



FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE
RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

IAGO LUIZ FIGUEIREDO GUEDES

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COMO DETERMINANTE SOCIAL NA SAÚDE
PERINATAL DA GESTANTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

João Pessoa – Paraíba

2023

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE
RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

IAGO LUIZ FIGUEIREDO GUEDES

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COMO DETERMINANTE SOCIAL NA SAÚDE
PERINATAL DA GESTANTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, apresentado à Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Kerle Dayana Tavares de Lucena

João Pessoa – Paraíba

2023

Ficha Catalográfica

G957v

Guedes, Iago Luiz Figueiredo

Violência doméstica como determinante social na saúde perinatal da gestante: uma revisão integrativa / Iago Luiz Figueiredo Guedes. – João Pessoa, 2023.

30f.

Orientadora: Prof.^a Dr. Kerle Dayana Tavares de Lucena

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade) – Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres participaram dos estudos analisados, sem as quais o cerne dos objetivos deste não seria possível.

AGRADECIMENTOS

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

Aos que acredito serem os motrizes em toda circunstância, Deus e meus pais, que pelo incentivo, amor e inspiração, trilharam comigo minhas trajetórias e se empenharam na realização de meus sonhos - e que se tornaram, também, os seus sonhos - obrigado por me oferecerem tanto; e à minha orientadora Prof^a Dr^a Kerle Dayana, por findar as diretrizes deste projeto.

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

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

Chimamanda Ngozi Adichie, “Sejamos todos feministas”.

IAGO LUIZ FIGUEIREDO GUEDES

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COMO DETERMINANTE SOCIAL NA SAÚDE
PERINATAL DA GESTANTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Relatório apresentado à Faculdade de Medicina Nova Esperança, como parte das exigências para obtenção do título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

João Pessoa, _____ de _____ de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Prof^ª Dr^ª Kerle Dayana Tavares de Lucena
Professora da FAMENE

Avaliadora Prof^ª Dr^ª Layza de Souza Chaves Deninger
Professora da FAMENE

Avaliadora Prof^ª M^ª Thayná Samilla dos Santos
Professora Convidada

RESUMO

INTRODUÇÃO: A violência doméstica praticada contra a mulher vem sendo amplamente reconhecida como um problema de saúde global apresentando diversas repercussões clínicas e sociais. A gestação é um período de particular vulnerabilidade a esse tipo de violência, devido às novas demandas emocionais, físicas, econômicas e sociais que surgem com a gravidez. Isso levanta preocupações importantes relacionadas aos atos de violência que acontecem nesse período da vida da mulher, uma vez que podem acarretar graves consequências para o binômio mãe-bebê. **OBJETIVOS:** Correlacionar frequências de violência doméstica às características biológicas, sociodemográficas, hábitos de vida, aspectos psicológicos e características da relação, no perinatal. **MÉTODOS:** Utilizou-se quatro bancos de dados para pesquisa (PubMed, Scielo, Lilacs e Cochrane), cujas palavras-chave pesquisadas foram “violence against women”, “domestic violence” e “pregnancy”. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A prevalência de violência doméstica durante a gestação encontrada foi relevante, onde a forma de violência emocional foi a mais frequente, seguida da sexual e da violência física. Foi encontrada associação de violência doméstica com a história familiar de violência, com a paridade e com o nível de aceitação da mulher à violência, como determinante sociocultural pertinente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Destaca-se a importância do estudo no sentido de fornecer vínculos que dimensionem a correlação da violência doméstica durante a gestação, como problema de saúde pública, contribuindo com informações relevantes que subsidiem o planejamento de ações de prevenção e de enfrentamento deste.

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

ABSTRACT

INTRODUCTION: Domestic violence committed against women has been widely recognized as a global health problem with several clinical and social repercussions. Pregnancy is a period of particular vulnerability to this type of violence, due to the new emotional, physical, economic and social demands that arise with pregnancy. This raises important concerns related to acts of violence that occur during this period of a woman's life, since they can have serious consequences for the mother-baby binomial. **OBJECTIVES:** To correlate the frequency of domestic violence with biological, sociodemographic, life habits, psychological aspects and characteristics of the relationship during the perinatal period. **METHODS:** Four databases were used for research (PubMed, Scielo, Lilacs and Cochrane), whose searched keywords were “violence against women”, “domestic violence” and “pregnancy”. **RESULTS AND DISCUSSION:** The prevalence of domestic violence during pregnancy found was relevant, where the form of emotional violence was the most frequent, followed by sexual and physical violence. An association was found between domestic violence and family history of violence, parity and the woman's level of acceptance of violence, as a relevant sociocultural determinant. **FINAL CONSIDERATIONS:** The importance of the study is highlighted in the sense of providing links that measure the correlation of domestic violence during pregnancy, as a public health problem, contributing with relevant information that subjectify the planning of prevention and coping actions.

