

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

TATIANA BARDASSI

DISCUTINDO SOBRE A VIOLÊNCIA PERPETRADA POR
PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO: DESFECHOS
RELACIONADOS À SAÚDE MATERNO-INFANTIL.

SÃO CARLOS

2015

TATIANA BARDASSI

DISCUTINDO SOBRE A VIOLÊNCIA PERPETRADA POR
PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO: DESFECHOS
RELACIONADOS À SAÚDE MATERNO-INFANTIL.

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Gestão da Clínica da
Universidade Federal de São Carlos –
UFSCar – para obtenção do título de
Mestre em Gestão da Clínica.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Wagner Santos Figueiredo

SÃO CARLOS

2015

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bardassi , Tatiana
B245d Discutindo sobre a violência perpetrada por
parceiro íntimo na gestação : desfechos relacionados à
saúde materno-infantil / Tatiana Bardassi . -- São
Carlos : UFSCar, 2016.
154 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2015.

1. Violência doméstica. 2. Violência contra a
mulher. 3. Gravidez. I. Título.



FOLHA DE APROVAÇÃO

TATIANA BARDASSI

“DISCUTINDO SOBRE A VIOLÊNCIA PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO:
DESFECHOS RELACIONADOS À SAÚDE MATERNO-INFANTIL.”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 14/12/2015

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo - UFSCar

Prof.^a Dr.^a Janaína Marques Aguiar - UNINOVE

Prof.^a Dr.^a Adriana Barbieri Feliciano - UFSCar

Esta obra pode ser publicada parcialmente, em meio convencional ou eletrônico, para fins de pesquisa e estudo, desde que citada à fonte para preservação dos direitos autorais.

Ficha Catalográfica

--

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS	9
APRESENTAÇÃO.....	11
Conhecendo o problema.....	15
I.I. O conceito de violência	15
I.II. A violência, o gênero e a atenção em saúde.....	17
I.III. A violência praticada por parceiro íntimo, a gestação, e o que os estudos iniciais mostraram	22
I.IV SOBRE GÊNERO E SUAS SUTILEZAS	26
I.IV.I As concepções de Gênero	26
I.IV.II Gênero e sexualidade	29
I.IV.III As relações de Dominação e Poder	30
I.IV.IV A Violência de Gênero.....	33
I.IV.V A violência, o Gênero, o sexo e a sexualidade	36
I.V SOBRE A TRAJETÓRIA DO RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA MULHERES E POLÍTICAS DE PROTEÇÃO NO BRASIL.....	37
OBJETIVO	45
METODOLOGIA.....	47
III.I Tipo de Pesquisa:	47
III.II Aspectos sobre a Revisão Sistemática Integrativa da literatura:	47
III.III Os caminhos para uma Revisão Integrativa de Literatura	48
III.IV Questão Norteadora:	50
III.V Coleta de dados:	51
III.VI Definição dos Critérios de Inclusão:.....	51
III.VII Definição dos Critérios de Exclusão	51

III.VIII Estratégias de Busca nas bases de dados:	52
III.IX Seleção dos Estudos:	53
III.X Instrumentos para a Revisão Integrativa:	54
IV.RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
IV.I Organização dos estudos por base de dados, após aplicação de filtros:	56
IV.II Sobre os Estudos Pré-Selecionados e Selecionados:	59
IV.III Características dos Estudos Incluídos	73
IV.IV PRINCIPAIS DESFECHOS ENCONTRADOS	76
EIXO 1 - DESFECHOS MATERNOS RELACIONADOS À VPI	76
IV.IV.I RISCO MATERNO DE FEMICÍDIO E SUA SUBNOTIFICAÇÃO:	76
IV.IV.II RELAÇÃO ENTRE IDEACÃO SUICIDA E VPI NA GESTAÇÃO	78
IV.IV.III. TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ASSOCIAÇÃO COM VPI DURANTE A GESTAÇÃO	79
iv.iv.IV A VIVENCIA DE VPI NA GESTAÇÃO E SEU DESFECHO DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS PARTO	81
IV.IV.V: GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA E SUA RELAÇÃO COM A VPI	83
IV.IV.VI RELAÇÃO ENTRE O ABORTO INDUZIDO E VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO:	84
IV.IV.VII. RISCO DE PARTO PREMATURO	86
IV.IV.VIII. OUTROS FATORES ASSOCIADOS A VIVENCIA DE VPI NA GESTAÇÃO	87
EIXO 2 - DESFECHOS INFANTIS NO PERÍODO PERNINATAL RELACIONADOS À VPI	90
IV.IV.IX. RISCO DE ÓBITO FETAL E ASSOCIAÇÃO À VPI NA GESTAÇÃO	90
IV.IV.X. RISCO DE BAIXO PESO AO NASCER E ASSOCIAÇÃO COM VPI NA GESTAÇÃO	91
EIXO 3 – DESFECHOS RELACIONADOS À ATENÇÃO EM SAÚDE	92
IV.IV.XI. MÁ QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL E SUA RELAÇÃO COM VPI NA GESTAÇÃO.....	92
Considerações Finais:.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ESTUDOS INSERIDOS	100
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA DOS ARTIGOS EXCLUÍDOS.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	102
Anexos.....	123
Anexo 1	123

Fichas catalogadoras com numeração dos artigos selecionados Incluídos no Estudo.	123
Anexo 2:	149
Quadro de Artigos pré-selecionados excluídos da revisão integrativa.....	149
Anexo 3:	150
Fichas catalogadoras com numeração dos artigos Pré-selecionados Excluídos do Estudo.	150

*À minha pequena
Mariazinha, Maria Helena, que com seus
olhinhos e pequenas mãozinhas, me mostrou
a imensidão sem fim de um amor. Que a vida
e as relações lhe permitam se tornar uma
incrível **Mulher.***

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por todo encanto que sentia a cada conquista profissional que eu vivi;
A meu pai, por toda severa crítica e empenho para formar seus filhos;
À minha filha Maria Helena, minha “pequenina”, pela paciência das horas em que queria brincar e precisou esperar a mamãe “parar de trabalhar”;
À minha avó Dair, por todas as tardes de arroz doce e colinhos confortáveis nos dias que às vezes são cinza;
À tia Célia, porque tornou possível de maneira muito presente que eu hoje seja psicóloga;
À Tia Sônia, porque com seus inúmeros “sins” a todos, quantas vezes me ajudou a dizer “sim” a mim também;
À Valéria Vernaschi Lima, pela aposta em meu potencial;
À Maristela Carbol, pelo início da caminhada e melhor definição deste projeto;
A Wagner Figueiredo, pelo acolhimento em minhas dificuldades, paciência e orientação neste tema;
À amiga Fátima Menon, que com sua postura profissional sempre me incentivou a ser melhor e ir além;
À equipe e alguns pacientes do Hospital Escola de São Carlos, que sem dúvida favoreceram incrível crescimento profissional, atuação crítica reflexiva, e a curiosidade e encantamento pelo tema;
E aos amigos, Flávio Borges e Graciane Cardoso, meus fiéis torcedores e incentivadores para todas as horas, pelos incríveis momentos juntos e pelas boas risadas quando a “taxonomia” (de Bloom!) baixava;
A todas as pessoas envolvidas em pesquisas e na produção de cuidados e ações que visam à qualidade da atenção às vítimas de Violência perpetrada por parceiro íntimo.
Um sincero obrigada como parte da sociedade pela relevância do tema;
E enfim, a esta energia breve e intensa chamada vida... Que ela possa potencialmente ser incrível em cada um...

RESUMO

A violência é um tema atual, e a violência perpetrada pelo parceiro íntimo uma preocupação crescente das esferas social, jurídica, política e de saúde. O assunto já é configurado um problema de saúde pública, considerando os danos físicos e emocionais ocasionados à vítima, e dados de estudos remete que mulheres vítimas de violência doméstica procuram até seis vezes mais pelo serviço de saúde. A gravidez pode ser um incremento ao risco de violência às mulheres de acordo com alguns estudos, podendo alterar o padrão quanto à frequência e gravidade nesse período ou mesmo ser iniciada nessa etapa da vida da mulher. Ainda assim, este tipo de violência acaba ficando na invisibilidade nos serviços de saúde, e pode propiciar riscos à saúde materna-fetal. **Objetivo:** Discutir a produção científica produzida no Brasil no período de 2010 a 2015 referentes aos desfechos maternos infantis no período gravídico e puerperal de mulheres vítimas de Violência perpetrada por parceiro íntimo. **Metodologia:** Utilizou-se a revisão integrativa de literatura científica com inclusão dos artigos em português, inglês e espanhol disponíveis nas bases de dados Cinahl, Scielo e BVS publicados nos períodos de 2010 a 2015, através de descritores em português e inglês “violência contra mulher and gravidez”, “violência doméstica and gravidez”. **Resultados:** Verificou-se repercussões negativas decorrentes da VPI, os trabalhos analisados trazem que estas podem afetar tanto o período gestacional, como o puerperal, tendo maiores riscos de ocorrência entre mulheres com gravidez não planejada, prática de aborto induzido, apresentando também altos índices de depressão gestacional e pós-parto, com risco elevado de suicídio, má qualidade no acompanhamento pré-natal, Óbito fetal (neo e pós-natal) e maior risco de baixo peso ao nascer. **Conclusão:** O conhecimento destes dados de VPI na gestação por profissionais de saúde podem auxiliar na prevenção de desfechos negativos para saúde da mulher e fetal, e deve tornar-se ação concreta da atenção primária e especializada na atenção pré-natal.

Descritores: “violência doméstica” “Violência contra a mulher”, “gravidez”.

ABSTRACT

Violence is a current topic, and violence perpetrated by intimate partners is growing concern of social, legal, and health policy. The subject is already configured a public health problem, considering the physical and emotional harm caused to the victim, and study data refer to women victims of domestic violence seeking up to six times more for the health service. Pregnancy can be an increase of the risk of violence against women according to some studies, can change the default for the frequency and severity during this period or even be initiated at this stage of a woman's life. Still, this type of violence ends up in invisibility in health services, and can cause risks to maternal and fetal health. Objective: To discuss the scientific production in Brazil in the period 2010 to 2015 regarding the children's maternal outcomes during gestation and postpartum women victims of violence perpetrated by an intimate partner. Methods: We used the scientific literature integrative review with cover articles in Portuguese, English and Spanish available in CINAHL databases, Scielo and BVS published in the periods 2010-2015 through descriptors in Portuguese and English "violence against women and pregnancy "," domestic violence and pregnancy. " Results: There was negative repercussions resulting from VPI, the analyzed studies bring these can affect both the pregnancy, such as puerperal, with higher occurrence of risk among women with unplanned pregnancy, abortion practice, presenting also high rates of gestational and postpartum depression, at high risk of suicide, poor quality in prenatal care, Fetal death (neo and postnatal) and increased risk of low birth weight. Conclusion: The knowledge of these data IPV during pregnancy by health professionals can help prevent negative outcomes for women's health and fetal development, and must become concrete action of primary care and specialized in prenatal care.

Key words: "domestic violence" "violence against women", "pregnancy".

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

- Quadro 1 – Disposição de artigos encontrados e pré-selecionados por descritor e base..... 55
- Quadro 2 – Fluxograma de Coleta de Dados e Seleção de Artigos 57
- Tabela 1 – Textos pré-selecionados 58
- Tabela 2 – Síntese dos Artigos Incluídos 61
- Tabela 3 – Síntese de Resultados dos Estudos Incluídos 65
- Tabela 4 – Resultado do Artigo Primário selecionado referindo registro de óbito materno em situações de VPI 77
- Tabela 5 – Principal achado sobre ideação suicida e VPI 78
- Tabela 6 – Principais resultados dos artigos primários selecionados relacionando Gestação Não Planejada e VPI79
- Tabela 7 – Transtornos mentais comuns e associação com VPI na gestação81
- Tabela 8 – Transtornos Mentais e Associação com Depressão Pós-Parto e VPI no período puerperal 84
- Tabela 9 - Principais achados de Estudos selecionados referentes à aborto Induzido 85
- Tabela 10 - Riscos para parto Prematuro e associação com VPI
- Tabela 11 - Outros Componentes associados à VPI na gestação 88
- Tabela 12 - Principais resultados encontrados em estudos primários referentes à óbito fetal e VPI na gestação90
- Tabela 13 - Principais achados entre baixo peso ao nascer e VPI na gestação91
- Tabela 14 - Má qualidade da realização do acompanhamento pré-natal e associação com VPI na gestação 93

LISTA DE ABREVIATURAS

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CEDAW - Convention on the elimination of discrimination against women

CINAHL - Cumulative Index to nursing and allied health literature

OEA - Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral à Mulher

SCIELO – Scientific Electronic Library On Line

SeABD - Serviço de Acesso à Base de Dados

SUS – Sistema Único de Saúde

VD – Violência Doméstica

VPI – Violência por parceiro íntimo

*Imagine um sentimento água. Um sentimento árvore.
Uma agonia vidro. Uma emoção céu. Uma espera pedra.
Um amor manga. Um colorido vento sul.
Um jeito casa de ser.
Uma forma líquida de pensar. Uma vida paredes.
Uma existência mar. Uma solidão cordilheira.
Uma alegria pássaro em chuva fina.
Uma perda corpo.
Acho que hoje acordei semente.
Tenho andado muito temporal.
Viviane Mosé (2001)*

APRESENTAÇÃO

O tema sobre violência contra mulheres praticada por parceiro íntimo tem sido um assunto de relevância científica diante dos danos emocionais e físicos causados à mulher e sua saúde reprodutiva.

Estudos nacionais e internacionais têm sido desenvolvidos como forma de conseguir entender a epidemiologia e suas consequências à saúde das mulheres no mundo todo.

O interesse pela pesquisa se deu a partir da atuação em unidade de pronto atendimento como psicóloga e na inserção como membro de uma rede de atenção às mulheres vitimadas em São Carlos no período de 2011 a 2013; além da realização de uma especialização em “impactos da violência na Saúde” na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/ FIOCRUZ - RJ.

A participação nestes espaços propiciou uma aproximação sobre a temática e suas limitações diante dos diversos segmentos, seja o judiciário, os serviços de atenção à saúde, os meios policiais e até mesmo o social, e as peculiaridades desta, tanto na divulgação das mulheres sobre a violência sofrida aos diversos segmentos, como a maneira como estes recebem e encaram a temática.

Os dados epidemiológicos sobre mortalidade feminina no Brasil de mulheres entre 15 e 49 anos demonstram que as mortes por causas externas ocupam a terceira principal causa morte, antecedidas pelas neoplasias e doenças do sistema circulatório. De maneira geral, dentre as causas externas de mortalidade, os acidentes de trânsito têm sido apontado como principal responsável pelas mortes. Entretanto, as mortes por agressões físicas entre as mulheres de 15 a 49 anos foi maior que as mortes no trânsito, representando 32% do total das mortes por causas externas. Se analisados os números, as agressões ocupam o 5º lugar entre as principais causas de morte nesta faixa etária feminina.

Estes números só viram estatística se a notificação compulsória for realizada adequadamente.

As análises destes números de morbimortalidade feminina em decorrência das causas externas ocasionadas pela violência perpetrada pelo parceiro íntimo; a

proximidade com a ficha de notificação compulsória em saúde em decorrência da atuação multidisciplinar na unidade de pronto atendimento; reuniões da rede municipal; e realização de um diagnóstico situacional da Violência em São Carlos para a especialização; despertaram uma inquietação sobre a temática e a reflexão sobre a fidedignidade destes dados epidemiológicos da saúde.

A porcentagem das queixas que chegam à saúde já é pequena, se tomada que estas mulheres procuram pelos serviços em casos de sofrimento extremo, como lacerações, perfurações, fraturas ou grandes sofrimentos emocionais, e quando chegam, nem sempre estas queixas são investigadas ou notificadas por estes profissionais que as atendem, experiência que vivenciei nos atendimentos realizados em equipe.

E se estas queixas podem estar passando despercebidas e não notificadas, que intercorrências de saúde estas mulheres vem apresentando com maior frequência relacionada à VPI? Estes desfechos, se conhecidos e reconhecidos pelos profissionais da atenção à saúde, poderiam gerar ações de prevenção ou tomadas ações de cuidados que minimizassem desfechos negativos?

No decorrer das leituras sobre a temática, e nos diversos encontros com orientadores, o tema foi se definindo e surgiu então o interesse pela investigação da temática da violência no período gestacional e seus desfechos na saúde materno-infantil, por serem um período que diversas questões e fragilidades são vivenciadas por estas mulheres, e como estas podem interferir também na saúde e desenvolvimento da criança.

Para um aprofundamento e melhor entendimento sobre a temática, o estudo fala sobre aspectos relacionados à violência (etiologia, definições e epidemiologia), atenção à saúde, gênero, e como vão se engendrando nos riscos da VPI no período gestacional.

Na primeira parte deste estudo, buscamos a definição de violência e suas diferentes concepções, pois são amplas as teorias e as definições sobre esta; sobre os diferentes termos utilizados para denominar a violência perpetrada pelo parceiro íntimo, a mulher como vítima nestas relações afetivas, o serviço de atenção à saúde envolvido nesta temática que lhe parecia alheia em decorrência de suas causas serem “externas”, designando externo aos conhecimentos biológicos e infecciosos tão

costumeiramente abordados pela medicina exigindo uma atenção ampliada e uma maior sensibilidade dos profissionais à temática, que muitas vezes nem é trazida como queixa direta; além de dados epidemiológicos sobre o problema da VPI contra a mulher e da mulher na gestação, demonstrando sua magnitude e importância como grave demanda à saúde pública. É de fato um problema que causa gastos elevados à saúde como também à economia, decorrente dos dias potenciais de vida perdidos, além dos óbitos e sequelas sociais decorrentes desta violência, como a desestruturação familiar, e afetar significativamente a qualidade de vida de milhões de mulheres no mundo todo.

Para um aprofundamento sobre a temática, foi buscado um olhar sobre as questões de gênero e sua relação com a violência, em como as relações afetivas de gênero podem se transformar em relações de dominação e violência; passando para o tópico sobre como se desenvolveram políticas de defesa e garantia de direitos através de movimentos feministas, sociais e políticos no decorrer da história.

Foi realizada neste estudo uma revisão integrativa dos desfechos maternos e infantil no período gravídico e puerperal quando estas mulheres são vítimas de VPI, utilizando como referência bibliográfica artigos científicos publicados no período de 2010 a 2015. No capítulo “Desenhando a Pesquisa”, apresentamos como se dá esta metodologia, o desenho da pesquisa, e os passos utilizados para o trabalho científico.

Nos resultados, encontramos diversos desfechos, muitos deles que se inter-relacionam, mas que para uma melhor visualização foram divididos em três eixos: os desfechos na saúde da mulher, na do bebê, e na atenção à saúde. Os resultados foram comparados com os dados da literatura internacional; apontando que a VPI tem relação com desfechos negativos e que os serviços de atenção à saúde são peças chave para a identificação precoce e auxílio na prevenção e intervenção destes desfechos desfavoráveis.

I. Conhecendo o Problema...

CONHECENDO O PROBLEMA...

I.I. O CONCEITO DE VIOLÊNCIA

A violência talvez seja um dos temas mais antigos da humanidade.

Inicialmente era utilizada como forma de preservação da espécie contra as intempéries da natureza e pela caça. Para garantir a sobrevivência, passaram a andar em coletivos, criando comunidades e sistemas sociais. Isto provocou o surgimento de questões e conflitos das mais diversas ordens, a violência passa então a ser utilizada como forma de dominação e controle sobre o meio e sobre seus semelhantes. (ODÁLIA, 1983).

Saber lidar com resolução de conflitos de maneira eficiente e amadurecida, respeitando a ética e os direitos humanos, é uma das grandes questões que se colocam até os dias de hoje.

Os conflitos de lutas pelo poder, vontade de domínio e posse, aniquilamento do outro e de seus bens podem ser lícitos ou não, podendo variar de acordo com as normas e processos culturais de uma determinada época em determinadas culturas.

O uso de violência em nossa cultura atualmente é tido como forma de opressão e desrespeito aos direitos do outro.

Piosidaló, Fonseca E Gessner (2014) referem que a violência pode ser caracterizada de acordo com os agentes que a exercem, como a policial, a política, a econômica, a social, institucional ou de acordo com a população que atinge, como a violência étnica, racial ou de gênero. Outra forma de caracterizar é com relação ao local que ocorre, por exemplo, doméstica, trânsito, instituições.

Diversos autores definem o termo violência:

“Violentar refere-se a constranger, coagir, usar a superioridade física sobre o outro, ou impedir o outro de manifestar seu desejo ou vontade, sob pena de ameaça, lesão, ou aniquilamento do outro ou de seus bens”. (PIOSIDALO, FONSECA e GESSNER, 2014, p. 729).

De acordo com Stoppino (1992), Violência é a

“Intervenção física de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo (ou também contra si mesmo). Para que haja Violência é preciso que a intervenção física seja voluntária(...). Além disso, a intervenção física, na qual a Violência consiste, tem por finalidade destruir, ofender e coagir. (...). Exerce Violência quem tortura, fere ou mata; quem, não obstante a resistência imobiliza ou manipula o corpo de outro; quem impede materialmente o outro de cumprir determinada ação (Stoppino, 1992, p. 1291).

Minayo (1997) revela que

“A violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual. Na verdade, só se pode falar de violências, pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas”.

Em 2002 a OMS – Organização Mundial de Saúde - emitiu o *Relatório mundial sobre violência*, no qual define o problema como:

“uso intencional da força física” ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG, DAHBERG, MERCY et al., 2002, p. 5).

Para a Psicanálise, a agressividade e violência são conceitos diferentes, sendo que essa pode ser geradora desta. A abordagem é direcionada às energias pulsionais, e toma a agressividade, que é de ordem libidinal e está circunscrita à estruturação do eu e da construção da subjetividade como motriz para a violência.

A violência seria resultado da incapacidade de sublimação da energia pulsional, do ordenamento da dimensão simbólica, transformando-se em força destrutiva, inclusive para o próprio sujeito. Violência é tida como *sintoma*, e este supõe a manifestação contra o que impede a intenção de felicidade (princípio do prazer) (FERRARI 2002). “*Enquanto a agressividade institui o outro em um lugar de autoridade e investido de certo valor, a violência promove a desqualificação deste valor, anulando este outro*”. (VILHENA ¹ APUD VILHENA E MAIA, 2002, P.35).

¹ Vilhena, J. de (2002). A Arquitetura da violência: reflexões acerca da violência e do poder na cultura. Cadernos de Psicanálise, 18 (21).

Freud (1933) refere que [...] *de nada vale tentar eliminar as inclinações agressivas dos homens [...] pode-se tentar desviá-las num grau tal que não necessitem de encontrar expressão na guerra.* (p.198).

Para Winnicott (1958), a maneira como o indivíduo irá lidar com a tendência agressiva está intimamente relacionada com a maneira como foi lidada com a agressividade dele bebê. Se se recebe um bom *holding*, capaz de reconhecer, aceitar e integrar esta manifestação, a agressividade, que inicialmente está relacionada à motilidade do bebê, torna-se integrada à sua personalidade, que será central na sua capacidade de interação social, laboral e afetivo. Quando não é integrada, precisa ser escondida ou fica cindida, surgindo comportamentos antissociais, violentos ou destrutivos. (WINNICOTT, 1958, DIAS, 2000).

No âmbito sociológico, violência não é natural, mas resultado do desequilíbrio das nossas relações sociais, econômicas e políticas (BRASIL, 2007). Violência seria *“uma forma de expressar que algo não vai bem na ordem instituída pela civilização.”* (FERRARI, 2002, p.53).

I.II. A VIOLÊNCIA, O GÊNERO E A ATENÇÃO EM SAÚDE

No início dos anos 60, quando começaram a aparecer estudos sobre a violência intrafamiliar, o foco era principalmente a criança agredida (PIOSIDALO, FONSECA e GESSNER, 2014), com a descoberta da “síndrome do bebê espancado”.

Provavelmente devido às características culturais e matrimoniais da época, as características de violência de gênero não eram muito abordadas. A mãe geralmente aparecia como agressora, e as Violências praticadas por Parceiros Íntimos (VPI's) não eram levadas em consideração.

Piosidalo, Fonseca e Gessner (2014) referem existir diversas violações e abusos sofridos pelas mulheres, que podem ser praticadas não apenas por parceiros, mas também por ex-parceiros, amigos, familiares, desconhecidos, instituições públicas e até mesmo pelo Estado.

No Brasil, para efeitos legais, de acordo com a lei Maria da Penha (BRASIL, Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006), violência contra a mulher se apresenta como infração qualquer ação ou omissão que produza:

I – Violência Física – que ofenda sua integridade física ou saúde corporal;

II – Violência Psicológica – que provoque dano emocional ou diminuição da autoestima, usando para isto constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, chantagem, insulto, etc., causando prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III – Violência Sexual – Relação sexual não desejada mediante intimidação ameaça coerção, uso de força; que force a comercializar ou utilizar sua sexualidade ou que anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV – Violência Patrimonial – Retenção, subtração, destruição total ou parcial de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens ou recursos econômicos;

V – Violência Moral – qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

A violência, de maneira geral, é um desafio principalmente por não se tratar de cuidar apenas das lesões provocadas por esta e dar alta ou punir o agressor: envolve diversos níveis de atenção e cuidado, necessitando uma articulação importante entre os diversos serviços e níveis de atenção de saúde, justiça e social.

O termo que aborda a Violência praticada por Parceiro Íntimo (VPI) é amplo, existindo outras formas de designar esta forma de Violência, como “Violência contra Mulheres”, “Violência de Gênero”, “Violência Doméstica”. Neste trabalho utilizamos o termo Violência praticada por parceiro íntimo (VPI), pois é um termo mundialmente e cientificamente reconhecido, e abarca relações afetivas de gênero de maneira geral, que ampliam o olhar deste tipo de violência.

Apesar de não ser apenas do parceiro que a mulher seja vítima, estudos de maneira geral apontam que ele é o principal agressor (parceiro ou ex-parceiro), cuja relação de intimidade favorece a repetição da ocorrência e de gravidade crescente (ALVES, ALVES, ANTUNES E SANTOS, 2013).

Entretanto, um dos pontos a serem destacados, é que muitas vezes, as mulheres não reconhecem algumas situações nas relações com o parceiro íntimo como sendo violência.

Schraiber, D'Oliveira, Hanada, Figueiredo et al (2003) explicitam que as pesquisas na área da saúde evitem o uso da terminologia "violência" para investigação destas junto às mulheres, citando pesquisa em unidades de atenção primária em que questionavam eventos violentos descrevendo-os, tomando não pela palavra "violência", mas por descrição do ato, como empurrões, tapas, socos e pontapés, além de gritos, palavrões, ameaças. Ao final, questionava à mulher se considerava já ter sofrido violência. O estudo foi importante, pois revelou que, grande parte das mulheres que citaram já ter vivenciado um episódio violento, não o reconheceram como tal (66,7%), demonstrando que muitas relações violentas podem não ser percebidas como tal pelas mulheres por sua banalização, o que acaba gerando consequências em sua saúde física e emocional.

Apesar de ser um tema de relevância quando se verifica dados epidemiológicos de morbidade e mortalidade, ainda há um desafio no tema de violência por parceiros íntimos que é a questão de subnotificação destes casos, onde a estimativa pode ser menor do que o problema.

Isto decorre de muitas vezes tanto a questão não ser reconhecida como ação violenta, com sentimento de "normalidade" desta, não encarando como um problema a ser revelado como citado acima; como a vítima se envergonhar de contar o ocorrido, temendo repreensões ou ser cobrada de atitudes como denúncia ou afastamento do agressor, muitas vezes mentindo sobre o motivo que levou à ocorrência. Outro fator relaciona-se ao fato dos profissionais de saúde que atendem as demandas simplesmente não perguntarem a origem desta, não fazendo uma investigação da violência (PALERMO, BLECK E PETERMAN, 2014).

Os principais fatores que impedem a revelação da violência pelas vítimas estão relacionados à vergonha, dependência financeira, impunidade do agressor, falta de conhecimento dos serviços disponíveis ou dificuldade de acesso a estes, crenças culturais, medo de perder os filhos ou colocar o agressor em apuros, ou até mesmo medo da retaliação do agressor. Além destes, medo e vergonha da discriminação em serviços judiciários e de saúde

também podem se apresentar como barreira a esta revelação (PALERMO, BLECK E PETERMAN, 2014).

Alguns fatores contribuem sobremaneira para a “invisibilidade” da violência por parceiro íntimo, onde “*aparentemente há um pacto tácito, onde as mulheres não contam e os médicos (profissionais) não perguntam*” (BARALDI, ALMEIDA, PERDONÁ E VIEIRA 2012, p. 315). A maioria das mulheres que sofrem violência não a relata espontaneamente aos profissionais, e o sucesso no reconhecimento desta depende, dentre outros fatores, do modo pelo qual as questões são formuladas às usuárias e recebidas pelos profissionais de saúde. (SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999).

Nos serviços de saúde onde foram adotados protocolos direcionados à violência, houve incremento significativo na identificação de casos, chegando a um aumento de oito vezes no relato de ocorrência desta. (WIIST e MCFARLANE, 1999)

Apesar de não relatarem voluntariamente muitas vezes, ou negarem a ocorrência aos profissionais, a demanda à saúde é clara, e cada vez mais estudos apontam os graves acometimentos a esta. Apesar disto, ainda existe uma clivagem por parte dos profissionais de saúde entre o adoecimento destas mulheres e seus desencadeantes (SCHRAIBER, D’OLIVEIRA E COUTO, 2009).

Muitas vezes, quando esta mulher vítima de violência chega à saúde, as queixas que chegam até os serviços podem estar relacionadas a problemas secundários, e que a paciente não cita como possível decorrência da violência sofrida, como descompensação de doenças psicossomáticas, queixas emocionais, hematomas, entre outros.

Além disso,

“O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida.” (Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2001, p.11).

Ainda sobre a “invisibilidade”, há questões relativas também a muitos profissionais encararem o problema da violência doméstica como uma questão que deve ser resolvida na esfera privada, não sendo de ordem de serviços públicos.

Outro ponto importante a ser destacado são ações isoladas nas práticas nos serviços de atenção primária à prevenção da VPI – Violência Por Parceiro Íntimo – com ações sendo executadas por práticas profissionais de algumas pessoas, e não pelo serviço de maneira geral. (SCHRAIBER, D’OLIVEIRA E COUTO 2009).

De acordo com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências (2001), a violência doméstica representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias.

Associado a esta questão também nos deparamos com a formação profissional em saúde. Diversos cursos não possuem em sua grade curricular temas pertinentes às diversas formas de violência, o que de certa maneira pode prejudicar a “visibilidade” do tema ou até saber como lidar quando este aparece no cenário profissional. Os profissionais acabam não se sentindo preparados para ações que gerem impactos efetivos à saúde quando a violência aparece provavelmente pautada sobre o desconhecimento de como agir. Importante incluir o tema no currículo educacional e atualização das equipes já existentes (MORAES E REINCHENHEIM, 2002).

A importância nesta temática se dá inclusive em decorrência das Violências perpetradas por Parceiros Íntimos (VPI’s) serem as mais frequentes formas de violência doméstica de gênero no mundo todo (BESSA, DREZETT, ROLIM E ABREU 2014; ALVES, ALVES, ANTUNES E SANTOS 2013; DEVRIES, KISHOR, JOHNSON ET ALL 2010; GARCIA-MORENO, HEISE, JANSEN ET ALL 2005).

Em estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2004) em 24 estados brasileiros, o marido ou parceiro foi o agressor mais apontado por 53% a 70% das ocorrências, apontando também que metade destas mulheres não

realiza denúncia ou não procuram por qualquer tipo de auxílio. Na pesquisa realizada pela mesma fundação em 2010, o marido e o ex-marido foram responsáveis por mais de 70% dos casos de agressão física e emocional praticado contra mulheres. Os dados podem chegar a 80% dependendo do país e cultura (ALVES, ALVES, ANTUNES E SANTOS, 2013).

