respeitar por seu agressor. Quando pede ajuda, ela quer também ser escutada. A escuta do(a) profissional não pode ser uma reação meramente passiva. Ao contrário, uma boa escuta é uma demonstração ativa de que a pessoa que fala está, de fato, sendo ouvida.

A falta de privacidade dificulta a abordagem de experiências sensíveis e faz com que o primeiro contato da usuária com o serviço seja marcado pela impessoalidade e pela redução da demanda ao agendamento da consulta, parecendo estar implícito, naquele espaço aberto, que esse não é um lugar de resolução de necessidades subjetivas (BRASIL, 2006).

A maioria das mulheres que sofrem agressões busca a ajuda profissional em momento de instabilidade emocional, por terem sofrido agressões recentes ou por entenderem que suas

vidas estão em risco; porém, esta procura ainda é cheia de receios e somente é continuada se a mulher sentir-se segura e com sua privacidade mantida.

Isso é reforçado pela presença de um segurança logo na entrada das unidades, que assume a tarefa de ouvir a demanda da usuária e de dar as primeiras orientações sobre o atendimento requerido. A inexistência de fluxos específicos ou de um espaço menos público para que a usuária exponha seus problemas obriga as mulheres que estão vivenciando situações delicadas, como a de violência, a aguardarem o agendamento da consulta, o que pode ser desestimulante (BRASIL, 2006).

O local onde a gestante será recebida deve ser seguro e aconchegante, de forma que a paciente sinta-se o mais confortável possível para dialogar com o profissional que a acolhe; no entanto, em algumas regiões este local não é determinado e as mulheres são recebidas em qualquer sala que esteja desocupada no momento.

Em estudo realizado por Villena *et al.* (2011) em um hospital, identificou que havia pacientes em macas no corredor, sob luzes acesas durante a noite, e expostos aos ruídos do pronto-socorro. Segundo a direção do hospital, a reforma não previa qualquer local reservado para atender mulheres em situação de violência, assim como o tempo para atendimento também deve ser o menor possível, estimulando a mulher a permanecer o menor tempo possível, até ser atendida pelo profissional.

Em estudo feito por Valentim (2009) encontrou que a sala de acolhimento era compartilhada entre duas enfermeiras e duas assistentes sociais. A espera para atendimento oscilava de duas a quatro horas. Ou seja, mais uma vez observou-se a falta de privacidade e continência para a abordagem de queixas sensíveis, devendo-se considerar que isso afeta não apenas o atendimento de mulheres que sofrem violência, como reforça a visão do hospital como um espaço onde o poder opera por meio da desvalorização subjetiva do outro.

O papel do profissional envolvido no atendimento da gestante agredida é fundamental para que a assistência seja continuada e qualificada, com isso, este profissional deve ter um perfil que atenda esta demanda, além de ser treinado para realizar este trabalho.

Assim sendo, os serviços que acolhem as mulheres que vivenciam situações de violência são fundamentais para dar visibilidade ao problema, e os profissionais devem estar aptos a reconhecê-lo e ajudar as mulheres a reelaborarem sua experiência, no sentido da desnaturalização e desculpabilização (OLIVEIRA, 2005).

A identificação do problema depende da experiência e conhecimento técnico do profissional, assim será possível oferecer à mulher condições de conforto e confiança de que

com seus relatos concretos providências legais podem ser tomadas, e assim os episódios de violência se encerram.

O pré-natal de mulheres agredidas torna-se um momento de insegurança para a mulher, isso porque o anseio da suspeita de violência deixa a gestante insegura e muitas vezes com plena decisão de abandonar esse acompanhamento, o que repercute de forma direta na saúde da mulher e também da criança.

Segundo Moraes, Arana e Reinchnheim (2010), gestantes vítimas de violência íntima durante a gestação apresentaram maior chance de terem uma assistência pré-natal insatisfatória, em relação aos padrões estabelecidos pelas instituições ligadas à saúde da mulher e da criança. Ter sido vítima de pelo menos um ato de violência física perpetrada pelo companheiro durante a gestação mais que dobra a chance de um pré-natal de pior qualidade.

A sistemática da violência contra a gestante segue um padrão que vai de encontro ao encontrado por alguns autores, que afirmam que a violência não se inicia na gravidez e sim, segue uma sistemática contínua, que vem desde o período que precede a gravidez. Porém, há autores que afirmam que muitas gestantes passam a ser agredidas durante a gravidez e mentem para si mesmas, como processo contínuo, após este período.

Considerando que a violência raramente se inicia durante a gestação, já que com frequência se configura um padrão regular e sistemático de relacionamento do casal, é fundamental que o tema seja abordado desde a primeira consulta nos serviços de saúde, buscando-se identificar as famílias que vivenciaram conflitos conjugais, mesmo antes da atual gestação (MORAES; ARANA; REINCHNHEIM, 2010).

Assim, os conflitos são direcionados às consultas de pré-natal, já que a possibilidade de suspeita ou confirmação das agressões pode facilmente se estabelecer quando o profissional realizar a consulta, sendo este mais um agravante para a mulher não realizar o pré-natal.

Dessa forma, é possível que, vivenciar a violência na gestação tenha um papel ainda mais importante no retardo da procura e na baixa adesão às consultas pré-natais do que os apresentados no presente estudo (MORAES; ARANA; REINCHNHEIM, 2010).

3METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, do tipo transversal, que se caracteriza pelo acompanhamento determinado, de acordo com o objetivo do estudo, que permite ao pesquisador planejar de forma rigorosa o que será estudado, sem interferir ou manipular os elementos a serem estudados.

Rouquayrol e Gurgel (2013) afirmam que estudos transversais são investigações que produzem um conhecimento instantâneo sobre a situação de saúde de uma população, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada membro, permitindo observar em um mesmo momento o fator e o efeito. Como a pesquisa pretende caracterizar a violência contra a gestante, optou-se por este tipo de estudo porque ele permite descrever características de uma população definida no tempo e no espaço.

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que contêm Estratégia de Saúde da Família (ESF), o município conta com um total de 238 ESF distribuídas em três coordenadorias regionais de saúde: Leste/Sudeste, Centro/Norte e Sul. Com uma cobertura de 97,58% em todo o município.

3.3 População e amostra

O estudo foi realizado com as gestantes assistidas pelas Equipes de Saúde da Família cadastradas no SISPRENATAL e que estavam realizando o pré-natal nas UBS's no período da coleta de dados (maio a julho/12).

A população foi constituída de 3.470 gestantes, cadastradas no SISPRENATAL e inseridas no relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Teresina, de janeiro a setembro de 2011.

Os critérios de inclusão utilizados foram: gestantes assistidas nas UBSs pelas Equipes de Saúde da Família no município de Teresina-PI, com idade acima de 18 anos, em qualquer idade gestacional, que tenham condições de compreender e responder o questionário e que

aceite participar da pesquisa de forma voluntária, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A).

Para o tamanho da amostra a ser estudada foram considerados os estudos de Moraes e Reichenheim (2002); Menezes *et al.*, (2003); Audi *et al.*, (2008) e Durand e Schraiber (2007), sobre a violência na gestação que aparecem na literatura científica, os quais apresentam percentuais em torno de 30%. Assim, tomando-se uma prevalência presumida de 30%, um erro tolerável de amostragem de 5% e um nível de confiança de 95%, a amostra foi de 306 gestantes, tendo sido usada a seguinte fórmula para cálculo de amostras para populações finitas, para promover, de forma imparcial, segura e científica, a eficiência e eficácia deste projeto.

$$n = \frac{o^2 p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + o^2 p \cdot q}$$

Onde:

n: tamanho da amostra

o^2 : nível de confiança escolhido, expresso em número de desvio padrão

p: percentagem com a qual o fenômeno se verifica

q: percentagem complementar

n: tamanho da população e^2 : erro máximo permitido

A seleção da amostra foi definida de forma aleatória, estratificada proporcional, que segundo Torres (2006), é aquela que é dividida em subgrupos disjuntos e homogêneos, que são denominados estratos, e no qual a proporcionalidade do tamanho de cada estrato de população é mantida na amostra. Os estratos utilizados na pesquisa foram a divisão em coordenadorias regionais utilizada pela gestão de saúde do município para organização da assistência: regional leste/sudeste, regional sul e regional centro/norte, as quais apresentam as proporções de gestantes cadastradas de 33,1%, 35,6% e 31,3%, respectivamente.