Keywords: Violence against women. Domestic violence. Gestation.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 01: Método de seleção dos estudos para análise e interpretação

Tabela 01: Características dos estudos selecionados e suas associações

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS: Organização mundial de saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

VD: Violência doméstica

RN: Recém-nascido

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

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	9
II.	OBJETIVOS	11
III.	MÉTODO.....	12
IV.	RESULTADOS.....	14
V.	DISCUSSÃO	18
VI.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	REFERÊNCIAS	24

I. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015) reconhece como violência contra a mulher todo ato de violência contra a pessoa do sexo feminino, que tenha ou possa ter como resultado um dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, inclusive as ameaças, a coação ou a privação da liberdade tanto na vida pública como na privada (ELLSBERG; HEISE, 2013; KRUG et al. 2002).

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

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

A mulher está suscetível a variadas formas de violência em diferentes momentos durante seu ciclo de vida. No entanto, existe uma preocupação maior quando ocorre no período gestacional, uma vez que esse tipo de violência pode acarretar em irreparáveis

consequências para o binômio mãe-bebê (BESSA et al., 2014). Alguns estudos consideram a gravidez como incremento ao risco de violência, podendo variar tanto a frequência quanto a gravidade, e a violência pode até mesmo ser iniciada nessa etapa da vida da mulher (MARTIN et al., 2004).

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

Feder et al. (2006) identificou que as expectativas da mulher em relação à abordagem da violência incluem profissionais livres de julgamentos e compassivos, capazes de garantir a confiabilidade e o reconhecimento da complexidade do problema, como sendo algo difícil de se encontrar uma solução rápida.

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

Diante disso, o presente estudo tenciona verificar a associação da violência doméstica como determinante que implica no processo saúde-doença na gestação e puerpério; bem como complicações derivadas, através da análise de prevalência de variáveis patológicas e socioculturais, levantadas em revisões selecionadas e estudos pertinentes

II. OBJETIVOS

i. Geral

- Analisar a literatura científica, baseada em evidências, sobre a prevalência de VD como determinante sociocultural que influi no processo de promoção e manutenção da saúde perinatal da gestante.

ii. Específicos

- Definir a influência que as variáveis características biológicas (idade), sociodemográficas (cor, escolaridade, profissão, procedência), hábitos de vida (uso de álcool, uso de drogas ilícitas e tabagismo), aspectos psicológicos (história familiar de violência doméstica, participação nas decisões do lar) e características da relação (situação marital, tempo de relacionamento, abandono parental) apresentam como fatores associados pelos estudos à VD;
- Analisar o tipo de violência (física, psicológica ou sexual), a gravidade e as suas características na gestação e puerpério, desfechos e complicações, de forma correlata à prevalência da VD;
- Avaliar a prevalência da VD de acordo com as características obstétricas (número de gestações, paridade, consultas pré-natais, idade gestacional no parto, tipo de parto, gravidez planejada e complicações da gravidez), bem como as perinatais.