A violência na relação também pode ter participação das mulheres contra seus parceiros, entretanto, a maioria das agressões que provocam lesões físicas é de homens contra mulheres. (GIFFIN, 1994).

Heise, Ellsberg e Gottemoeller (1999) estimam que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida.

Apesar das taxas de violências por parceiros íntimos no Brasil não estarem entre as mais altas quando comparadas com estudos internacionais, (SCHRAIBER, 2007) o índice ainda preocupa, porquê pesquisas apontam que maioria dos casos de violências reincidirá (com igual ou superior gravidade) se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica. (DESLANDES, 1999).

Alguns determinantes para que esta violência ocorra estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade (SAFFIOTI, 1999).

I.III. A VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIRO ÍNTIMO, A GESTAÇÃO, E O QUE OS ESTUDOS INICIAIS MOSTRARAM

Barsted (1998) relata que em estudo realizado nos anos de 1995 e 1996 sobre as relações de autorias de homicídios e vítimas, revelou importantes dados sobre as relações afetivas de gênero. Entre os homicídios masculinos, 35,6% em 95 e 39,34% em 96 demonstravam uma relação de afinidade entre a vítima e o acusado de ser o agressor. Já em relação ao assassinato de mulheres, esse percentual fora bem maior, apontando 66,04% e 72,28% respectivamente.

Esses dados são alarmantes, e demonstram a clara relação entre os riscos que a VPI tem com desfechos negativos para a saúde da mulher.

Se os dados da Violência por Parceiro Íntimo já são alarmantes e já configuram um grave problema de saúde pública, estas complicações podem se agravar quando associada à gestação.

A prevalência encontrada de VPI durante a gestação pode variar de 0,9% a 20,1% (BESSA, DREZETT, ROLIM e ABREU, 2014) dependendo do país, dos métodos e ferramentas de investigação utilizadas.

Uma revisão de literatura realizada por Durand (2005) revelou que os dados de violência na gestação variaram de 8 % em São Paulo a 61,7% no Rio de Janeiro. Esta grande variação pode ter tido interferência do período gestacional pesquisado, do instrumento utilizado e das características populacionais atendidas pelo serviço.

Em seu estudo, Durand (2005) encontrou prevalência de 20% de violência por parceiro íntimo na gestação em São Paulo, equivalendo a um em cada cinco gestantes vítima de violência; dado semelhante ao encontrado por Fonseca-Machado et al (2015) em Ribeirão Preto – SP (de 17,6%), em pesquisa para avaliar transtorno depressivo entre vítimas de VPI. Já Azevedo et al (2013) encontraram prevalência de 32,4% de VPI durante a gestação em pesquisa realizada em Pernambuco sobre gravidez não planejada; semelhante ao dado encontrado por Okada et al (2014) de 34,6% em São Paulo que buscava caracterizar a violência doméstica na gravidez.

De acordo com Medina e Penna (2008) a gestação pode ser um fator de risco ou proteção, se compararmos a prevalência e a gravidade da ocorrência destas, já que apesar de ser mais prevalente no período gestacional, ela sofre uma diminuição da severidade dos atos agressivos.

No estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (GARCIA-MORENO, HEISE, JANSEN ET ALL 2005), em diversos países entre 8 e 34% das gestantes que sofriam violência por parceiro íntimo já haviam sido agredidas anteriormente, entretanto, no Brasil, cerca de 50% das vítimas relataram que o episódio violento ocorreu pela primeira vez na gestação, com dados semelhantes da Sérvia e Montenegro, configurando como fator de risco para a violência por parceiro íntimo estar grávida. O estudo também aponta que das mulheres que já haviam sofrido violência, esta diminuiu a severidade e frequência durante a gestação.

Menezes, Amorin, Santos e Faúndes (2003) em estudo realizado em Pernambuco, encontraram dados semelhantes, e referem que a VPI durante a gestação tende a diminuir em frequência e intensidade, com 13,1% antes e 7,4% de violência durante a gestação. Destas, houve cessação da violência em 43,6% dos casos, diminuição em 27,3%, a mesma intensidade e frequência em 18,2% e aumento da severidade em 11%.

Mesmo assim, a violência durante a gestação configurou-se como risco aumentado ao aborto induzido, menor adesão ao cuidado pré e pós-natal (GARCIA-MORENO, HEISE, JANSEN ET ALL 2005) podendo trazer riscos de morbimortalidade materna (MCFARLANE, CAMPBELL, SHARPS E WATSON, 2002) do feto e do recém-nascido (BESSA, DREZETT, ROLIM E ABREU, 2014), como desordens emocionais maternas (REINCHENHEIM, MORAES, LOPES E LOBATO, 2014; FONSECA-MACHADO, ALVES, FREITAS ET ALL, 2014), baixo peso ao nascer (MCFARLANE, PARKER E SOEKEN, 1996) e prematuridade (BESSA, DREZETT, ROLIM E ABREU 2014), com risco dobrado de início tardio do pré-natal (MCFARLANE, PARKER, SOEKEN E BULLOCK, 1992), entre outros.

McFarlane et al (2002) referem que cerca de 5% das vítimas de feminicídio foram assassinadas durante a gestação, e que é um tema de relevância e muitas vezes não declarada como forma de mortalidade materna, sendo o risco para o acometimento deste cerca de três vezes maior entre as gestantes vítimas de abusos.

A gravidez é um período que pode propiciar a fragilidade da mulher, que muitas vezes se vê fragilizada e dependente financeira e afetivamente do parceiro, o que permite uma maior vulnerabilidade e as expõe a possíveis situações extremas, como a violência, que nos extremos, podem levar a homicídios e suicídios. (ALVES, ALVES, ANTUNES E SANTOS, 2013).

Grande parte dos estudos refere maior vulnerabilidade à VPI mulheres jovens, de baixa escolaridade, desempregadas, com mais de três gestações e que não residem com parceiro. (SHNEIDERMAN, KIELY 2013; DURAND, 2005; MORAES, REINCHENHEIM 2002; AZEVEDO ARAÚJO, VALONGUEIRO E LUDENIR 2013; MCFARLANE, CAMPBELL, SHARPS E WATSON, 2002) Alguns apontam também que relacionamentos onde são comuns abusos de álcool e outras drogas há mais relatos de VPI (OKADA,

BORGES, HOGA ET ALL 2015; MANZOLLI, NUNES, SCHMIDT ET AL 2010; MORAES E REINCHENHEIM 2002).

Mesmo na gestação, a violência mais comum é a violência psicológica, seguida pela física, sendo comum a física vir acompanhada da psicológica, e a menos prevalente a sexual. (DURAND, SCHRAIBER, 2007; GARCIA-MORENO, HEISE, JANSEN ET ALL 2005).

Um estudo realizado na Escola de Enfermagem da USP (BARALDI, ALMEIDA, PERDONÁ E VIEIRA, 2012) refere que enfermeiros de Unidades de Saúde Pública de atenção Primária de Ribeirão Preto, apesar de bom conhecimento sobre a definição de violência contra mulher, desconhecem a epidemiologia, principalmente quando esta está gestante. Aponta que apesar da prevalência da violência por parceiro íntimo no período gravídico ser de cerca de 20% no município, pouco mais de 10% dos enfermeiros conhecem estes números, conotando a invisibilidade do tema nos serviços de assistência e acompanhamento pré-natal.

Independentemente da forma como se dê a violência, esta se configura como um sério desencadeante de desfechos desfavoráveis na gestação, colocando em risco a saúde e bem-estar materno e fetal, que podem gerar óbitos e consequências sociais negativas, ou repercussões nestas esferas em longo prazo.

Universidades e instituições têm mantido diversas pesquisas na temática buscando melhores formas de se lidar com o tema e aprofundando o conhecimento neste, como forma de auxiliar evidências em saúde.

Um estudo do Centro Latino Americano de Estudo de Violência mostrou que até a década de 90, os estudos realizados na década de 60 no tema foram de 3% do total da produção acadêmica, 11% na década de 70, 86% na década de 80 e a partir de então os estudos na área aumentaram muito (SALCEDO-BARRIENTOS, MIURA, MACEDO, EGRY 2014).

Baseado nestes dados, quais tem sido os principais aspectos investigados por pesquisadores brasileiros sobre os desfechos gestacionais na saúde materna e infantil decorrentes da VPI na literatura atual? Conhecer estes desfechos poderia auxiliar a prevenção dos desfechos negativos pelos profissionais de saúde?

I.IV SOBRE GÊNERO E SUAS SUTILEZAS

I.IV.I AS CONCEPÇÕES DE GÊNERO

A humanidade desde muito tempo utiliza sistemas de classificação para ordenar e sistematizar as informações.

A classificação “macho e fêmea”, “homem e mulher”, “feminino e masculino”, categorizam as diferenças biológicas dos indivíduos, separando por suas atribuições e capacidades (LOURO 2008; SAFFIOTI, 1999).

Entretanto, apenas esta classificação é pobre para abarcar toda complexidade que existe entre os sexos, resultando no amplo conceito chamado “gênero”.

Os estudos que levam em conta apenas as diferenças binárias entre os sexos com as oposições Homens X mulheres empobrecem a articulação das diferenças que existem entre mulheres e Mulher, pois negariam as singularidades que existem tanto entre as mulheres como na mulher (grifo meu) (LAURETIS, 1994 apud DURAND, 2005).

Gênero “não se resume a uma categoria de análise, não obstante apresenta muita utilidade enquanto tal. Gênero também diz respeito a uma categoria histórica, cuja investigação tem demandado muito investimento, podendo ser concebido em várias instâncias” (SAFFIOTI, 1999: 82).

O conceito de gênero começou a ser utilizado no final da década de 60 pelas feministas, na tentativa de enfatizar o caráter social das distinções baseadas no sexo, demonstrando o aspecto das estruturas sociais das relações entre os sexos que se manifestam nos diferentes espaços, e não apenas relacionado ao determinismo biológico. (SCOTT 1989)

Scott (1989) enfatiza três principais abordagens referentes à teoria de gênero, mas que possuem falhas.

A primeira delas aborda o entendimento da dominação masculina como efeito do desejo de superar a privação dos meios de reprodução da espécie, sendo uma forma de desalienar estes meios de reprodução, afirmando então certa “necessidade” masculina em se dominar as mulheres. A reprodução seria então a forma de como o controle sobre as mulheres é produzido e sustentado, sendo o corpo feminino colocado como foco das relações de dominação, estando em desvantagem por terem para si o papel reprodutor, sendo a

opressão justamente a expropriação do controle de seu corpo e de sua sexualidade (SCOTT 1989).

A segunda traz relação com os conceitos marxistas, tratando a questão de gênero, familiares e sexuais como um subproduto da estrutura econômica e da divisão social do trabalho, gerando desigualdades sociais na esfera privada, portanto, favorecendo através da estrutura de classe econômica a opressão feminina, sendo a desigualdade de gênero produto da dominação econômica e sexual de um grupo sobre o outro. (SCOTT 1989)

Já a terceira aborda o conceito psicanalítico, que trata da construção da identidade do sujeito utilizando o desenvolvimento infantil e suas relações familiares como base para tal, que trabalha a família ou o papel da linguagem como forte constituinte da questão de gênero.

As críticas de Scott (1989) referem-se na primeira por não levarem em conta as desigualdades sociais se restringindo apenas ao funcionamento interno da questão de gênero; na segunda pela limitação do referencial marxista que não atribui à teoria um status analítico independente; e na terceira pelo enfoque dado apenas às relações familiares no âmbito doméstico, que priva a conexão entre os indivíduos e o sistema social mais amplo e no caso da teoria apoiada na linguagem, relata uma falta de concepção da realidade social.

Havia também correntes de pensamentos que defendiam comportamento dados como “inatos” a homens e a mulheres.

Em decorrência disso, em 1935, Margaret Mead, antropóloga americana, publica seu livro “*Sexo e Temperamento em três sociedades primitivas*”, realizado com tribos habitantes da Nova Guiné. Nele, investigou aspectos referentes ao papel do feminino e masculino em três culturas diferentes: os arapeshs, mundugumors e tchambullis. Nestes dois últimos, o comportamento social valorizado para as mulheres era o de dominadora, impessoal e dirigente enquanto aos homens cabia serem emocionalmente dependentes, revelando uma inversão dos papéis atribuídos ao feminino e ao masculino nas sociedades ocidentais.

Este estudo possibilitou ampliar a problematização sobre o papel e características do feminino e masculino, sendo uma das pioneiras a afirmar que muito mais do que características influenciadas pelos aspectos biológicos, há

relevância nas crenças e valores sociais, sendo influenciados diretamente pelo fator cultural e social.

No final dos anos 40, Simone de Beauvoir causou polêmica com sua célebre frase “*Ninguém nasce Mulher: Torna-se Mulher*”. (BEAUVOIR, 1967, P.9).

Claramente, não é no momento do nascimento após ser verificado o sexo, que já podemos falar de gênero, pois ele não se constitui *per se*. Ser Homem e ser Mulher constituem-se de processos que acontecem no âmbito da cultura e das relações; gênero é uma construção social do feminino e do masculino. (LOURO, 2008; SAFFIOTI, 1999).

A sociedade, por milhares de anos, adotou o padrão “heteronormativo”, que prima a relação homem – mulher como “normal”, excluindo, desta maneira, que entre duas mulheres ou dois homens também pudesse existir a assunção de papéis femininos ou masculinos. (DURAND 2005)

Louro (2008) nos traz que este embate requer um olhar sutil, observando os modos que se constroem e se reconstroem as posições de normalidade e diferença. Esta diferença não se faz sozinha, não preexiste nos corpos. Ela só se faz em relação a algo, em relação a outro. É necessária a relação, e o outro tomado como referência deste padrão. Este é um processo que se constrói historicamente, e cria caráter de legitimidade, tornando a posição “normal” de algum modo onipresente e presumido, o que a torna paradoxalmente “invisível”, pois não é necessário citá-la para que exista a diferenciação.

Mas falar sobre gênero é colocar em pauta uma complexa rede de interações, que se compõe de mulheres entre si, homens entre si, e entre homens e mulheres, que constituem relações *de* e *entre* gênero. (COUTO 2001, FIGUEIREDO, 2008).

Atualmente, alguns teóricos têm abordado um tema que chamam de “Queer Theory”, que concebe a sexualidade do sujeito rejeitando, ao mesmo tempo, o sexo biológico e o sexo social, entendendo que cada indivíduo pode adotar a qualquer momento, a posição de um ou de outro sexo. (ROUDINESCO, 2003)

I.IV.II GÊNERO E SEXUALIDADE

Porquê falar sobre gênero implica também falar sobre sexualidade. Não a sexualidade que imprime o ato sexual ou o sexo. Sexualidade como potência de vida, como inter-relação com o mundo e com outros indivíduos, interesses, construções do sujeito desejante, sendo um conceito amplo e universal a todos os sujeitos, e ao mesmo tempo, singular, que admite os corpos como sendo sexuados. Entretanto, a construção da sexualidade se dá através dos diversos atravessamentos sócios históricos culturais.

A sexualidade *“se expressa a todo o momento, através de gestos, olhares, sentimentos, silêncios, posturas, concepções e traz significações que são insinuadas muito mais do que são externadas”* (RESSEL e GUALDA, 2003, p. 83).

Para a psicanálise, a sexualidade está intimamente ligada à pulsão e, para esta, não há um objeto fixo de satisfação, ela é transitória, possibilitando diversos rearranjos a cada experiência.

Desta forma, o conceito de gênero remete às relações sociais entre os sexos, falando das origens sociais e das identidades subjetivas de homens e mulheres, incluindo o sexo, sem ser diretamente determinado por ele e nem determinando, desta maneira, a sexualidade do sujeito.

Há um desafio na questão da sexualidade e de gênero, já abordado por Felix Guatary e Gilles Deleuze (1996), filósofos franceses, que é como apreender o que se move, sem aprisioná-lo? Esta reflexão permite compreender as subjetivações e os encontros e desencontros que vão formando a singularidade do sujeito, os diversos atravessamentos subjetivos, que permeiam as experiências e a potência dos encontros e vivências durante a vida que compõe este sujeito, que amplia o olhar para além das experiências da infância.

Louro (2008) coloca ainda que

“No terreno dos gêneros e da sexualidade, o grande desafio, hoje, parece não ser apenas aceitar que as posições se tenham multiplicado, então, que é impossível lidar com elas a partir de esquemas binários (masculino/feminino, heterossexual/homossexual). O desafio maior talvez seja admitir que as fronteiras sexuais e de gênero vêm sendo constantemente atravessadas e - o que é ainda

mais complicado - admitir que o lugar social no qual alguns sujeitos vivem é exatamente a fronteira. A posição de ambiguidade entre as identidades de gênero e/ou sexuais é o lugar que alguns escolheram para viver.” (LOURO, 2008, p. 21) (grifo do autor).

I.IV.III AS RELAÇÕES DE DOMINAÇÃO E PODER

O tema nos remete também a questionar as desigualdades instituídas nestas relações de gênero, as formas de dominação e seus papéis culturalmente definidos na sociedade. Ele deixa aberta a possibilidade do vetor exploração – dominação. (SAFFIOTI, 1999)

Historicamente vivemos o conceito de sociedade patriarcal, o patriarcado, falocêntrica (de acordo com o psicanalítico conceito de falo e a inveja do pênis), que é a organização social hierárquica da sociedade que afeta as instâncias sociais, políticas e culturais. (SAFFIOTI, 1976)

Por séculos houve a repressão sobre o feminino e a exigência de virilidade do masculino.

Estas questões dominação de gênero, que estão imersas em outras complexas relações também se dão em outras esferas de relações, como de pais com seus filhos, professor aluno, empregador e empregado entre outras onde a dominação se exerce.

Há uma tensão que perpassa estas relações, onde, apesar da invisibilidade, existe um tensionamento de aceitação, pois esta relação não se faz na verticalidade, mas na horizontalidade, que permitem a existência desta relação de dominado-dominador.

Entretanto, Saffioti (2001) em seu texto, traz a ideia de edipianização da sociedade, onde o papel da figura patriarcal se faz importante. Contudo, para o exercício deste papel, não necessariamente prescinda a figura masculina, podendo ser exercida por outros, inclusive, talvez, por outras mulheres.

Comumente acreditamos que poder é algo instituído, algo que a pessoa tem ou não. Poder vem do latim “*potere*”, “*potis esse*” que traduzido significa “ser capaz”, “autoridade”. É como se aquele que “detivesse” o poder pudesse decidir sobre a vida, sobre a morte, governar ilimitadamente. Para Foucault (2001) ele não está em algo, preso, pode se manifestar de maneiras sutis, mais fluida nas relações, não é algo instituído, um objeto que se apossa, um local,

mas algo flutuante, que ocorre nas micro relações, partindo da periferia para o centro, e se capilarizando, em constante transformação e deslocamento. O poder vai além das regras, e prescinde o aspecto jurídico e legal. Ele se situa no próprio corpo social, e não acima dele, convivendo no dia a dia de forma difusa.

Poder por isso não é algo que possa ser adquirido ou retido, e sim, se exerce em meio a relações desiguais e móveis, é efeito de incessante produção de saberes na trama das relações sociais (FOUCAULT 1999).

O *poder* não é negativo em si. Ele é capaz de produzir saber, de produzir vida, um exercício dos sujeitos históricos sem distinção dos sexos, e existe uma triangulação entre poder, direito e verdade.

O poder coloca-se como direito pela forma que a sociedade se movimenta e se organiza, como exemplo, só pode existir um governador onde existem governados, algozes onde há prisioneiros, leis onde há os que as operam e os que a ela obedecem.

O poder vem se instituir ora pelos discursos que se produzem, *“ora pelos movimentos dos quais se tornam vitimados pela própria organização que a acomete, e por vezes, sem a devida consciência e reflexão”* (FERREIRINHA e RAITZ 2010).

Desta maneira, o poder é relacional, admitindo existência de pontos de adesão e resistência, legitimando ou negando sua ação, onde as relações e a sociedade se constituem em espaços em que homens e mulheres articulam movimentos de negociação, contestação e luta de acordo com as necessidades (CAPELLE et al 2004).

Se por um lado temos instituições normatizadoras, disciplinares, cheias de ideologias e costumes, por outro temos a cultura de uma sociedade que por séculos, criou o papel e divisão do feminino e masculino, homem e mulher, perpetrada muitas vezes por estas instituições.

É importante dar-se conta de que existe um campo de poder que envolve as mulheres (TORRES, 2001), relacionado às questões de igualdade sociais, sexuais e políticas, e ele se efetiva na esfera do que Foucault chama de micro poder.

A sociedade de maneira geral é local de práticas políticas e das relações entre homens e mulheres, e espaço privilegiado para o exercício do poder, por

ser o espaço onde o humano se produz e se reproduz (TORRES, 2001), não havendo distinção de sexo no exercício deste. Homens e mulheres podem servir de receptáculo enquanto sujeitos históricos sociais que constituem relações na vida cotidiana e no corpo social, que não pode se apossar do poder, mas com potência para construir uma perspectiva do vir-a-ser. (FERREIRINHA E RAITZ, 2010).

Outro aspecto sobre a questão do poder, é que para que se estabeleçam estas relações, é necessário que elas ocorram entre pessoas livres, que se faz necessária em nível do confronto, pois as pessoas livres estão na extensão do conflito. Onde existe opressão, escravidão, não há relação de poder, pois não permite o embate. A reação de enfrentamento daqueles sobre qual estão sofrendo a imposição de poder é fundamental para esta relação. (TORRES, 2001; CEPELLO ET ALL, 2004; MARTINS, 2012).

Em sua obra *Microfísica do Poder*, Foucault (2001:08) deixa claro que “o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito, é simplesmente que **ele não pesa como uma força (...)**, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discursos”. (FOUCAULT, 2001, p.8) (grifo meu).

Isto pode levar ao que Foucault (1990) chama de Tecnologias do Eu, que são as práticas que permitem comportamentos de internalizar movimentos sem questionamento. E isto é o que torna legítima a questão de invisibilidade na sociedade, postas historicamente e tomadas como natas, como as diferenças de gênero.

A prática disciplinar muitas vezes proporciona esta disciplina não reflexiva. E estas práticas muitas vezes pode levar a algumas precarizações da vida e da qualidade desta que vão se impondo no cotidiano.

Alguns autores, entre eles Cecília Minayo (1997, 2005, 2006) e Dantas-Berger e Giffin (2011) trazem questões relacionadas também ao aspecto social, a sociedade e seus aspectos culturais, nos quais estão imersos os gêneros em relação.

Vivenciamos mudanças políticas e econômicas recentes (entre 2007 e 2015) no Exterior e no Brasil que afetam diretamente as condições de trabalho e acesso às necessidades básicas de vida.

O desemprego e a precarização das condições de trabalho, além da desvalorização econômica geradas pela inflação; associados à precarização de serviços públicos de saúde e atendimento com qualidade acabam por refletir no cotidiano das famílias, o que pode gerar uma dificuldade não apenas nas condições sociais, mas também reprodutiva de muitos casais.

Neste cenário de crise, vemos também mudanças nos padrões sociais de comportamento e acesso à informação, à educação, ao trabalho e ao controle de seus corpos, como tem ocorrido com as mulheres nas últimas décadas.

Estamos passando por mudanças nas representações sociais encontradas na vivência do “papel” de “homem” e de “mulher”, onde velhas representações sociais, como as de “Chefe de Família” não são sustentadas e exigem uma reformulação das desigualdades de gênero culturalmente instituídas por gerações, onde homens e mulheres estão vivendo novos conflitos, onde estamos passando por uma “Transição de Gênero”, com a celebração da mulher sendo dona de novos espaços, como de seu corpo e de seu trabalho, que muitas vezes ainda é precário e com salários desiguais para as mesmas funções, aprofundando desigualdades na medida em que ainda faz a jornada dupla de trabalho em casa, podendo desencadear conflitos conjugais por estas demandas. (DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2011).

De acordo com Dantas-Berger e Giffin (2011), uma “crise da masculinidade” vem se configurando, *colocando em “xeque” algumas representações e práticas sociais hegemônicas associadas à maternidade, paternidade, sexualidade e divisão social do trabalho.* (DANTAS-BERGER E GIFFIN, 2011, p. 393).

Existem novos cenários e análises destas relações sociais de sexo, com algumas delas que nem sempre são *visibilizadas* e consideradas, como a VPI na gestação.

I.IV.IV A VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Alguns estudos realizados sugerem uma legitimação da violência doméstica de gênero, mesmo as realizadas por parceiro íntimo, legitimando as ações femininas que devem ser punidas por seus parceiros. (HEISE,

ELLSBERG, GOTTEMOELLE 1999; DJIKANOVIC, KING, BJEGOVIC-MIKANOVIC 2013; PIOSIADLO, FONSECA E GESSNER, 2014; POOL, OTUPIRI, OWUSU-DABO, 2014), pois em alguns lugares ainda há existência de crenças, normas e instituições sociais que legitimam e, portanto, perpetuam a violência contra mulheres.

Em seu estudo, Piosiadlo, Fonseca e Gessner (2014) citam passagens de leis e relatos históricos desde a época colonial sobre a legitimação desta violência, lembrando que até pouco tempo, ainda havia legitimação do “crime de honra”, aonde, muitas vezes o marido homicida nem chegava a ser julgado justificado pelo ato em defesa desta.

Pool, Otupiri, Owusu-Dabu et al (2014) relatam estudo da OMS de 2005 que investigou em que momentos as mulheres acreditam que os homens estariam autorizados a utilizar a violência (negar sexo, infidelidade e omissões), e os resultados foram de 6% das mulheres da Europa do Leste e 68% nos países como Bangladesh, Etiópia, Peru, Samoa, Tailândia e Tanzânia, que era possível o marido utilizar a violência contra a mulher em uma ou mais destas situações. Este estudo é semelhante a outro realizado com profissionais de saúde de Angola, onde alguns profissionais legitimam a violência doméstica contra mulheres com mulheres que “não estariam prontas para o casamento”, deixando de limpar suas roupas ou lhes fazer comida. (NASCIMENTO, RIBEIRO E SOUZA, 2014).

O que ocorre nas relações, de certa maneira, é uma aceitação sutil, acordada entre os pares nas relações, sobre estas formas dominadoras e/ou opressivas. Constituem-se identidades assim.

Em um texto de 1999, Saffioti refere uma “ordem natural das bicadas”, relatando a normalidade com que a sociedade encara os maus tratos de suas mulheres, e de seus filhos por seus pais.

Saffioti (2002) revela que **não é do homem que a mulher é vítima: é de um estado de coisas, que legitima a ordem patriarcal de gênero.** (grifo meu)

Não significa dizer também que a mulher é cúmplice. Ela está se inter-relacionando com diversos aspectos que geram uma relação de forças, onde o poder institui-se de maneira a, em nossa sociedade, sucumbir o feminino ao jugo do masculino.

A importância de se perceber isso é que nestas relações de força que vão se instituindo, legitima-se de maneiras sutis o fenômeno da violência, seja pela hierarquização machista, a constituição patriarcal de uma sociedade, a legitimação da violência como forma de educar ou forma de manter a dominação sobre o oprimido, onde isto torna-se possível através destas relações de força.

Já abordamos anteriormente aspectos relacionados às transformações nos aspectos relacionados a gênero e as questões que a função do papel também desencadeiam.

Neste cenário, vale a pena a reflexão não apenas do papel da mulher enquanto vítima, mas deste homem incluídos em relações e nestas constantes transformações.

Falando em VPI na gestação, seria válida a reflexão sobre o espaço ocupado pela gestação na vida não apenas da mulher, mas do casal e do homem.

Dantas-Berger e Giffin (2011) colocam que o lugar ocupado por uma gravidez na vida conjugal e familiar pode ganhar contornos diferenciados de acordo como estas relações do masculino e do feminino sejam reconfiguradas, mostrando que as dificuldades em garantir a sobrevivência da família por meio de um ganho digno e estável, que fora a base da tradicional identidade masculina de provedor por séculos. Isso pode estar relacionado à aceitação ou negação de uma gravidez, onde esta, por sua vez, na ameaça de aumentar a família expondo sua fragilidade e fracasso de não conseguir prover como sendo o que se espera de um homem, pai, marido ideal, pode desencadear a violência na relação.

Além deste aspecto, Dantas-Berger e Giffin (2011) trazem ainda que nas representações patriarcais, ainda se lida com a objetificação da mulher e controle de sua sexualidade, que podem sustentar e perpetuar a assimetria de poder e a violência contra estas, na medida em que a gestação pode ser encarada por alguns homens como *o corpo feminino ocupado e não disponível sexualmente, além da suspeita de traição e a negação da paternidade.* (DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2011, p.393)

Saffioti (1999) relata que *“a violência doméstica tem um gênero: o masculino, qualquer que seja o sexo físico do/da dominante. Desta sorte, a*

mulher é violenta no exercício da função patriarcal ou viriarca”, assim como o homem.

I.IV.V A VIOLÊNCIA, O GÊNERO, O SEXO E A SEXUALIDADE

É importante a questão cultural da desapropriação do corpo e desejo da mulher, principalmente da gestante.

Historicamente a mulher devia retidão e comprometimento durante sua vida e poderia ser discriminada caso perdesse a virgindade fora do casamento ou ser punida sem consequências ao agressor se ocorresse intenção de traição.

Apesar de parecer antiquado, e remeter a leis de séculos passados, apenas no final de 2001, com a alteração do código civil brasileiro, a condição da mulher ter seu casamento anulado caso fosse constatado “o defloramento da mulher ignorado pelo marido” foi retirado da constituição. Esta lei vigia desde 1916.

Em 2007 o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) lançou um plano operacional visando regularizar a atenção e prevenção de transmissão vertical de sífilis e HIV, ressaltando que em diversos serviços de saúde tratava-se a mulher ignorando seu companheiro, voltando a reinfecção de sífilis da gestante. Além disso, a testagem trimestral para estas infecções é recente, denotando que o desejo e a vida sexual da gestante eram tema fora da pauta da saúde e da sociedade.

Os estudos apontam também que as mulheres com maior número de filhos e/ou que não planejaram ou desejaram a gestação (SANTOS, LOVISI E VALENTE 2010), e com maior número de parceiros íntimos na vida têm mais chance de sofrer violência pelo parceiro íntimo, podendo denunciar que o exercício de sua sexualidade e capacidade reprodutiva pode ser um fator de risco à violência pelo parceiro íntimo.

No Brasil, estima-se que a cada 15 segundos uma mulher seja agredida, e que 70% dos responsáveis são os parceiros íntimos (CARREIRA E PANDJIAR, 2003).

O grande desafio é fazer com que a sociedade, e assim, também os profissionais de saúde, percebam estas sutilezas e se coloquem em outros

posicionamentos e construções acerca da violência, e neste caso, a de gênero contra mulheres pelo parceiro íntimo.

De maneira geral, o que percebemos é que ao estudar violência de mulheres perpetradas por parceiro íntimo deve-se atentar para o amplo aspecto histórico, social, cultural, biológico e psicológico que está envolvido, não tomando o foco para o agressor ou agredido, mas para a relação que rege estas condições para que a violência ali se instale, e aí sim, pensar engendras que permitam a emancipação da vítima e o fim da relação de violência.

I.V SOBRE A TRAJETÓRIA DO RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA MULHERES E POLÍTICAS DE PROTEÇÃO NO BRASIL

O início da luta por direitos pelas mulheres no Brasil tem seu início em 1918, com Bertha Lutz, que funda a 1ª sociedade Feminista no Brasil, e em 1922, ocorre a instalação oficial da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, no Rio de Janeiro, que buscava a melhoria da educação feminina, orientar na escolha de uma profissão, assegurar os direitos políticos e a preparação inteligente para estes, proteção de mães e filhos, estimular a cooperação e sociabilidade entre as mulheres, além da manutenção da paz no hemisfério ocidental através de alianças com outros países.