Primeiramente, definiu-se a fração amostral e o número de elementos a observar em cada estrato segundo as proporções referidas anteriormente, obtendo-se 102 gestantes na regional leste/sudeste, 108 na regional sul e 96 na regional centro/norte. Em seguida, procedeu-se a amostragem aleatória simples em cada um dos estratos, na qual cada gestante cadastrada recebeu uma numeração, determinando a participação através de sorteio, até atingir a quantidade definida para cada um dos estratos. Ressalta-se que após o sorteio identificou-se cada gestante selecionada pela UBS de origem para início da coleta de dados.

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados nas Unidades Básicas de Saúde durante a consulta de pré-natal das gestantes, no período de maio a julho de 2012. A escolha da abordagem durante o pré-natal se deu pelo fato de possibilitar um encontro frequente com as gestantes, além de o momento favorecer a confirmação ou não de episódios de violência, através de um questionário estruturado contendo questões acerca de dados sociodemográficos, obstétricos e da ocorrência de violência (APENDICE B); uma segunda parte, que é o instrumento Abuse Assesment Screen (AAS) (ANEXO A) desenvolvido pelo Nursing Research Consortium on Violence and Abuse, nos Estados Unidos, em 1989, cuja equivalência semântica da versão em português foi realizado por Reichenheim *et al.* (2000).

O AAS consiste em um instrumento específico para pesquisas de violência durante a gravidez, validado e utilizado por vários autores no âmbito nacional e internacional (SANTOS *et al.*, 2010). Esse instrumento é composto por cinco questões para a identificação da frequência e da severidade do evento e os locais do corpo feminino que sofreram as lesões em um determinado período. As questões são relacionadas aos maus-tratos ao longo da vida, violência física no último ano, violência na gestação, abuso sexual no último ano e medo do agressor no último ano. Serve para avaliar a violência física e emocional sofrida pela gestante.

Os instrumentos foram aplicados pela mestrande e duas alunas do curso de graduação em Enfermagem, que foram treinadas para essa atividade.

3.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram tratados e analisados estatisticamente utilizando-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 12.0 for Windows, através de estatísticas descritivas de frequências absolutas e relativas para variáveis nominais e ordinais, e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis intervalares.

Para verificação da associação entre violência na gestação e as variáveis dependentes, variáveis socioeconômicas (faixa etária, escolaridade, situação conjugal, renda) e variáveis gestacionais (idade gestacional, gestação anterior, aborto, planejamento da gestação e consulta de pré-natal) utilizou-se o teste do qui-quadrado, considerando um valor de significância de $\leq 0,05$. Ressalta-se que para a realização do teste as variáveis categóricas politômicas foram transformadas em dicotômicas (situação conjugal, faixa etária, escolaridade, renda, idade

gestacional e consultas de pré-natal). Posteriormente os dados foram agrupados em tabelas e gráficos.

Os resultados foram apresentados em forma de manuscritos, que foram produzidos a partir dos achados do estudo.

3.6 Aspectos éticos e legais

A pesquisa de campo obedeceu a parâmetros estabelecidos na portaria 196/86 (CNS). Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido e explicado sobre a possibilidade de abandono da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo físico ou financeiro.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética Médica da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da NOVAFAPI, CAAE: 0497.0.043.000-11 (ANEXO C). Somente após as devidas autorizações foi iniciada a aplicação do questionário.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Manuscrito

PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA EM GESTANTES DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

RESUMO

OBJETIVO: o presente trabalho teve como objetivo identificar a prevalência da violência em mulheres grávidas. **METODOLOGIA:** estudo descritivo, transversal, realizado de maio a julho de 2012, com 306 gestantes assistidas pela Estratégia de Saúde da Família em Teresina. A coleta de dados ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde no dia de consulta de pré-natal das gestantes, com aplicação de questionário contendo dados sociodemográficos, obstétricos e da ocorrência de violência e do instrumento Abuse Assesment Screen. O tratamento e a análise dos dados se deu pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences 12.0 for Windows. Para verificação da associação entre violência na gestação e as variáveis dependentes, variáveis socioeconômicas e variáveis gestacionais utilizou-se o teste do qui-quadrado, considerando um valor de significância de 0,05. **RESULTADOS:** do total da amostra 26,5% informaram episódios de violência em algum momento da vida e 7,2% afirmaram violência no período gestacional. Das mulheres com episódio de violência no período gestacional, 50% tinham até 25 anos de idade, acima de 8 anos de estudo (68,2%), com companheiro (59,1%), renda familiar de até um salário mínimo (81,8%) e episódio de violência na vida (72,7%). Houve associação significativa e risco de ocorrer violência na gestação entre mulheres com episódio de violência na vida (72,7%) e ter companheiro (59,1%). **CONCLUSÃO:** O estudo mostra elevada prevalência e a continuidade da violência sofrida por mulheres em algum momento da vida e durante a gestação. Profissionais de saúde devem adotar medidas para prevenção das diversas formas de violência, mais especificamente durante o período gestacional, a partir do momento da 1ª consulta até o puerpério, não descartando outros momentos da vida da mulher.

Palavras-chave: Violência. Enfermagem. Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

A violência praticada contra a mulher é conhecida como violência de gênero por advir de ação masculina de mando e de poder sobre a mulher. Inclui a agressão física, sexual, psicológica, econômica e patrimonial e apresenta-se sob muitas formas, como estupros, assassinatos, crimes de guerra, prostituição forçada, abuso de meninas, tráfico de mulheres, mutilação genital e outros. Quando ocorre em ambiente doméstico, apresenta características específicas, sendo, na maioria das vezes, perpetrada pelo parceiro, ex-parceiro, familiares, conhecidos e se repetindo em ciclos¹.

No domicílio, estas agressões apresentam um padrão de conduta coercitivo de abusos físicos, sexuais e psicológicos, já apontados em muitos estudos, estimando, inclusive, a prevalência e os tipos dessas agressões^{1,2,3}. Entretanto, nesse mundo feminino entremeado com a violência, há ainda lacuna nas investigações sobre a caracterização e o impacto dessa violência durante o período gestacional e suas repercussões na saúde física e mental da mulher e nas consequências aos bebês.

Os estudos sobre violência no período gestacional vêm mostrando que as vítimas são mulheres de diferentes condições sociais, econômicas e demográficas e que o fato de estar grávida não lhe confere imunidade. A literatura científica já aponta que mulheres que sofreram violência antes da gravidez estão em maior risco de serem maltratadas durante a gravidez do que aquelas que nunca sofreram episódio de violência por parte do companheiro. Outra questão, também já levantada, diz respeito ao fato da violência poder iniciar depois, antes ou durante a gestação; ou ainda alterar o padrão quanto à frequência e a gravidade dessas agressões durante o período gestacional².

A violência praticada contra a gestante pode levar a complicações à saúde materno-fetal, tais como: depressão, abuso de substâncias psicoativas, tabagismo, anemia, sangramento no primeiro e no segundo trimestres, restrição no crescimento uterino, morte perinatal, ganho de peso abaixo do esperado, padrão alimentar pouco saudável, sofrimento fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer⁴.

Mesmo diante da complexidade e do agravo deste tipo de violência ainda é fenômeno pouco conhecido no setor saúde, haja vista a gestante dificilmente relatar essa situação ao profissional que a assiste, mesmo que questionada, o que dificulta o diagnóstico e assistência diante desses casos, bem como o fato de que mulheres em situações de violência familiar acabam deixando a gestação e o cuidado com a própria saúde em segundo plano, podendo assim dificultar sua assistência à consulta e a procura pelo serviço, após o primeiro trimestre

da gestação, diminuindo o número de consultas pré-natais do que o recomendado e não garantindo os exames complementares de rotina⁵.

Portanto, investigar a prevalência de violência, o perfil dessas gestantes e os riscos associados tornam-se necessários para alertar sobre o problema, bem como para a formulação de estratégias para redução e prevenção de violência durante a gestação e para o conhecimento dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que por meio da consulta pré-natal podem identificar a presença de violência e contribuir para a melhoria da saúde física e mental da gestante e reduzir coeficientes de morbimortalidade materno-infantil.

O presente artigo tem como objetivo estimar a prevalência de violência no período gestacional em mulheres assistidas pela Estratégia Saúde da Família em Teresina.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, transversal, realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Teresina, durante consultas de pré-natal, com gestantes, no período de maio a julho de 2012.