III. MÉTODO

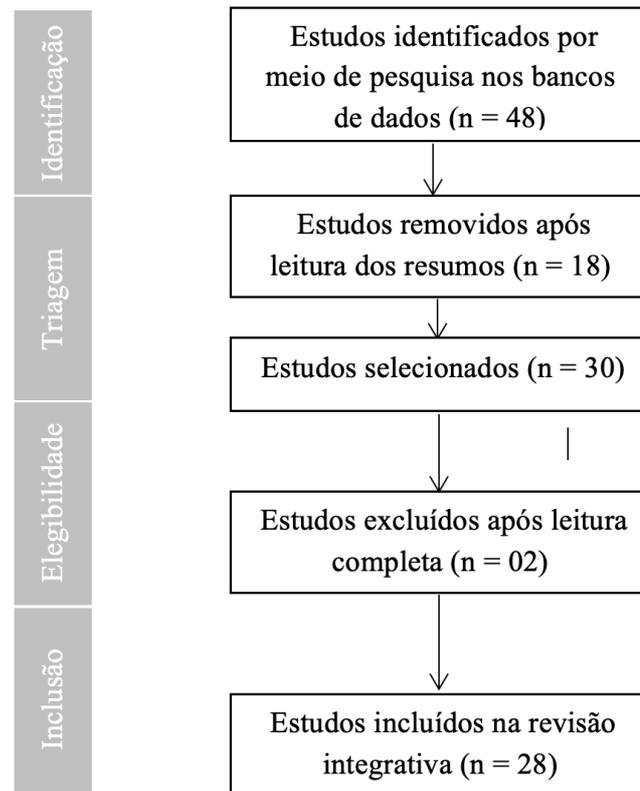
Sobre esta revisão integrativa, compreende um estudo de base transversal, descritivo, de caráter qualitativo, de forma que foram consultados quatro bancos de dados para pesquisa: PubMed, Scielo, Lilacs e Cochrane, num período de acesso às plataformas de pesquisa entre junho e agosto de 2021, com o objetivo de seleção dos estudos.

As palavras-chave “violence against women”, “domestic violence” e “pregnancy”, além de preditores, em português, como “saúde perinatal”, “violência de gênero”, “morte materna” e “complicações obstétricas e neonatais” foram cruzados como fonte de seleção dos estudos, filtrando os artigos em ambas as línguas, em critério primário de seleção.

A princípio, foram encontrados 48 artigos, sem que houvesse triagem de leitura, além dos preditores. Dessa forma, utilizou-se, inicialmente, filtro dos resumos, sendo triados aqueles que apresentassem dados analíticos e descritivos correlacionados às variáveis e determinantes que contemplam os objetivos específicos do presente estudo, sendo excluídos 18 artigos e remanescendo 30 deles.

Após a observação geral e leitura dinâmica desses, estabeleceram-se critérios de inclusão e exclusão para nova triagem e 28 artigos remaneceram, como material de leitura e análise completa para desenvolvimento dos resultados e vínculos, conforme demonstra o fluxograma a seguir (Figura 01).

Figura 01:



ii. Critérios de inclusão

- Artigos anteriores a 2019, revisões, metanálises e estudos transversais;
- Temporalidade e localização ampla, de forma a vincular as variáveis com influências socioculturais abrangentes;

iii. Critérios de exclusão

- Estudos posteriores à 2019, conforme a pandemia de Sars-Cov-2 apresentar-se um determinante de viés, com influências ainda inconclusivas sobre as variáveis;
- Estudos que incluíssem a faixa etária pediátrica, que fugissem ao tema e/ou repetidos, encontrados em diferentes bancos de dados;
- Mulheres em condições físicas e/ou mentais subjacentes, que influenciassem às informações coletadas nas bases desses;
- E estudos que avaliaram relacionamentos cujos parceiro(a)s identificaram-se com gênero diferente do masculino.

IV. RESULTADOS

Avaliou-se que, dentre os estudos selecionados, cinco deles consistem em revisões sistemáticas e/ou metanálises, um estudo de Coorte e um caso-controle; todos os outros vinte e um são estudos transversais, de base descritivo-analítica.

Analisando características direcionadas dos dados e associações relevantes de cada estudo, todos analisam a prevalência de VD em mulheres grávidas e/ou puérperas; 42% avalia uma correlação entre a prevalência de VD na gestação e as variáveis de risco para o tipo de violência: física, sexual e psicológica; 17% traz associação entre a VD e complicações obstétricas e neonatais; 7% faz análise do perfil do relacionamento da mulher grávida envolvida nas agressões e de seu parceiro íntimo; 18% dos estudos determinam alguma influência entre a identificação de algum estigma de agressão e a manutenção ou não de qualquer intervenção, de saúde e/ou social, como estratégia para coibir e/ou reduzir danos à mulher gestante; todos eles trazem características sociodemográficas como análise de variáveis à VD.