Até o início dos anos 20, o sufrágio feminino era visto como inconstitucional, e através de lutas femininas, apenas em 1927, conseguem que o Estado do Rio Grande do Norte permita a votação feminina, que fora anulada pelo Senado. Isso deu origem ao “Manifesto Feminista” que relata que homens e mulheres nascem livres e com faculdades equivalentes e que são chamados a exercerem direitos e deveres individuais; que os sexos são interdependentes e devem, um ao outro, cooperação, e que a supressão dos direitos de um acarreta inevitavelmente prejuízos para o outro, e conseqüentemente para a nação; entre outros. (SAFFIOTI, 1976)

Apenas em 1934 consagra-se definitivamente, no artigo 108, o voto feminino. Cria-se também um Estatuto Feminino, que geria os direitos e deveres jurídicos das mulheres, como licença maternidade, tempo de

amamentação, jornada de trabalho, licença saúde, creches nos ambientes de trabalho, Entre outros. (SAFFIOTI, 1976)

Apesar destes avanços, as feministas ainda lutavam pela possibilidade de emancipação de seus corpos, enquanto ser reprodutor.

Scott (1989) refere que em 1970, as feministas se embasavam na tese de que a opressão às mulheres tinha base na expropriação de seus corpos e de sua sexualidade.

No Brasil, em 1948, seguindo tendências internacionais, movimentos outorgaram às mulheres os mesmos direitos civis de que gozam os homens (Promulgada no Brasil por meio do decreto no. 31.643, de 23 de outubro de 1952); promovendo a partir daí diversas conquistas políticas e sócias de igualdade de gênero, com o direito ao divórcio, ao voto, e a assumir cargos públicos.

Mas foi apenas em 1975, na I Conferência Mundial sobre a Mulher (Cidade do México, 1975), que foi reconhecido o direito da mulher à integridade física, inclusive a autonomia de decisão sobre o próprio corpo e o direito à maternidade opcional.

Apesar de não ter tido adesão de grandes massas, o movimento feminista foi sem dúvida o precursor de muitos dos direitos adquiridos pelas mulheres, desempenhando importante papel social.

Em meados dos anos setenta novos movimentos feministas se firmaram, recobrando o direito pelo corpo, e o direito à segurança e igualdade. Pediam também o direito de registros de bens em seus nomes. Embates contra os crimes “em defesa da honra” lançaram o lema “quem ama não mata”.

“Opõe-se, assim, aos crimes ditos passionais, cujos agressores eram absolvidos judicialmente do assassinato de suas esposas. Instaura-se a violência contra a mulher como questão social, ao tempo em que se constitui temática de estudo para as ciências sociais e jurídicas.” (SCHRAIBER, D’OLIVEIRA E COUTO, 2009, P.1021).

A violência contra mulher vira então questão social, se tornando tema de estudos para ciências sociais e jurídicas. Surgem então movimentos junto ao sistema Judiciário e cria-se nos anos 80 então, as Delegacias para Mulheres. (SCHRAIBER, D’OLIVEIRA E COUTO, 2009).

A medicina e a saúde coletiva, tal como era praticada no século XIX e início do século XX também foi sofrendo alterações para atender às novas

demandas sociais e de saúde que se apresentavam. Esta saúde coletiva, instituída como campo, busca maior equidade de atenção, e critica as práticas fragmentadas, buscando uma saúde preventiva no coletivo, e não no individual como muitas vezes se via sendo realizada, que acabava isentando o Estado de provimentos e ações. Na saúde coletiva, utiliza-se o social e o cultural para compor seus saberes.

De acordo com Schraiber, D'Oliveira E Couto (2009) este campo passou a produzir conhecimentos e atuar nas políticas de saúde, planejando, gerindo e avaliando os serviços, visando atenção integral à saúde da população em todos os seus segmentos.

E é neste cenário, que em meados dos anos 80, após a luta das feministas por direitos e igualdades, surgiram também o PAISM (Programa de atenção integral à saúde da mulher), que inicialmente tratava da reprodução humana e não temas diretamente relacionados à violência, mas com o tempo passou também a trabalhar questões relacionadas à violência sexual.

Por muitos anos, a atenção voltada à violência contra mulher restringia-se principalmente aos casos de violência sexual praticada por estranhos. Estas, em pesquisas realizadas por Schraiber et al (2003), demonstram que são o tipo de violência mais identificada como tal pela população de mulheres, talvez em decorrência de grande parte ser praticada por estranhos, além de seu caráter severo e cultural que agravam este tipo de violência.

Em 1979 a OMS – Organização Mundial de Saúde – aprovou a CEDAW – Convention on the Elimination of discrimination against women² - que visava eliminar todos os tipos de discriminação contra mulheres. Esta entrou em vigor em 1981, e o Brasil aderiu à convenção com reservas, em 1984 (Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984).

Em 1983, uma biofarmacêutica, Maria da Penha Maia Fernandes, nascida em 1945, foi vítima de duas tentativas de homicídio pelo marido, a primeira deixando-a paraplégica após um tiro com arma de fogo nas costas, e a segunda, por tentativa de eletrocussão e afogamento. Após este último episódio, Maria da Penha, como ficou conhecida, denunciou o marido. O processo foi julgado em 1991 e 1996, mas valendo-se de recursos processuais,

² Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra a Mulher.

o réu nunca fora preso, mesmo sendo sentenciado. Maria da Penha recorreu então à justiça Internacional, apresentando o caso à Comissão Internacional de direitos humanos. A OEA - Organização dos Estados Americanos – em 2001 responsabilizou o país por negligência com relação à violência doméstica, e recomendou políticas públicas que coibissem as agressões domésticas em favor das mulheres. O marido fora julgado e preso em 2003.

O caso Maria da Penha foi considerado, pela primeira vez na história, um crime de violência doméstica praticado por parceiro íntimo pela OEA.

Concomitante a este acontecimento, já havia um movimento de alguns países pensando no grande problema de saúde pública mundial que a violência vinha se configurando.

Em 1988, com a constituição federal de 1988, institui-se no título II, cap. I, art. 5º, I que “*Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações*”.

Isto leva, em 1994, à aprovação da CEDAW com retirada das reservas, através do Decreto legislativo nº 26, de 22 de junho de 1994, ratificando completamente o texto e reconhecendo que

"a discriminação contra a mulher viola os princípios de igualdade de direitos e do respeito à dignidade humana, dificulta a participação da mulher, nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e cultural de seu país, constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e dificulta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher para prestar serviço ao seu país e à humanidade". (BRASIL, 1994)

Na mesma época, em 1993, em Viena, ocorria a II Conferência Mundial de Direitos Humanos, que tratou a Violência de Gênero como sendo de importância do Estado também, delineando que os crimes e abusos que ocorrem na esfera privada passam a ser interpretados como crimes cometidos contra os direitos da pessoa humana.

Já em 09 de junho de 1994, ocorre em Belém do Pará – Brasil – a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, reconhecendo a violência doméstica e classificando-a como violação aos direitos humanos.

“Entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou

psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Convenção de Belém do Pará, documento final, artigo 1º).

Em 1996 diversos países, entre eles o Brasil, participaram da 49ª Assembleia Mundial de Saúde, onde fora criado documento, WHA49.25, que declarava a violência como um tema de impacto e crescente na saúde pública, e pedia soluções locais aos países membros e campanhas de saúde pública para auxiliar a lidar com o problema pela OMS – Organização Mundial de Saúde, gerando em 2002 o 1º relatório Mundial sobre Violência e Saúde. (OMS, 2002).

Já em 2001, o Ministério da Saúde aprova o “Plano Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”, apresentando preocupações referentes aos problemas de saúde públicos gerados por estas, reafirmando a saúde como direito fundamental e essencial para o desenvolvimento do ser humano, como sendo direito e respeito à vida, e pensando estratégias de planos, programas e atividades de redução da violência e dos acidentes, tomando para si parte da responsabilidade do tema. Nesta Política inserem-se as mais variadas formas de acidentes e violências, onde se inclui a preocupação com a Violência contra Mulheres.

Entretanto, mesmo com avanços na saúde e mesmo na justiça, os casos de violência contra mulher ainda sofriam com demora no julgamento e arquivamento de processos, gerando impunidade de agressores e muitas vezes voltando a colocar em risco as mulheres agredidas.

O caso “Maria da Penha” abriu espaço para projetos que levara, em agosto de 2006, ao surgimento da Lei 11.340 - Lei Maria da Penha – em homenagem à vítima pela sua busca por justiça.

A Lei Maria da Penha alterou o código Penal Brasileiro (introdução do 9º parágrafo no art. 129), onde os agressores podem ser presos em flagrante ou ter a prisão preventiva decretada, e coloca que estes não poderão mais ser punidos com penas alternativas, devendo cumprir o tempo de reclusão determinado, podendo chegar a 3 anos, ao invés de um como era anteriormente. Também há previsão de remoção do agressor do domicílio até a proibição da aproximação da mulher agredida.

Alguns tribunais de justiça, a fim de resguardar a segurança de mulheres em casos mais graves de violência doméstica, evitando assim homicídios

decorrentes desta, buscaram alternativas e criaram dispositivos de socorro, como o caso de Belém – PA que produziu em junho de 2014 dispositivo eletrônico que chamou de “botão do Pânico”, com GPS e sistema de monitoria de voz, quando acionado dispara uma viatura até o local indicado pelo GPS, e no Rio Grande do Sul, em janeiro de 2015, que produziu e liberou para testes um aplicativo de celular que auxiliará a polícia localizar e apoiar a mulher em situações de violência doméstica.

“Ao longo dessa história, produziram-se, então, conquistas legais-jurídicas implementadas em políticas públicas de equiparação de direitos, como parte dos movimentos contra culturais reformadores da relação de gênero tradicional, que atribuem desempenhos e responsabilidades desiguais aos indivíduos de sexo masculino e feminino, com maior valor social e poder para os primeiros.” (SCHRAIBER, D’OLIVEIRA E COUTO, 2009, P.1021).

Em 09 de março de 2015 foi sancionada no Brasil a “lei do feminicídio”, resultado do projeto de lei 8305/14, que prevê penas mais rígidas em crimes decorrentes da violência doméstica contra mulheres que resultarem em assassinato, passando a ser considerado crime hediondo, impedindo que os acusados sejam liberados após pagamento de fiança e estipula que a morte de mulheres por motivos de gênero seja um agravante do homicídio e aumenta as penas às quais podem ser condenados os responsáveis, que poderão variar de 12 a 30 anos. Esta lei altera ainda o Código Penal para introduzir um novo crime e reforma a chamada Lei Maria da Penha.

Verifica-se que as leis que resguardam os direitos das mulheres que sofrem com a violência doméstica, principalmente perpetrada, na maioria das vezes, por seus parceiros íntimos, teve um percurso de ações de diversas mulheres e homens empenhados em garantir espaços justos com autonomia e garantia de direito, que fizeram valer hoje leis e normas que garantam tais ações. Novamente, vemos que as ações relacionadas à violência envolvem questões mais do que a violência e a questão de gênero em si, mas aspectos culturais, históricos sociais e políticos.

Infelizmente, percebemos que o feminicídio por VPI tem estado constantemente em destaque na mídia, principalmente entre mulheres jovens, apresentando-se gestantes ou não.

Este percurso iniciado no início de 1900, timidamente por Bertha Lutz, hoje é palco de um importante trabalho conjunto de uma sociedade que percebe o problema e luta por ações de prevenção e intervenção das situações

de violência por parceiros íntimos contra mulheres e garantia do exercício dos direitos humanos para todos os brasileiros e brasileiras.

II. Objetivo

OBJETIVO

Discutir a produção científica produzida no Brasil entre 2010 e 2015 acerca dos impactos da Violência perpetrada por Parceiro Íntimo (VPI) no período gravídico, levantando quais os seus efeitos na saúde materna-infantil durante a gestação e período puerperal.

III. Desenhando a Pesquisa

Desenhando a Pesquisa...

METODOLOGIA

III.I TIPO DE PESQUISA:

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, descritiva e documental, que terá como recorte temporal o período de 2010 a 2015.

A revisão integrativa foi escolhida como recurso metodológico, pois possibilita reunir estudos anteriores na temática selecionada, permitindo conclusões sobre o campo de conhecimento demarcado.

III.II ASPECTOS SOBRE A REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA DA LITERATURA:

De acordo com Broome (1993), existem diferentes tipos de revisões integrativas: revisão abreviada, revisão metodológica, revisão teórica, revisão crítica, revisão integrativa e meta-análise.

Como a maior parte das revisões sistemáticas está voltada a responder questões clínicas, há uma preferência pelo uso de revisões sistemáticas de caráter quantitativo, com estudos clínicos randomizados, pois estes dados podem ser generalizados, mas apesar destes resultados fornecerem melhor informações sobre efeitos de intervenções, acaba-se perdendo as informações qualitativas do estudo. As boas evidências envolvem mais do que estudos clínicos randomizados e revisões (STEVENS, 2001).

Neste sentido, existem esforços de alguns grupos de pesquisa para promover e legitimar as revisões sistemáticas de aspecto qualitativo, como o Cochrane Qualitative Methods Groups³.

A revisão integrativa (RI) busca integrar os diferentes conhecimentos sobre um dado tema, interconectando elementos isolados de estudos já existentes, e superando possíveis vieses em todas as etapas ao seguir um

³ <http://cqim.cochrane.org/>

método rigoroso de busca, seleção e avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas. Abrange pesquisas qualitativas e quantitativas, permitindo realizar um sumário das pesquisas já realizadas e obter conclusões sobre um tema de interesse (BROOME, 1993).

Broome (1993) relata que o objetivo principal de uma revisão de literatura é ganhar uma visão aprofundada sobre um fenômeno, com a construção de um novo conhecimento sobre obras produzidas por outros autores, na medida em que reúne diversos conhecimentos em um, bem como verificar questões que permanecem sem resposta.

A revisão integrativa de literatura permite a síntese de múltiplos estudos publicados e conclusões gerais a respeito de uma área de estudo (BROOME, 1993), e busca pela melhor e mais recente evidência, e exige o mesmo rigor científico e organização que uma pesquisa primária, com exaustão na busca e seleção de artigos, com critérios claros e sérios de exclusão e inclusão.

É a mais ampla modalidade de pesquisa de revisão, por permitir a inclusão simultânea de estudos experimentais e não experimentais, questões teóricas ou empíricas (COOPER, 1989), podendo abranger pesquisas qualitativas e quantitativas, interligando eventos isolados de estudos realizados. Por isso, permite maior entendimento acerca de um fenômeno ou problema de saúde.

Para a realização da revisão integrativa é necessário rigor científico, passando pelas etapas de formulação do problema com questão norteadora bem estruturada, coleta de dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação destes, e apresentação.

III.III OS CAMINHOS PARA UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Para alcançar este objetivo, são seguidos passos, como os propostos por Broome (1993) para a revisão da literatura:

- I. Levantamento sistematizado das publicações em bases de dados nacionais e internacionais sobre violência por parceiro íntimo e gestação;

II. Identificação dos autores, tipo da pesquisa, ano de publicação, periódicos onde foram publicados, origem dos artigos, idioma em que foram publicados, objetivos e resultados obtidos.

III. Analisar descritivamente os resultados dos estudos e realizar análise crítica destas contribuições para a produção deste novo conhecimento.

Cooper (1989) descreve cinco etapas para iniciar uma Revisão Integrativa (RI):

- Formulação do problema;
- Coleta dos dados;
- Avaliação dos dados coletados;
- Análise e interpretação dos dados e
- Apresentação dos resultados.

Broome (1993) salienta que, para a realização de uma revisão integrativa é necessário responder algumas questões para guiar durante o processo:

- Como o conceito vem sendo definido pelos autores e qual é a gama de experiências sobre o tema?
- Que fatores e variáveis são significantes em determinadas áreas?
- Quais trabalhos têm sido feitos que podem ser expandidos?
- Qual relação tem sido descoberta entre a dimensão do conceito e outros fenômenos relatados?
- Quais perspectivas e tradições teóricas têm sido usadas para entender o conceito?

Revela também a importância da escolha do conceito a ser estudado, e as delimitações para facilitação de identificação de palavras chave, já apontando quais informações serão extraídas dos artigos e operações estatísticas, se for o caso, para análise dos dados. (BROOME, 1993)

Para iniciar, Broome (1993) salienta a importância de uma questão norteadora, que será respondida e delimitará melhor as buscas, e definir estratégias de buscas que alcancem o maior número de literatura científica produzida sobre o tema possível.

Broome (1993) sugere ainda que as informações coletadas da literatura sejam catalogadas em fichas com dados sobre autoria, título e principais informações sobre os artigos, como ano, metodologia, amostra, e principais achados. A ficha deve ser um documento resumido, de forma concisa e facilmente recuperável as informações de cada peça de literatura.

Estas fichas podem ser feitas manualmente ou através de softwares específicos para isto.

O pesquisador deve também desenvolver um sistema de códigos que norteiam a informação de cada artigo para poderem ser recuperadas posteriormente.

Outro passo importante requer a avaliação da qualidade da pesquisa, para possibilitar uma análise crítica para manter o rigor científico da pesquisa. De acordo com Broome (1993) alguns autores recomendam excluir certos estudos a priori, outros relatam ser importante incluir todos os estudos. Entretanto é importante ter qualidade o estudo para reduzir a subjetividade e viés da revisão.

Brome (1993) propõe um instrumento para avaliação de cada artigo que consiste em avaliar quatro aspectos: introdução, metodologia, dados/resultados e conclusões/recomendações, graduando em baixo, médio e alto como pontuação.

Após estas etapas, é necessária a realização de uma análise e síntese dos achados na revisão.

Análise é a categorização, ordenação, revendo os resumos de dados para obter respostas às perguntas da pesquisa. (BROOME, 1993). Na RI, esta é feita de uma forma mais narrativa, em que o autor tenta agrupar os principais achados de estudos por variável de interesse.

III.IV QUESTÃO NORTEADORA:

O estudo de revisão será guiado pela seguinte questão norteadora: “Como a Violência perpetrada por Parceiro Íntimo interfere na saúde materna-infantil?”.

III.V COLETA DE DADOS:

A coleta de dados incluiu periódicos indexados nas bases de dados bibliográficos Scientific Eletronic Library Online - SCIELO, Biblioteca Virtual de Saúde – BVS e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* - CINAHL.

A escolha por estes periódicos se deu pelo caráter multidisciplinar, que divulgam o conhecimento científico produzido, incluindo periódicos de boa qualidade, contribuindo para a construção da complexidade do saber na área de violência por parceiro íntimo contra gestantes e sua interface com a saúde.

A busca foi realizada pelo SeABD – sessão de acesso a bases de dados da UFSCar – Universidade Federal de São Carlos, através do proxy.

O SeABD é uma rede de serviços que inclui o portal capes, catálogo on line que franqueia o acesso às bases de dados e conteúdos dos periódicos indexados, possibilitando a obtenção, na íntegra, de artigos disponibilizados na pesquisa.

III.VI DEFINIÇÃO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Na pesquisa bibliográfica foram considerados como **critérios de inclusão**:

- Artigos publicados em periódicos científicos sobre violência perpetrada por parceiro íntimo contra mulheres relacionadas ao período gestacional;
- Artigos em idioma português, inglês e espanhol, principais idiomas das publicações;
- Artigos referentes a pesquisas realizadas no Brasil;
- Publicados entre 2010 e 2015;
- Que apresentem reflexões originais sobre impactos e/ou efeitos da violência na saúde reprodutiva da mulher gestante e seu feto;
- De caráter quantitativo, qualitativo ou qualiquantitativo relacionado ao tema;
- Que apresentem resultados empíricos;
- Que disponibilizem os textos completos nas bases de dados.

III.VII DEFINIÇÃO DOS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão, serão estabelecidos os seguintes limites:

- Artigos que tratem exclusivamente sobre violência doméstica contra idosos ou crianças e adolescentes;
- Artigos que tratem de outras formas de violência contra mulher que não a praticada por parceiro íntimo;
- Artigos que não se relacionem com a realidade brasileira;
- Artigos publicados fora do período previsto;
- Artigos com outras revisões integrativas ou metanálises;
- Publicações referentes a resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões, artigos de reflexão e análise de literatura sem revisão sistemática.
- Outras produções científicas sobre o tema que não estejam em formato de artigo científico;
- Artigos que não disponibilizem resumos na base de dados pesquisada;
- Artigos que não disponibilizam texto completo para leitura na base de dados pesquisada;

III.VIII ESTRATÉGIAS DE BUSCA NAS BASES DE DADOS:

Foram utilizadas estratégias de buscas previamente testadas com o objetivo de verificar quais os descritores mais potentes na busca de artigos para esta pesquisa. Foram realizados testes na PubMed e BVS para verificar os melhores retornos.

Foram utilizados como limites na busca: período de publicação [2010-2015]. Este período foi escolhido por tratar de temas recentes na literatura multidisciplinar e à intensificação de estudos publicados neste período, passando a ter maior atenção na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Os descritores utilizados foram: “violência doméstica” and “gravidez”; “Violência contra a mulher” and “gravidez”; “violence against women” and “pregnancy”; “domestic violence” and “pregnancy”.

Estes descritores foram escolhidos de acordo com o DECS – descritores em ciências da Saúde. Como a BVS inclui a PubMed optou-se por fazer a busca apenas na BVS, Scielo e Cinahl.

III.IX SELEÇÃO DOS ESTUDOS:

Foi realizada leitura criteriosa dos títulos e resumos das publicações encontradas nas bases de dados após busca com descritores selecionados, para verificar a inclusão através dos critérios de inclusão e exclusão. Quando não foi possível esta verificação em decorrência do título ou resumo não serem suficientes, foi realizada a leitura do artigo na íntegra.

Como um dos critérios eram estudos realizados no Brasil, quando não ficava claro no resumo ou no artigo na íntegra a origem da pesquisa, verificava-se a origem dos autores afim de elucidar melhor o local da pesquisa.

Os artigos que não dispunham de resumo e artigo completo disponível nas bases de dados pesquisadas não foram incluídos na revisão.

Os filtros utilizados nas bases de dados relacionavam-se ao período, (2010-2015), idioma (inglês-espanhol-português) e disponibilidade de texto completo.

Após leitura e decisão pela inclusão dos artigos, estes receberam um código alfanumérico, classificando em ordem alfabética a partir do nome do primeiro autor de cada artigo.

O gerenciamento das referências bibliográficas foi sendo realizado salvando-se os artigos com nome do primeiro autor e título da referência e base encontrada, com auxílio de planilhas do Excel 2010.

Em seguida foi realizada leitura na íntegra de cada estudo pré-selecionado, com reuniões com orientador para verificar dúvidas quanto à inclusão e exclusão de artigos. Isto se deu para evitar vieses na seleção de estudos, conferindo-lhe maior segurança.

Após a inclusão do artigo, era realizada nova verificação para garantir que este se adequava ao tema proposto para estudo, evidenciando violência

por parceiro íntimo contra mulheres em período gravídico e se haviam aspectos relacionados à saúde desta explícitos.

Quando feita a exclusão de algum artigo, estes foram anexados com suas justificativas nos anexos deste trabalho.

III.X INSTRUMENTOS PARA A REVISÃO INTEGRATIVA:

Após as buscas nas bases de dados de literatura científica, foram organizados quantos artigos foram encontrados, a quantidade de pré-selecionados, quantos foram incluídos e excluídos (vide quadro 1)

Os artigos incluídos foram dispostos em fichas catalogadoras com numeração dos estudos e características e resultados deste, de forma a facilitar a revisão e organização destes artigos posteriormente. (Vide anexo 1)

Os artigos excluídos receberam também ficha contendo nome do primeiro autor, objetivos do estudo e motivo da exclusão da revisão. (Anexo 2)

IV Os Resultados e Discussões

IV.RESULTADOS E DISCUSSÃO

IV.I ORGANIZAÇÃO DOS ESTUDOS POR BASE DE DADOS, APÓS APLICAÇÃO DE FILTROS:

As buscas foram realizadas no período de 10 de agosto a 25 de setembro.

A busca gerou 3.034 resultados a partir dos descritores definidos para esta pesquisa de revisão integrativa, e após aplicação de filtro temporal de busca 1.013 resultados; dos quais após verificação dos títulos e resumos, pré-selecionados 26, pautados nos critérios de inclusão e exclusão.

Quando o título ou resumo não deixavam claro o local da realização da pesquisa, o artigo era acessado na íntegra para não deixar escapar uma pré-seleção.

A maior parte dos artigos encontrados concentrou-se na Base de Dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), tendo gerado 2.166 títulos, 71,39% do total da busca bruta e 754 resultados após filtro temporal, 74,43%, tendo 26 artigos pré-selecionados, após exclusão de artigos repetidos nas diferentes bases de dados.

Por ter sido a primeira base pesquisada e por incluir diversos periódicos, a maior parte dos artigos pré-selecionados se deu na BVS, apesar de diversos artigos repetirem-se nas diferentes bases pesquisadas.

Dos artigos pré-selecionados, obtivemos a quantidade de 24 artigos incluídos.

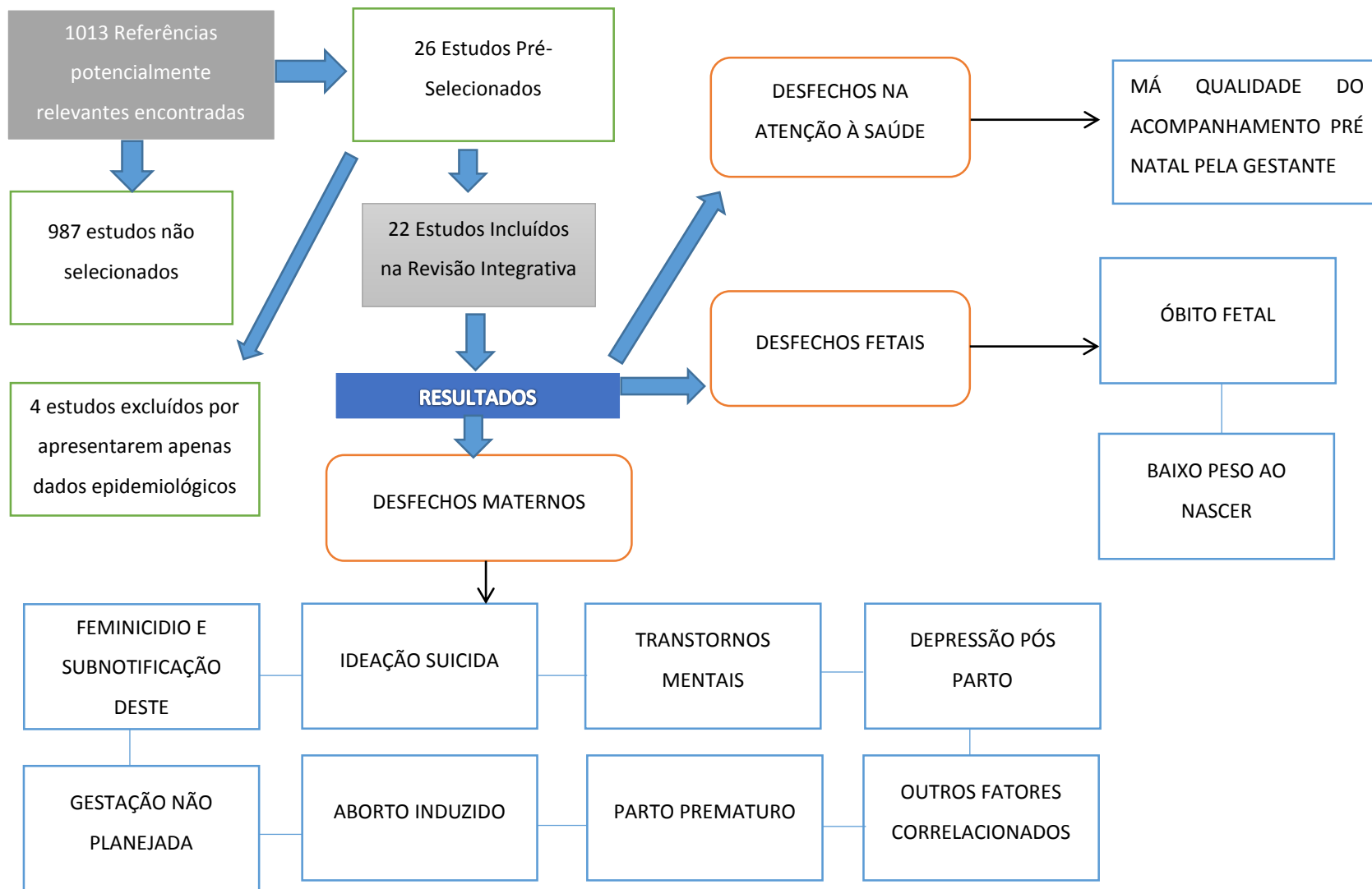
A maioria dos artigos excluídos deu-se por apresentarem apenas dados relacionados à prevalência e epidemiologia, sem trazer resultados sobre aspectos de saúde materna ou fetal da mulher vítima de VPI na gestação.

Quadro 1: Disposição de artigos encontrados e pré-selecionados por descritor e base.

BASE	DESCRITOR	TOTAL sem filtro	TOTAL PÓS FILTRO	PRÉ-SELECIONADO Sem análise de repetições	INCLUÍDO Pós análise	EXCLUÍDO
BVS	Violence against women and pregnancy	382	165	15	11	4

BASE	DESCRITOR	TOTAL sem filtro	TOTAL PÓS FILTRO	PRÉ- SELECIONADO Sem análise de repetições	INCLUÍDO Pós análise	EXCLUÍDO
BVS	Domestic violence and pregnancy	1029	349	17	7	0
BVS	Violência doméstica and gravidez	664	207	19	3	0
BVS	Violência contra mulher and gravidez	91	33	10	1	0
SCIELO	Violence against women and pregnancy	33	18	6	0	0
SCIELO	Domestic violence and pregnancy	40	11	6	0	0
SCIELO	Violência doméstica and gravidez	18	11	5	0	0
SCIELO	Violência contra mulher and gravidez	5	1	1	0	0
CINAHL	Violence against women and pregnancy	114	23	5	0	0
CINAHL	Domestic violence and pregnancy	653	171	6	0	0
CINAHL	Violência doméstica and gravidez	4	4	0	0	0
CINAHL	Violência contra mulher and gravidez	1	1	0	0	0
	Total	3034	1013	90	22	4

Quadro 2: Fluxograma de Coleta de Dados e seleção de Artigos.



IV.II SOBRE OS ESTUDOS PRÉ-SELECIONADOS E SELECIONADOS:

Nas Tabelas seguintes veremos a síntese dos artigos selecionados, seus objetivos e desfechos.

Tabela 1: Tabela contendo Textos Pré-Selecionados

Legenda: * Excluído

Nº	Autores	Ano	Base	Título
E1	ALVES, Mércia Maria Rodrigues; VALONGUEIRO Sandra; ANTUNES, Maria Bernadete de Cerqueira; SANTOS, Dirce Luiza Pereira dos.	2012	BVS	Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação
E2	AUDI CA; SEGALL-CORRÊA AM; SANTIAGO SM; PÉREZ-ESCAMILLA R.	2012	BVS	Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women.
E3	AZEVÊDO, Ana Carolina da C.; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de; VALONGUEIRO, Sandra; LUDERMIR, Ana Bernarda.	2013	BVS	Violência pelo parceiro íntimo e gravidez não pretendida: prevalência e fatores associados
E4	COUTO, Telmara Menezes; NITSCHKE, Rosane Gonçalves; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; GOMES, Nadirlene Pereira; DINIZ, Normélia Maria Freire.	2015	BVS	Cotidiano de mulheres com história de violência doméstica e aborto Provocado
E5	DINIZ, NMF; GESTEIRA, SMA; LOPES, RLM; MOTA, RS; PÉREZ, BA; GOMES, NP	2011	BVS	Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA.