A população fonte foi constituída por 3.470 gestantes, cadastradas no SISPRENATAL e inseridas no relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de Teresina, de janeiro a setembro de 2011. Os critérios de inclusão foram: gestantes assistidas pelas Equipes de Saúde da Família no município de Teresina-PI, com idade acima de 18 anos, em qualquer idade gestacional, em condições de compreender e responder os questionamentos da pesquisa.

Para o cálculo da amostra tomou-se uma prevalência presumida de violência na gestação de 30% ^(4,6), um erro tolerável de 5% e um nível de confiança de 95%, resultando em 306 gestantes. A amostra foi selecionada de forma aleatória, mas estratificada proporcionalmente. O estrato utilizado foi à divisão em coordenadorias regionais, utilizada pela gestão de saúde do município para organização da assistência: regional leste/sudeste, regional sul e regional centro/norte, as quais apresentam as proporções de gestantes cadastradas de 33,1%, 35,6% e 31,3% respectivamente. Primeiramente definiu-se a fração amostral e o número de elementos a observar em cada estrato segundo as proporções referidas, obtendo-se 102 gestantes na regional leste/sudeste, 108 na regional sul e 96 na regional centro/norte, para em seguida realizar amostragem aleatória simples em cada um dos estratos.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário contendo questões acerca de dados sociodemográficos, obstétricos e da ocorrência de violência e a aplicação do Abuse

Assesment Screen (AAS), um instrumento específico para pesquisas de violência durante a gravidez, já validado em âmbito nacional⁶.

Os dados foram tratados e analisados estatisticamente utilizando o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 12.0 for Windows, por meio de estatísticas descritivas de frequências absolutas e relativas para variáveis nominais e ordinais, e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis intervalares. Para verificação da associação entre violência na gestação e o perfil socioeconômico (faixa etária, escolaridade, situação conjugal, renda) e gestacional (idade gestacional, gestação anterior, aborto, planejamento da gestação e consulta de pré-natal) utilizou-se o teste do qui-quadrado, considerando um valor de significância de $\leq 0,05$. Ressalta-se que para a realização do teste, as variáveis categóricas politômicas foram transformadas em dicotômicas (situação conjugal, faixa etária, escolaridade, renda, idade gestacional e consultas de pré-natal). Os dados foram agrupados em tabelas e gráficos.

A pesquisa de campo obedeceu a parâmetros estabelecidos na portaria 196/86 do Conselho Nacional de Saúde com a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado pelos sujeitos do estudo dando concordância de suas participações. O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética Médica da Fundação Municipal de Saúde de Teresina e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI (CAAE: 0497.0.043.000-11).

RESULTADOS

A amostra constitui-se de gestantes com idade entre 18 e 44 anos ($\bar{x}=25,5$ e $s=6,1$), ensino médio completo (37,6%), união estável (45,4%), renda familiar de até 1 salário mínimo (68,6%), sendo que 52,6% referiram exercer atividades domésticas no âmbito de seu próprio domicílio (“do lar”). A maioria das gestantes entrevistadas declarou-se como católicas (72,9%) (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo as variáveis socioeconômicas. Teresina (PI), 2012. (n=306).

Variáveis socioeconômicas	Intervalo	$\bar{x} (s^{**})$	n(%)
Idade (anos)	18-44	25,5(6,1)	
Escolaridade			
Ensino fundamental incompleto			36 (11,8)
Ensino fundamental completo			62 (20,3)

Ensino médio incompleto	88 (28,8)
Ensino médio completo	115 (37,6)
Ensino superior incompleto	1 (0,3)
Ensino superior completo	4 (1,3)
Situação conjugal	
Casada	110 (35,9)
União estável	139 (45,4)
Solteira	45 (14,7)
Viúva/separada	8 (2,6)
Outras	4 (1,3)
Renda familiar***	
Até 1 salário mínimo	210 (68,6)
Entre 1 e 3 salários mínimos	83 (27,1)
Entre 4 e 6 salários mínimos	9 (2,9)
Acima de 6 salários mínimos	4 (1,3)
Situação profissional	
Estudante	42 (13,7)
Do lar	161 (52,6)
Assalariada	103 (33,7)
Religião	
Católica	223 (72,9)
Evangélica	71 (23,2)
Espírita	5 (1,6)
Outras	7 (2,3)

Fonte: Pesquisa direta

* média

** desvio padrão

*** Salário mínimo R\$ 622,00

Quanto às variáveis gestacionais (tabela 2), as gestantes encontravam-se entre a 4^a e 39^a semana de gestação ($x = 20,8$ e $s = 9,7$), com histórico de gestação anterior (70,6%) e de aborto (21,5%). Em média, a idade na primeira gestação ficou em torno de 19,8 anos ($s = 4,5$), com variabilidade no estudo de 13 a 44 anos. Quanto ao planejamento da gestação, 73,5% afirmaram que não planejaram a gravidez atual. Em relação ao número de consultas realizadas (66,3%) encontravam-se abaixo de 6 consultas.

Tabela 2. Caracterização da amostra segundo as variáveis gestacionais. Teresina (PI), 2012. (n=306).

Variáveis gestacionais	Intervalo	$\bar{x}$ (s)	n (%)
Idade gestacional (semanas)	4-39	20,8 (9,7)	
Idade na primeira gestação	13-44	19,8 (4,5)	
Gestação anterior			
Nenhuma			90 (29,4)
Uma			118 (38,6)
Duas ou mais			98 (32,0)
Ocorrência de aborto			

Nenhum	240 (78,4)
Um	57 (18,7)
Mais de um	9 (2,9)
Planejamento da gestação	
Sim	81 (26,5)
Não	225 (73,5)
Consultas pré-natal	
Nenhuma	49 (16,0)
De 1 a 3 consultas	154 (50,3)
De 3 a 5 consultas	67 (21,9)
Mais de seis	36 (11,8)

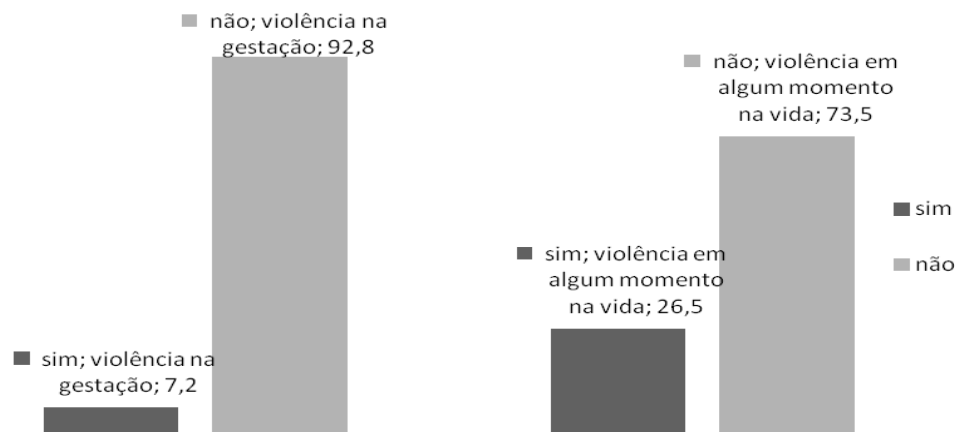
Fonte: Pesquisa direta

* média

** desvio padrão

De acordo com a figura 1, a prevalência de violência em algum momento na vida entre as gestantes entrevistadas foi de 26,5%. Quanto à prevalência da violência durante a gestação (n=22), 7,2% responderam terem sofrido algum episódio de violência neste período.

Figura 1. Prevalência de violência em algum momento na vida e durante a gestação. Teresina (PI), 2012. (n=306).



Do total de mulheres que afirmaram episódio de violência no período gestacional (n=22), 50% tinham até 25 anos de idade, acima de 8 anos de estudo (68,2%), com companheiro (59,1%), renda familiar de até um salário mínimo (81,8%) e episódio de violência na vida (72,7%). A análise estatística apresentou associação significativa da violência na gestação com a situação conjugal ($p < 0,005$) e episódio de violência na vida ($p < 0,000$) (Tabela 3).

Tabela 3. Associação da violência durante a gestação com as variáveis socioeconômicas, episódio de violência na vida e razão de chance. Teresina (PI), 2012. (n=22).