A temporalidade avaliada influi no contexto de análise dos dados dos estudos, como aspecto de influência sociocultural dos vínculos estabelecidos entre a VD na gestação e o contexto da época no qual foram conduzidos os mesmos. De forma que quatro deles são anteriores ao ano 2000, mas apresentam relevância pela extensão das amostragens e os outros 24 foram desenvolvidos entre 2000 e 2018.

De forma análoga, selecionaram-se aqueles em diferentes contextos geográficos, culturais e demográficos: desde estudos multicêntricos e extensos, envolvendo localidades desenvolvidas e em desenvolvimento socioeconômico, estabelecendo-se o contraste entre eles e a prevalência da VD; bem como estudos locais, seis deles sendo conduzidos no Brasil, além de realidades como Nepal, Irã, Paquistão e Estados Unidos, conforme a tabela a seguir (Tabela 01).

Tabela 01:

Nome	Tipo de Estudo	Localidade	Características do Gerais do Estudo
James; Brody; Hamilton	Metanálise	EUA	Prevalência dos tipos de violência (física, psicológica, sexual), de acordo com fatores de risco
Audi et al.	Transversal	Brasil	Prevalência dos tipos de violência (física, psicológica, sexual) e fatores de risco associados
Garcia-Moreno et al.	Transversal	Multicêntrico	Prevalência dos tipos de violência (física, psicológica, sexual) e fatores de risco associados
Menezes et al.	Transversal	Brasil	Prevalência de violência doméstica no puerpério
Santos et al.	Transversal	Rio de Janeiro	Prevalência de VD em gestantes de um território-área de uma ESF
Arslantaş et al.	Transversal	Leste da Turquia	Prevalência de VD na gestação e fatores de risco associados
Iiyasu et al.	Transversal	Nordeste da Nigéria	Prevalência e fatores de risco para VD na gestação
Shah; Shah	Revisão sistemática	EUA	Associação entre VD na gestação e complicações referentes ao RN
Bacchus; Mezey; Bewley	Transversal	Europa	Associação entre VD na gestação e a prevalência de complicações obstétricas, submetidas à violências física e psicológica
Howard et al.	Revisão sistemática e metanálise	EUA	Prevalência de complicações psiquiátricas na gestação e puerpério, associadas à VD
Huls; Detlefs	Transversal	EUA	Prevalência de trauma físico como complicação da VD na gestação
Nannini et al.	Transversal	EUA	Prevalência de atendimentos hospitalares por agressão a gestantes, puerpério e mães até um ano pós-parto

Palladino et al.	Transversal	EUA	Associação entre VD no perinatal e prevalência dos desfechos de morte materna
Crandall et al.	Transversal	EUA	Prevalência de morte materna e associação com identificação de mecanismos de trauma, em pronto-atendimentos
Leung et al.	Transversal	China	Prevalência de VD na gestação
Farid et al.	Transversal	Paquistão	Prevalência de VD no perinatal
Fekadu et al.	Transversal	Etiópia	Prevalência de VD e fatores associados em gestantes, identificados no pré-natal
Shrestha; Shrestha; Shrestha	Transversal	Nepal	Prevalência de VD na gestação e tipos de violência associados (física, psicológica, sexual), identificados em consultas pré-natal
Triches; Triches; Rojas	Transversal	Sul do Brasil	Prevalência de VD no perinatal
Finnbogadóttir; Dykes; Wann-Hansson	Transversal	Sul da Suécia	Prevalência de VD em gestantes e fatores de risco associados
Malan et al.	Transversal	EUA	Prevalência do perfil íntimo do parceiro e prevalência da VD em gestantes
James; Brody; Hamilton	Metanálise	EUA	Associação entre antecedentes pessoais e familiares da mulher e a prevalência de VD nas gestações
Ludemir et al.	Caso-controle	Recife, Brasil	Avaliação de risco de violência à gestante associado à história familiar positiva de VD
Bessa et al.	Revisão sistemática	EUA	Associação entre as características sociais da mulher e prevalência da experiência de VD na gravidez
Ribeito et al.	Coorte	São Luiz, Brasil	Frequência de violência psicológica identificada na assistência pré-natal e influência dos determinantes sociais

Gurung; Acharya	Transversal	Nepal	Associação entre raça e etnia e prevalência da VD em gestantes
Mohammadh osseini; Sahraean; Bahrami	Transversal	Irã	Prevalência de VD em mulheres no perinatal
Alhusen et al.	Transversal	EUA	Associação entre os fatores de complicação neonatal e a prevalência de VD em gestantes