Nº	Autores	Ano	Base	Título
E6	FONSECA, Sandra Costa and COUTINHO, Evandro Silva Freire.	2010	BVS	Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle.
E7	FONSECA-MACHADO MDE O; ALVES LC; HAAS VJ; MONTEIRO JC; GOMES-SPONHOLZ F.	2015	BVS	Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo.
E8	FONSECA-MACHADO MDE O; ALVES LC; MONTEIRO JC; STEFANELLO J; NAKANO AM; HAAS VJ; GOMES-SPONHOLZ F.	2015	BVS	Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter?
E9	LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó and BITTAR, Daniela Borges.	2012	BVS	Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil.
E10	LOBATO G; MORAES CL; DIAS AS; REICHENHEIM ME.	2012	BVS	Alcohol misuse among partners: a potential effect modifier in the relationship between physical intimate partner violence and postpartum depression.
E11	LUDERMIR AB; LEWIS G; VALONGUEIRO SA; DE ARAÚJO TV; ARAYA R.	2011	BVS	Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study.
E12	LUDERMIR, Ana Bernarda; VALONGUEIRO, Sandra; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de.	2014	BVS	Transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez
E13	MANZOLLI P; NUNES MA; SCHMIDT MI; PINHEIRO AP; SOARES RM; GIACOMELLO A; DREHMER M; BUSS C; HOFFMANN JF; OZCARIZ S; MELERE C; MANENTI CN; CAMEY S; FERRI CP	2010	BVS	Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil.
E14	MIRANDA, Angélica E.; PINTO, Valdir M.; SZWARCOWALD, Célia L. e GOLUB, Elizabeth T..	2012	BVS	Prevalence and correlates of preterm labor among young parturient women attending public hospitals in Brazil

Nº	Autores	Ano	Base	Título
E15	MORAES, Claudia Leite; ARANA, Flávia Dias Nogueira; REICHENHEIM, Michael Eduardo.	2010	BVS	Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal
E16	NUNES MA; CAMEY S; FERRI CP; MANZOLLI P; MANENTI CN; SCHMIDT MI.	2011	BVS	Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil.
E17*	OKADA, Márcia Massumi; HOGA, Luiza Akiko Komura; BORGES, Ana Luiza Vilela; ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori de; BELLI, Maria Aparecida.	2015	BVS	Violência doméstica na gravidez
E18	PALLITTO CC; GARCÍA-MORENO C; JANSEN HA; HEISE L; ELLSBERG M; WATTS C.	2013	BVS	Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence
E19	PEREIRA, Vanessa do Nascimento; OLIVEIRA, Flávia Aelo de; GOMES, Nadirlene Pereira; COUTO, Telmara Menezes; PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento.	2012	BVS	Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas
E20*	RIBEIRO MR; DA SILVA AA; E ALVES MT; BATISTA RF; DE ROCHA LM; SCHRAIBER LB; MEDEIROS NL; COSTA DC; BETTIOL H; BARBIERI MA.	2014	BVS	Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil.
E21	RODRIGUES DP, GOMES SPONHOLZ FA, STEFANELO J.	2014	BVS	Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais.

Nº	Autores	Ano	Base	Título
E22	SANTOS, Simone; LOVISI, Giovanni; VALENTE, Cristina.	2010	BVS	Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro.
E23*	Silva, Elisabete Pereira; Ludermir, Ana Bernarda; Araújo, Thália Velho Barreto de; Valongueiro, Sandra Alves.	2011	BVS	Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez.
E24*	Silva, Raquel de Aquino; Araújo, Thália Velho Barreto de; Valongueiro, Sandra; Ludermir, Ana Bernarda.	2012	BVS	Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil
E25	SOUZA, Zannety Conceição Silva do Nascimento; DINIZ Normélia Maria Freire.	2011	BVS	Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares
E26	Viellas, Elaine Fernandes; Gama, Silvana Granado Nogueira da; Carvalho, Márcia Lazaro de; Pinto, Liana Wernersbach.	2013	BVS	Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido

Tabela 2: Síntese um dos artigos Incluídos.

Nº	Autores	Revista/Jornal	Ano da realização da pesquisa	Local da Pesquisa	Amostra	Objetivo
----	---------	----------------	-------------------------------	-------------------	---------	----------

Nº	Autores	Revista/Jornal	Ano da realização da pesquisa	Local da Pesquisa	Amostra	Objetivo
E1	ALVES, M. M. R; ALVES, S. V; ANTUNES, M. B. C; SANTOS, D. L. P.	Revista de Saúde Publica, 2012 .	entre 2004 e 2006	IML , USF's e Hospitais	n=18 óbitos de gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar os óbitos por causas externas e causas mal definidas em mulheres em idade fértil ocorridos na gravidez e no puerpério precoce.
E2	AUDI CA; SEGALL-CORRÊA AM; SANTIAGO SM; PÉREZ-ESCAMILLA R.	Midwifery; 28(4): 356-61, 2012 Aug.	Junho de 2004 a julho de 2006	Atenção Primária em Campinas – SP	N= 1379 mulheres grávidas	<ul style="list-style-type: none"> • Estudar se os efeitos de saúde reportados por mulheres gestantes estavam relacionadas com violência psicológica, física e/ou sexual perpetrada pelo parceiro íntimo sexual.
E3	AZEVEDO, A.C.C.; ARAÚJO, T. V. B.; VALONGUEIRO, S.; LUDERMIR, A. B.	Cad. de Saúde Publica, 2013	Julho de 2005-março de 2006	USF	n= 1054 gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • investigar a violência por parceiro íntimo e os resultados perinatais adversos.
E4	COUTO, T. M.; NITSCHKE, R. G.; LOPES, R. L. MENDONÇA; GOMES, N. P.; DINIZ, NORMÉLIA M. F.	Texto & contexto enferm; 24(1): 263-269, Jan-Mar/2015.	2005	maternidades	10 mulheres internadas por aborto provocado	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o cotidiano de mulheres com história de violência doméstica que provocaram aborto
E5	DINIZ, N. M. F. ET AL.	Rev. bras. enferm. [online]. 2011 , vol.64, n.6, pp. 1010-1015.	fevereiro a abril de 2006	Maternidade	n= 147 gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • Estudar a violência doméstica em mulheres em situação de aborto provocado
E6	FONSECA, S. C. E COUTINHO, E. S. F.	Cad. Saúde Pública [online]. 2010 , vol.26, n.2, pp. 240-252.	2002 a 2004	Maternidade	n=134 óbitos fetais	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o processo de determinação da mortalidade fetal da população atendida na Maternidade Leila Diniz no período de 2002 a 2004.
E7	FONSECA-MACHADO MDE O; ALVES LC; HAAS VJ; MONTEIRO JC; GOMES-SPONHOLZ F.	Rev. Panam Salud Publica [online]. 2015 , vol.37, n.4-5, pp. 258-264.	maio de 2012 a maio de 2013	Ambulatório	n= 358 gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a associação entre violência por parceiro íntimo e indicativo de ideação suicida durante a atual gestação.

Nº	Autores	Revista/Jornal	Ano da realização da pesquisa	Local da Pesquisa	Amostra	Objetivo
E8	FONSECA-MACHADO MDE O; ALVES LC; MONTEIRO JC; STEFANELLO J; NAKANO AM; HAAS VJ; GOMES-SPONHOLZ F.	J. Clín. Nurs; 24(9-10): 1289-99, 2015 May.	Maio de 2012 a maio de 2013	Ambulatório	n= 358 gestantes	<ul style="list-style-type: none"> Identificar a associação de sintomas depressivos pré-natais com violência por parceiro íntimo durante a gravidez atual em mulheres brasileiras
E9	LETTIERE, A; NAKANO, A. M. S.; BITTAR, D. B.	Acta paul. Enferm. 2012 , vol.25, n.4	Janeiro a abril de 2007	Maternidade	n= 43 puérperas	<ul style="list-style-type: none"> Compreender como mulheres puérperas percebem o fenômeno da violência e qual a relação que estabelecem com seu estado de saúde e de seu filho, processo de gravidez, parto e puerpério.
E10	LOBATO G; MORAES CL; DIAS AS; REICHENHEIM ME.	Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol; 47(3): 427-38, 2012 Mar.	Janeiro a julho de 2007	Atenção Primária	n=811 mães de bebês com até 5 meses	<ul style="list-style-type: none"> Este estudo avaliou se a probabilidade de depressão pós-parto (DPP) aumenta com um a física violência por parceiro íntimo (IPV) durante a gravidez e se o uso de substâncias por qualquer membro do casal modifica esta relação.
E11	LUDERMIR AB; LEWIS G; VALONGUEIRO SA; DE ARAÚJO TV; ARAYA R.	Lancet; 376(9744): 903-10, 2010 , Sep. 11.	Julho de 2005 a dezembro de 2006	USF	n=1045 gestantes	<ul style="list-style-type: none"> Investigar a associação entre depressão pós-parto com violência psicológica, física e sexual contra mulheres por parceiro íntimo durante a gravidez.
E12	LUDERMIR, A.B.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. B.	Revista de Saúde Pública vol48(1), 2014 .	Julho de 2005 a dezembro de 2006	USF	n=1120 gestantes	<ul style="list-style-type: none"> Investigar associação entre transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez
E13	MANZOLLI P; NUNES MA; SCHMIDT MI; PINHEIRO AP; SOARES RM; GIACOMELLO A; DREHMER M; BUSS C; HOFFMANN JF; OZCARIZ S; MELERE C; MANENTI CN; CAMEY S; FERRI CP.	Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology; 45(10): 983-8, 2010 Oct.	Jun. 2006-abril 2007	Atenção Primária Rio Grande do Sul.	N=712 mulheres grávidas	<ul style="list-style-type: none"> Estimar a prevalência da Violência, sintomas depressivos e fatores associados durante a gravidez no atendimento pré-natal.

Nº	Autores	Revista/Jornal	Ano da realização da pesquisa	Local da Pesquisa	Amostra	Objetivo
E14	MIRANDA, Angélica E.; PINTO, Valdir M.; SZWARCOWALD, Célia L. e GOLUB, Elizabeth T..	Rev. Panam Salud Publica [online]. 2012, vol.32, n.5, pp. 330-334	2009	24 Maternidades Públicas no Brasil	N=2071 mulheres que foram ganhar seus filhos	<ul style="list-style-type: none"> Determinar a prevalência e fatores de risco para nascimento pré-termo (< 37 semanas) de mulheres grávidas no Brasil.
E15	MORAES, C.; ARANA, F. D. N.; REICHENHEIM, M. E.	Revista de Saúde Pública, vol. 44(4) aug. 2010	ano 2000	Maternidade	n=520 puérperas	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a violência física entre parceiros íntimos durante a gestação como fator de risco independente para a má qualidade da assistência pré-natal.
E16	NUNES MA; CAMEY S; FERRI CP; MANZOLLI P; MANENTI CN; SCHMIDT MI.	Eur J Public Health; 21(1): 92-7, 2011 Feb.	Junho de 2006 a setembro 2007	Unidades de Atenção Primária à saúde.	652 mulheres grávidas	<ul style="list-style-type: none"> Estimar a prevalência de violência durante a gestação para identificar características e os impactos desta sobre os resultados nos recém-nascidos.
E18	PALLITTO CC; GARCÍA-MORENO C; JANSEN HA; HEISE L; ELLSBERG M; WATTS C.	Int J Gynecology Obstet; 120(1): 3-9, 2013 Jan.	2003	Universidade Federal de Pernambuco e Universidade de São Paulo	17.518 mulheres grávidas ou que estiveram nos últimos 5 anos.	<ul style="list-style-type: none"> Explorar como a violência por Parceiro Intimo está relacionada com gravidez não planejada e aborto em países de baixa e média renda.
E19	PEREIRA, V. N.; OLIVEIRA, F. A.; GOMES, N. P.; COUTO, T. M.; PAIXÃO, G. P. N.	Saúde soc.; 21(4); 1056-1062; 2012-12	Setembro a outubro de 2009	Maternidade	n=9 mulheres pós-aborto	<ul style="list-style-type: none"> Identificar situações que interferem na decisão pelo aborto e os sentimentos diante do processo de abortar
E21	RODRIGUES DP, GOMES SPONHOLZ FA, STEFANELO J.	Rev. Esc. Enferm USP; 2014	Mai a dezembro de 2012	Maternidade	n=232 gestantes	<ul style="list-style-type: none"> identificar a prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI) entre gestantes e classificá-la quanto ao tipo e frequência; identificar resultados obstétricos e neonatais e suas associações com a ocorrência da VPI na gestação atual.
E22	SANTOS, S; LOVISI, G; VALENTE, C.	Cad. saúde colet., (Rio J.); 18(4)out.-dez. 2010.	2006 a 2007	Ambulatório	n=331 gestantes	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a prevalência da violência na gestação em Unidades Básicas de Saúde.

Nº	Autores	Revista/Jornal	Ano da realização da pesquisa	Local da Pesquisa	Amostra	Objetivo
E25	SOUZA, Z. C. S. N.; DINIZ, N. M. F.	Texto contexto - enferm.; 20(4); 742-750; 2011-12	Julho a setembro de 2008	Maternidade	n=17 mulheres pós-aborto	<ul style="list-style-type: none"> Analisar o discurso das mulheres que vivenciaram o aborto provocado sobre suas relações familiares.
E26	VIELLAS, E. F.; GAMA, S. G. N.; CARVALHO, M. L.; PINTO, L. W.	J Pediatr (Rio J), 2013; 89(1):83-90.	200 a 2001	Maternidade	n=8.961 puérperas	<ul style="list-style-type: none"> Verificar os fatores socioeconômicos, demográficos e reprodutivos associados à agressão física na gestação e os desfechos negativos para o recém-nascido em dois grupos de mulheres: adolescentes e adultas jovens.

Tabela 3: Síntese de resultados estudos incluídos

Nº	AUTORES/Ano	ANO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	LOCAL DA PESQUISA	AMOSTRA/POPULAÇÃO	ACHADOS/RESULTADOS	TIPO DE ESTUDO
E1	Alves, M. M. R; Alves, S. V; Antunes, M. B. C; Santos, D. L. P.; 2012.	Entre 2004 e 2006	IML, USF's e Hospitais-Laudos e Prontuários.	Foram estudados 399 óbitos de mulheres em idade fértil de Recife, PE, de 2004 a 2006. Foram encontradas 18 óbitos na presença de gravidez.	Do total, foram encontrados 18 óbitos por causas mal definidas na gestação. Destes, 14 FORAM POR HOMICÍDIO E quatro SUICÍDIO, RELACIONADOS PRINCIPALMENTE AO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO (MAIS DE 70% DOS CASOS). Dois casos de homicídio mostraram envolvimento dos parceiros íntimos com a morte das mulheres, uma por arma de fogo e outra por agressão física, discutindo como a violência doméstica durante a gravidez ou no puerpério precoce é parte dos fatores envolvidos com a mortalidade materna e como não se mensura qual a proporção destas mortes como consequência desse tipo de violência. Verificou-se que GERALMENTE OS ÓBITOS POR CAUSAS MAL DEFINIDAS VEM ASSOCIADAS ÀS MORTES VIOLENTAS NA GRAVIDEZ. OS DEMAIS ÓBITOS POR HOMICÍDIO foram ASSOCIADOS COM violência em decorrência de ABUSO DE DROGAS ILÍCITAS.	Quantitativo Descritivo
E2	Audi CA; Segall-Corrêa AM; Santiago SM; Pérez-Escamilla R.	Julho de 2005-março de 2006	USF	N=1054 gestantes	Mulheres com nível de escolaridade mais baixo, com inadequado acesso aos serviços de saúde necessários estiveram associadas com o risco de sofrer violência doméstica. Entre as questões de saúde mais relacionadas, as pacientes referiram asma, Hipertensão Arterial, Enxaqueca, Comportamento Sexual de Risco e queda do desejo sexual, corrimento e prurido vaginal e infecções urinárias.	Quantitativo Transversal

Nº	AUTORES/Ano	ANO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	LOCAL DA PESQUISA	AMOSTRA/POPULAÇÃO	ACHADOS/RESULTADOS	TIPO DE ESTUDO
E3	Azevêdo, Ana Carolina da C.; Araújo, Thália Velho Barreto de; Valongueiro, Sandra; Ludermir, Ana Bernarda.; 2013	Julho de 2005-março de 2006	Unidades de Saúde do Recife – PE	Realizado com 1.054 mulheres, com idade entre 18 e 49, residentes no Recife, Nordeste do Brasil,	Gravidez não pretendida foi relatada por 60,3% (636) das mulheres. Violência por parceiro íntimo antes da gravidez foi associada com gravidez não pretendida (OR ajustado = 1,57; IC95%: 1,17-2,11).	Quantitativo Transversal
E4	COUTO, T. M.; NITSCHKE, R. G.; LOPES, R. L. MENDONÇA; GOMES, N. P.; DINIZ, NORMÉLIA M. F.	2005	Maternidades	10 mulheres internadas por aborto provocado	As relações conflituosas no relacionamento justificaram a prática de aborto, vivências de violência na infância remetem a um maior desamparo na adolescência e vida adulta, com vivência da sexualidade precoce e desprotegida. Os conflitos conjugais podem contar com agressões de ambos. A prática do aborto desperta vergonha, culpa, baixa autoestima, medo, tristeza.	Qualitativo sociologia compreensiva
E5	DINIZ, NMF; GESTEIRA, SMA; LOPES, RLM; MOTA, RS; PÉREZ, BA; GOMES, NP; 2012.	Fevereiro a abril de 2006	Maternidade Pública de Salvador – BA	147 mulheres internadas por aborto provocado internadas numa maternidade pública, na cidade de Salvador-BA.	O estudo encontrou associação entre abortos e Violência sofrida na gestação (das 47% que relataram ter sofrido algum tipo de violência, 67% disseram este ser o motivo da realização do aborto, sendo o marido o principal perpetrador (70%)). O estudo também relata que mulheres vítimas de aborto e violência doméstica na gestação tem mais chances de desenvolver sintomas de TEPT.	Quantitativo Descritivo exploratório
E6	FONSECA, Sandra Costa and COUTINHO, Evandro Silva Freire; 2010.	2002 a 2004	Maternidade Leila Diniz – RJ	Foram investigados 134 casos de óbito fetal e 360 controles	A ocorrência de violência durante a gravidez mostrou-se bem mais frequente entre as mulheres com óbito fetal, porém sem alcançar significância. Contudo, esta variável deve continuar a ser investigada em estudos perinatais com maior número de participantes.	Quantitativo Caso-Control

Nº	AUTORES/Ano	ANO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	LOCAL DA PESQUISA	AMOSTRA/POPULAÇÃO	ACHADOS/RESULTADOS	TIPO DE ESTUDO
E7	Fonseca-Machado Mde O; Alves LC; Haas VJ; Monteiro JC; Gomes-Sponholz F.; 2015.	Maio de 2012 a maio de 2013	Ambulatório do Centro de Referência da Saúde da Mulher - CRSMRP - Maternidade Mater de Ribeirão Preto - SP	358 mulheres gestantes de ambulatório de pré-natal de baixo risco obstétrico de Ribeirão Preto.	Os resultados do presente estudo evidenciam que a VPI ocorrida durante a gestação é um preditor independente do indicativo de ideação suicida entre gestantes brasileiras. As mulheres em situação de VPI na atual gestação tiveram 6,29 vezes mais chance de apresentar indicativo de ideação suicida do que as que não sofreram esse tipo de violência.	Quantitativo Observacional e transversal
E8	Fonseca-Machado Mde O; Alves LC; Monteiro JC; Stefanello J; Nakano AM; Haas VJ; Gomes-Sponholz F., 2015.	Maio de 2012 a maio de 2013	Ambulatório do Centro de Referência da Saúde da Mulher - CRSMRP - Maternidade Mater de Ribeirão Preto - SP	358 mulheres gestantes de ambulatório de pré-natal de baixo risco obstétrico de Ribeirão Preto.	Escores de sintomas depressivos de pré-natal foram significativamente associados à violência por parceiro íntimo durante a gravidez atual, mesmo após o ajuste para fatores de confusão.	Quantitativo Transversal
E9	LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó and BITTAR, Daniela Borges.; 2012	Janeiro a abril de 2007	Maternidade de Ribeirão Preto - SP	43 mulheres internadas em maternidade que atende pelo SUS em Ribeirão Preto - SP	Os efeitos percebidos pelas mulheres entrevistadas em situação de VDI na gravidez foram relacionados a aspectos emocionais, como depressão, mal-estar, intercorrências gestacionais e aborto.	Qualitativo
E10	Lobato G; Moraes CL; Dias AS; Reichenheim ME; 2012.	Janeiro a julho de 2007	Cinco centros de Atenção Primária à saúde da cidade do Rio de Janeiro - RJ	811 mães selecionadas aleatoriamente de crianças menores de usuárias de serviços cinco meses de idade que esperavam por consulta em cinco centros de saúde primários do Rio de Janeiro, Brasil.	A hipótese de que a probabilidade de DPP aumenta com o número de atos de VPI física foi particularmente notável na presença de algum mau uso ou abuso de álcool. Curiosamente, porém, é que isso só parece ocorrer na presença de dois ou mais eventos de VPI física, enquanto que a ocorrência de um único ato de violência física não tem aparente influência.	Quantitativo Randomizado

Nº	AUTORES/Ano	ANO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	LOCAL DA PESQUISA	AMOSTRA/POPULAÇÃO	ACHADOS/RESULTADOS	TIPO DE ESTUDO
E11	Ludermir AB; Lewis G; Valongueiro SA; de Araújo TV; Araya R.; 2011.	Julho de 2005 a dezembro de 2006	No distrito de saúde dois (um dos seis) com Unidades de Saúde da Família da cidade de Recife - PE, que é responsável pelo atendimento de cerca de 15% da população da cidade.	1045 mulheres acompanhadas em período de 3º trimestre de gestação até seis meses após o parto.	A violência psicológica associada à violência física e sexual estiveram mais relacionada à violência pós-parto. Depressão pós-parto foi mais evidente em mulheres que vivem sem o parceiro. Quatro anos ou menos de escolaridade, forte controle do parceiro, pobre comunicação ou alguma doença mental antes ou durante a gravidez. Somente violência física ou sexual após ajuste dos fatores de confusão não demonstraram significância sozinhas. Depressão pós-parto esteve mais associada às mulheres que sofrem violência física e sexual associada com violência psicológica. A violência psicológica também é um forte fator de risco à depressão pós-parto mesmo quando desacompanhada de outros tipos de violência.	Quantitativo Coorte prospectiva
E12	Ludermir, Ana Bernarda; Valongueiro, Sandra; Araújo, Thália Velho Barreto de.; 2014.	Julho de 2005 a dezembro de 2006	Unidades de Saúde da Família - Recife – PE	1120 mulheres grávidas com idades entre 18 e 49 anos, com idade gestacional de terceiro trimestre, cadastradas no PSF de Recife – PE.	Transtornos mentais comuns foram associados à Violência psicológica durante a gravidez, mesmo quando ocorreu isoladamente (sem violência física e/ou sexual). A VPI é mais comum entre mulheres pobres de baixa escolaridade, e a violência psicológica foi a forma mais comum encontrada. Prevalência de transtornos mentais foi de 71% entre as mulheres que relataram todas as formas de violência e de 33,8% entre as que não relataram violência. A maioria estava associada à violência psicológica, e quando associada com mais um tipo de violência, o risco de transtornos mentais aumentava.	Quantitativo Transversal
E13	MANZOLLI P; NUNES MA; SCHMIDT MI; PINHEIRO AP; SOARES RM; GIACOMELLO A; DREHMER M; BUSS C; HOFFMANN JF; OZCARIZ S; MELERE C; MANENTI CN; CAMEY S; FERRI CP.	Jun. 2006-abril 2007	Atenção Primária Rio Grande do Sul.	N= 712 mulheres grávidas	18,2% relataram VPI na gestação, com 15,5% de violência psicológica, 6,2% física, sendo 2,2% com armas, e 0,5% violência sexual. Sintomas depressivos foram associados positivamente com violência na gestação, sendo mais frequentes pensamentos de morrer também nesta população. Entre as vítimas também houve maior número de gestações não planejadas. Os sintomas depressivos também foram associados a baixo nível de escolaridade, consumo de bebida na gestação e morar com mais de cinco pessoas na casa, mais comuns entre as vítimas de violência na gestação.	Quantitativo Transversal

Nº	AUTORES/Ano	ANO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	LOCAL DA PESQUISA	AMOSTRA/POPULAÇÃO	ACHADOS/RESULTADOS	TIPO DE ESTUDO
E14	MIRANDA, Angélica E; PINTO, Valdir M.; SZWARCOWALD, Célia L. e GOLUB, Elizabeth T..	2009	24 Maternidades públicas em diferentes regiões do Brasil	N=2071 mulheres que foram ganhar seus filhos	O estudo apresenta associação entre parto prematuro, vivência de violência durante a gestação, e realização inadequada de assistência pré-natal. A região com maior número de casos de trabalho de parto prematuro foi na Região Norte do Brasil, com 36,1% dos casos, contra 6,9% na região sul.	Quantitativo Transversal
E15	Moraes, Claudia Leite; Arana, Flávia Dias Nogueira; Reichenheim, Michael Eduardo, 2015.	Ano 2000	Maternidades Públicas do Rio de Janeiro – RJ	528 puérperas de maternidades públicas do rio de janeiro.	A análise mostrou que a ocorrência de Violência por parceiro íntimo na gravidez apresenta um significativo fator de risco para um pré-natal insatisfatório, pois as mulheres submetidas a essa forma de violência tiveram 2,2 vezes mais chance de apresentar uma assistência pré-natal inadequada do que aquelas não envolvidas com o problema, independentemente de outras variáveis de confusão.	Quantitativo Transversal
E16	NUNES MA; CAMEY S; FERRI CP; MANZOLLI P; MANENTI CN; SCHMIDT MI.	Junho de 2006 a setembro de 2007	Unidades de Atenção Primária em Saúde	N= 652 mulheres grávidas	Ganho de peso insuficiente foi mais comum entre mulheres que sofreram violência na gestação. Violência psicológica e física estiveram mais associadas com desfechos negativos quando ajustados alguns fatores de confusão.	Quantitativo Transversal
E18	Pallitto CC; García-Moreno C; Jansen HA; Heise L; Ellsberg M; Watts C., 2013.	2003	Universidade Federal de Pernambuco e Universidade de São Paulo – SP	17.518 mulheres grávidas ou que estiveram nos últimos cinco anos de 10 países com desfecho de aborto.	Mulheres que tiveram VPI física e/ou sexual tiveram mais chances de praticar aborto induzido, chegando a quase 20% no Brasil, estando entre os quatro países com maiores índices associados à VPI. Apesar de VPI ser consistente com altos índices de gravidez não pretendida, no Brasil este índice foi de apenas 3%.	Quantitativo Transversal

Nº	AUTORES/Ano	ANO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	LOCAL DA PESQUISA	AMOSTRA/POPULAÇÃO	ACHADOS/RESULTADOS	TIPO DE ESTUDO
E19	PEREIRA, Vanessa do Nascimento; OLIVEIRA, Flávia Aelo de; GOMES, Nadirlene Pereira; COUTO, Telmara Menezes; PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento. 2012.	Setembro a outubro de 2009	Maternidades Públicas de Salvador – BA	Nove mulheres hospitalizadas por aborto provocado em maternidade Pública de Salvador – BA	Dentre os motivos que levam ao aborto, encontram-se a dificuldade financeira, o número de filhos, a vivência de violência conjugal e a perda de sua autonomia. O processo de abortamento gera medo de morrer, tristeza e alívio.	Qualitativo
E21	Rodrigues DP, Gomes Sponholz FA, Stefanelo J, 2014.	Maio a dezembro de 2012	Maternidade Pública de Ribeirão Preto – SP	232 gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal em maternidade pública.	15,5% relataram violência durante a gestação, houve associação entre a ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro e o desejo da gestação, sendo que as mulheres que não desejaram apresentaram 4,3 vezes a chance de sofrer VPI na gestação, quando comparadas com aquelas que desejaram. Outras associações, como variáveis sócio demográficas, repercussões obstétricas, assim como abortos, partos prematuros e natimortos ou número de consultas em pré-natal não tiveram significância estatística quando verificada associação com Violência.	Observacional, descritivo e analítico.
E22	Santos, Simone; Lovisi, Giovanni; Valente, Cristina, 2010.	2006 a 2007	Ambulatório Público de pré-natal (PAM Hélio Pelegri) no Rio de Janeiro – RJ	331 mulheres atendidas no terceiro trimestre em ambulatório no Rio de Janeiro.	Foi encontrado 5,1% de violência durante a gestação, e entre as variáveis obstétricas, encontraram associação entre violência e múltiparas, história de baixo peso ao nascer, história de prematuridade e atual gestação não planejada. Quanto às doenças gestacionais atuais, o resultado apresentou associação com ruptura prematura da membrana.	Quantitativo Transversal
E25	SOUZA, Zannety Conceição Silva do Nascimento; DINIZ Normélia Maria Freire, 2011.	Julho a setembro de 2008	Maternidade Pública de Salvador – BA	17 mulheres internadas por aborto provocado	A VPI influenciou na decisão de abortar, tendo a gravidez aumentado o conflito entre o casal. Algumas vezes a decisão de abortar vem como uma maneira de mulheres manterem sua autonomia diante da fragilidade da relação e do papel de provedor do companheiro, com falta de apoio familiar apontada por algumas, além de pouca chance de expressar seus conflitos aos serviços de saúde, e como estes acabam interferindo no processo saúde-doença de muitas mulheres.	Qualitativo

Nº	AUTORES/Ano	ANO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	LOCAL DA PESQUISA	AMOSTRA/POPULAÇÃO	ACHADOS/RESULTADOS	TIPO DE ESTUDO
E26	Viellas, Elaine Fernandes; Gama, Silvana Granado Nogueira da; Carvalho, Márcia Lazaro de; Pinto, Liana Wernersbach, 2012.	200 a 2001	Maternidade do Rio de Janeiro – RJ	8.961 puérperas que se hospitalizaram em maternidades do município do Rio de Janeiro por ocasião do parto que sofreram VPI durante a gestação.	As mulheres vítimas de violência tinham uma assistência pré-natal prejudicada, além de fatores como uso de álcool e tabaco foram associados às agressões. O baixo peso ao nascer e os óbitos neonatal e pós-neonatal mostraram-se associados à agressão física durante a gestação. Sobre desfechos para o recém-nascido, após a análise multivariada, a agressão física entre parceiros íntimos durante a gestação aumentou em duas vezes as chances de óbito do bebê no período neonatal, e em três vezes de óbito pós-neonatal, se comparado aos filhos de gestantes não vítimas de agressões pelo pai do bebê. Mulheres insatisfeitas, por se sentirem menos apoiadas pelo pai do bebê, tentaram interromper a gestação cerca de duas vezes mais do que as gestantes que não sofreram tal agressão.	Quantitativo Transversal

IV.III CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Quanto à localização das pesquisas Incluídas, foram verificados 11 centros de Pesquisa no Brasil, sendo alguns trabalhos realizados por mais de uma universidade (Parcerias). Destes, a maior parte foi realizada no Rio de Janeiro (n=7, 28%), seguidas por São Paulo (n= 6, 24%), Pernambuco (n= 5, 20%), Bahia (n=4, 16%), Rio Grande do Sul (n=2, 8%) e Espírito Santo (n=1, 4%), alguns com parcerias de universidades internacionais.

As pesquisas das Universidades Federais corresponderam a (n=13) 52% do total.

As Universidades que mais publicaram pesquisas na área da Violência por Parceiro íntimo e mulheres grávidas foram a Universidades Federais do Pernambuco (n=5, 20%), seguida pela Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto (4 pesquisas, 16%) e Universidade Federal da Bahia (n=4, 16%) e FIOCRUZ (n=3, 12%).