Variáveis Socioeconômicas	Violência na gestação	X²	OR	P
	Sim			
	n %			
Faixa etária		,333	0,775 (0,325-1,846)	,564
Até 25 anos	11 50,0			
Acima de 25 anos	11 50,0			
Escolaridade		,000	0,990 (0,390-2,511)	,983
Até 8 anos de estudo	7 31,8			
Acima de 8 anos de estudo	15 68,2			
Situação conjugal			2,420 (1,376-4,257)	,005
Com companheiro	13 59,1	7,764		
Sem companheiro	9 40,9			
Renda			1,210 (0,978-1,497)	,124
Até um salário mínimo	18 81,8	1,916		
Mais de um salário mínimo	4 18,2			
Episódio de violência na vida		26,059	7,407 (3,00- 18,28)	,000
Sim	16 72,7			
Não	6 27,3			
Total	22 100,0	..	..	..

Fonte: Pesquisa direta

Entre as gestantes que sofreram violência durante a gestação, 63,6% estavam com até 20 semanas de gestação, 77,3% haviam tido gestação anterior, 68,2% não tiveram aborto, 68,2% não planejaram a gestação e 72,7% haviam realizado até três consultas de pré-natal no momento das entrevistas. Na análise estatística, nenhuma variável gestacional apresentou associação significativa com a violência na gestação (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das gestantes que sofreram episódio de violência durante a gestação segundo variáveis gestacionais, presença de associação e razão de chance entre as variáveis. Teresina (PI), 2012. (n=22).

Variáveis gestacionais	Violência na gestação	X²	OR	P
	Sim			

	n	%			
Idade gestacional			1,367	1,255 (0,897-1,756)	,242
Até 20 semanas	14	63,6			
Acima de 20 semanas	8	36,4			
Gestação anterior			,510	0,689 (0,246 -1,927)	,475
Sim	17	77,3			
Não	5	22,7			
Aborto			1,472	0,562 (0,219-1,441)	,225
Sim	7	31,8			
Não	15	68,2			
Planejamento da gestação			2,400	1,335 (0,982-1,816)	,091
Sim	7	31,8			
Não	15	68,2			
Consulta pré-natal			0,433	1,105 (0,844-3,648)	,510
Até três consultas	16	72,7			
Acima de três consultas	6	27,3			
Total	22	100,0	..	..	..

Fonte: Pesquisa direta

DISCUSSÃO

Do ponto de vista socioeconômico o perfil das entrevistadas é composto por mulheres jovens, com escolaridades acima da média nacional, com união estável, com religião, exercendo atividades domésticas no próprio lar e com baixa renda familiar, sendo compatível com alguns estudos internacionais e nacionais^{3,7,8}.

Em âmbito internacional a estatística de violência contra a mulher segue elevação cada vez mais preocupante. Dados da Organização Mundial da Saúde alerta para taxas elevadas, que vão de 15 a 71% de mulheres entre 15 a 49 anos informaram já terem sido vítimas de violência física ou sexual em algum momento de suas vidas pelo próprio parceiro.

No Brasil a estatística oficial mais recente vem do balanço semestral do ligue 180. Nele os registros dos relatos de mulheres informados de janeiro a julho de 2012, apresentam que 70,19% dos casos da violência doméstica contra a mulher o agressor é o companheiro da vítima, em seus diferentes tipos de vínculos (companheiro, marido, ex-marido, namorado e ex-namorado). Esse dado sobe para 89,17% quando engloba a violência contra a mulher em todos os locais de ocorrência. Os demais 10,83% dos registros mostram que as agressões são

cometidas por familiares, parentes, vizinhos(as), amigos(as), desconhecidos(as). Quando se trata de tempo de relacionamento entre a vítima e o agressor, a relação estava estabelecida entre dez anos ou mais em 14.688 (42,19%) dos casos informados; entre cinco e dez anos, em 6.648 (19,10%), e entre um e dois anos, em 3.587 (10,30%) das situações⁹.

Quanto à prevalência de violência em algum momento na vida entre as gestantes entrevistadas neste estudo os resultados são considerados altos e também compatíveis com estudo realizado na mesma região brasileira, mostrando que as mulheres que relataram violência antes da gravidez tiveram chance 11,6 vezes maior de sofrer violência durante a gravidez e que a frequência de violência no pós-parto foi 8,2 vezes maior para aquelas que relataram violência durante a gravidez e 7,23 vezes maior para as mulheres com relato antes e durante a gestação². O que torna possível identificar a equivalência de dados encontrados no presente estudo.

Os dados mostram a magnitude da continuidade da violência sofrida por mulheres em algum momento da vida com chances muito altas de relatos de violência durante a gestação, se surgida antes da gravidez e durante a gestação.

A prevalência elevada de violência perpetrada contra as mulheres grávidas no presente estudo está em alinhamento e contribui com o panorama mundial levantado pela Organização Mundial da Saúde, ao realizar estudo multicêntrico mostrando que a violência doméstica contra mulheres grávidas foi elevada em países da América do Sul, com destaque para o Peru (44%) e para o Brasil (32%). Os dados brasileiros são oriundos de localidades da zona da mata de Pernambuco (32%). As menores taxas foram observadas no Japão (8%), Sibéria e Montenegro (13%) e a Tailândia com 13%¹⁰.

Em relação à situação gestacional, as mulheres que informaram violência na gestação apresentaram histórico de gestação anterior e de aborto, gravidez atual sem planejamento e com baixo número de consultas de pré-natal tendo em vista a maioria se encontrar com até 20 semanas de gestação. Estes achados são compatíveis com inquérito populacional realizado na Índia, com 2,877 mulheres entre 19 e 43 anos, que informaram pelo menos um parto, mostrando baixa adesão ao pré-natal e início das consultas a partir do 3º trimestre de gravidez⁵.

A atenção materno-infantil é prioridade para os serviços de saúde, sobretudo os cuidados no decorrer da gestação. Durante a assistência pré-natal é possível realizar ações de promoção de saúde e prevenção, além de acompanhar e tratar condições que possam levar a desfechos adversos para a gestante e seu conceito. Assim, o monitoramento da qualidade do

cuidado pré-natal é fundamental para o diagnóstico situacional e planejamento de políticas de saúde¹¹.

No presente estudo foram encontradas associações significativas da violência na gestação com a situação conjugal e episódio de violência na vida e em relação ao risco das mulheres serem mais agredidas durante a gravidez foi verificado uma estimativa de ocorrer 2,4 vezes mais para aquelas com companheiro e 7,4 vezes para quem já teve episódio de violência na vida. Quando se trata de episódios já vividos de violência este dado também já foi identificado em estudos mostrando que a violência no período gestacional é parte de um padrão mais amplo, que inclui sofrer violência repetidas vezes por familiares ao longo da vida, ter sofrido violência na infância ou ter testemunhado violência doméstica em sua infância, apresentam maior risco de sofrerem violência durante a gestação^{7,12}. Entretanto a coabitação não foi verificada relação com outros estudos.

Dentre os fatores associados à violência doméstica durante o período gestacional estudos apontam baixa escolaridade, baixa renda, desemprego e consumo usual de bebida alcoólica pelo companheiro³. Outros fatores também são apontados como o fato dos filhos sofrerem humilhações e insultos o que levam a um risco de 1,88 vezes da mulher vir a sofrer violência de seus maridos/companheiros durante o período gestacional¹².

A mulher no período gestacional pode vir a sofrer violência tanto física, sexual quanto psicológica. A violência, como ação direcionada a mulher tem na agressão física a sua forma mais preponderante, englobando 44,2% dos casos. A psicológica ou moral representa acima de 20%. Já a violência sexual é responsável por 12,2% dos atendimentos do Sistema Único de Saúde, conforme dados do Mapa da Violência¹³.

A brutalidade das agressões físicas e uso de instrumentos com arma branca e de fogo são as principais causas de homicídios em mulheres no Brasil. O Mapa da Violência atualizado em 2012 apresenta um crescimento vertiginoso de casos de homicídios nos últimos 30 anos, pulando de 1.353 em 1980 para 4.465, uma taxa de 230% de aumento. Com a implantação efetiva da Lei Maria da Penha, em 2006, esse numero descreceu até 2010, voltando a sua elevação em 2010¹³.