V. DISCUSSÃO

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

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

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

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

O trauma é também uma importante causa de morte materna, podendo haver correlação com a violência doméstica (ALHUSEN et al., 2015). Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos encontrou taxas de suicídio e homicídio associadas à gravidez de 2,0 e 2,9

mortes por 100.000 nascidos vivos, respectivamente. Além disso, encontrou que 54,3% dos suicídios associados à gravidez envolviam conflitos com o parceiro íntimo atribuível ao suicídio, e 45,3% dos homicídios associados à gravidez estavam associados à VD (PALLADINO et al., 2011).

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

Os resultados descritos por Menezes et al. (2003) evidenciaram frequência de violência doméstica durante a gestação em torno de 7,4%. No entanto, a frequência foi maior do que a encontrada por estudo realizado na China (LEUNG et al., 1999) e menor do que a registrada em outros estudos conduzidos na região sul do Brasil (49,2%), Etiópia (58,7%), Nepal (27,2%) e Paquistão (44%) (FARID et al., 2008; FEKADU et al., 2018; SHRESTHA; SHRESTHA; SHRESTHA, 2016; TRICHES; TRICHES; ROJAS, 2018).

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

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

Os resultados identificaram alguns fatores de risco associados à violência doméstica durante a gestação. Em relação às características da mulher, encontrou-se associação de

história familiar de violência com VD durante a gestação. Uma metanálise que incluiu 55 estudos independentes mostrou que ter uma história prévia de violência (experimentada ou testemunhada) foi o fator preditivo mais forte de VD (JAMES; BRODY; HAMILTON, 2013). Isso pode ser explicado levando-se em consideração que mulheres expostas a esse fator de risco, na maioria das vezes, vivem em um contexto sociocultural no qual a VD não é reconhecida como uma forma real de violência, sendo considerada apenas como um fenômeno cultural e como uma forma de ação disciplinatória exercida contra as mulheres (BESSA et al., 2014). Estudo de caso-controle realizado em Recife-Brasil encontrou um risco de quase 1,5 vezes maior de violência doméstica durante a gestação em mulheres que testemunharam suas mães sendo vítimas de violência quando crianças (LUDERMIR et al., 2017).

Alguns estudos mostram que mulheres mais jovens, solteiras e pertencentes a grupos minoritários correm maior risco de experienciar atos de violência durante a gravidez (BESSA et al., 2014; RIBEIRO et al., 2014) e outras características associadas ao aumento desse risco incluem a raça e etnia (GURUNG; ACHARYA, 2016).

Boudouris et al. (1982), Farid et al. (2008) e Jewkes (2002) encontraram associação entre o número de filhos e a VD, considerando que lares com menos de 2 crianças são menos susceptíveis à violência, em contextos de temporalidade social diferentes. Isso pode ser explicado considerando-se o aumento das demandas socioeconômicas e psicológicas por parte dos pais a partir do nascimento de uma nova criança. Tais achados encontram-se vinculados, indiretamente, à associação entre violência na gestação e o abandono parental.

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

Em caráter semelhante, diversos estudos presentes na literatura apresentarem o perfil semelhante do agressor: homens mais jovens, de baixa escolaridade, sem vínculo empregatício, com história de abuso de substâncias (principalmente álcool) (MOHAMMADHOSSEINI; SAHRAEAN; BAHRAMI, 2010; PEEDICAYIL et al., 2004).

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

Analisando os métodos aplicados, os autores subjetivam, como possível limitação, o fato dos estudos tratarem-se de cortes transversais, o que dificulta a determinação de relações de causalidade. A natureza delicada da questão da violência e o local de abordagem podem ter contribuído para frequências subestimadas de VD na gestação. Outro ponto importante a ser abordado é o período no qual foram colhidos os dados: o período puerperal pode ocasionar mudanças de atitude da mulher em relação à violência sofrida, relevando condutas agressivas do parceiro, por mudanças fisiológicas do puerpério.

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

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A frequência de violência doméstica durante a gravidez em puérperas apresenta uma associação relevante, de acordo com os estudos analisados.