Dos estudos pré-selecionados, todos eram observacionais, cerca de 85% (n=22) foram estudos quantitativos, em sua grande maioria de corte transversal. Os artigos selecionados também apresentam estas características.

Com relação às publicações, a maioria encontra-se publicada no idioma Português (n=12, correspondendo a 54,55%) distribuído em 16 periódicos científicos, com maior frequência na Revista de Saúde Pública (13,63%, n=3) seguidos por Revista Texto e Contexto de Enfermagem, revista Pan-americana de Salud Publica, Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol e Cad. De Saúde Pública, com duas publicações cada (9,09% cada), correspondendo estas a 36,36% do total. As demais seguiram com 1 publicação cada.

As publicações se concentraram principalmente no ano de 2012 (n=7), correspondendo a 31,8% do total das publicações.

As pesquisas concentraram-se, sobretudo nos períodos de 2005 a 2007, responsável por cerca de 52% das pesquisas dentro do período dos anos 2000 a 2013.

As pesquisas, de maneira geral, tiveram como amostragem mulheres grávidas adultas jovens, entre 15 e 45 anos (E1, E3) com idade média de 25 anos (E7, E8, E9, E13, E21, E22, E25), com baixa escolaridade (E2, E3, E5,

E10, E11, E12, E15, E26), a maioria vivendo com parceiro (E3, E5, E8, E10, E15, E21, E25, E26), desempregadas ou economicamente dependente dos parceiros (E3, E5, E07, E8, E09, E10, E11, E21, E22, E25, E15) de cor não branca (Pretas e/ou Pardas) (E3, E5, E11, E12, E15, E21, E22, E25, E26).

Nos artigos que avaliaram a prevalência de violência na gestação entre a população pesquisada, houve variação de dados entre 5,1% (E22) e 32,4% (E3). A violência psicológica foi a mais frequente e com maiores taxas, já a violência física e sexual com menores taxas, a física com dados variando de 2,6% (E15, E26) a 5,21% (E22) na população geral pesquisada e 11,5% (E5) a 36,5% (E7, E8) entre a população que respondera positivamente a vivência de VPI durante a gestação. Já a violência sexual ocorrendo com menos frequência, com prevalência de 0,4% (E21) e 3% (E16).

Outros estudos também corroboram com os índices de violência psicológica ser mais elevada (D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, FRANÇA JUNIOR ET ALL 2007; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, FRANÇA JUNIOR ET ALL 2009; RIBEIRO, da SILVA, ALVES et al 2014 E MORAES E REINCHENHEIN 2002) permanecendo os índices de violência sexuais mais baixos.

As prevalências de algum tipo de VPI nos 12 meses antes da gravidez são de 10,6% na Inglaterra e 24,4% no México, e passam a 3,0% e 31,1%, respectivamente, durante a gestação. No Brasil, as prevalências foram estimadas em 24,7% (Recife, PE) e 32,0% (São Paulo, SP) antes da gravidez, e em 30,6% e 31,8%, respectivamente, durante a gravidez. (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA KISS ET ALL, 2007), revelando que em alguns casos, a ocorrência de violência pode aumentar com a ocorrência da gestação. No Estudo de Silva, Ludermir, Araújo et al (2011) seus achados mostram que mulheres com vivência de violência antes da gestação tem 11,6 vezes mais chance de sofrer violência na gestação; e a frequência de violência no pós-parto foi 8,2 vezes maior para aquelas que sofreram violência na gestação, e 7,23 para aquelas com relato de violência antes e durante a gestação.

Estudos internacionais sobre violência doméstica durante a gravidez apontam dados que variam de 1.2% a 51% (POOL, OTUPORI, OWUSU-DABO et al 2014), e 1,2% a 66% (FINNBOGADÓTTIR, DYKES e WANN-HANSSON 2014), chegando a 1% na Inglaterra durante a gravidez e 3% até três anos após, e de 1,2% a 11% na Suécia.

Essa diferença nos achados sobre a prevalência já fora apontada por diversos autores (PALLITO, GARCIA-MORENO, JANSEN ET ALL 2013, RIBEIRO, DA SILVA, ALVES ET ALL 2014) como sendo decorrente de diferenças culturais e metodológicas utilizadas.

O que se percebe, além das diferenças metodológicas e culturais, é que as maiores taxas de violência ocorrem principalmente em países onde há controle das riquezas pelos homens, que tem a masculinidade como símbolo de virilidade, dominação e soberania, que primam pela defesa da honra, com padronização dos comportamentos masculinos como os aceitos socialmente reprimindo os comportamentos femininos (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA E COUTO 2009).

Com relação aos desfechos das pesquisas, a maior parte foi relacionada a aspectos emocionais, sendo um sobre ideação suicida (E7), dois sobre depressão pós-parto (E10, E11), dois sobre depressão gestacional (E8, E13) e um transtornos emocionais comuns (E12); seguidos por desfechos neonatais, investigando relação de VPI com parto prematuro (E14), baixo peso ao nascer (E16, E22 e E26) óbitos fetais e intercorrências na gestação (E6, E9, E21, E26); aborto induzido (n=5 E4, E5, E18, E19, E25); gravidez não planejada (E3, E18, E21 e E22); má qualidade da assistência pré-natal (E14, E15, E16); e classificação de óbito materno (E1).

Como fatores associados aos riscos maiores de sofrer Violência por Parceiro Íntimo, alguns estudos trazem Uso de drogas e álcool pelo parceiro (E3, E9, E10, E26), uso de álcool pela gestante (E10, E13), pouco suporte social (E4, E6, E19, E25, E26) e baixa escolaridade (E1, E2, E5, E10, E11, E12, E13, E26).

IV.IV PRINCIPAIS DESFECHOS ENCONTRADOS

Os artigos selecionados evidenciaram riscos à saúde materna e fetal, correspondendo a risco de homicídio subnotificado como causa materna; maior risco de gravidez não planejada e não desejada, risco superior de aborto induzido, risco de nascimento pré-termo ou baixo peso ao nascer, além de risco aumentado de depressão durante a gestação ou no período pós-parto, com elevado risco de suicídio. Além de depressão, transtornos ansiosos também estiveram associados aos desfechos negativos decorrentes de VPI na gestação.

Estes riscos encontram-se entrelaçados em alguns casos, entretanto, para melhor visualização, dividiremos os resultados em três eixos com desfechos relacionados à saúde materna, saúde infantil e atenção à saúde.

EIXO 1 - DESFECHOS MATERNOS RELACIONADOS À VPI

A pesquisa revelou que diversos desfechos negativos são mais evidentes entre as mulheres vítimas de VPI.

Os principais aspectos encontrados foram feminicídio, gestação não planejada, risco aumentado de aborto induzido, maior risco de parto prematuro, aumento do índice de transtornos mentais, maior risco de suicídio, depressão pós-parto, além de um aumento de auto relatos de comportamento sexual de risco, queda do desejo sexual, enxaquecas e também uma possível associação entre uso de álcool e VPI.

IV.IV.I RISCO MATERNO DE FEMICÍDIO E SUA SUBNOTIFICAÇÃO:

Em estudo (E1) que propõe nova classificação como fator de morte materna por violência, Alves et al (2013), após avaliação criteriosa dos dados de óbitos de mulheres, identificaram informações sobre quais estavam

gestantes e causa de morte, e tiveram um incremento de 35% na mortalidade materna quando incluíram as mortes por violência.

Em artigo sobre a (sub) notificação da violência contra mulher, Kind, Orsini, Nepomuceno et al (2013) já levantam as dificuldades que profissionais de saúde encontram para identificar e registrar a violência como parte das questões relacionadas à saúde das mulheres.

MacFarlane, Campbell, Sharps e Watson (2002) em estudo caso-controle que visava identificar os feminicídios realizados por parceiro íntimo em mulheres gestantes identificou que 5 % das vítimas de feminicídio foram assassinadas enquanto estavam grávidas. Após ajustes dos fatores de confusão, a pesquisa apontou que o risco de tentativa ou feminicídio completo foi três vezes maior entre as mulheres abusadas na gestação, comparadas com as que não relatavam abuso. As autoras remetem que o feminicídio é um importante problema, mas muitas vezes não declarados como forma de morte materna.

Nos Estados Unidos, pesquisa de Cheng, Beng, Saltzman et al (2005) que investigou os femicídios na gestação encontraram taxa de duas mortes de mulheres grávidas ou dentro de um ano de gravidez para cada 100.000 habitantes, sendo uma importante taxa de causa-morte de mulheres neste período. Apesar do estudo não investigar a relação com o agressor, os estudos apontam que em decorrência do parceiro íntimo ser o principal perpetrador de violência contra mulheres, pode ser este o principal responsável pelos homicídios de suas parceiras grávidas também.

Estes dados demonstram que a gestação não isenta do risco de feminicídio, e que provavelmente existe uma falha no registro que revelaria o assassinato como um importante desfecho negativo de mulheres gestantes decorrente de VPI.

O registro correto das informações propicia que sejam gerados dados epidemiológicos que servem de base para a formação de políticas públicas diante de agravos de saúde.

O estudo, retrospectivo, mostra que dentro dos registros de óbito, uma nova forma de classificação auxiliaria a visão sobre morte materna decorrente de violência, e denunciando que os dados hoje sobre o tema podem estar aquém da realidade, podendo ser o feminicídio por violência por parceiro íntimo

na gestação uma possibilidade séria de desfechos negativos para a saúde e materna.

Tabela 4: Resultado do artigo primário selecionado referindo questões sobre o registro de óbito materno em situações de violência.

Autor/Estudo	Principais Achados
Alves, MMR ¹ et al. 2013.	Dos 399 óbitos estudados de mulheres em idade fértil por causas externas e mal definidas, foram encontrados 18 óbitos de mulheres gestantes, em dois casos homicídios com arma e agressão física com suspeita de parceiro íntimo, (além de casos de suicídio e outros homicídios) não tendo sido registrado como morte materna por violência devido falha na classificação do CID. Realiza proposta de classificação a partir do código 0 93 do CID 10, com incremento de 35% nas razões de mortalidade materna estudada após a nova classificação proposta.

IV.IV.II RELAÇÃO ENTRE IDEAÇÃO SUICIDA E VPI NA GESTAÇÃO

Poucos estudos nacionais e internacionais tem investigado a associação entre suicídio e vitimação por VPI.

O suicídio é um tema de relevância e também considerado como problema sério de saúde pública, já que dados revelam que ele é prevalente.

De acordo com d'Oliveira (2004), em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, em 11 serviços de saúde que notificaram tentativas de suicídio entre 2000 e 2003, cerca de 67% eram mulheres e 60% até 34 anos, com incidência predominante entre 15 e 24 anos (30%), que como já vimos anteriormente, também é a principal faixa etária de mulheres que sofrem VPI.

De acordo com Vieira, Freitas, Pordeus et al (2009), a estimativa é de que, para cada caso, existam pelo menos dez tentativas que exigem atenção dos profissionais, e para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas.

As causas apontadas geralmente remetem a quadro depressivo, entretanto, os estudos pouco tem referido, provavelmente por ser pouco investigada, a associação entre VPI/Depressão/Ideação Suicida.

Um estudo realizado na zona rural de Bangladesh encontrou forte associação entre depressão e ideação suicida entre mulheres grávidas com história de espancamento pelos maridos.

A autora (FONSECA-MACHADO, 2015) relaciona que mulheres vítimas de VPI tem mais de seis vezes mais chance de apresentar ideação suicida do que aquelas que não sofreram a violência, com dados correspondendo a 7,8% de ideação na população feminina grávida geral e 22% entre as gestantes que referiram VPI na gravidez.

Há necessidade de mais estudos sobre o tema e ações de prevenção a esta outra importante de causa morte materna.

Tabela 5: Principal achado sobre ideação suicida e VPI

Autor/Estudo	Principais Achados
Fonseca-Machado ⁷ et al.	Após ajustes, VPI na gestação associou-se com indicativo de ideação suicida na gestação (OR 6,29 IC95% 2,34-16,95, p<0,001. VPI na gestação representa seis vezes mais risco de ideação suicida em mulheres grávidas do que as que não sofrem violência.

IV.IV.III. TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ASSOCIAÇÃO COM VPI DURANTE A GESTAÇÃO

Os transtornos mentais comuns são aqueles relacionados a Transtornos Somatoformes, de Ansiedade e Depressão, com queixas recorrentes de fadiga, insônia, irritabilidade, esquecimentos, queda na concentração e queixas somáticas.

A VPI na gestação esteve associada a maior chance de desfechos emocionais desfavoráveis na gestação, com prejuízo à saúde mental da mulher e pior vinculação desta com a criança no pós-parto (MANZOLLI, NUNES, SCHIMIDT ET AL 2010).

Os estudos encontraram uma variação de 2,5 (E7) a 4,43 (E8) vezes mais chance de apresentar sintomas depressivos entre gestantes vítimas de violência por parceiro íntimo, chegando a ter 6,29 vezes mais chance de

ideação suicida do que em gestantes sem essa vivência, sendo apontada por estas mulheres como a gênese dos pensamentos suicidas.

Um estudo internacional faz uma importante reflexão, questionando em que medida a depressão é uma consequência de Violência Doméstica (VD) ou um fator que contribui para a exposição à VD, sendo ainda totalmente desconhecido, e alerta que sintomas depressivos no início da gravidez já podem ser um preditivo que a mulher está sofrendo VD. (FINNBOGADÓTTIR, DYKES e WANN-HANSSON 2014).

Mas não apenas a depressão e a ideação suicida decorrente desta são desfechos emocionais encontrados. Alguns estudos trazem questões referentes ao desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), como no estudo de Diniz et al (2012) (E5). Seu estudo revela que mulheres expostas a situações de aborto decorrentes da VPI têm mais chances de desenvolver este transtorno.

Os estudos demonstram a força desta variável nas pesquisas sobre Violência por Parceiro Íntimo e Transtornos emocionais.

Estes sintomas são importantes e devem ser olhados com seriedade, pois podem incorrer além do risco de suicídio, um baixo autocuidado consigo e com a gestação e bebê, além do risco de fragilidade no vínculo com o bebê após o nascimento.

Almeida, Sá, Cunha e Pires (2013) revelam que mulheres que sofreram VPI tem um pobre relacionamento com seus fetos na gestação, comparadas as que não sofreram. O vínculo mãe bebê é um fator de extrema importância para o cuidado materno com este e para seu desenvolvimento físico, emocional e social.

Tabela 6: Transtornos Mentais e associação com VPI durante a gestação

Autor/Estudo	Principais Achados
Diniz, NMF (5) et al., 2011.	Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) foi mais comum em mulheres que abortaram que sofreram violência na gestação atual (35,2% em mulheres sem histórico de violência e 83,6% em mulheres agredidas), possibilidade 2,5 vezes maior, com sentimentos de desamparo e impotência quase cinco vezes maior em gestantes vitimadas.
Ludermir, AB ¹² , et al., 2014.	Transtornos mentais comuns foram associados à violência psicológica durante a gravidez (OR 2,49, IC95%

	1,8-3,5) mesmo sem a ocorrência de outros tipos de violência. Mulheres que relataram todos os tipos de violência apresentaram maior associação (OR 3,45, IC95% 2,3-5,2) com transtornos mentais. A prevalência de transtornos mentais comuns na gravidez entre mulheres vítimas de violência foi de 71% e 33,8% as que não relataram violência.
Fonseca-Machado (8) et al., 2015	Após ajuste de fatores de confusão, VPI na gestação atual esteve fortemente associada com sintomas depressivos, com quatro vezes mais chance de ocorrer do que em mulheres sem esta vivência. (OR 4,43, IC95% 1,96-10,3 p<0,01)
Fonseca-Machado (7) et al., 2015.	Após ajustes, VPI na gestação associou-se com indicativo de ideação suicida na gestação (OR 6,29 IC95% 2,34-16,95, p<0,001. VPI na gestação representa seis vezes mais risco de ideação suicida em mulheres grávidas do que as que não sofrem violência.
Manzoli, P ¹³ et al 2010	Estudo revela que VPI esteve mais associado em mulheres de baixa escolaridade, desempregadas, com maior consumo de álcool, com mais de dois filhos, e faz inferência que na amostra total, encontrou cerca de 27,8% de mulheres gestantes com sintomas depressivos, e mostrou uma associação significativa com o quartil mais elevado de sintomas depressivos o consumo de álcool e também com a experiência de violência doméstica durante a gravidez atual e faz inferência que provavelmente o consumo de bebida alcoólica pelos sintomas depressivos possa ocasionar a violência.
Nunes, MA (16), et al 2011.	Violência na gestação apresentou associação com sintomas depressivos.

IV.IV.IV A VIVENCIA DE VPI NA GESTAÇÃO E SEU DESFECHO DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS PARTO

Os estudos encontrados verificaram que mulheres vítimas de VPI na gestação podem ter um risco aumentado de chance de depressão pós-parto, principalmente em casos onde estas são vítimas de violência física ou violências associadas à física, podendo ter diferença relacionando desfecho e frequência quanto ao uso de álcool pelo parceiro, onde uso de bebida alcoólica e maior frequência esteve mais relacionada ao desfecho de depressão, enquanto o não uso esteve relacionando o desfecho com pouca frequência do ato violento.

Um estudo no Peru que avaliou risco de depressão em relação à experiência materna com violência por parceiro íntimo (IPV), antes e durante a gravidez, obteve como resultado a gravidade da depressão e VPI durante a gravidez (tendência $p < 0,001$), onde as puérperas que tiveram VPI tiveram níveis mais elevados de gravidade da depressão do que as mulheres não abusadas na gestação (GOMES-BELOZ, WILLIAMS, SANCHES E LAM, 2009).

Outro estudo também aqui na América do Sul, realizado por Quelopana (2012) com mulheres grávidas do Chile também encontrou relação entre vivência de VPI na gestação e depressão pós parto.

Tabela 7: Depressão Pós-Parto e VPI no período puerperal.

Autor/Estudo	Principais Achados
Lobato, G ^{1º} et al, 2012.	O efeito da violência física e depressão pós-parto podem ser diferentes de acordo com abuso de álcool pelo parceiro. Em parceiros que abusam de álcool, 1 ato violento não mostrou significância estatística, 2 ou mais eventos aumentava em 4 vezes a chance de depressão pós-parto. Em parceiros que não fazem abuso de álcool, 1 episódio de violência foi relacionado com depressão pós-parto, 2 ou mais teve resultado marginal. Cerca de 24,3% das participantes pontuaram para depressão pós-parto, com 37,8 % das gestantes relatando pelo menos 1 episódio de VPI na gestação, 10,7% apenas 1 ato (IC95%8,6-12,9), o restante, dois ou mais (IC95%24,1-30,2).
Ludermir, AB ¹¹ et al, 2010.	Mulheres que sofreram violência física e/ou sexual durante a gestação acrescida de violência psicológica tiveram riscos aumentados de apresentar depressão pós-parto. As variáveis isoladas, apesar de a violência psicológica apresentar bons índices, não teve significância após ajuste de fatores de confusão. Foi encontrada taxa de 25,8% de mulheres reportando Depressão pós-parto (IC95% 23,2-28,6).

Neste estudo evidenciou-se que mulheres expostas a todas as formas de violência durante a gestação, e que os efeitos de depressão pós-parto podem ser diferentes de acordo com o consumo alcoólico do parceiro.

IV.IV.V: GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA E SUA RELAÇÃO COM A VPI

A maioria dos estudos realizados no período apontam que mulheres que sofrem Violência doméstica podem ter mais chance de apresentar gestações não planejadas.

Estudo realizado por Azevedo et al. (2013) revelam que apesar da gravidez não planejada ser comum entre as mulheres pesquisadas, este risco quase dobra em casos de violência, sendo três vezes maior em mulheres que referem sofrer diferentes tipos de violência concomitante, enquanto Rodrigues et al. (2014) encontrou que entre mulheres que não planejaram e não desejaram a gestação, havia um risco quatro vezes maior de ser vítima de violência por parceiro íntimo.

Um destes estudos não encontrou relevância estatística nos achados brasileiros (PALLITO, GARCIA-MORENO, JANSEN ET ALL 2013) (E18), mas aponta estes dados como significativos em outro país da América do sul e países em outros continentes.

De maneira geral, os estudos nacionais apontam que há relação entre gravidez não planejada com risco de violência por parceiro íntimo (E3, E13, E21, E22).

Manzolini et al (2010) (E13) em estudo que buscava evidenciar aspectos depressivos em mulheres vítimas de VPI encontrou maior prevalência de gestações não planejada entre as mulheres que sofriam abusos.

Rodrigues et al (2014) traz como possibilidade a ser investigada a dificuldade de negociação do uso de métodos contraceptivos (preservativos ou anticoncepcionais) ou uso irregular deste por mulheres que mantém relação com homens controladores, ficando mais vulneráveis à gravidez não planejada.

Tabela 8: Resultados dos artigos primários selecionados, relacionando Gestação não planejada e Violência por Parceiro Íntimo.

Autor/Estudo	Principais Achados
AZEVEDO, ACC ³ et al, 2013.	Estudo encontrou taxa de 60,3% de gravidez não planejada na população feminina geral pesquisada, com maior chance de ocorrer entre as mulheres que sofrem VPI (69,5%, OR 1,79, IC95% 1,36-2,36). Violência física e sexual teve chance de ocorrer 1,79 mais vezes, psicológica exclusiva 1,55 e todas as formas de violência

	chance de 3,15 mais vezes de ocorrer gravidez não planejada (IC95% 1,37-7,52) do que população feminina que não sofre VPI. Manteve-se relacionada mesmo após ajustes (OR=1,57, IC95%1.17-2,11, P 0,001).
MANZOLLI, P ¹³ et al, 2010.	O estudo apresentou que gravidez não planejada foi mais frequente entre as mulheres que relataram violência doméstica.
PALLITO (18) et al, 2013.	O estudo não apresentou significância estatística na amostra brasileira para gravidez não planejada e VPI.
RODRIGUES, DP ²¹ et al. 2014.	Do total da amostra, 67,2% relataram que a gravidez não fora planejada, mas 88,8% afirmou que fora desejada. Das que afirmaram gravidez não planejada e não desejada, a chance de sofrer VPI na gestação foi de 4,3 x maior (OR 4,32 IC95% 1,77-10,54 p 0,001).
SANTOS, S ²² et al, 2010.	62% do total da amostra apresentou gravidez não planejada, entretanto, foi mais comum entre mulheres que sofreram maus tratos (57,4%, p=0,003, $\chi^2=4,496$).

IV.IV.VI RELAÇÃO ENTRE O ABORTO INDUZIDO E VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO:

Aborto provocado é o ato de interromper a gestação por motivo externo e intencional (SOUZA E DINIZ 2011).

A pesquisa revelou que nos estudos nacionais realizados no período, existiu relação entre aborto induzido e vivência de violência por parceiro íntimo. Estudo de Diniz et al (2011) revelam que o fato de sofrer violência por parceiro íntimo quase dobrou a possibilidade do aborto induzido entre as mulheres que provocaram aborto (67%).

O aborto induzido é um risco quando há gravidez indesejada. Mulheres em situação de aborto induzido repetidos são mais propensas a ter um histórico de abuso físico por um parceiro ou uma história de abuso sexual. (FINNBOGADÓTTIR, DYKES e WANN-HANSSON 2014; POOL, OTUPIRI, OWUSU-DABO, 2014).

Percebemos nestes achados que a vulnerabilidade diante de situações de violência na gestação pode levar ao aborto provocado, trazendo riscos de morbimortalidade feminina. No Brasil, pesquisas demonstram que abortos inseguros representam o 4^a lugar em mortalidade materna no país. (BRASIL, 2012). Por ser uma prática ilegal no Brasil, permitido apenas em casos de

estupro, anencefalia fetal ou risco de óbito materno, a maior parte das mulheres de baixa renda que desejam o aborto, acabam fazendo este em clínicas clandestinas, sem condições necessárias muitas vezes de higiene ou esterilização adequadas, ou tentam procedimentos caseiros, inserindo via vaginal objetos ou medicações abortivas, colocando sua própria vida em risco devido alto risco de perfurações, lacerações uterinas, infecções e hemorragias, com risco de óbito fetal e materno. (SOUZA E DINIZ 2011).

Um dos aspectos trazidos em um dos estudos (E19) relaciona-se à coerção do companheiro ao aborto em alguns casos, e a isenção deste de responsabilidades legais do ato, responsabilizando-se/culpando-se na maior parte das vezes a mulher pela ação. Um estudo publicado pela Fundação Perseu Abramo em 2010 também encontraram que a decisão do marido/companheiro pelo abortamento foi um forte fator para o abortamento induzido entre mulheres grávidas no Brasil.

A questão do aborto induzido também se apresenta associada às questões emocionais, como medo de morrer e arrependimento após este (E19) e transtornos de estresse pós-traumático em mulheres que vivenciam o aborto (E5).

Tabela 9: Principais achados dos estudos selecionados referente a aborto induzido e Violência na Gestação.

Autor/Estudo	Principais Achados
DINIZ, NMF (5) et al, 2011.	Entre as mulheres que referiram ter sofrido VPI na gestação (47% do total pesquisado), 67% alegaram ser a violência o motivo para a realização do aborto. Para as demais, os problemas principais estavam relacionados a questões econômicas (36,7%).
SOUZA, ZCSN (25) e DINIZ, NMF, 2011.	Os achados mostram que a maioria internada por aborto induzido já havia sofrido episódio de Violência na vida, e que a relação violenta com atual companheiro ou anterior influenciou na decisão de abortar. Sinaliza ainda que a violência tende aumentar na gestação e que a maioria já tinha vivenciado abortos anteriores.
PALLITO, CC (18) et al, 2013.	Mulheres que sofreram violência física e/ou sexual tiveram maior chance de indução de aborto que as que não tiveram, estando o Brasil em quarto lugar, antecedido apenas pela Sérvia, Japão e Bangladesh.
PEREIRA, VN (19) et al 2012.	Um dos apontamentos do estudo relaciona-se à vivência de Violência na relação conjugal como um dos elementos que interferem na decisão pelo aborto, que pode se manifestar também como falta de apoio, desprezo ou

	negação da paternidade.
VIELLAS, EF (26) et al, 2012.	Falta de apoio social e VPI na gestação foram percebidos em mulheres que demonstraram vontade de interromper a gestação. (P<0,01)

IV.IV.VII. RISCO DE PARTO PREMATURO

Em seu estudo transversal, Miranda et al (2012) encontraram como um dos desfechos o parto prematuro entre mulheres com renda abaixo de dois salários, vítima de VPI e com acompanhamento pré-natal inadequado. Ter sofrido violência aumentou em 2,27 as chances de sofrer parto prematuro, seguidos por 3,17 as com pré-natal inadequado, encontrando maior prevalência destes desfechos na região Norte do Brasil (MIRANDA, PINTO, SZWARCOWALD e GOLUB, 2012).

Um estudo no Iran que investigou partos prematuros de mulheres vítimas de VPI encontrou 37,7% das mulheres que tiveram partos prematuros. Destas, 63,3% eram vítima de VPI, fazendo uma associação positiva entre VPI e parto prematuro. (JAMSHIDIMANESH, SOLEYMANI, EBRAHIMI, HOSSEINI, 2013).

Um estudo caso controle no Peru de Sanchez, Alva, Diez-Chang e Qiu(2013) com 479 grávidas também relacionaram um aumento do risco de parto prematuro entre mulheres com vivência de VPI na gestação (52,2% dos casos e 34,6% nos controles), com incremento de quase 5 vezes mais risco em caso de violência física associada à emocional.

Outros autores em diferentes lugares do mundo também acharam associação positiva (Fernandez e Krueger, 1999; SAVONA-VENTURA, SAVONA-VENTURA, DRENGSTED-NIELSEN e JOHANSEN, 2001).

O parto prematuro é uma das principais causas de mortalidade infantil, (JAMSHIDIMANESH, SOLEYMANI, EBRAHIMI, HOSSEINI, 2013), e suas causas são variadas e ainda necessitando serem melhor investigadas, entretanto, mostram-se mais frequentes entre vítimas de VPI.

Tabela 10: Risco de Parto Prematuro

Autor/Estudo	Principais Achados
--------------	--------------------

Miranda, AE(14), 2012	Trabalho de parto prematuro ocorreu em 21,7% dos partos pesquisados. A maior proporção foi no Norte do Brasil (36,1%), muito elevada se comparada ao Sul (6,9%). Ter sofrido violência Doméstica apresentou Odds Ratio de 2,27 (IC95% 1,23-4,18), associado também com pré-natal inadequado e baixa renda.
--------------------------	--

IV.IV.VIII. OUTROS FATORES ASSOCIADOS A VIVENCIA DE VPI NA GESTAÇÃO

Algumas variáveis nos estudos apresentaram significância estatística relacionada ao desfecho de VPI na gestação, principalmente os relacionados ao uso de álcool e nível de escolaridade.

Aqui discutiremos alguns aspectos importantes que foram trazidos pelos autores referentes a estes, propiciando um melhor entendimento de potencializadores de riscos à vivência de VPI.

No estudo de Lobato, Dias e Reinchenheim (2012) foi pesquisada a relação entre uso de álcool, VPI e depressão pós-parto. O autor encontrou significância estatística ($p=0.017$ para uso de álcool por homens e $p=0,012$ por mulheres).

O uso de drogas, em especial o álcool, e as crises de ciúme aparecem como causa da violência tanto no depoimento das mulheres como dos homens (SILVA, COELHO e NJAIME, 2014), sendo este um fator de risco para a violência doméstica.

Menezes et al (2003) encontraram significância estatística em seu estudo quando isolada a variável de consumo de álcool e associação com Violência na Gestação. O uso/abuso de álcool pelo parceiro aumentou em até 3 vezes o risco de violência doméstica quando os parceiros se embriagavam pelo menos uma vez no mês, e em até 7 vezes mais risco se a frequência de embriaguez for maior que uma vez por semana.

Com relação ao consumo de álcool por mulheres na gestação, um estudo de revisão sistemática (SKARGESTROM, CHANG E NILSEN, 2011) revelou que esteve fortemente associado a mulheres que bebiam antes de engravidar, e expostas a abusos e violência.

Nível baixo de escolaridade das gestantes também esteve presente na maioria dos estudos como risco à VPI.

Estudo de Finnbogadóttir, Dykes e Wann-Hansson (2014) trazem que Abuso de álcool pelo autor da agressão, baixa escolaridade e nível econômico

deste são fatores de risco para a ocorrência de violência na Suécia. No Brasil, D'Oliveira, Scharaiber, França-Junior et al (2009) também encontraram dados semelhantes. Silva, Coelho e Njaime (2014) encontraram resultados que revelam que homens com até oito anos de escolaridade tem risco aumentado em 1,5 vezes a de praticar violência psicológica e quase dobra a chance de violência física e sexual contra mulheres. Já estudos de Bhata (2014) com população masculina no Nepal revelou que idade avançada, educação elevada, e maior poder aquisitivo dos homens estavam fortemente associados com VPI. Em São Luis – MA, no Brasil, a violência psicológica em alguns estudos com mulheres grávidas foi associada a mulheres jovens, com nível de escolaridade maior que o parceiro e mais de seis parceiros sexuais na vida, falta de relações sociais de apoio adequadas e uso de drogas ilícitas. (RIBEIRO, DA SILVA E ALVES, 2014).

Com relação ao nível de escolaridade, este fator foi encontrado também em estudo realizado por Menezes et al (2003) que relataram um incremento de até 10 vezes no risco de sofrer violência mulheres com 0 a 3 anos de escolaridade, quando comparadas com mulheres com mais de 11 anos de estudo. Este dado também tem relevância associado ao nível de escolaridade do parceiro, sendo mais prevalente entre parceiros de baixa escolaridade.