CONCLUSÃO

O estudo mostra que a violência contra a mulher é uma problemática com elevado grau de ocorrência para aquelas em idade reprodutiva, sendo mais marcante no período

gestacional e no pós-parto, o que para a mulher torna-se uma situação geradora de problemas para o decorrer da gestação, bem como a presença de anseios para o pós-parto.

Parte significativa das mulheres em algum momento da vida foram vítimas de violência e isso vem se tornando cada vez mais representativo para a ocorrência de episódios na gestação e no pós-parto, mesmo que encontrando dados que mostram o aumento dos casos de violência que ocorreram na gestação, comparada àqueles em outras fases da vida, o que exige dos profissionais envolvidos atenção redobrada para a detecção desses casos o mais precocemente possível, de modo a evitar a continuidade para o pós-parto.

Constataram-se elevadas taxas de violência durante a gestação, o que mostra que devem ser desenvolvidos mecanismos apropriados para identificação dos casos e capacitação dos profissionais com o máximo de descentralização possível, para que ocorra um acolhimento diferenciado e uma abordagem especial desde a atenção primária até o serviço especializado.

Algumas limitações no presente estudo podem ser verificadas. A primeira diz respeito ao tema abordado, por ser complexo, cheio de sentimentos de culpa e vergonha, deixa algumas mulheres sem querer dividir suas vivências com outras pessoas. Esse fato pode gerar encobrimento de respostas o que dificulta o alcance de indicadores acurados de sua prevalência. Outra limitação se refere à ausência de informação dos diferentes tipos de violência sofrida pelas mulheres grávidas, o que contribuiria para visibilidade sobre qual tipo de violência foi mais presente nas mulheres do estudo. Os dados analisados se referem à violência que incide sobre a mulher no período gestacional no seu sentido mais amplo.

REFERÊNCIAS

1. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev Saúde Pública. 2006. Ribeirão Preto, v.40, n.4, p.604-10, abr-mai. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/rsp/v40n4/08.pdf. Acesso em: 05 de maio de 2012
2. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TVB, Valongueiro SA. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. Rev Saúde Pública 2011;45(6):1044-53
3. World Health Organization. Relatório Mundial de Saúde. 2002
4. Kaye DK et al. Domestic violence during pregnancy and risk of low birth weight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. Tropical Medicine and International Health, 2006, 11 (10):1-9

5. Koski AD, Stephenson R, Koenig MR. Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. *J Health Popul Nutr*[Internet]. 2011 [cited 2013 April 07]; 29 (3):245-54. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131125/>.
6. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência Semântica da versão em português do Instrumento *Abuse AssessmentScreen* para rastrear a violência contra a mulher grávida *Rev. Saúde Pública*, 2000, 34 (6): 610-16
7. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10 (3):310-22. DOI: 10.1590/S1415- 790X2007000300003
8. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pêrez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2008 Out [citado 2013 Jun 08] ; 42(5): 877-885. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020080005000013&lng=pt. Epub 31-Jul-2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000041>
9. Secretaria de Políticas para as Mulheres Presidência da República. Balanço Semestral Janeiro a Julho/2012: Ligue 180. Central de Atendimento à Mulher. Brasília -. Distrito Federal, 16p. 2012.
10. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-69
11. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultado de um inquérito no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(5):309-16. DOI:10.1590/S0100- 72032003000500002
- 12 Castro R, Ruiz, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev Saúde Pública* 2004;38(1):62-70
13. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012. Atualização: homicídios de mulheres no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americano – CIBELA FLACSO Brasil. Agosto, 2012.

4.2 Cartilha

CARTILHA VIOLÊNCIA NO PERÍODO GESTACIONAL: uma contribuição para Estratégia Saúde da Família

SUMÁRIO

Apresentação

1 Conceituando a violência doméstica e violência gestacional

2 Tipos de Violência

2.1 Violência física

2.2 Violência Psicológica

2.3 Violência Sexual

2.4 Violência Patrimonial

2.5 Violência Moral

3 Perfil das gestantes que sofrem violência doméstica

4 Consequências da violência gestacional

5 Conhecendo a política de enfrentamento a violência

5.1 Principais componentes da rede de enfrentamento à violência contra mulher

6 Lista de endereço e telefones úteis

APRESENTAÇÃO

O Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNINOVAFAPI tem a satisfação de oferecer aos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Teresina-PI esta cartilha que tem como objetivo levar informações acerca da violência contra mulher grávida e a política de combate.

Aqui o profissional irá encontrar informações sobre o que é violência contra mulher, violência contra gestante, perfil das gestantes agredidas, fatores associados a violência gestacional, principais consequências da violência gestacional para mãe e para o filho e as políticas de combate a violência.

A cartilha irá auxiliá-los na identificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra mulher no período gestacional, bem como na possibilidade de intervenção e orientação sobre a política que a protege.

1 CONCEITUANDO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E VIOLÊNCIA GESTACIONAL

De acordo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), violência doméstica é aquela praticada por parceiro íntimo, e definida por qualquer tipo de violência que a mulher sofre nas mãos de parceiro ou ex-parceiro. Consiste no tipo mais comum de violência sofrida por mulheres.

Bonfim e Peretto (2010), definem violência contra a mulher como qualquer ação ou comportamento baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como na esfera privada. Do ponto de vista diagnóstico, a violência contra a mulher está inclusa nas causas externas de morbimortalidade.

A violência contra as mulheres está presente na história humana desde os seus primórdios, mas só recentemente passou a ser vista como um problema que necessita ser enfrentado, com elaboração conceitual e metodológica própria e implementação de políticas públicas específicas (VILLELA et.al, 2011).

O Boletim Informativo da Organização Pan Americana de Saúde (2007) traz a definição da violência durante a gestação do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América, como “violência ou ameaça de violência física, sexual ou psicológica (emocional) à mulher grávida”.

Um conceito simples e resumido, que necessita dos conceitos anteriores de violência doméstica para uma melhor compreensão.

2 TIPOS DE VIOLÊNCIA

A Lei 11.340/2006 de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, em seu Art. 7º, classifica a violência contra mulher em cinco tipos, violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e violência moral.

2.1 Violência física

A violência física, compreende qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher.

2.2 Violência Psicológica

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

2.3 Violência Sexual

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

2.4 Violência Patrimonial

A violência patrimonial, é qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer as necessidades da mulher .

2.5 Violência Moral

Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

3 PERFIL DAS GESTANTES QUE SOFREM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

As mulheres gestantes que sofrem violência são jovens, casadas ou com companheiro fixo, baixa condição socioeconômica e educacional e com histórico de agressões anteriores.

Estes dados são observados em pesquisa realizada no ano de 2012, com 306 mulheres assistidas pela Estratégia Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde: Primavera, Matadouro, Vila do Avião, Adelino Matos, Santa Maria da Codipi, Água Mineral, Cecy Fortes, Mariano Mendes, Boa Hora, Poty Velho, Buenos Aires, Planalto Uruguai, Nossa Senhora da Guia, Alto da Ressurreição, Novo Horizonte, Piçarreira, Vila Bandeirante, Satélite, Dirceu II, Santa Barbara, Flamboyant, Monte Castelo, Cerâmica Cil, Três Andares, Irmã Dulce, Alegria, Angelim, Promorar, Vamos Ver o Sol, Vila Confiança, Estaca Zero, Vermelha,

As mulheres que afirmaram episódios de violência no período gestacional, 50% tinham até 25 anos, a maioria das mulheres tinha acima até 8 anos de estudo (68,2%), 59,1% afirmaram que possuíam companheiro, 81,8% ganhavam até um salário mínimo como renda familiar e 72,7% já haviam sofrido episódio de violência em algum momento na vida. Em relação aos dados obstétricos as gestantes que sofreram violência durante a gestação, 63,6% estavam com até 20 semanas de gestação, 77,3% haviam tido gestação anterior, 68,2% não tiveram aborto, 68,2% não planejaram a gestação e 72,7% haviam realizado até três consultas de pré-natal no momento das entrevistas (CAMPELO; MONTEIRO, 2013).

Quanto à escolaridade, a maioria das gestantes agredidas possuía até de oito anos de estudo. Dados como este mostram que a baixa escolaridade possui relação direta com a ocorrência da violência.

Os dados acima citados mostram que a maioria das mulheres sofreu violência eram

casadas, isso mostra que quando a mulher mantém-se residindo com o parceiro a possibilidade de sofrer violência no período gestacional é aumentada, já que o contato entre o casal torna-se mais intenso, além das atribuições determinadas para ambos.