A média de faixa etária consiste em mulheres jovens, de baixa escolaridade e procedentes de zona urbana, sem vínculo empregatício sustentável. A maior parcela, nos estudos, identificou relacionamentos estáveis. História familiar de violência doméstica foi relatada como fator relevante na associação como fator de risco e a ocorrência de VD na gravidez.

A maioria das mulheres estava na segunda ou terceira gestações, com referência a relatos de aborto prévio, apesar de vínculo inconsistente, pelas análises. A maior parte das participantes relatou gravidez não planejada. As complicações obstétricas demonstraram-se frequentes e, em sua maioria, a consequências manejáveis, como infecções e hipertensão, porém, em sua maioria, não tratadas adequadamente, expondo o binômio mãe-bebê a um risco ampliado. Em relação aos resultados perinatais, encontrou-se uma taxa de prematuridade e baixo peso ao nascer com prevalências sustentáveis.

Sobre as características do parceiro, sua maioria compreende perfis jovens, com níveis de escolaridade ainda menores que suas parceiras, e sua maioria apresentava vínculo empregatício, sustentando a perspectiva sociocultural do provedor e relação de dependência da figura materna no desenvolvimento familiar.

A violência emocional e psicológica demonstrou-se, massivamente, mais expressiva, nos principais estudos, seguida da sexual e física, estabelecendo um vínculo ponderável sobre a transição do perfil social sobre a incidência dos tipos de violência doméstica: a psicológica demonstra um caráter bem mais sutil e longitudinal; pouco perceptível ou identificável, principalmente para a envolvida, de forma a dificultar desde uma abordagem até possível intervenção.

Apesar da maioria identificar como não aceitável ou justificável a violência doméstica, uma ínfima parcela das que se destacaram sofrê-la, no perinatal, procurou auxílio, sendo este de caráter muito mais informal, a um familiar ou conhecido.

Foi encontrada associação de violência doméstica com a história familiar de violência, com o número de filhos, com o abandono parental e com o nível de aceitação da

mulher à violência. Ademias, ainda se aventaram associações com as variáveis idade, cor, duração do relacionamento, situação marital, etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Em relação ao parceiro, obteve-se associação de violência doméstica com a presença de comportamento controlador.

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

Sweden. **BMC Women's Health**, v. 14, n. 1, 2014.

GARCIA-MORENO, C. et al. WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses. **Genetics**, v. 151, n. 1, p. 277–83, 2005.

GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, v. 368, p. 1260–1269, 2006.

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

HEISE, L. L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violence against women: the hidden health burden**. [s.l.: s.n.]. v. 255, 1994

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MOHAMMADHOSSEINI, E.; SAHRAEAN, L.; BAHRAMI, T. Domestic abuse before,

during and after pregnancy in Jahrom, Islamic Republic of Iran. **Eastern Mediterranean health journal = La revue de santé de la Méditerranée orientale = al-Majallah al-shihhiyah li-sharq al-mutawassit**, v. 16, n. 7, p. 752–8, 2010.

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

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Violência Contra a Mulher: Estratégia e Plano de Ação para o Reforço do Sistema de Saúde para Abordar a Violência Contra a Mulher**. 67^a Sessão do Comitê Regional da OMS Para as Américas, Washington, D.C., EUA: OMS; 2015.

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

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

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Revista de Saude Publica**, v. 34, n. 6, p. 610–616, 2000.

RIBEIRO, M. R. C. et al. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 66, 2014.

SANTOS, S. A. et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 483–493, 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 658–666, 2010.

SHAH, P. S.; SHAH, J. Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy. **Journal of Women's Health**, v. 19, n. 11, 2010.

SHRESTHA, M.; SHRESTHA, S.; SHRESTHA, B. Domestic violence among antenatal attendees in a Kathmandu hospital and its associated factors: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, p. 360, 2016.

TAFT, A. et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 7, n. 4, p. CD007007, 2013.

TAILLIEU, T. L.; BROWNRIDGE, D. A. Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. **Aggression and Violent Behavior**, v. 15, n. 1, p. 14–35, 2010.

TRICHES, R. H. C.; TRICHES, T. C.; ROJAS, P. F. B. Violência na gestação: prevalência

e perfil do agressor. **Femina**, v. 46, n. 2, p. 115–123, 2018.

VAN PARYS, A. S. et al. Intimate partner violence and pregnancy: A systematic review of interventions. **PLoS ONE**, v. 9, n. 1, 2014.