Ainda de acordo com Menezes (ibid.), a questão da escolaridade baixa pode resultar em dificuldades nas relações interpessoais de homens e mulheres pela dificuldade de repertório para a resolução de conflitos cotidianos, gerando a violência. Além desta, a qualificação profissional precária pode provocar uma incapacidade para a manutenção mínima da vida, por dificuldades de obtenção de emprego ou submissão a baixos salários, o que aumentam as tensões e frustrações e pode desencadear a violência, que na relação conjugal, traz desvantagens às mulheres em decorrência da diferença de força física entre homens e mulheres.

Outro estudo incluído (AUDI, SEGAL-CORRÊA, SANTIAGO e PÉREZ-ESCAMILLA, 2012) (E2) que investigou a associação entre VPI e problemas de saúde reportados por mulheres grávidas encontrou uma maior associação entre as vítimas de VPI nos relatos de asma, Hipertensão Arterial, sangramento vaginal, infecções urinárias, infecções ginecológicas (pruridos, corrimentos, dor em baixo ventre e na relação sexual) e enxaquecas, além de sintomas

comportamentais como a queda de desejo sexual pelo comportamento sexual de risco.

Estes desfechos foram até quatro vezes mais comuns entre as mulheres vítimas de VPI do que as que não sofreram violência durante a gestação.

Tabela 11: Componentes associados à VPI na Gestação:

Autor/Estudo	Principais Achados
Audi, C. A. ² et al 2012.	Desfechos auto reportados por mulheres vítimas de VPI: 81% mais chance de ter enxaqueca entre vítimas de VPI. Duas vezes mais chance de apresentar comportamento sexual de risco. 10% mais chance de ter HAS ou sangramento vaginal, com duas vezes mais chance entre mulheres vítima de violência física ou sexual. Relato de asma 2,5 vezes maior entre as vitimas de violência física ou sexual. Duas vezes mais chances de apresentar infecções de urina e ginecológicas entre mulheres vítimas de violência física, sexual e psicológica. Falta de desejo sexual foram reportados com mais frequência por vítimas de violência psicológica, mas a violência física e sexual aumentou até quatro vezes a falta deste desejo e em até 70% os comportamentos promíscuos.
Azevedo, AC ³ et al, 2013.	Uso de drogas ilícitas pelo parceiro e desemprego do parceiro, baixa escolaridade esteve associado ao maior índice de gravidez não planejada mesmo após ajustes das variáveis.
Lettieri, A (9) et al, 2012.	Em algumas falas existem outros fatores associados que motivam a violência, como o consumo de álcool e drogas, o desajuste social e a pobreza, denotando que os fatores que desencadeiam a violência são multifatoriais. Relatam ainda vivência de violência durante a vida no meio familiar.
Lobato, G ^{1º} et al, 2012.	As análises mostraram a interação positiva para VPI e abuso de álcool pelas mulheres e seus parceiros (p=0,012 e 0,017 respectivamente). Em modelos de análise mais complexos, permaneceu significativa violência física pelo parceiro íntimo e consumo de álcool.
Ludermir, AB ¹¹ et al, 2011.	Todas as formas de violência (física/sexual/psicológica) foram mais comuns em mulheres com baixa escolaridade, desempregadas, vivendo sem o companheiro, parceiro controlador e com pobre comunicação com este, além de doença mental prévia à gestação.
Ludermir, AB ¹² et al 2014.	Todas as formas de violência (física/sexual/psicológica) foram mais comuns em mulheres com baixa escolaridade, desempregadas, vivendo sem o companheiro, parceiro controlador e com pobre comunicação com este, além de doença mental prévia à

	gestação.
Viellas, EF (26), et al, 2013.	O consumo de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas pelas gestantes estiveram associados ao maior risco de agressão física. Após análise multivariada o consumo de álcool perdeu força, mas manteve o uso de drogas. Ter menos de oito anos de estudo também mostrou relação com risco à VPI, além de ter menos apoio do pai da criança e tentar interromper a gestação.

EIXO 2 - DESFECHOS INFANTIS NO PERÍODO PERNINATAL

RELACIONADOS À VPI

Neste eixo, elencamos os principais desfechos encontrados na bibliografia pesquisada sobre acometimentos com o bebê. Os resultados foram óbito fetal, mais prevalente entre vítimas de VPI, e Baixo Peso ao Nascer. Além destes, destacamos também o risco de parto prematuro, já abordados nos desfechos maternos.

IV.IV.IX. RISCO DE ÓBITO FETAL E ASSOCIAÇÃO À VPI NA GESTAÇÃO

Em um estudo com tamanho amostral considerável (8.961 mães), Viellas et al. (2012) encontraram relação entre violência sofrida durante a gestação e incremento de chance de mortalidade neonatal e pós-neonatal, principalmente na violência física, tendo aumentado em até duas vezes o risco de óbito fetal pós-natal quando comparado com filhos de gestantes não vítimas de agressões pelo pai do bebê.

Um estudo em Ghana encontrou violência física positivamente associada com mortalidade perinatal e neonatal, mas não para perda precoce da gestação. A chance foi de 2,32 para mortalidade perinatal e 1,86 para neonatal. (POOL, OTUPIRI, OWUSU-DABO, 2014).

Outro estudo na Índia também encontrou desfechos semelhantes, sugerindo relação entre maior risco de morte fetal para mulheres vítimas de VPI, com 2,59 vezes mais risco para morte perinatal e 2,37 para morte neonatal comparado a mulheres sem relato de VPI. Não foi encontrada significância par morte pós-natal (AHMED, KOENIG, STEPHENSON, 2006).

Apesar de dois outros estudos incluídos na revisão não encontrarem relevância estatística (E06, E21), Fonseca e Coutinho (2010) sugerem que sejam realizados outros estudos com uma maior amostragem para verificar adequadamente estes resultados. Percebemos, entretanto, que a violência na gestação pode representar fator de risco à saúde do feto.

Tabela 12: Principais resultados encontrados em estudos primários referentes a óbito Fetal e VPI na Gestação.

Autor/Estudo	Principais Achados
FONSECA, S (6) E COUTINHO, ESF, 2010.	Violência Doméstica durante a gestação apresentou OR 2,26 (IC95% 1,11-4,59) em mulheres com óbito fetal. Estar acompanhada na internação foi fator protetor de óbito fetal (OR 0,34, IC95% 0,15-0,77). VPI foi mais frequente entre mulheres com óbito fetal, mas isolada não teve relevância estatística. Deve ser mais bem investigada com maior número de participantes. (n=188 óbitos perinatais)
RODRIGUES, DP ²¹ et al, 2014.	O estudo levou em conta a variável, entretanto, não encontrando significância estatística para este evento.
VIELLAS, EF (26) et al, 2013.	Aumento em duas vezes a chance de óbito neonatal e três vezes de óbito pós-natal em mulheres que sofreram agressão Física durante a gestação.

IV.IV.X. RISCO DE BAIXO PESO AO NASCER E ASSOCIAÇÃO COM VPI NA GESTAÇÃO

Em estudo coorte realizado no Rio Grande do Sul, Nunes et al (2010) avaliaram 652 mulheres grávidas para investigar os desfechos na saúde decorrentes de VPI na gestação, encontrando como um dos principais desfechos o baixo peso ao nascer e baixa estatura, com cerca de 2 vezes mais chances do que mulheres não sofreram VPI, principalmente entre as vítimas de violência física durante a gestação.

Resultado semelhante foi encontrado no Irã, onde risco de baixo peso ao nascer aumentava quase três vezes entre mulheres vítimas de VPI na gestação, principalmente diante da violência física (ABDOLLAHI, DELAVAR, CHARATI, 2015).

Outros dois estudos incluídos também encontraram relação entre VPI na gestação e baixo peso ao nascer, principalmente associado a maus tratos e violência física (E22, E26).

Um estudo que avaliou os desfechos da violência na gestação nos Estados Unidos e se a forma como ela se dá (vítima apenas, perpetradora apenas ou ambas) teria diferença nos desfechos, encontrou desfechos mais negativos entre as mulheres que eram apenas vítimas de violência, principalmente a física, seguida pela sexual. Encontrou chance 2,21 vezes maior para baixo peso ao nascer e 4,54 vezes mais chances deste desfecho para muito baixo peso ao nascer entre as mulheres que sofreram violência. Entre as vítimas de violência física, os números foram maiores, de 2,59 mais chances e 5,67 respectivamente. (SHNEYDERMAN, KIELY, 2013), confirmando os achados encontrados nas pesquisas no Brasil.

Tabela 13: Principais achados entre Baixo peso ao nascer e VPI na gestação

Autor/Estudo	Principais Achados
Nunes, MA (16) et al 2010.	Mulheres que sofreram pelo menos um evento de violência física durante a gestação teve maiores taxas de baixo peso ao nascer e baixa estatura para a idade gestacional, com incremento de até três vezes de risco quando comparado com mulheres que não sofreram VPI.
Santos, S ²² et al, 2010	Ter sofrido maus tratos na gestação esteve associado a baixo peso ao nascer ($p=0,02$ $\chi^2=5,497$)
Viellas, EF (26) et al., 2013	Baixo Peso ao Nascer mostrou-se associado à agressão Física durante a gestação entre mulheres jovens ($p<0,01$).

EIXO 3 – DESFECHOS RELACIONADOS À ATENÇÃO EM SAÚDE

IV.IV.XI. MÁ QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL E SUA RELAÇÃO COM VPI NA GESTAÇÃO

As pesquisas demonstraram que o bom acompanhamento pré-natal pode ser protetor para desfechos negativos como óbito fetal e parto prematuro,

entretanto, A má qualidade do acompanhamento pré-natal da gestante pode estar fortemente associada à violência física sofrida por esta.

O bom acompanhamento é medido através de um índice, Índice de Kotelbuch (que afere a quantidade de consultas mínimas necessárias/regularidade do acompanhamento).

No Brasil, a violência por parceiro íntimo na gestação tem sido mais prevalente do que doenças rotineiramente investigadas no pré-natal, como diabetes e pré-eclâmpsia (RIBEIRO, DA SILVA, ALVES et al 2014, BONFIM, LOPES E PERETTO 2010). Muitas vezes a mulher não encontra meios de expressar seus conflitos conjugais e como estes influenciam em seu processo de saúde-doença (SOUZA e DINIZ, 2011), possibilitando que tenham o dobro de chance de ter um pré-natal inadequado, de acordo com estudo realizado por Moraes, Arana e Reincheinheim (2010).

Moraes e Reincheinheim (2002) revelam em estudo que cerca de 20% das gestações podem ser palco de agressões físicas pelo parceiro, sendo destes, cerca de 10% em risco de lesão grave ou morte. Esta alta prevalência de violência na gestação configura esta como um sério problema de saúde pública.

Além deste, a má qualidade de acompanhamento pré-natal pelas mães pode acarretar desfechos fetais desfavoráveis, tendo sido encontrado associação por Nunes et al (2010) com baixo peso ao nascer, depressão e VPI.

Um estudo no Irã também descobriu dados semelhantes, onde mulheres que sofrem VPI são mais propensas a iniciarem o pré-natal tardiamente ou relatar gravidez indesejada / não planejada. (JAMSHIDIMANESH, SOLEYMANI, EBRAHIMI, HOSSEINI, 2013).

Há a necessidade dos serviços de assistência pré-natais atentarem-se à importância da escuta das queixas e alternativas de cuidados, e apoiar possibilidades de auxílio à questão, pois a má-qualidade de assistência pré-natal também se relaciona com piores desfechos gestacionais. (MORAES E REINCHEINHEIM, 2002; DEVRIES, KISHOR, JHONSON ET AL 2010).

Uma pesquisa nos Estados Unidos revelou que mulheres que receberam nenhum cuidado pré-natal, em comparação com aquelas que receberam qualquer assistência, principalmente iniciadas no primeiro trimestre, tiveram

risco de 2 a 5 vezes maior de assassinato durante a gestação (CHANG, BENG, SALTZMAN e HERNDON, 2005).

O pré-natal, portanto pode ser um fator protetor para a gestante e seu filho, um espaço possível para falar sobre os riscos da violência e realizar orientações e verificar vulnerabilidades destas mães.

Outro estudo aponta que mulheres Vítimas de VPI podem ter pior acompanhamento pré-natal por viverem em maior situação de vulnerabilidade sócio-econômica-emocional, como um caso exemplificado no estudo de Bonfim et al (2010), com fragilidades nas relações conjugais e familiares, com falta de apoio social e familiar, sem residência fixa, com incapacidade de cuidar de sua saúde, com faltas nos diversos segmentos de saúde e várias autoagressões e tentativas de suicídio.

Um estudo de Silva, Moraes e Reinchenheim de 2012 também verificou associação entre VPI e má qualidade do acompanhamento pré-natal; além disso, verificou que a violência física no relacionamento também pode levar a um acompanhamento tardio de saúde da criança recém-nascida. A associação entre mães que tiveram pior resultado no acompanhamento pré-natal ou não o realizaram e violência física foi positivamente associado a um início tardio do acompanhamento de saúde da criança em quase 5 vezes mais risco.

Seria importante a realização de busca ativa pelos serviços de saúde da mulher de mulheres que não aderem a este cuidado como forma de auxiliar a prevenção dos desfechos negativos e incluir e acolher estas questões.

Tabela 14: Má qualidade da realização do acompanhamento pré-natal e associação com VPI na gestação.

Autor/Estudo	Principais Achados
Fonseca, S (6) et al, 2010.	No critério APNCU, o critério de qualidade pré-natal se revelou protetor para óbito fetal. Mulheres vítimas de VPI tiveram mais chances de baixo desempenho neste critério, com piores resultados.
Miranda, AP (14) et al 2012.	Houve uma associação positiva entre parto prematuro, Violência Doméstica e má adesão ao Pré-Natal.
Moraes, CL (15) et al, 2010.	VPI durante a gestação foi associado à má qualidade da assistência pré-natal, com 2/3 aquém do desejado. A violência Física praticada por parceiro íntimo na gestação (VFPIG) foi fator de risco significativo, com 2,2

	vezes mais chances de não ter qualidade de assistência pré-natal adequada após análise multivariada.
Nunes, MAA (16) et al 2010.	Violência na gravidez é frequente e está associado com baixo peso e estatura ao nascer, má assistência pré-natal e inadequada ganho de peso materno durante a gestação. Um adequado acompanhamento pré-natal poderia trazer mais benefícios à mãe e ao bebê.
Viellas, EF (26) et al,2013.	Puérperas vítimas de agressão Física na gestação por Parceiro íntimo tiveram assistência pré-natal menos adequada. Na análise exploratória inicial, quanto melhor a classificação no índice de Kotelbuck (mede assistência pré-natal), menor a frequência de agressão física. Após análise multivariada, a ocorrência de Violência Física na gestação esteve associada a pré-natal de pior qualidade. Assistência pré-natal adequada esteve relacionada a 33% menos chance de sofrer VFPIG.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Os estudos demonstraram que a VPI na gestação é um problema de saúde pública e de saúde reprodutiva com importantes desfechos negativos na saúde materna e infantil, e a violência física esteve associada a desfechos mais desfavoráveis.

A identificação precoce pode auxiliar, sobremaneira, na prevenção ou diminuição de desfechos negativos, através de intervenções, orientações ou encaminhamentos a uma rede de assistência às demandas destas gestantes.

Entretanto, a realidade encontrada em diversos estudos pesquisados é de que a maioria dos serviços de saúde não oferece este suporte para investigação do problema e um melhor entendimento pelas gestantes referente às vivências violentas e seus riscos aos desfechos negativos.

Entre os desfechos encontrados verificamos que estes, apesar de separados por eixos em nosso estudo, se entrelaçam e se complementam, podendo desencadear resultados imediatos ou em longo prazo, como a questão da depressão pós-parto que pode gerar interferência no desenvolvimento biopsicossocial da criança com prejuízos que podem acometer a vida juvenil e adulta, ou o baixo peso ao nascer e a prematuridade, que pode gerar problemas no desenvolvimento físico e mental, além dos riscos acentuados de suicídio materno.

Além destes, como os estudos também apontam aumento na severidade da frequência das agressões, os riscos de feminicídio também não podem ser ignorados. Alguns estudos já têm se empenhado em investigar as mortes maternas por feminicídio, alguns inclusive investigando a relação com o agressor, encontrando como principal agressor parceiros ou ex-parceiros, relatando que o assassinato de grávidas pode inclusive estar entre as principais causas de morte materna.

Fazem-se necessários mais estudos nacionais neste tema de mortalidade materna decorrente de assassinato por parceiro íntimo, e inclusão do feminicídio como causa de morte materna por causa externa.

Outro aspecto importante observado refere-se ao perfil das mulheres vitimadas e dos agressores. A totalidade destes estudos incluídos no estudo foi

realizada em ambulatórios e hospitais de atenção pública, incluídos no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Sabemos que nem todos os usuários do SUS são de baixa renda, entretanto, é lá que se são atendidas esta maior parte da população. A baixa renda pode vir acompanhada de baixa escolaridade, e em decorrência disto, também a maior suscetibilidade ao desemprego ou condições precárias de empregabilidade, o que pode colocar um viés sobre o perfil encontrado em alguns estudos. Sabemos que a violência não escolhe classe social ou cor, e estudos incluindo serviços privados de atenção à saúde também se fazem necessários para um olhar ampliado sobre o problema.

Além disso, o setor de saúde, público ou privado, pode ter um impacto significativo na divulgação dos possíveis desfechos e combate da violência perpetrada por parceiro íntimo e na redução de problemas de saúde reprodutiva relacionada a esta violência, como apontado de forma contundente por diversos estudos utilizados como referência neste estudo. (ABDOLLAHI, DELAVAR e CHARAT, 2015; DEVRIES, KISHOR, JOHNSON et al 2010; MCFARLANE, PARKER, SOEKEN et al 1992).

Os serviços de Atenção Primária em Saúde podem em diversos momentos contribuir de maneira significativa nesta temática, como ampliar os espaços de discussão.

Para isto, poderia estar se valendo de ações junto a Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), que podem inclusive auxiliar não apenas nas orientações junto à comunidade sobre o tema, como na identificação de possíveis mulheres vítimas durante suas visitas; ou na elaboração de grupos sobre a temática nas Unidades de Saúde.

Também na Atenção pré-natal, seria importante que o acompanhamento pudesse proporcionar o vínculo entre a usuária de saúde e seus profissionais que a acompanham durante este período, de maneira a assegurar o acolhimento incondicional pensando juntos em soluções para possíveis entraves.

Também importante que entre os profissionais médicos e de enfermagem, este tema tenha relevância. Importante a criação de protocolos e/ou checklists de saúde junto à atenção à mulher gestante que incluam investigação delicada e detalhada sobre a vivência de violência, onde se tome

o cuidado de perguntar sobre as ações violentas sem o uso do termo para melhor investigação e orientações nas consultas pré-natais sobre a VPI.

Além disto, treinamento e capacitações de profissionais que atuam na área podem auxiliar estes profissionais a entenderem a amplitude da questão e auxiliar nas dúvidas sobre como lidar com a temática diante de uma mulher vitimada. A existência de espaços de Educação Permanente e Educação Continuada nestes espaços podem ser ricos espaços de discussão e capacitação sobre o tema.

As iniciativas coordenadas e o desenvolvimento de redes de referência e sistemas de informação efetivos podem maximizar recursos limitados. Uma expansão de trabalho em rede, que incluam ações de prevenção e intervenções médica, psicológica, judicial e social é importante, pois se trabalharia não apenas questões relacionadas às mulheres vitimadas e seus filhos, mas também a atenção ao agressor, tendência já sendo apontada por diversos estudos nacionais e internacionais como forma de cuidado neste tipo de violência.

Entretanto, se faz necessário um olhar que acolha também este agressor. Estudos e centros de referência vêm apresentando o bom resultado com grupos de agressores, incluindo reflexões e terapias que permitam a sublimação da agressividade de maneira mais eficiente além de trabalhar melhores recursos comunicativos destes. Criar mais espaços públicos em diversas regiões do país que trabalhem esta questão se faz necessário e importante.

Estas ações em conjunto podem ser uma maneira para o melhor rastreio e auxílio às vítimas, através de ações que venham de encontro as necessidade destas e, assim, produzindo a possibilidade de redução destes desfechos negativos na saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ESTUDOS INSERIDOS

- ALVES, Mércia Maria Rodrigues; VALONGUEIRO Sandra; ANTUNES, Maria Bernadete de Cerqueira; SANTOS, Dirce Luiza Pereira dos. **Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação.** *Revista de Saúde Pública* 2012.
- AUDI CA; SEGALL-CORRÊA AM; SANTIAGO SM; PÉREZ-ESCAMILLA R. **Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women.** *Midwifery*; 28(4): 356-61, 2012 Aug.
- AZEVEDO, Ana Carolina da C.; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de; VALONGUEIRO, Sandra; LUDERMIR, Ana Bernarda. **Violência pelo parceiro íntimo e gravidez não pretendida: prevalência e fatores associados.** *Cad. de Saúde Pública*, 2013, vol. 29, pp.2394-2404.
- COUTO, Telmara Menezes; NITSCHKE, Rosane Gonçalves; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; GOMES, Nadirlene Pereira; DINIZ, Normélia Maria Freire. **Cotidiano de mulheres com história de violência doméstica e aborto Provocado.** *Texto & contexto enferm*; 24(1): 263-269, Jan-Mar/2015.
- DINIZ, NMF; GESTEIRA, SMA; LOPES, RLM; MOTA, RS; PÉREZ, BA; GOMES, NP. **Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA.** *Rev. bras. enferm. [online]*. 2011, vol.64, n.6, pp. 1010-1015.
- FONSECA, Sandra Costa and COUTINHO, Evandro Silva Freire. **Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle.** *Cad. Saúde Pública [online]*. 2010, vol.26, n.2, pp. 240-252.
- FONSECA-MACHADO MDE O; ALVES LC; HAAS VJ; MONTEIRO JC; GOMES-SPONHOLZ F. **Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo.** *Rev Panam Salud Publica [online]*. 2015, vol.37, n.4-5, pp. 258-264.
- FONSECA-MACHADO MDE O; ALVES LC; MONTEIRO JC; STEFANELLO J; NAKANO AM; HAAS VJ; GOMES-SPONHOLZ F. **Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter?** *J Clin Nurs*; 24(9-10): 1289-99, 2015 May.
- LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó and BITTAR, Daniela Borges. **Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil.** *Acta paul. Enferm.* 2012, vol.25, n.4
- LOBATO G; MORAES CL; DIAS AS; REICHENHEIM ME. **Alcohol misuse among partners: a potential effect modifier in the relationship between physical intimate partner violence and postpartum depression.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 47(3): 427-38, 2012 Mar.
- LUDERMIR AB; LEWIS G; VALONGUEIRO SA; DE ARAÚJO TV; ARAYA R. **Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study.** *Lancet*; 376(9744): 903-10, 2010 Sep 11.
- LUDERMIR, Ana Bernarda; VALONGUEIRO, Sandra; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de. **Transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez.** *Revista de Saúde Pública*, vol48(1) 2014.
- MANZOLLI P; NUNES MA; SCHMIDT MI; PINHEIRO AP; SOARES RM; GIACOMELLO A; DREHMER M; BUSS C; HOFFMANN JF; OZCARIZ S; MELERE C; MANENTI CN; CAMEY S; FERRI CP. **Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 45(10): 983-8, 2010 Oct.
- MIRANDA, Angélica E.; PINTO, Valdir M.; SZWARCOWALD, Célia L. e GOLUB, Elizabeth T. **Prevalence and correlates of preterm labor among young parturient women attending public hospitals in Brazil.** *Rev Panam Salud Publica [online]*. 2012, vol.32, n.5, pp. 330-3342012

- MORAES, Claudia Leite; ARANA, Flávia Dias Nogueira; REICHENHEIM, Michael Eduardo. **Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal.** *Revista de Saúde Pública*, vol 44(4) aug.2010
- NUNES MA; CAMEY S; FERRI CP; MANZOLLI P; MANENTI CN; SCHMIDT MI. **Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil.** *Eur J Public Health*; 21(1): 92-7, 2011 Feb
- PALLITTO CC; GARCÍA-MORENO C; JANSEN HA; HEISE L; ELLSBERG M; WATTS C. **Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence.** *Int J Gynaecol Obstet*; 120(1): 3-9, 2013 Jan.
- PEREIRA, Vanessa do Nascimento; OLIVEIRA, Flávia Aelo de; GOMES, Nadirlene Pereira; COUTO, Telmara Menezes; PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento. **Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas.** *Saude soc.*; 21(4); 1056-1062; 2012-12
- RODRIGUES DP, GOMES SPONHOLZ FA, STEFANELO J. **Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais.** *Rev Esc Enferm USP*; vol 48(2):206-13, 2014.
- SANTOS, Simone; LOVISI, Giovanni; VALENTE, Cristina. **Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro.** *Cad. saúde colet.*, (Rio J.); 18(4)out.-dez. 2010.
- SOUZA, Zannety Conceição Silva do Nascimento; DINIZ Normélia Maria Freire. **Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares.** *Texto contexto - enferm.*; 20(4); 742-750; 2011
- VIELLAS, Elaine Fernandes; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CARVALHO, Márcia Lazaro de; PINTO, Liana Wernersbach. **Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido.** *J Pediatr (Rio J)*, 2013; 89(1):83-90.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA DOS ARTIGOS EXCLUÍDOS

- OKADA, Márcia Massumi; HOGA, Luiza Akiko Komura; BORGES, Ana Luiza Vilela; et al. **Violência doméstica na gravidez.** *Acta Paul Enfermagem*, 2015; 28(3): 270-4.
- RIBEIRO, MRC; SILVA, AA; ALVES, MT, et al. **Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luis, Brazil.** *BMC Pregnancy and childbirth*; 2014; 14:66.
- SILVA, Elisabete Pereira; LUDERMIR, Ana Bernarda; ARAUJO, Thália Velho Barreto de and VALONGUEIRO, Sandra Alves. **Freqüência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.6, pp. 1044-1053. Epub Oct 14, 2011.
- SILVA, Raquel de Aquino; ARAUJO, Thália Velho Barreto de; VALONGUEIRO, Sandra and LUDERMIR, Ana Bernarda. **Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.46, n.6, pp. 1014-1022.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDOLLAHI, Fatemeh; DELAVAR, Mouloud A.; CHARAT, Jamshid Y. **Physical violence against pregnant women by an intimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran.** *J. Family community Med.*, 2015 jan-apr; 22(1):13-18.
- ACOSTA, Daniele Ferreira; GOMES, Vera Lucia de Oliveira e BARLEM, Edison Luiz Devos. **Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2013, vol.26, n.6, pp. 547-553. ISSN 1982-0194.
- AHMED, S; KOENIG, M.A; STEPHENSON, R. **Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India.** *Am. J. Public Health*; 2006, aug. 96(8):1423-8.
- ALMEIDA, Clementina Pires de; SÁ, Eduardo; CUNHA, Flávia e PIRES, Emerlinda P. Violence during pregnancy and its effects on mother-baby relationship during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* Vol. 31 (4):370-380. 2013.
- ALMEIDA, Luana Rodrigues de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da and MACHADO, Liliane dos Santos. **O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2014, vol.18, n.48, pp. 47-60. ISSN 1807-5762
- ALVES, Mercia Maria Rodrigues; ALVES, Sandra Valongueiro; ANTUNES, Maria Bernadete de Cerqueira; SANTOS, Dirce Luiza Pereira dos. **Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação.** *Rev Saúde Pública* 2013;47(2):283-91
- ANDRADE, Clara de Jesus Marques e FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 591-595. ISSN 0080-6234.
- [AS-SANIE S; CLEVENGER LA; GEISSER ME; WILLIAMS DA; ROTH RS. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol*; 210\(4\): 317.e1-8, 2014 Apr.](#)
- ATALLAH, Alavaro Nagib e CASTRO, Aldemar Araújo. Revisão Sistemática de

- Literatura e metanálise: a melhor forma de evidencia para a tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. Cap. 2. Disponível em: http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/apl/artigos/artigo_530.pdf Acessado em março 2015.
- AUDI, Celene Aparecida Ferrari; CORREA, Ana M. Segall; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira and SANTIAGO, Silvia M.. **Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade.** *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2008, vol.84, n.1, pp. 60-67. ISSN 1678-4782.
- AUDI, Celene Aparecida Ferrari et al. **Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo.** *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.2, pp. 587-594. ISSN 1413-8123
- AZEVEDO, Ana Carolina da C.; ARAUJO, Thália Velho Barreto de; VALONGUEIRO, Sandra e LUDERMIR, Ana Bernarda. **Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.12, pp. 2394-2404. ISSN 0102-311X.
- BANDO, Daniel H. et al. **Suicide rates and trends in São Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: a joinpoint regression analysis.** *Rev. Bras. Psiquiatr.*[online]. 2012, vol.34, n.3, pp. 286-293. ISSN 1516-4446.
- BARALDI, Ana Cyntia Paulin; ALMEIDA, Ana Maria de; PERDONA, Gleici Castro e VIEIRA, Elisabeth Meloni. **Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?** *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2012, vol.12, n.3, pp. 307-318. ISSN 1519-3829.
- BARROS, C; SCHRAIBER, L.B; FRANÇA-JUNIOR, I. **Associações entre VPI contra a mulher e infecção por HIV.** *Ver. Saúde Pública*, 2011; 45(2): 365-72.
- BARSTED LAL. **Uma vida sem violência é um direito nosso: propostas de ação contra a violência intrafamiliar no Brasil.** Brasília: Comitê Interagencial de Gênero/Organização das Nações Unidas/Secretaria Nacional dos Direitos Humanos/Ministério da Justiça; 1998.
- BARSTED, Leila Linhares. **Uma Vida sem violência: O desafio das mulheres.** *Observatório da Cidadania*, 2004, p. 53-60. In:

- http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/panorbrasileiroc2004_bra.pdf
- BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo. II volume – A experiência vivida.** 2ª edição. Trad. Sérgio Milliet. Ed. Difusão Européia do livro – São Paulo, 1967.
- BELL, Kathrin M; NAUGLE, Ammy E. **Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework.** *Elsevier - Clinical Psychology Review* 28 (2008) 1096–1107.
- BESSA, Maria Misrelma Moura; DREZETT, Jefferson; ROLIM, Modesto; ABREU, Luiz Carlos de. **Violência contra a mulher durante a gravidez: revisão sistematizada.** *Reprodução & Climatério*, mai-ago 2014, Vol 29(2):71-79.
- BEYDOUN, HA; BEYDOUN, MA. **Invited commentary: disclosure of gender-based violence in developing countries.** *Am J Epidemiol*; 179(5): 613-8, 2014 Mar 1.
- BOMFIM, Elisiane Gomes; LOPES, Marta Julia Marques, PERETO, Marcele. **Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher.** *Escola Anna Nery Ver Enfermagem* 2010, jan-mar; 14(1): 97-104.
- BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDAO, Elaine Reis e CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. **Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.28, pp. 165-174. ISSN 1807-5762.
- BOTEGA, Neury José et al. **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.12, pp. 2632-2638. ISSN 0102-311X.
- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa. CONASS, documenta n. 15.** Brasil, 2007, 1ª edição.
- BRASIL, LEI 8069, de 13 de julho de 1990.** *Estatuto da Criança e do adolescente. Art. 245*
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- BRASIL, **LEI Nº 6259, de 30 de outubro de 1975.** Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm
- BRASIL, **LEI Nº 11.340, de 07 de agosto de 2006** – Lei Maria da Penha. Página on line: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

BRASIL, Ministério da Saúde, **LEI N° 10778, de 24 de novembro de 2003.**

Página on line: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm

BRASIL, **Lei 13.104 de 09 de março de 2015**, sobre o feminicídio. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm pesquisado em abril de 2015.

BRASIL, **Decreto Legislativo nº 26 de 22 de junho de 1994.** *Diário Oficial – Imprensa Nacional.* Ano CXXXII nº 118. Brasília, 23 de junho de 1994.

Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/06/1994>

. Pesquisado em novembro 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria 1876, de 14 de agosto de 2006.** Página

on line: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1876.htm>

BRASIL. Senado Federal. **Pesquisa sobre violência doméstica contra a mulher – Relatório Analítico.** *Datasenado.* Secretaria de Pesquisa e Opinião Pública. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS 104, de 25 de janeiro de 2011.**

Página on line: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS 737, de 16 de maio de 2001 -** Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Página on line: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** Em: tabnet.datasus.gov.br - Estatísticas vitais/ mortalidade - 1996 a 2012 pelo CID 10/ mortalidade geral/ Abrangência geográfica Brasil por região e unidade de federação. (Pesquisado em fevereiro/2015).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde de a vigilância de saúde da mulher.** In: Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ed. Ministério da Saúde; 2012.; p. 345-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Operacional para redução da transmissão**

- vertical do HIV e Sífilis no Brasil.** 2007.
- BROOME, M. E. **Integrative literature reviews in the development of concepts.** In: RODGERS, B. L. and KNAFL, K. A. (eds). *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.* pp 193-210. Philadelphia, PA: W. B. Saunders. 1993.
- CAPELLE, Monica Carvalho Alves; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes; BRITO, Maria José Menezes e BRITO, Mozar José de. **Uma análise da dinâmica do poder e das relações de gênero no espaço organizacional.** *RAE-eletrônica*, v.3, n.22, Art.22, jul./dez.2004. Fundação Getúlio Vargas.
- CAMPBELL, J. **Health consequences of intimate partner violence.** *The Lancet.* Vol 359 (9314): 1331-1336. April 2002.
- CARREIRA, D; PANDJIARJIAN, V. **Vem pra roda! Vem pra Redel!: Guia de Apoio à construção de Redes de Serviços para o enfrentamento da Violência contra a mulher.** São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003.
- CARVALHO-BARRETO, André de; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro; ALMEIDA, Paulo César de e DESOUZA, Eros. **Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica.** *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2009, vol.22, n.1, pp. 86-92. ISSN 0102-7972.
- CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth and HIRAKATA, Vania Naomi. **Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.48, n.5, pp. 758-765. ISSN 0034-8910.
- CHAMBLISS, Linda. **Intimate Partner Violence and its Implication for Pregnancy.** *Clinical Obstetrics & Gynecology.* June 2008; 52(2): 385-97.
- CHANG, Jeani; BENG, Cynthia; SALTZMAN, Linda; HERNDON, Joy. **Homicide: A leading cause of injury deaths pregnant and postpartum women in the United States 1991-1999.** *American Journal of Public Health* 2005. Vol 95(3):471-477.
- CLEAK, Hellen; SCHOFIELD, Margot, BICKERDIKE, Andrew. **Efficacy of family mediation and the role of family violence: study protocol.** *BMC Public Health.* 2014; 14: 57.
- CONCHA-EASTMAN, Alberto e MALO, Miguel. **Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde.** *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, supl. pp. 1179-1187. ISSN 1413-8123.

- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - **Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos**. Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2011. 244 p.
- COOPER, H.M .**Integrating Research : a guide for literature reviews**. London SAGE publication, 2 ed, v.2 .155p,1989.
- DAHLBERG, Linda L. e KRUG, Etienne G. **Violência: um problema global de saúde pública**. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, supl. pp. 1163-1178. ISSN 1413-8123.
- DANTAS-BERGER, Sônia Maria e GIFFIN, Karen. **A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.21, n.2, pp. 417-425. ISSN 0102-311X.
- DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K.M. **Healthcare services and violence during pregnancy: perspectives and practices of healthcare professionals and teams in a public hospital in Rio de Janeiro**. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.391-405, abr./jun. 2011.
- DAVIDSON, L L; GRISSO, J A; GARCIA MORENO, C et al. **Training programs for healthcare professionals in domestic violence (Structured abstract)**. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine* 2001;10(10) :953-969.
- DE FERRANTE, Fernanda Garbelini; SANTOS, Manoel Antônio dos e VIEIRA, Elisabeth Meloni. **Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.31, pp. 287-299. ISSN 1807-5762.
- DELEUZE, Gilles; GUATARY, Félix. **Como produzir um corpo sem órgãos?** In: Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia volume 3. 1996, ed. 34, São Paulo.
- DESLANDES S.F. **O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas? "**. *Ciênc. Saúde Coletiva*.1999;4(1):81-94.
- DESLANDES SF, Gomes R, Silva CMFP. **Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro**. *Cad. Saúde publica*.2000;16(1):129-37.
- DEVRIES, KM; KISHOR, S; JOHNSON, H;STÖCKL, H; BACCHUS, LJ; GARCIA-MORENO, C; WATTS, C. **Intimate Partner Violence during Pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries**. *Reprod Health Matters*. 2010 nov; 18(36):158-70.

- DIAS, Elsa Oliveira. **Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento.** *Nat. hum.* [online]. 2000, vol.2, n.1, pp. 9-48. ISSN 1517-2430.
- DINIZ, Normélia Maria Freire et al. **Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2011, vol.64, n.6, pp. 1010-1015. ISSN 0034-7167.
- DINIZ, Normélia Maria Freire et al. **Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2004, vol.57, n.3, pp. 354-356. ISSN 0034-7167.
- DINIZ, Normélia Maria Freire; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; RODRIGUES, Adriana Diniz e FREITAS, Daniela Santos de. **Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2007, vol.20, n.3, pp. 321-325. ISSN 1982-0194.
- DJIKANOVIC, Bosiljka; KING, Elizabeth J.; BJEGOVIĆ-MIKANOVIC, Vesna. **Gender Differences in Health Symptoms Associated with the Exposure to Physical Violence in Family: Data from the 2006 National Health Survey in Serbia.** - Gender Issues In Violence And Trauma. *Journal of Family Violence*, september 2013, New York.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência contra mulheres: Interfaces com a saúde.** *Interface: comunic saúde educ.* Agosto 1999.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas. **Violência de Gênero, Necessidades de Saúde e uso de serviços em Atenção Primária.** (Dissertação Doutorado). Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo, 2000.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia; PIRES Lucas et al. **Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 299-311. Epub 06-Mar-2009. ISSN 0034-8910.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima; HANADA, Heloisa e DURAND, Julia. **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 1037-1050. ISSN 1413-8123.
- D'OLIVEIRA, Carlos Felipe. **Atenção a jovens que tentam o suicídio: é possível prevenir.** In: *Violência faz mal à saúde. Parte 3. Capítulo XVI.* Ministério da Saúde 2004.

- DURAND, Julia Garcia. **Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo (dissertação)**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Medicina Preventiva. São Paulo, 2005.
- DURAND, Julia Garcia; SCHRAIBER; Lilia Blima. **Violência na Gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde na grande São Paulo: Prevalência e fatores associados**. *Revista Brasileira de Epidemiol.* 2007; 10(3);310-22.
- DUTTON, Donald G.; WHITE, Katherine r. **Attachment insecurity and intimate partner violence**. Elsevier: *Aggression and Violent Behavior* 17 (2012) 475–481.
- ECKHARDT, Christopher I; BARBOUR, Krista A. **Anger and hostility in martially violent men: conceptual distinctions, measurement issues, and literature review**. *Clinical Psychology Review*, Vol. 17, No. 4, pp. 333-358, 1997.
- ECKHARDT, Christopher; NORLANDER, Bradley, DEFFENBACHER, Jerry. **The assessment of anger and hostility: a critical review**. Pergamon - *Aggression and Violent Behavior* 9: 17–43, 2004.
- ESPINOZA, Henry and CAMACHO, Alma Virginia. **Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality**. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2005, vol.17, n.2, pp. 123-129. ISSN 1020-4989.
- FERNANDEZ, F.M; KRUEGER, P.M. [Domestic violence: effect on pregnancy outcome](#). *J. Am. Osteopath association*. 99(5):254-6. 1999, may.
- FERRARI, Ilka Franco. **A psicanálise no mundo da Ciência**. *Psicologia em Revista*. Vol 11:89-91. 2002.
- FERRARI, Ilka Franco. **Agressividade e Violência**. *Psic. Clin.* Rio de Janeiro, vol 18(2):49-62. 2006.
- FERREIRA, Marcela de Freitas et al. **Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2015, vol.31, n.1, pp. 161-172. ISSN 0102-311X
- FERREIRINHA, Isabella Maria Nunes and RAITZ, Tânia Regina. **As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas**. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 367-383. ISSN 0034-7612.

- FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Masculinidades e Cuidado: Diversidade e Necessidades de Saúde dos Homens na Atenção Primária.** (Dissertação Doutorado). Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo, 2008.
- FINNBOGADÓTTIR, Hafrún; DYKES, Anna-Karin, and WANN-HANSSON, Christine. **Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden.** BMC Womens Health. may 2014; 14: 63
- FONSECA-MACHADO, M.O; ALVES, L.C;MONTEIRO, J.C.S ET AL. **Saúde Mental da mulher vítima de violência por parceiro íntimo durante a gestação.** *Invest. Y educación em enfermeria.* Vol. 32(2); 2014.
- FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas,** Rio de Janeiro, 3ª edição, Nau Editora/ Editora Trarepa Ltda., 2002.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Trad Roberto Machado. 16ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** 20 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: I – A vontade de saber.** 13ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1999.
- FOUCAULT, Michel. **O sujeito e o poder.** In: DREYFUS, Hubert L. e RABINOW, Paul. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.
- FOUCAULT, Michel: **Tecnologias del yo. Y otros textos afines.** 1ª ed. Barcelona: Padós Ibérica, 1990, 150 pgs. (Coleção Pensamiento Contemporáneo, 7).
- FREUD, Sigmund. (1933 [1932]). **Por que a guerra?** (Einstein e Freud) (Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 22). Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **A mulher brasileira nos espaços público e privado.** VENTURA, G; RECOMÁN, M; OLIVEIRA, S. (Orgs). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. pp 20-30; 227-237.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público e privado: Pesquisa de Opinião Pública.** VENTURA, G.; BOKANY, V; DIAS, R (Orgs.). Agosto de 2010.
- GALVAO, Elaine Ferreira e ANDRADE, Selma Maffei de. **Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil.** *Saude soc.* [online]. 2004, vol.13, n.2, pp. 89-99. ISSN 0104-1290

- GARCIA-MORENO, C.; HEISE, I.; JANSEN, HÁ; ELLSBERG, M.; WATTS, C. **Public Health: Violence against women.** *Science*, 2005; 210(5752): 1282-3.
- GIFFIN, Karen. **Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 146-155, 1994.
- GOMES, Nadielene Pereira; DINIZ, Normélia Maria Freire; ARAUJO, Anne Jacob de Souza e COELHO, Tâmara Maria de Freitas. **Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2007, vol.20, n.4, pp. 504-508. ISSN 1982-0194
- GOMES, Romeu, MINAYO, Maria Cecília Souza, SILVA, Cláudio Felipe Ribeiro da. **Violência contra mulher: Uma questão e transcultural das relações de gênero.** In: Impactos da Violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- GOMES-BELOZ, A.; WILLIAMS, M.A; SANCHES, S.E; LAM, N. **INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND RISK FOR DEPRESSION AMONG POSTPARTUM WOMEN IN LIMA, PERU.** *VIOLENCE VICT.* 2009, 24(3):380-98.
- GRANJA, A.C; ZACARIAS, E; BERGSTROM, S. **Violence Deaths: the hidden face of maternal mortality.** *Bjog* 2002; 109(1): 5-8.
- GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da e FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2009, vol.13, n.3, pp. 625-631. ISSN 1414-8145.
- GUTMANIS, I; BEYNON, C; TUTTY, L; WATHEN, CN, et all. **Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physician and nurses.** *BMC Public Health* 2007.
- HANE, B; ELLSBERG, M. **Violência contra as mulheres: efeitos sobre a saúde reprodutiva.** PATH – Programa para Tecnologia apropriada em Saúde. *Rev. Outlook.* Vol20 (1). Novembro 2002.
- HASSE, Mariana. **Percepções de Médicos e Enfermeiros acerca da violência contra a mulher: uma análise comparativa.** Tese (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo, 2011.
- HEIBRUM, C.G.; MILLER, N.K.(orgs). **Gender and the politics of story.**
- HEISE, Lori. **Gender-based abuse: the global epidemic.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1994, vol.10, suppl.1, pp. S135-S145. ISSN 0102-311X.

- HEISE, Lory; ELLSBERG, Mary; GOTTEMOELLE, Megan. **Ending Violence against Women**. Population reports [0887-0241] 1999 vol:27 iss:4 pg:1.
- HOLT, Stephanie; BUCKLEY, Helen; WHELAN, Sadhbh. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. Elsevier - **Child Abuse & Neglect** 32 (2008) 797–810.
- HOURY, Debra; KEMBALL, Robin S.; CLICK, Lorie A.; KASLOW, Nadine J. Screen for intimate partner violence victims in the emergency department. *Acad. Emerg Med.* 2007 Mar; 14(03):202-209.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Em: www.ibge.gov.br - população/censo 2010/ estatística de genero/ temas: população/ indicadores: total da população
- JAMSHIDIMANESH, M; SOLEYMANI, M; EBRAHIMI, E; HOSSEINI, F. **Domestic Violence against pregnant women in Iran**. *J. Family Reprod. Health.* 2013, mar. 7(1): 7-10.
- JONG, Lin Chau; SADALA, Maria Lúcia Araújo e TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. **Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.4, pp. 744-751. ISSN 0080-6234.
- KIND, Luciana; ORSINI, Maria de Lourdes P et all. **Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro Set 2013. 29(9): 1805-15.
- KISS, Lúgia Bittencourt e SCHRAIBER, Lilia Blima. **Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.3, pp. 1943-1952. ISSN 1413-8123.
- KRONBAUER, José Fernando Dresch e MENEGHEL, Stela Nazareth. **Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.39, n.5, pp. 695-701. ISSN 0034-8910.
- KRUG, E; DAHLBERG, L.L; MERCY, J.A ET AL. (editores). **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.
- LABRONICI, Liliana Maria. **Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012, vol.21, n.3, pp. 625-632. ISSN 0104-0707.

- LABRONICI, Liliana Maria; FERRAZ, Maria Isabel Raimondo; TRIGUEIRO, Tatiane Herreira e FEGADOLI, Débora. **Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 126-133. ISSN 0080-6234.
- LÉVY, André. **Pensar a violência ou os limites do político.** *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, vol 10(16):191-209, dez. 2009.
- LISPECTOR, Clarice. **A paixão segundo GH.** Editora Rocco, Rio de Janeiro: 1964.
- LOURO, Guacyra Lopes. **Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas.** *Pro -Posições*, v. 19, n. 2 (56) - maio/ago. 2008.
- MARCACINE, Karla Oliveira et al. **Prevalência de violência por parceiro íntimo relatada por puérperas.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2013, vol.26, n.4, pp. 395-400. ISSN 1982-0194.
- MARTINS, Joseane Barbosa. **As relações de gênero nas organizações e as estruturas de poder no contexto foucaultiano.** Trabalho de conclusão de Curso. Faculdade Monteiro Lobato – Porto Alegre, jul 2012.
- MCFARLANE, J; PARKER, B; SEKEN K; BULLOCK, L. **Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care.** *Jama.* 1992, jun 17, 267 (23): 3176-8.
- MCFARLANE, J; CAMPBELL, J.C; SHARPS, P; WATSON, K. **Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for a women's health.** *Obstet Gynecol.* 2002, jul; 100(1):27-36.
- MEAD, Margareth. **Sexo e temperamento em três sociedades primitivas.** 1935.
- MEDINA, Ana Beatriz Campos; PENNA, Lucia Helena Garcia. **Violência na Gestação: um estudo da reprodução científica de 2000 a 2005.** Escola Ana Nery. *Ver. Enferm* 2008 dez; 12(4):793-98.
- MENEZES, Paulo Ricardo de Macedo et al. **Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral.** *Saude soc.* [online]. 2014, vol.23, n.3, pp. 778-786. ISSN 0104-1290.
- MENEZES, Telma Cursino; AMORIM, Melania Maria Ramos de; SANTOS, Luiz Carlos e FAUNDES, Aníbal. **Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2003, vol.25, n.5, pp. 309-316. ISSN 0100-7203.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza e SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Violência e**

- saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.** *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 1997, vol.4, n.3, pp. 513-531. ISSN 0104-5970.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, supl., pp. 1259-1267. ISSN 1413-8123.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência: Um problema para a Saúde dos Brasileiros.** In: Impactos da Violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- MORAES Cláudia Leite, REICHENHEIM Michel Eduardo. **Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil.** *Int J Gynecol Obstet.* 2002;79:269–277.
- MORAES, Claudia Leite; ARANA, Flávia Dias Nogueira e REICHENHEIM, Michael Eduardo. **Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.4, pp. 667-676. ISSN 0034-8910.
- MOREIRA, Tatiana das Neves Fraga; MARTINS, Cleide Lavieri; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz e SCHRAIBER, Lilia Blima. **A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família.** *Saude soc.* [online]. 2014, vol.23, n.3, pp. 814-827. ISSN 0104-1290.
- MOSÉ, Viviane. **Pensamento Chão.** In: Para uma nova Gramática. Ed. Record, 2001.
- MOURA, Anna Tereza M. Soares de and REICHENHEIM, Michael E..**Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde?** A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil.*Cad. Saúde Pública*[online]. 2005, vol.21, n.4, pp. 1124-1133. ISSN 0102-311X
- NASCIMENTO, Edna de Fátima Gonçalves Alves do; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto e SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, n.6, pp. 1229-1238. ISSN 0102-311X.
- NAUMANN, P; LANGFORD, D; TORRES, S ET ALL. **Women battering care practice.** *Fam. Pract*, 1999, Aug; 16(4):342-52.

- NORLANDER, Bradley; ECKHARDT, Christopher. **Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review.** *Clinical Psychology Review* 25 (2005) 119–152.
- ODÁLIA, Nilo. **O que é violência?** Coleção Primeiros Passos, vol 85. São Paulo: Ed. Brasiliense. 2ª edição, 1983.
- OKADA, Márcia Massumi et al. **Violência doméstica na gravidez.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2015, vol.28, n.3, pp. 270-274. ISSN 1982-0194
- OLIVEIRA, Ane R e D'OLIVEIRA, Ana Flávia P L. **Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP).** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.5, pp. 868-876. ISSN 0034-8910
- PALERMO, T; BLECK,J; PETERMAN, A. **Tipo f the iceberg: reporting and gender-based violence in developing countries.** *Am. Journal Epidemiology*; 2014; 179(5): 602-12, mar,1.
- PASSOS, Izabel C. Friche - **Violência e relações de poder** - *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(2): 234-241
- PIOSIDALO, Laura Christina Macedo; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da e GESSNER, Rafaela. **Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2014, vol.18, n.4, pp. 728-733. ISSN 1414-8145.
- PIVA, Ângela; SEVERO, Ariane, DARIANO, Jussara – **Formas de Subjetivação e Desubjetivação Contemporânea** - *Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n.02, Abr/Mai/Jun 2007 pp.63-77.
- POOL, Michele Sharon; OTUPIRI, Easmon; OWUSU-DABO, Ellia. **Physical violence during pregnancy and pregnancy outcomes in Ghana.** *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14: 71.
- PORCHAT, Patrícia. **A noção de gênero como operadora conceitual na clínica psicológica.** In: *Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos.* Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2011. p.41-48.
- possibilidades e os limites de enfrentamento.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2011, vol.19, n.6, pp. 1421-1428. ISSN 0104-1169.
- PROGIANTE, Patricia Saram et al. **Prevalence of temporomandibular disorders and orofacial pain in battered women in Brazilian shelters.** *Rev. odonto ciênc. (Online)* [online]. 2011, vol.26, n.3, pp. 227-231. ISSN 1980-6523.

- QUELOPANA, A.M. **Violence against women and postpartum depression: the experience of Chilean women.** *Women & Health*, jul. 2012; vol. 52(5):437-453.
- RACHANA, C; SURAIYA, K; HISHAM, A.S; ABDULAZIS, A.M. **Prevalence and complications of physical violence during pregnancy.** *Eur. J. Obst Gynecol Reprod Biol.*103(1):26-9; 2002 junh 10.
- RAMSAY, Jean; RICHARDSON, Jo; CARTER, Yvonne H et all. **Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review.** Primary care - BMJ Volume 325 10 August 2002
- REINCHENHEIN, M.E; MORAES, C.L; LOPES, C.S; LOBATO, G. **The role of intimate-partner violence and other health-related social factors on pospartum common mental disorders: a survey-based structural equation modering analysis.** *BMC Public Health*,2014; 14.
- REICHENHEIM, Michael Eduardo; DIAS, Alessandra Silva e MORAES, Claudia Leite. **Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.4, pp. 595-603. ISSN 0034-8910.
- REINCHENHEIM, Michel Eduardo; MORAES, Claudia Leite e HASSELMANN, m.h. **The magnitude of intimate partiner violence in Brazil: portrait from 15 capital cities and Federal District.** *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(2):425-37.
- RESSEL, Lúcia Beatriz and GUALDA, Dulce Maria Rosa. **A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2003, vol.37, n.3, pp. 82-87. ISSN 0080-6234.
- RIBEIRO, Marizélia Rodrigues C.; DA SILVA, Antônio Augusto Moura; ALVES, Maria Teresa Seabra S. De Brito. **Psychological violence against pregnant women in prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luiz, Brasil.** *BMC Pregnancy Childbirth*; 14: 66, 2014.
- REZENDE, Edson José Carpintero et al. **Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG.** *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2007, vol.10, n.2, pp. 202-214. ISSN 1980-5497.
- RODRIGUEZ-BORREGO, María-Aurora; VAQUERO-ABELLAN, Manuel e ROSA, Liana Bertagnolli da. **Estudo transversal sobre fatores de risco de violência**

- por parceiro íntimo entre enfermeiras.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2012, vol.20, n.1, pp. 11-18. ISSN 0104-1169.
- ROHLFS, Izabella and VALLS-LLOBET, Carme. **Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública.** *Gac Sanit* [online]. 2003, vol.17, n.4, pp. 263-265. ISSN 0213-9111.
- ROUDINESCO, Élisabeth. **A família em desordem.** Trad. Anfré Telles, Rio de Janeiro: Jorge Zahar editores, 2003.
- SAFFIOTI, Heleieth. **Já se mete a colher em briga de marido e mulher.** *São Paulo Em Perspectiva*, 13(4) 1999.
- SAFFIOTI, Heleieth I.B.. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cad. Pagu* [online]. 2002, n.16, pp. 115-136. ISSN 0104-8333.
- SAFFIOTI, Heleieth. **A mulher na sociedade de classes – mito e realidade.** Petrópolis: editora vozes, 1976.
- SALCEDO-BARRIENTOS, Dora Mariela; MIURA, Paula Orchiucci; MACEDO, Vanessa Dias e EGRY, Emiko Yoshikawa. **Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez?.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2014, vol.22, n.3, pp. 448-453. ISSN 0104-1169.
- SALIBA, Orlando; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Isper and DOSSI, Ana Paula. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.3, pp. 472-477. ISSN 0034-8910.
- SANCHEZ, Sixto E.; ALVA, Andrea v.; DIEZ-CHANG, Guillermo; QIU, Chungfang et al. **“Risk of spontaneous Preterm Birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru.** *Maternal and Child Health Journal*. April, 2013 vol 17(3): 485-492.
- SÃO PAULO, Assembléia Legislativa: **LEI nº 14.545, de 14 de setembro de 2011**
- SARKA, N.N. **The intimate partner violence on women’s reproductive health and pregnancy outcome.** *J Obstet Gynaecol*. 2008 Apr;28(3):266-71. doi: 10.1080/01443610802042415. Review.
- SARTI, Cynthia Andersen; BARBOSA, Rosana Machin e SUAREZ, Marcelo Mendes. **Violência e gênero: vítimas demarcadas.** *Physis* [online]. 2006, vol.16, n.2, pp. 167-183. ISSN 0103-7331.
- SAVONA-VENTURA, C.; SAVONA-VENTURA, M; DRENGSTED-NIELSEN, S.;

- JOHANSEN, K.S. **Domestic abuse in a central Mediterranean pregnant population.** *Eur J Obstet Gynecology Reprod Biol*; 98(1):3-8; 2001, sept.
- SCARANTO, Catarina Antunes Alves; BIAZEVIC, Maria Gabriela Haye e MICHELCROSATO, Edgard. **Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher.** *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2007, vol.27, n.4, pp. 694-705. ISSN 1414-9893.
- SCHRAIBER, Lilia B. and D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. **Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde.** *Interface (Botucatu)* [online]. 1999, vol.3, n.5, pp. 13-26. ISSN 1807-5762.
- SCHRAIBER, Lilia Blima, D'OLIVEIRA, Ana Flávia; HANADA, Heloisa; FIGUEIREDO, Wagner; et al. **Violência vivida: a dor que não tem nome.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2003, vol.7, n.12, pp. 41-54. ISSN 1807-5762.
- SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.5, pp. 797-807. ISSN 0034-8910.
- SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia, COUTO, Márcia Thereza. **Violência e Saúde: Contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos de violência contra mulher.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:p.205-2016. 2009.
- SCHRAIBER, Lilia Blima; D'Oliveira, Ana Flávia P. L.; FRANÇA-JUNIOR, Ivan, et al. **Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.4, pp. 658-666. ISSN 0034-8910.
- SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.5, pp. 797-807. ISSN 0034-8910.
- SHNEYDERMAN, Yuliya; KIELY, Michele. **Intimate-Partner Violence during Pregnancy: Victim or perpetrator? Does it makes difference?** *BJOG*, 2013, oct; 120(11):1375-1385.
- SCOTT, Joan W. **Gender: An useful category of historical analyses: Gender and the politics of history.** Nova York: Columbia University Press, 1989.
- SCOTT, Joan W. **O enigma da igualdade. Estudos Feministas.** Florianópolis, 13(1): 216, p. 11-30, jan.-abr. 2005

- SHAH PS, SHAH J. **Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses.** Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. *J Womens Health (Larchmt)* 2010;19(11):2017–2031. doi: 10.1089/jwh.2010.2051
- SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela e PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. **Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.6, pp. 1230-1240. ISSN 0102-311X.
- SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; COELHO, Elza Berger Salema and NJAINE, Kathie. **Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.4, pp. 1255-1262. ISSN 1413-8123.
- SILVA, Aline Gaudard e; MORAES, Cláudia Leite; REINCHENHEIM, Michael Eduardo. **Violência Física entre parceiros Íntimos: Um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em Unidades Básicas de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil?** *Cad. De Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(7):1359-1370, jul 2012.
- SILVA, Elisabete Pereira; LUDERMIR, Ana Bernarda; ARAUJO, Thália Velho Barreto de; and VALONGUEIRO, Sandra Alves. **Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez.** *Rev. Saúde Pública*[online]. 2011, vol.45, n.6, pp. 1044-1053. Epub Oct 14, 2011. ISSN 0034-8910.
- SILVA, Luciane Lemos da; COELHO, Elza Berger Salema e CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. **Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2007, vol.11, n.21, pp. 93-103. ISSN 1807-5762.
- SKAGERSTRÓN, Janna; CHANG, Grace; NILSEN, Per. **Predictor of drinking during pregnancy: a systematic review.** *Journal of women's health*. Vol. 20 (6):901-913. 2011.
- SOUSA, Ane Karine Alkmim de; NOGUEIRA, Denismar Alves e GRADIM, Clícia Valim Côrtes. **Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil.** *Cad. saúde colet.* [online]. 2013, vol.21, n.4, pp. 425-431. ISSN 1414-462X.
- STEVENS K.R. **Systematics Reviews: The Heart Of Evidence-Based Practice**

Aacn Clinical Issues, v.12, n.4, p. 529-538,2001.

- STITH, Sandra M.; SMITH, Douglas B et all. **Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review.** Pergamon - Aggression and Violent Behavior 10 (2004) 65–98.
- STOPPINO, Mario. **Violência (verbeta).** In: BOBBIO, Norberto e outros. Dicionário de política. Tradução Carmen C. Varriallle e outros. Brasília: Edunb, 1992, p. 1291-98. (Vol. 2).
- TORRES, Iraídes Caldas. **A perspectiva de poder em Foucault e suas conexidades com as relações de gênero.** Rev. Pensam. Real., ano IV, nº9/2001.
- VIEIRA, L.J.E., FREITAS, M.L.V; PORDEUS, A.M.J. et al: **Amor não correspondido”: discursos de adolescentes que tentaram suicídio.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5):1825-1834, 2009.
- VIELLAS, E.F; GAMA, S.G.N;CARVALHO, M.L ET AL. **Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn.** *Jornal de Pediatria (RJ)*. 2013; 89(1) 83-90.
- VILHENA, Junia de e MAIA, Maria Vitória. **Agressividade e violência: reflexões acerca do comportamento anti-social e sua inscrição na cultura contemporânea.** *Rev. Mal-Estar Subj.* [online]. 2002, vol.2, n.2, pp. 27-58. ISSN 1518-6148.
- WEAVER Terri L.; GRIFFIN, Michael G. and Mitchell, Elisha R. **Symptoms of Posttraumatic Stress, Depression, and Body Image Distress in Female Victims of Physical and Sexual Assault: Exploring Integrated Responses** *Health Care for Women International* 35(4): 458-75, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who multi-country study on women’s health and domestic violence against women – initial results on prevalence health outcomes and women’s response.** 2005.
- WIIST WH, MCFARLANE J. **The effectiveness of an abuse assessment protocol in public health prenatal clinics.** *Am J Public Health* 1999; 89:1217-21.
- WILKINSON, Deanna L.; HAMERSCHLAG, Susan J. **Situational determinants in intimate partner violence.** Elsevier - Aggression and Violent Behavior 10

(2005) 333–361.

- WILLIAMS, Lucia Cavalcante de Albuquerque. **Lições de Gravelina: Violência fatal contra a mulher**. Revista Olhar, ano 03, nº5-6, jan.-dez/01.
- WINNICOTT, Donald Woods. 1984c [1960]: “Agressão, culpa e reparação”, in “Tudo começa em Casa”. Coleção Psicologia e Pedagogia. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- WINNICOTT, Donald Woods. 1958: **Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional**. in: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
- WISE [Lauren A.](#); PALMER, [Julie R.](#); and ROSENBERG, [Lynn](#). **Lifetime Abuse Victimization and Risk of Uterine Leiomyomata in Black Women**. Am J Obstet Gynecol. 2013 Apr; 208(4): 272.e1–272.e13.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO multi-country study of women’s health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses**. Geneva: World Health Organization; 2005.
- ZALESKI, Marcos et al. **Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool**. Rev. Saúde Pública [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 53-59. ISSN 0034-8910.

Anexos

ANEXOS

ANEXO 1

FICHAS CATALOGADORAS COM NUMERAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS INCLUÍDOS NO ESTUDO.