O planejamento da gestação é outro fator que pode influenciar diretamente na ocorrência da violência sobre a mulher gestante, podendo ser observado nos dados quando a maioria das mulheres agredidas encontrava-se em uma gravidez não planejada, isso pode ser justificar pelo fato do relacionamento não ter estabilidade suficiente para manter relação saudável entre o casal.

4 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA GESTACIONAL

A violência por parceiro íntimo durante a gravidez e no pós-parto é considerada como sério problema de saúde pública e fenômeno complexo, cujas consequências podem ser bastante negativas para a saúde da mãe, do feto e da criança. Nesse caso, a violência não é dirigida apenas contra a mulher, há também o envolvimento de um filho intra-uterino, recém-nascido ou que já está no seu primeiro ano de vida, o qual cresce em situação de violência (SILVA *et al.*, 2011).

Tais consequências podem ser:

• Hemorragias;	• Uso de drogas lícitas e ilícitas;
• Interrupção da gravidez;	• Prematuridade;
• Depressão;	• Baixo peso;
• Tabagismo;	• Risco de morte perinatal.

5 CONHECENDO A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA

As primeiras conquistas do movimento feminista junto ao Estado para implementação de políticas públicas voltadas ao combate à violência contra mulheres datam da década de 80. Em 1985, juntamente na culminância da Década da Mulher declarada pela ONU, é inaugurada a primeira delegacia de defesa da mulher.

Outro marco importante foi a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) no ano de 2003 um importante marco para a constituição de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Com esta secretaria, as ações mudaram de foco e

ganharam nova envergadura, com o início da formulação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, com diretrizes para uma atuação coordenada dos organismos governamentais nas três esferas da federação. Nesse sentido, uma inovação importante é o incentivo à formação de redes compostas por todos os serviços que atendem à mulher em situação de violência, de modo a oferecer-lhe um atendimento integral. No mesmo ano foram criadas as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher e Casas-abrigo que fazem composição da Rede de Enfrentamento a violência contra mulher (BRASIL, 2011).

A Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003 estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra mulher que for atendida em serviços públicos ou privados e no ano seguinte, 2004, foi instituído o Protocolo de Notificação Compulsória de identificação ou suspeita de violência contra crianças e mulheres em todos os serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (VILLENNA et al., 2011).

Diante da dimensão do problema da violência doméstica, tanto em termos do alto número de mulheres atingidas quanto das consequências psíquicas, sociais e econômicas, em 2006 o Brasil passou a contar com uma lei específica para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha.

Em 2007, o lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres consolida a necessidade de uma rede articulada de atendimento à mulher (BRASIL, 2011).

5.1 Principais componentes da rede de enfrentamento a violência contra mulher

➤ Centros de Atendimento a mulher em situação de violência

Os Centros de Referência são espaços de acolhimento/atendimento psicológico e social, orientação e encaminhamento jurídico a mulher em situação de violência, que devem proporcionar o atendimento e o acolhimento necessários à superação de situação de violência, contribuindo para o fortalecimento da mulher e o resgate de sua cidadania.

➤ Casas-Abrigo

As Casas-Abrigo são locais seguros que oferecem moradia protegida e atendimento integral a mulheres em risco de vida iminente, em razão da violência doméstica. É um serviço

de caráter **sigiloso** e **temporário**, no qual as usuárias permanecem por um período determinado, durante o qual deverão reunir condições necessárias para retomar o curso de suas vidas.

➤ **Casas de Acolhimento Provisório**

Constituem serviços de abrigo temporário de curta duração (até 15 dias), não sigilosos, para mulheres em situação de violência, acompanhadas ou não de seus filhos, que não correm risco iminente de morte. Vale destacar que as Casas de Acolhimento Provisório não se restringem ao atendimento de mulheres em situação de violência doméstica e familiar, devendo acolher também mulheres que sofrem outros tipos de violência, em especial vítimas do tráfico de mulheres. O abrigo provisório deve garantir a integridade física e emocional das mulheres, bem como realizar diagnóstico da situação da mulher para encaminhamentos necessários.

➤ **Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulher (DEAMs)**

São unidades especializadas da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência. As atividades das DEAMs têm caráter preventivo e repressivo, devendo realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, as quais devem ser pautadas no respeito aos direitos humanos e aos princípios do Estado Democrático de Direito (NORMA TÉCNICA DE PADRONIZAÇÃO DAS DEAMs, SPM, 2006).

➤ **Núcleos ou Postos de Atendimento a Mulher nas Delegacias Comuns**

Constituem espaços de atendimento à mulher em situação de violência (que em geral, contam com equipe própria) nas delegacias comuns.

➤ **Defensorias da Mulher**

Têm a finalidade de dar assistência jurídica, orientar e encaminhar as mulheres em situação de violência. É órgão do Estado responsável pela defesa das cidadãs que não possuem condições econômicas de ter advogado contratado por seus próprios meios.

Possibilitam a ampliação do acesso a Justiça, bem como a garantia, às mulheres, de orientação jurídica adequada e de acompanhamento de seus processos.

➤ **Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher**

São órgãos da Justiça Ordinária com competência cível e criminal que poderão ser criados pela União (no Distrito Federal e nos Territórios) e pelos Estados, para o processo, julgamento e a execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher. Segundo a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), que prevê a criação dos Juizados, esses poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e da saúde.

➤ **Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica**

A área da saúde, por meio da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, tem prestado assistência médica, de enfermagem, psicológica e social às mulheres vítimas de violência sexual, inclusive quanto à interrupção da gravidez, prevista em lei nos casos de estupro. A saúde também oferece serviços e programas especializados no atendimento dos casos de violência doméstica.

➤ **Central de Atendimento a Mulher – Ligue 180**

A Central de Atendimento a Mulher é um serviço da Secretaria de Políticas para as Mulheres (Presidência da República) que auxilia e orienta as mulheres em situação de violência por meio do número de utilidade pública 180. As ligações podem ser feitas gratuitamente, de qualquer parte do território nacional.

➤ **Ouvidorias**

As Ouvidorias consistem no canal de acesso e comunicação direta entre a instituição e o(a) cidadão(ã). É um espaço de escuta qualificada, que procura atuar por meio da articulação com outros serviços de ouvidoria em todo o país, encaminhando os casos que chegam para os

órgãos competentes em nível federal, estadual/distrital e municipal, além de proporcionar atendimentos diretos.

6 Lista de Endereço e telefones úteis.

- DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher
End: Rua Bom Jesus, s/n- Bairro: Buenos Aires. Cep: 64.000-000. Teresina.
Telefone: (86) 3225-4597 Fax: (86) 3225-4597
End: Rua 24 de Janeiro, nº 500 - Bairro: Centro. Cep: 64.001-230
Telefone: (86)3222-2323 Fax: (86)3216-5212.
End: Quadra 66, s/n – Bairro: Dirceu Arcoverde I. Cep: 64.077-200.
Telefone: (86) 3216-1572
- Núcleo da Mulher nas Defensorias Públicas
End: Rua Nogueira Tapety,138. Bairro: Noivos. Cep: 65.046-020. Teresina. Telefone: 08002805202
- Núcleos das Promotorias de Justiça de Defesa da Mulher Vítima de Violência Doméstica e Familiar (NUPEVID)
End: Rua Alvaro Mendes, 2294- Centro. Teresina.
Telefone: (86)3221-1902
- Juizado Especial de Combate a Violência Doméstica e Familiar de Teresina
End: Rua Benjamin Constant, 1344. Bairro: Centro. Teresina.
Telefone: (86)3221-4364
- Central de Atendimento a Mulher
- End: Rua Gabriel Ferreira, 155. Bairro: Centro/Norte. Teresina.
Telefone: 180

REFERÊNCIAS

BONFIM, E. G; LOPES, M.J. M; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc Anna Nery RevEnferm.** v.14,n.1. p.97-104,2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres. Rede de Enfrentamento Á Violência Contra as Mulheres. Secretaria de Política Contra Mulheres. Brasília, 2011.

CAMPELO, T.P.T. **Violência gestacional**: uma contribuição da enfermagem para saúde da família. 2013. Dissertação (Mestrado em saúde da Família). Programa de Mestrado Profissional. UNINOVAFAP, Teresina. 2013.

Lei Maria da Penha: Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Estudo multipaís da OMS sobre a saúde da mulher e da violência doméstica contra a mulher. Suíça: OMS; 2005.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Género, etnia y salud. Disponível em: <<http://www.paho.org/generoysalud>>. Acesso em: janeiro, 2013.

VILLELA, W. V. *et al.*. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.113-113, 2011.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher trata-se de uma prática contínua e cada vez mais difundida no contexto familiar; classificada como evento covarde e selvagem do homem sobre a mulher, amplia-se quando a agressão é contra uma gestante, período da vida da mulher em que se exige maior atenção, compreensão e apoio por parte do parceiro e de toda a família.

Considera-se que os estudos sobre violência contra as mulheres gestantes têm contribuído para a visibilidade desse fenômeno. O estudo mostra que a maioria das mulheres já sofria violência antes da gravidez, e que as agressões continuaram durante o período gestacional, com variações nos tipos de violência, número de episódios, frequência e tipo de agressor. As variáveis socioeconômicas determinam padrões sobre idade, escolaridade, situação conjugal e renda das mulheres que são agredidas durante a gestação.

Entende-se que a mulher que sofre violência durante o período gestacional sente a marca social do modelo patriarcal que impõe à mulher a condição de subalternidade, o que submete uma diferença de gênero dominadora como relação de poder de forma absoluta do homem sobre a mulher.

A violência contra a mulher gestante percebida neste trabalho revela que os episódios de violência são continuidade daquela sofrida no período anterior ao gestacional, já que as mulheres vivem uma relação violenta no relacionamento, que não cessa com o diagnóstico e o decorrer da gestação. Entretanto, a partir da descoberta da gestação é esperado que o estado gravídico da mulher impeça o parceiro de agredi-la.

Torna-se evidente com os resultados deste estudo que deve ser estabelecido um grupo de risco mais restrito para ser assistido e acompanhado para que seja possível prevenir e impedir a continuidade da violência, principalmente para mulheres menores de 20 anos, que já possuem outros filhos e que estão no primeiro trimestre da gestação.

Considera-se importante que os objetivos das pesquisas sobre diferença e perspectiva de gênero, assim como sobre a violência contra a mulher gestante sejam ampliados no Brasil e no Piauí, de forma que se possa compreender melhor não só as mudanças na relação de gênero, mas também traçar parâmetros de análise sobre a violência contra a mulher. Nesse sentido, é importante que se conheça melhor os fatores associados à violência e padrões desencadeadores da violência.

Assim, torna-se fundamental que as equipes de saúde da família realizem reuniões multiprofissionais que elaborem estratégias que discutam a problemática social da violência,

sensibilizando, informando e atualizando os profissionais para assistirem com qualidade as mulheres envolvidas nos episódios de violência.

Todavia, acredita-se que o estudo possa contribuir para que os profissionais, em especial de enfermagem, passem por uma etapa de pensamento reflexivo sobre os resultados aqui apresentados, de forma que novas estratégias políticas e de prevenção da violência contra a mulher gestante possam ser elaboradas. Como a prática de agressões contra a mulher gestante ocorre, em sua maioria, no ambiente intrafamiliar, entende-se que deve haver um foco do cuidado direcionado aos programas de atenção básica, o que facilitaria a prevenção e detecção dos episódios de violência.

REFERÊNCIAS

- AUDI, C. A. F *et al.* Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artest&pid=S0034-102008000400013&Ing=pt&nm-iso. Acessos em 09 set.2011. Epub 31-Jul-2008. [hppt://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000040](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000040).
- AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V. N. A. Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez, 2000. In: DEEKE, Leila Plattet *al.*. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir de discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc. São Paulo** v.18, n.2, 2009.
- BAIG, A; SHADIGIAN, HEISLER, M. Hiden from Plain Sight: Resident's Domestic Violence Screening Attitudes and Reported Practics. **J GenIntern Medicine** v. 21, n.9, p. 924-54, 2006.
- BONFIM, E. G; LOPES, M.J. M; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc Anna Nery RevEnferm.** v.14,n.1. p.97-104,2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Acolhimento nas práticas de produção da saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional da Humanização. Brasília, 2006.
- BRAGA, Eliane Maio. A questão do Gênero e da sexualidade na educação. In: RODRIGUES, Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. ROSIN, Eliane; Sheila Maria (orgs). Infância e práticas educativas. Maringá – Pr. EDUEM. 2007.
- CAMPELO, T.P.T. **Violência gestacional**: uma contribuição da enfermagem para saúde da família. 2013. Dissertação (Mestrado em saúde da Família). Programa de Mestrado Profissional. UNINOVAFAPI, Teresina. 2013.
- DEBERT, G. G.; GREGORI, M. F. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.23 n.66, p.165-211, fev. 2008.
- DIAS, B M. A Lei Maria da Penha na Justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher.**Revista dos Tribunais**: São Paulo, 2007.
- GARCIA-MORENO, C. *et al.*.Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. **Lancet**,London, v. 368, n. 9543, p. 1260- 1269, 2006.
- GUEDES, R. N; FONSECA, R. M. G. S. A Autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da Violência de Gênero. **Rev. EscEnferm USP**; 45 (Esp. 2): 1731-5, 2011.
- Lei Maria da Penha: Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília:Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

LIRA, M. A. L. Violência no Centro de Referência Francisca Trindade, em Teresina-PI. **Revista Latino Americana de Geografia e Gênero**, Ponta Grossa, v.4, n.1, p.75-85, jan./jul. 2013.

MEDINA, A. B. C; PENNA, L. H. G..Violência na Gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. **Esc. Ana Nery Rev. Enferm.**v.12, n.4, p.7937-98, 2008.

MORAES, C. L.; ARANA, F. D. N.; REICHENHEIMI, M. E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para má qualidade do pré-natal. **Rev de Saúde Pública** v. 44, n.4, p.667-676, 2010.

OLIVEIRA, E. M; VILELLA, W. O campo da saúde coletiva à luz das relações de gênero: um diálogo difícil e conflituoso. Belo Horizonte: PUC MINAS, 2005, 360p. ISBN: 9788586501609. 1ª Edição.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**[online]. v.39, n.3, p.376-382.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Estudo multipaís da OMS sobre a saúde da mulher e da violência doméstica contra a mulher. Suíça: OMS; 2005.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Género, etnia y salud. Disponível em: <<http://www.paho.org/generoysalud>>. Acesso em: janeiro, 2013.

ROUQUAYROL, M.Z; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

VILLELA, W. V. *et al.*. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.113-113, 2011.

SANTOS, A. G, et al. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento a mulher de Teresina-PI. **Rev. Rene**, v.11, número especial, p. 109-116, 2010.

SOARES, Bárbara M. **Enfrentando a Violência contra a Mulher**: Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários (as) - Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 64p.

VIEIRA, Elisabeth Meloniet *al.*.Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. V.12, n.4, p. 566-577. ISSN 1415-790X. 2009.

VILLELA, W. V. et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n. 1, p 113-113. 2011

WILLIAMS, L.C.A.; MALDONADO, D.P.A.; PADOVANI, R.C. (Orgs). **Uma vida livre da violência**: Projeto Parceria, Módulo 1. Cartilha- Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia. (www.ufscar.br/laprev), 2008.

APÊNDICES



**CENTRO UNIVERSITÁRIO–UNINOVAFAPI
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos, por meio deste, convidá-lo(a) a participar voluntariamente do estudo “VIOLÊNCIA À MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL: uma contribuição da enfermagem a saúde da família”. Por favor, leia com atenção as informações abaixo antes de dar seu consentimento para participar ou não do estudo. Esse estudo tem como pesquisadoras Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro (pesquisadora responsável) e Thais Portela Teixeira Campelo (pesquisadora participante).

JUSTIFICATIVA: A violência contra a mulher consiste em um grave problema de saúde pública, quando a sua ocorrência é em mulheres grávidas esse problema torna-se maior, pois traz consequências graves, tanto para mãe quanto ao feto. O fato de não conhecer a magnitude da violência contra gestante torna ainda mais difícil a elaboração de estratégias de assistência e prevenção deste ato. Dessa forma, faz-se necessário caracterizar a violência ocorrida com as gestantes, a fim de reduzir essa prática, bem como os danos envolvidos à gestante e ao seu conceito.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

1.1 Objetivo Geral

- Caracterizar a violência em mulheres grávidas

1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer dados sociodemográficos dos sujeitos do estudo (faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação);
- Levantar dados obstétricos das mulheres (primípara, multíparas, abortos);
- Conhecer a prevalência da violência sofrida pelos sujeitos da pesquisa;
- Levantar dados da violência sofrida quanto ao tipo, o agressor, frequência das agressões e área do corpo mais atingida;
- Elaborar material educativo para auxiliar sobre violência contra gestantes.

PROCEDIMENTOS: Este trabalho será desenvolvido através da aplicação de questionário com as gestantes, utilizando um instrumento de coleta de dados sobre violência na gestação, além de um questionário estruturado, para obter dados concretos e objetivos sobre a ocorrência de violência, dados obstétricos e socioeconômicos da gestante agredida. As informações obtidas serão confidenciais e em qualquer momento que o sujeito preferir não participar ou deixar de participar do estudo, tal atitude será compreendida pela pesquisadora.

BENEFÍCIOS: Os benefícios desta pesquisa serão, através do conhecimento da caracterização dessa violência, obter informações reais para a elaboração de um material educativo para orientação aos profissionais de saúde, diante de situações de violência contra gestante.

RISCOS: Os procedimentos não implicarão em risco ou desconforto à saúde, serão apenas aplicação do questionário, em que o sujeito fica à vontade para responder ou não, e a identificação não será revelada, pois não constarão no roteiro de entrevista itens no qual isso possa ocorrer. Os participantes serão identificados como depoentes nº. As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação divulgada em relatório ou publicação será feita de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Sua identificação será mantida sob segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: A sua participação nesse estudo é voluntária e isenta de qualquer custo. Você terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ou constrangimento para você.

DÚVIDAS: Após todas essas informações, você poderá fazer as perguntas que julgar necessário antes de concordar em participar do estudo, e no caso de qualquer dúvida ou reclamação em relação ao estudo, procurar a pesquisadora responsável Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro Tel: (86) 99772846 ou a pesquisadora participante Thais Portela Teixeira Campelo Tel: (86) 9928-3779. No caso de qualquer problema ou reclamação em relação à conduta dos pesquisadores poderá procurar o Comitê de Ética da NOVAFAPI, na Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro Uruguai; CEP: 64.073-505; Teresina-Piauí; Tel: (86) 2106-0738; cep@novafapi.com.br.

Eu, _____ R.G.
_____, CPF _____, residente
_____, fone(s): _____ abaixo
assinado, concordo em autorizar minha participação como sujeito de pesquisa no estudo intitulado. “VIOLENCIA A MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL: uma contribuição da enfermagem a saúde da família”, tendo como pesquisador responsável Claudete Ferreira de Souza Monteiro e pesquisadora participante Thais Portela Teixeira Campelo.

Declaro que tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o projeto de pesquisa, tudo em conformidade com o estabelecido na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Declaro, ainda, que discuti com o pesquisador responsável sobre a minha decisão em participar nesse estudo, como sujeito de pesquisa, e sobre a possibilidade de a qualquer momento (antes ou durante a mesma) recusar-me a continuar participando da pesquisa em referência, sem penalidades e/ou prejuízos, retirando o meu consentimento. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do projeto de pesquisa, os procedimentos a serem realizados, a ausência (e ou presença) de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso à pesquisa em qualquer tempo. Concordo, **voluntariamente**, em participar deste projeto de pesquisa.

_____, ____ de _____ de _____.

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Thais Portela Teixeira Campelo



CENTRO UNIVERSITÁRIO–UNINOVAFAPI
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

TÍTULO DA PESQUISA: VIOLENCIA A MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL: uma
 contribuição da enfermagem a saúde da família

Nº do questionário:

nº do pesquisador:

Data da coleta: ____/____/____

I- identificação

1. Idade: _____

2. Escolaridade

☐ nenhuma ☐ ensino fundamental (até 4ª série) ☐ ensino fundamental (até 8ª série)

☐ ensino médio incompleto ☐ ensino médio completo ☐ curso técnico

☐ superior incompleto ☐ superior completo

3. Situação conjugal

☐ casada ☐ união estável ☐ solteira ☐ separada/viúva ☐ outros

5. Renda familiar

☐ até 1 salário mínimo ☐ entre 1 e 3 salários mínimos ☐ entre 4 e 6 salários mínimos

☐ acima 6 salários mínimos

6. Situação profissional

☐ estudante ☐ do lar profissão : _____

7. Religião

☐ católica ☐ protestante ☐ espírita ☐ candomblé/umbanda ☐ outras

II-ados Obstétricos

8. Qual sua idade gestacional?

9. Quantas gestações você teve antes dessa?

Nenhuma [] Uma [] Duas ou mais []

10. Já sofreu algum aborto?

11.
[] nenhum [] um [] mais de um

12. Qual sua idade na primeira gestação?

13. A gestação atual foi planejada?

Sim [] Não []

14. Quantas consultas de pré-natal foram realizadas até o momento?

Nenhuma [] De 1 a 3 [] De 3 a 5 [] Mais de seis []

ANEXOS



**CENTRO UNIVERSITÁRIO–UNINOVAFAPI
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANEXO A- INSTRUMENTO ESPECÍFICO PARA INVESTIGAÇÃO DE VIOÊNCIA
NA GESTAÇÃO**

VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO *ABUSE ASSESSMENT SCREEN* (AAS) USADO NO RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO.

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

SIM () NÃO ()

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

SIM () NÃO ()

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

() Marido () Ex-marido () Namorado () Estranho () outro

Número de vezes

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

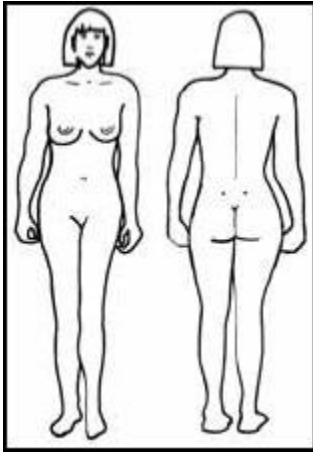
SIM () NÃO ()

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

Marido Ex-marido Namorado Estranho Outro

Número de vezes

Marque a área traumatizada no diagrama do corpo humano



Marque cada episódio de acordo com a escala a seguir:

- 1 - Ameaças de maus-tratos/agressão, inclusive com uma arma
- 2 - Tapa, empurrão; sem machucar ou ferimento ou dor duradoura
- 3 - Soco, chute, machucado/“mancha roxa”, cortes e/ou dor contínua
- 4 - Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados
- 5 - Danos na cabeça, internos e/ou permanentes
- 6 - Uso de armas, ferimento por arma

(Escolha a descrição com o maior número)

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

Caso afirmativo (sim), por quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

() Marido () Ex-marido () Namorado () Estranho () outro

Número de vezes

5. Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima? SIM () NÃO ()

ANEXO B



Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS
Coordenação de Ações Assistenciais - CAA

MEMO CAACIRC/Nº 02/2012

Teresina, 24 de janeiro 2012

Da: Coordenação de Ações Assistenciais.
Para: CRS SUL, NORTE E LESTE/SUDESTE.

Apresentamos *Thais Portela Teixeira Campelo* que realizará a pesquisa **"Violência à mulher no período gestacional: uma contribuição da enfermagem a saúde da família"**. O trabalho será realizado na Estratégia Saúde da Família das zonas leste/sudeste, centro/norte e sul de Teresina.

Na conclusão do trabalho, deverá ser encaminhada uma cópia do relatório final à Presidência da FMS.

Atenciosamente,

Amariles de Souza Borba
COORDENADORA DE AÇÕES ASSISTENCIAIS

ANEXO C



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
(CONEP)



Faculdade de Saúde Ciências Humanas
e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
REGISTRO CONEP: 043

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/MS, analisou o protocolo de pesquisa:

Título: VIOLENCIA À MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL: uma contribuição da enfermagem a saúde da família.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0497.0.043.000-11

Pesquisador Responsável: Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deverá apresentar ao CEP/NOVAFAPI:

RELATÓRIO FINAL EM AGOSTO/2013

Os membros do CEP/NOVAFAPI não participam do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 18/01/2012

Teresina, 18 de janeiro de 2012.


Francisca Tereza Coelho Matos
Comitê de Ética em Pesquisa – NOVAFAPI
Coordenadora