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados
<p>Código da publicação: E01</p> <p>Tipo publicação: (X) Artigo () Qualitativo () Quali quantitativo</p> <p>Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo</p> <p>Base pesquisada: () PubMed () Scielo (x) BVS () CINAHL</p> <p>Título: Causas Externas e Mortalidade Materna: Proposta de classificação. Ano publicação: 2012</p> <p>Autores: Alves, M. M. R; Alves, S. V; Antunes, M. B. C; Santos, D. L. P.</p> <p>Revista: Revista de Saúde Publica</p> <p>País realização do estudo: Brasil</p> <p>Idioma: Português</p> <p>Universidade/ Centro de Estudos: Departamento de Medicina Preventiva e Social e Materno Infantil – Universidade Federal de Pernambuco – Recife- PE.</p> <p>Local realização estudo: Recife – PE dados de laudos e prontuários do IML, USF e Hospitais.</p> <p>Características da população: mulheres que morreram por causas externas em período gestacional</p> <p>OBJETIVO DA PESQUISA: Analisar os óbitos por causas externas e causas mal definidas em mulheres em idade fértil ocorridos na gravidez e no puerpério precoce.</p> <p>ASPECTOS DA PESQUISA: Relata que segundo a OMS (1993) morte materna é a morte da mulher durante a gestação ou após 42 dias do parto independente da duração ou localização desta gravidez por causas relacionada ou agravada devido esta, mas que não tenham causas acidentais ou incidentais. Traz discussão sobre a morte materna por causas externas não ser considerada, não permitindo dentro do CID 10 que sejam conhecidas as causas de morte por acidentes ou violências, sendo hoje classificadas como O95, morte obstétrica de causa não especificada, o que dificulta o conhecimento do motivo da causa de morte. Propõe a utilização da classificação 093 (de 093.0 a 093.9) proposta por Alves e Antunes, que embora não permita a inserção no SIM, permite um melhor rastreamento local das ocorrências. Foram estudados 399 óbitos de mulheres em idade fértil de Recife, PE, de 2004 a 2006. A pesquisa utilizou o método Reproductive Age Mortality Survey e um conjunto de instrumentos de investigação padronizados. Foram usados como fontes de dados laudos do Instituto Médico Legal, prontuários hospitalares e da Estratégia Saúde da Família e entrevistas com os familiares das mulheres falecidas. Óbitos por causa externa na gravidez foram classificados de acordo com a circunstância da morte usando-se o código 093 e calculadas as razões de mortalidade materna antes e depois da classificação.</p> <p>RESULTADOS: Foram encontrados 18 óbitos na presença de gravidez. A maioria das mulheres tinha entre 20 e 29 anos, de quatro a sete anos de estudo, eram negras, solteiras. Quinze óbitos foram classificados com o código 093 como morte relacionada à gravidez (13 por homicídio – 093.7; dois por suicídio – 093.6) e três mortes maternas obstétricas indiretas (um homicídio – 093.7 e duas por suicídio – 093.6). Houve incremento médio de 35,0% nas razões de mortalidade materna após classificação. Em mais de 70% dos óbitos identificados no estudo, as mulheres estavam no primeiro trimestre da gestação. Granja et al12 (2002) identificaram que 85% das mulheres falecidas por causa externa estudadas tinham menos de 28 semanas de idade gestacional. Os resultados confirmam esses achados e enfatizam a contribuição dos óbitos por causas externas na mortalidade materna. Dois casos de homicídio mostraram envolvimento dos parceiros íntimos com a morte das mulheres, uma por arma de fogo e outra por agressão física. Discutem como a violência doméstica durante a gravidez ou no puerpério precoce é parte dos fatores envolvidos com a mortalidade materna e como não se mensura qual a proporção de mortes maternas é consequente a esse tipo de violência, devido a falhas na classificação CID 10 dos óbitos maternos.</p> <p>1) Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência pelo parceiro íntimo em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()</p> <p>Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()</p> <p>3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()</p> <p>Incluído: (x) Excluído: ()</p>

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E02

Tipo publicação : (X) Artigo

Tipo de estudo: () Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (x) BVS () CINAHL

Título: Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. Ano publicação: 2011

Autores: Audi CA; Segall-Corrêa AM; Santiago SM; Pérez-Escamilla R. País realização do estudo: Brasil

Idioma: Inglês Revista: [Midwifery; 28\(4\): 356-61, 2012 Aug.](#)

Universidade/ Centro de Estudo: Universidade de Campinas – UNICAMP – Faculdade de Ciências Médicas e Universidade de YALE – Escola de Saúde Pública - EUA

Local realização estudo: 10 Unidades de atenção Primária de saúde Pública de Campinas - SP

Características da população: 1379 mulheres grávidas em atendimento pré-natal.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Examinar associação entre violência doméstica – física, psicológica ou sexual – e problemas de saúde reportados por mulheres grávidas que sofreram violência por parceiro íntimo.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Estudo de análise transversal, parte de um estudo coorte sobre mulheres grávidas e cuidados pré-natais em 10 unidades de atenção primária do sistema público de saúde de junho de 2004 a julho de 2006.
- 1379 mulheres foram selecionadas afim de estimar a prevalência de violência doméstica, com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 1%**
- Aplicação de questionário sobre violência e abuso de álcool no dia da consulta pré-natal.
- As mulheres foram abordadas no primeiro contato com os centros de saúde, independente da idade gestacional, até a cota para cada unidade de saúde ser alcançada. Isto foi conseguido pela média de mulheres grávidas atendidas durante o ano por cada unidade.
- As participantes estudadas foram acompanhadas até o 40º dia pós-parto.
- Após ser explicados objetivos e possibilidades de acompanhamento em visitas domiciliares, as participantes que concordaram preencheram questionário em sala reservada na unidade de saúde.
- Mulheres com menos de 28 semanas de gestação e que não tivessem reportado episódio de violência eram chamadas para segunda entrevista afim de verificar se a violência havia ocorrido após o primeiro contato.
- O questionário coletava informações sobre a gestação e sobre seu parceiro íntimo.
- Foi aplicado questionário AUDIT para investigação de padrão de consumo alcoólico, e o questionário sobre violência doméstica foi discutido em dois grupos, um com mulheres vítimas de violência doméstica e outro com mulheres grávidas vitimizadas fora da área de estudo, ajustadas sugestões, foi pré testado dentro da área, sendo oferecido suporte às mulheres que referiam abusos.
- Também foi utilizado questionário validado no Brasil (Estudo Multicêntrico) para mensurar a violência doméstica.

RESULTADOS:

- A idade gestacional média das mulheres foi de 22 semanas na primeira entrevista, com baixo nível de escolaridade e sem acesso adequado aos serviços de saúde necessários.
- Um nível de escolaridade mais baixo foi associado a uma maior probabilidade de ocorrência de cada uma das três categorias de violência.
- A baixa escolaridade foi associada a maior probabilidade de sofrer um dos tipos de violência;
- Violência física e sexual foi significativamente menos prevalente em mulheres que estavam casadas ou em união estável consensual.
- Enxaqueca e relação sexual com múltiplos parceiros esteve significativamente associado com violência psicológica.
- Mais da metade das mulheres relataram enxaqueca durante a gravidez, e aquelas que sofreram insultos, humilhação ou ameaça de seus parceiros tiveram 81% mais chance de ter este sintoma.
- Vítimas de violência psicológica tiveram duas vezes mais chance de apresentar comportamento sexual de risco (sem uso de preservativo com diversos parceiros, que fora relatado por 4,1% das mulheres).
- A prevalência da taxa de mulheres que relataram hipertensão arterial ou sangramento vaginal foi de 10%. Mulheres que sofreram violência física ou sexual tiveram duas vezes mais chance de reportar estes problemas.
- Asma foi reportada por aproximadamente 3% das mulheres grávida, e sua frequência foi de 2,5 vezes maior em mulheres vítimas de violência física ou sexual.
- Infecções urinárias foram reportadas por 23,7% das grávidas, e infecções ginecológicas, como vaginites e pruridos vaginais, dor em baixo ventre, dor vaginal e dor na relação sexual foram reportadas por 25% das grávidas, e mulheres vítimas de violência psicológica, física e sexual tiveram duas vezes mais probabilidade de apresentar estes sintomas.

- Corrimento vaginal foi reportado por 10% das mulheres, e vítimas dos 3 tipos de violência apresentavam 50% maior probabilidade de apresentar o sintoma.
- Falta de desejo sexual e sentimento de rejeição foram reportados com mais frequência por mulheres vítimas de violência psicológica.
- Violência física ou sexual aumentou em 70% a chance de comportamentos sexuais de risco, e aumentou em até quatro vezes a possibilidade de falta de desejo sexual.
- Após ajuste das variáveis, a violência doméstica manteve-se associada a vários eventos negativos de saúde durante a gravidez.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (X) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (X) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim () Não (X)

OBS: Apesar de ser um ótimo estudo com bom desenho metodológico e análise estatística, com dados sobre violência por parceiro íntimo, não fica claro a separação dos dados entre violência doméstica e violência por parceiro íntimo, o que não garante que os resultados sejam decorrentes apenas da VPI.

Incluído: () Excluído: (X)

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E03

Tipo publicação: (X) Artigo

Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Qualiquantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (x) BVS () CINAHL

Título: Violência pelo parceiro íntimo e gravidez não pretendida: prevalência e fatores associados

Ano publicação: 2013

Autores: Azevêdo, Ana Carolina da C.; Araújo, Thália Velho Barreto de; Valongueiro, Sandra; Ludermir, Ana Bernarda.

País realização do estudo: Brasil

Revista: Revista de Saude Publica **Idioma: Inglês**

Universidade/ Centro de Estudo: Universidade Federal de Pernambuco – Recife- PE. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Local realização estudo: Unidades de Saúde de Recife - PE

Características da população: 1121 mulheres de 18 a 49 anos grávidas, que estivessem em um relacionamento há pelo menos 6 meses, independente de união formal ou coabitação.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Investigar a violência por parceiro íntimo e os resultados perinatais adversos.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Foram selecionadas 1133 mulheres, participando 1121 (99%) de entrevista, usando-se questionário estruturado com perguntas fechadas realizadas por entrevistadoras do sexo feminino com formação universitária. Era avaliada também a intenção de gravidez pela entrevistada e por seu parceiro, e questões sobre agressões físicas, psicológicas e sexuais de acordo com questionário validado em pesquisa no Brasil - WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence, com controle de variáveis de controle sociodemográfico, da dinâmica do relacionamento e de aspectos referentes à atitudes e intenções à gravidez.

RESULTADOS:

- Violência por parceiro íntimo sofrida antes da gravidez atual foi relatada por 32,4% (n = 341) das mulheres.
- A maioria dos parceiros agressores (85,1%) eram pais da criança.
- Entre aqueles que relataram violência por parceiro íntimo, 69,5% das gestações eram não-intencional (bruto OR = 1,79; IC 95%: 1,36-2,36).
- No subgrupo que relataram violência psicológica exclusiva, a probabilidade de gravidez indesejada foi (IC 95%: 0,982-4,6) 1,55; para aqueles que relataram física e / ou violência sexual, foi (IC 95%: 1,24-2,48) 1,75; e para aqueles que relataram todas as formas de violência, foi 3,15 (1,37-7,52), em comparação com aqueles que não tinham sofrido violência.
- A maioria das mulheres que não tinham a intenção de engravidar não viviam com seus parceiros ou estavam separadas no momento da entrevista.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim () Não (x)

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim () Não (x)

Incluído: () Excluído: (x) -

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados
<p>Código da publicação: E04</p> <p>Tipo publicação: (X) Artigo</p> <p>Tipo de estudo: () Quantitativo (x) Qualitativo () Quali quantitativo</p> <p>Base pesquisada: () PubMed () Scielo (X) BVS () CINAHL</p> <p>Título: Cotidiano de mulheres com história de violência doméstica e aborto provocado</p> <p>Ano publicação: 2015</p> <p>Autores: Couto, Telmara Menezes; Nitschke, Rosane Gonçalves; Lopes, Regina Lúcia Mendonça; Gomes, Nadirlene Pereira; Diniz, Normélia Maria Freire. País realização do estudo: Brasil</p> <p>Idioma: Português Revista: Texto & contexto enferm; 24(1): 263-269, Jan-Mar/2015.</p> <p>Universidade/ Centro de Estudo: Universidade Federal da Bahia – Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem.</p> <p>Local realização estudo: Maternidade Pública de Salvador - BA</p> <p>Características da população: dez mulheres que estavam internadas na maternidade por aborto provocado e declararam vivência de violência doméstica</p> <p>OBJETIVO DA PESQUISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compreender o cotidiano de mulheres com história de violência doméstica que provocaram aborto. <p>ASPECTOS DA PESQUISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudo qualitativo que tem como referencial teórico a Sociologia Compreensiva. As entrevistas foram realizadas nos meses março e abril de 2009. Houve recusas em participar da entrevista, com justificativa de que não desejavam falar sobre o aborto ou alegando falta de tempo para participar por conta do emprego e dos afazeres domésticos, enquanto outras agendavam e não compareciam, sem apresentar qualquer justificativa. O desejo delas, é claro, foi respeitado. Entrevistas realizadas com apoio de um roteiro semiestruturado, contendo aspectos sócio demográficos e ginecológicos, e a seguinte questão norteadora: fale do seu cotidiano familiar e conjugal antes desta gravidez. As falas foram gravadas e transcritas. Cada uma das mulheres escolheu um nome fictício, a fim de que o sigilo sobre sua identidade fosse mantido. As mulheres entrevistadas tinham entre 18 e 40 anos e se declararam da raça negra. <p>RESULTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ao falarem de suas relações familiares, na infância e adolescência, as mulheres desvelam história de abandono e rejeição, sobretudo por parte das mães e dos pais. O desamparo às mulheres também é percebido quando a família toma conhecimento da gravidez e não as apoiam O estudo mostrou que o cotidiano das mulheres que provocaram o aborto foi permeado pela vivência de violência doméstica, durante sua infância e adolescência, marcada pelo abandono e rejeição por parte da família. Percebe-se que essas mulheres apresentaram uma desvinculação precoce com a infância, inserindo-se na vida adulta com a vivência da sexualidade precoce desprotegida, podendo resultar em gravidez e aborto Refere também início precoce da vida sexual. <p>Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (X) Não ()</p> <p>Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (X) Não ()</p> <p>O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim () Não (X)</p> <p>OBS: O artigo não traz claramente se estas mulheres sofriam VPI, relacionando a violência doméstica praticada por outros membros familiares e não fazendo alusão ao momento da gestação, além de falhas na apresentação metodológica sobre a quantidade de recusas citada em participar da pesquisa.</p> <p>Incluído: () Excluído: (X)</p>

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados
<p>Código da publicação: E05</p> <p>Tipo publicação : (X) Artigo</p> <p>Tipo de estudo: () Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo</p> <p>Base pesquisada: () PubMed () Scielo (X) BVS () CINAHL</p> <p>Título: Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA.</p> <p>Autores: DINIZ, Normélia Maria Freire; GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; LOPES, Regina Luca Mendonça; MOTA, Rosana Santos; PÉREZ< Bárbara Angélica Gomes e GOMES, Nardilene Pereira.</p> <p>País realização do estudo: Brasil Ano publicação: 2012</p> <p>Idioma: Português Revista: Rev. bras. enferm. [online]. 2011, vol.64, n.6, pp. 1010-1015.</p> <p>Universidade/ Centro de Estudo: Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Vales do São Francisco e Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Qualidade de Vida.</p>

Local realização estudo: Maternidade Pública na Cidade de Salvador BA.

Características da população: 147 mulheres internadas por aborto provocado numa maternidade pública, na cidade de Salvador-BA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Estudar a violência doméstica em mulheres em situação de aborto provocado

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Estudo descritivo, exploratório, de natureza quantitativa.
- A seleção da amostra foi de conveniência e constou de todas as mulheres que provocaram aborto e que se encontrava em processo de alta hospitalar no período compreendido entre os meses de fevereiro e abril de 2006.
- Eram realizadas consultas diariamente nos prontuários e entrevistadas as pacientes por uma mestranda, enfermeira obstetra, e uma aluna da graduação em enfermagem no momento da alta hospitalar, com questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, com variáveis sociais e demográficas, histórico obstétrico, vivência de violência e sintomas de estresse pós-traumático.
- As mulheres vítimas de violência recebiam orientações e encaminhamento sobre centro de auxílio psicológico, jurídico e assistencial as mulheres vitimizadas.

RESULTADOS:

- Os sujeitos foram, na maioria, mulheres jovens, negras, com baixa escolaridade, dependentes economicamente dos cônjuges, que vivenciam violência psicológica, física e sexual cometida pelos cônjuges.
- Sobre a questão da cor, a população de Salvador em 2004 foi composta em senso por 83% de negros.
- O maior percentual se encontrava na faixa etária compreendida entre os 19 e os 24 anos (45,5%).
- Cerca de 22% eram adolescentes e refere a precocidade do início da vida sexual com meninas de 12 anos provocando abortamento.
- Quanto ao estado civil, 54,4% das entrevistadas conviviam conjugalmente com o companheiro, embora apenas 8,2% destas se declarassem casadas e as demais, em união consensual. As solteiras representaram 42,8% das entrevistadas e as viúvas, 2,8%. Percebe-se que o fato de ser solteira ou casada não interfere na decisão pela interrupção da gravidez.
- Com relação ao aborto provocado, 64,0% das mulheres declararam ser aquele o primeiro aborto realizado. Estes dados são compatíveis com os resultados do estudo de Hardy et al.
- Situação econômica (36,7%) foi o principal motivo alegado pelas mulheres para a prática do aborto, estando está associada à falta de condições para criar o filho. Os demais motivos foram vivência de violência doméstica (27,9%), pouca idade (19%) e o fato de uma gravidez atrapalhar os planos para o futuro (10%).
- 88% das entrevistadas (130 mulheres) declararam vivência de violência doméstica em algum momento de suas vidas
- Quase metade das mulheres (47%) vivenciou violência doméstica durante a gravidez atual, sendo este o motivo da realização do aborto para 67% delas.
- Os principais perpetradores da violência doméstica praticada contra as mulheres (70%) possuem alguma relação de conjugalidade com as mesmas (maridos/companheiros, namorados ou ex-maridos).
- As mulheres citaram vivência de violência expressa sob as formas psicológica (96,7%), física (11,5%) e sexual (6,5%)
- Conclui-se que existe uma associação entre a vivência de violência doméstica e o aborto provocado. Isso repercute na saúde mental das mulheres, que desenvolvem sintomas do transtorno de estresse pós-traumático.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (X) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (X) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (X) Não ()

OBS: O estudo mostra que mulheres vítimas de violência na gestação tem mais sintomas proporcionalmente do que aquelas que não sofreram violência, levando a uma possível TEPT, entretanto, não foi realizado análise estatística comparativa de probabilidade OR com IR de 95%, sendo colocado os dados brutos encontrados.

Incluído: (X) **Excluído:** ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E06

Tipo publicação: (X) Artigo

Tipo de estudo: (X) Quantitativo () Qualitativo () Qualiquantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (X) BVS () CINAHL

Título: Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil:

estudo caso-controlé.

Ano publicação: 2010

Autores: FONSECA, Sandra Costa and COUTINHO, Evandro Silva Freire.

País realização do estudo: Brasil

Idioma: Português Revista: *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 240-252.

Universidade/ Centro de Estudo: Universidade Federal Fluminense – Niterói RJ

Local realização estudo: Maternidade Leila Diniz – Rio de Janeiro – RJ - no período de 2002 a 2004.

Características da população: foram investigados 134 casos de óbito fetal e 360 controles

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Verificar o processo de determinação da mortalidade fetal da população atendida na Maternidade Leila Diniz no período de 2002 a 2004.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Recebe muitos partos da região de Jacarepaguá.
- Oitenta em cada 100 óbitos fetais da região ocorriam nesta unidade.
- Foi realizado um estudo caso-controlé aninhado, com amostragem por densidade, no qual a coorte de nascimentos foi acompanhada no período de outubro de 2002 a outubro de 2004.
- Os casos incidentes de óbito fetal foram captados e comparados a controles selecionados entre os nascidos vivos no mesmo período, numa razão de 1:2,5. Assim, o grupo controle representou a coorte subjacente sob risco na época de ocorrência do caso.
- Foram incluídos os óbitos fetais ≥ 22 semanas e/ou com peso ≥ 500 g, sendo excluídos os óbitos de gestações gemelares. Os casos e os controles eram da mesma região.
- Foram investigadas variáveis sócio demográficas, dimensão psicossocial e apoio social, relação conjugal, histórico obstétrico, entre outros.
- Foram utilizados questionários (T-ACE e AAS) para rastreamento de hábitos de beber e violência doméstica durante a gestação. Também utilizado o índice de Kotelchuck para avaliação da qualidade do pré-natal. Hábito de fumar fora narrado pela paciente, sendo considerado qualquer quantidade de consumo, e informações de morbidade obtidas no cartão de pré-natal e curva recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para verificar crescimento intrauterino.
- Para o cálculo do tamanho amostral, foram usados os critérios: poder do estudo ($1-\beta$) de 80%, intervalo de 95% de confiança (IC95%), odds ratio (OR) esperada de 2,0, relação caso-controlé de 1:2,5, que apontaram a necessidade de 140 casos e 360 controles.
- As perdas (4%) se deveram a um caso de óbito materno e cinco altas antes da abordagem para entrevista.
- Constituiu um fator limitante do estudo o fechamento parcial da unidade, afetando o movimento de internações durante o 2o e o 3o trimestre de 2004. Por conta disso não se atingiu o número previsto de casos, diminuindo o poder estatístico do estudo. É pouco provável que tenha havido viés de seleção no caso dos natimortos, pois a grande maioria dos casos ocorreu no período ante parto, e não houve restrição para internação das pacientes.

RESULTADOS:

- No período do estudo, ocorreram 7.134 nascimentos na Maternidade Leila Diniz provenientes da AP4 e 188 óbitos perinatais (140 fetais e 48 neonatais precoces). A mortalidade fetal no período foi 19,3%, representando 74,5% da mortalidade perinatal.
- As principais causas de óbito foram afecções maternas (P00), com destaque para transtornos hipertensivos e sífilis, seguidas das complicações da placenta (P02) e crescimento intrauterino restrito (P05). Dezoito por cento dos casos permaneceram com causa básica indeterminada (todos ocorridos no período ante parto).
- As variáveis socioeconômicas (renda, escolaridade, cor) não mostraram associação com óbito perinatal
- Ter relação conjugal estável (OR = 0,49; IC95%: 0,32-0,76) e estar acompanhada no momento da internação (OR = 0,34; IC95%: 0,15-0,77) mostraram ser fatores protetores para óbito perinatal.
- A presença de morbidade materna na gravidez associou-se com óbito fetal (OR = 2,09; IC95%: 1,37-3,17) e, entre as múltiplas, a ocorrência de óbito perinatal anterior teve OR de 4,43 (IC95%: 1,96-10,23).
- Verificou-se associação do óbito fetal com tabagismo (OR = 1,79; IC95%: 1,14-2,82), mas não com alcoolismo.
- **A presença de violência doméstica durante a gravidez apresentou OR de 2,26 (IC95%: 1,11-4,59). A violência doméstica, tanto por seu efeito traumático direto, como pelo aumento dos níveis de estresse psicológico, tem sido implicada em desfechos adversos perinatais. No presente estudo, a ocorrência de violência durante a gravidez mostrou-se bem mais frequente entre as mulheres com óbito fetal, porém sem alcançar significância. Contudo, esta variável deve continuar a ser investigada em estudos perinatais com maior número de participantes.**
- O pré-natal, medido pelo índice de utilização (APNCU), mostrou associação inversa com o óbito fetal apenas para a categoria adequado (OR = 0,48; IC95%: 0,29-0,77). Entretanto, tanto no critério APNCU (categoria adequada comparada à categoria inadequado) ou critério de qualidade, o pré-natal se revelou protetor para óbito fetal.
- A relação conjugal estável foi mais frequente nos controles, mas a associação não foi significativa. O mesmo

ocorreu com o crescimento intrauterino restrito que, apesar de ser duas vezes mais frequente nos casos de óbito, teve valor de $p = 0,05$.

- Quando se analisaram apenas as mulheres múltiparas (81 casos e 230 controles), verificou-se também associação protetora do pré-natal (OR = 0,24; IC95%: 0,12-0,46), e aumento do risco para óbito fetal para mulheres com morbidade (OR = 2,09; IC95%: 1,13-3,83) e com óbito perinatal anterior (OR = 5,91; IC95%: 2,34-14,93). - A presença de morbidade aumentou o risco de óbito fetal, e confirmou-se a associação entre episódio anterior e nova ocorrência de óbito perinatal, mostrada em outros estudos nacionais e estrangeiros.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

Incluído: (x) Excluído: ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E07

Tipo publicação: (X) Artigo

Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (x) BVS () CINAHL

Título: Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo.

Ano publicação: 2015

Autores: Fonseca-Machado Mde O; Alves LC; Haas VJ; Monteiro JC; Gomes-Sponholz F.

País realização do estudo: Brasil

Idioma: Português

Universidade/ Centro de Estudo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo – USP Ribeirão Preto.

Local realização estudo: ambulatório do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto — Mater (CRSMRP-MATER).

Características da população: 358 gestantes no terceiro trimestre de gestação selecionadas por amostragem aleatória sistemática em ambulatório do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto — Mater (CRSMRP-MATER).

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar a associação entre violência por parceiro íntimo e indicativo de ideação suicida durante a atual gestação.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Estudo observacional e transversal desenvolvido com 358 gestantes selecionadas por amostragem aleatória sistemática em Ribeirão Preto (SP), Brasil
- As gestantes estavam no terceiro trimestre de gestação em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, entre maio de 2012 e maio de 2013.
- Os critérios de inclusão adotados foram: ser gestante, ter idade entre 15 e 49 anos e ter tido relacionamento com parceiro íntimo na atual gravidez, independentemente de coabitação.
- A amostra foi obtida pelo processo de amostragem aleatória sistemática, com intervalos de amostragem constantes de quatro unidades. Com base em uma população finita de 1 600 gestantes, em uma prevalência de 20,0% (19) e em uma precisão de 4,0% para uma estimativa com intervalo de confiança de 95% (IC95%), a amostra calculada para o estudo foi de 358 gestantes.
- Os dados foram coletados no dia da primeira consulta de pré-natal das gestantes no serviço hospitalar, na 36ª semana de gestação, em uma sala privativa disponibilizada exclusivamente para as pesquisadoras e sem a presença de acompanhantes
- Foi aplicado questionário avaliando condições sociais e demográficas, comportamentais e histórico obstétrico das pacientes;
- A presença de ideação suicida durante o período gestacional foi identificada pela Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), instrumento validado no Brasil. A BSI é composta por 21 itens pontuados em escala de zero a 2 e foi estruturada de forma a permitir que os cinco primeiros itens possam ser usados como triagem da ideação suicida;
- As questões relativas à VPI foram adaptadas para o período da gestação a partir da versão brasileira do instrumento desenvolvido para o estudo multipaíses World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que aborda a VPI psicológica, física e sexual. O instrumento original aborda a natureza dos atos violentos, o período de ocorrência (alguma vez na vida e nos últimos 12 meses), sua frequência e gravidade;
- A análise estatística foi realizada no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0 para Macintosh. Na análise univariada, as variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de distribuição de

frequências absolutas (no.) e relativas (%); e, para as variáveis quantitativas, foram calculados valores de média e mediana (medidas de tendência central), desvios-padrão (DP) e valores máximo e mínimo (medidas de variação). Na análise multivariada, foi construído um modelo de regressão logística múltipla, com cálculo das razões de chance ajustadas (odds ratios, OR) de prevalência, para verificar a existência de associações entre a variável preditora principal (VPI geral) e a variável desfecho (indicativo de ideação suicida).

RESULTADOS:

- O grupo em estudo caracterizou-se por mulheres com idade média de 25 anos, variando de 15 a 43 anos; multigestas e nulíparas. O número de filhos vivos variou entre 1 e 6, com média de 1,7 (DP = 1,0). A gestação não foi planejada por 62,6% das mulheres. A maioria não fez uso de álcool (88,3%) ou tabaco (93,3%); era branca (62,3%), morava com o parceiro íntimo (80,4%)
- Do total de participantes, 17,6% estiveram em situação de VPI durante a atual gestação. Dentre essas mulheres, 95,2% foram vítimas de violência psicológica, 36,5% de violência física e 1,6% de violência sexual;
- Destas, 63,5% foram vítimas de VPI psicológica isolada e 4,8% de VPI física isolada, 30,2% sofreram dois tipos de violência conjugados (psicológica e física) e 1,6% sofreu três tipos simultaneamente (psicológica, física e sexual). Isso mostra que 31,8% foram vítimas de mais de um tipo de ato violento cometido pelo parceiro íntimo durante a atual gravidez.
- O indicativo de ideação suicida foi constatado em 28 mulheres, mostrando prevalência de 7,8%. Dentre as 63 mulheres vítimas de VPI durante a gravidez atual, 14 (22,2%) preencheram os critérios para a ideação suicida.
- Após ajuste do modelo de regressão logística múltipla, a VPI ocorrida na atual gravidez associou-se com o indicativo de ideação suicida (ORajustada = 6,29; IC95% 2,34 a 16,95; P < 0,001) — ou seja, mesmo após ajuste do modelo para variáveis potencialmente confundidoras, previamente reconhecidas na literatura científica nacional e internacional (estado marital, uso de drogas lícitas ou ilícitas durante a atual gestação, idade e renda familiar mensal), as mulheres em situação de VPI na atual gestação tiveram 6,29 vezes mais chance de apresentar indicativo de ideação suicida do que as que não sofreram esse tipo de violência.
- A VPI foi o principal motivo apontado pelas mulheres grávidas como responsável pela gênese dos pensamentos suicidas.
- A ocorrência de VPI contribuiu para o agravamento da sintomatologia depressiva nas mulheres grávidas, levando ao surgimento de pensamentos suicidas entre as vítimas

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

Incluído: (x) Excluído: ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E08

Tipo publicação : (X) Artigo

Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Qualiquantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo () BVS () CINAHL

Título: Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter?

Ano publicação: 2015

Autores: Fonseca-Machado Mde O; Alves LC; Monteiro JC; Stefanello J; Nakano AM; Haas VJ; Gomes-Sponholz F.

País realização do estudo: Brasil

Idioma: Inglês

Revista: [J Clin Nurs; 24\(9-10\): 1289-99, 2015 May.](#)

Universidade/ Centro de Estudo: Universidade de São Paulo - USP Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Local realização estudo: ambulatório de pré-natal para mulheres com baixo risco obstétrico em Ribeirão Preto.

Características da população: 358 mulheres gestantes.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar a associação de sintomas depressivos pré-natais com violência por parceiro íntimo durante a gravidez atual em mulheres brasileiras

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Estudo transversal
- A população do estudo era todas as mulheres que frequentam o ambulatório de referência pré-natal no terceiro trimestre da gravidez ao longo de um período de um ano (maio 2012 e maio de 2013).
- A amostra foi selecionada por meio de amostragem sistemática, selecionando cada quarta mulher consecutivamente. Com base em uma população estimada de mães elegíveis de 1600, uma amostra de 358 foi

necessária para detectar uma prevalência de depressão pré-natal de 200%, com um erro de amostragem 40%, e intervalo de confiança de 95%.

- Mulheres elegíveis foram aqueles com idade entre 15-49 anos de idade e que têm ou tiveram um relacionamento com um parceiro íntimo na gestação atual.
- Os dados foram coletados após a primeira consulta pré-natal das mulheres no ambulatório, na semana gestacional 36, através de uma entrevista cara-a-cara, em uma sala privada disponível exclusivamente para a pesquisa e sem a presença de acompanhantes.
- Foram avaliadas características demográficas, comportamentais e obstétricas das participantes.
- Os sintomas depressivos durante o período pré-natal foram avaliados pela Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Apesar de originalmente desenvolvido para a detecção de depressão pós-parto, o uso do EPDS para identificar a depressão durante a gravidez tem sido cada vez mais adotado, dado que não existem escalas projetadas especificamente para o rastreamento de transtornos depressivos pré-natais.
- As questões relacionadas à violência por parceiro íntimo foram adaptadas para o uso durante a gravidez, a partir da versão brasileira do instrumento desenvolvido para o "Estudo da Saúde Multi-países sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica", que aborda a violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres (Schraiber et al. 2010).

RESULTADOS:

- Idade média das participantes foi de 25 anos, variando de 15 a 43 anos.
- A maioria das mulheres relataram que vivem com um parceiro íntimo (80,4%) e não têm um emprego remunerado (57,3%).
- O número médio de filhos vivos foi de 1,7 e variou entre 1-6 filhos vivos.
- Gravidez não foi planejada para 62,6% das mulheres.
- Sintomas depressivos pré-natal está associado de forma independente com violência por parceiro íntimo durante a gravidez atual;
- 17,6% relataram algum tipo de violência por parceiro íntimo durante a gravidez atual.
- Entre eles, 95,2% relataram sofrer violência psicológica, 36,5% de violência física e 1,6% a violência sexual. Além disso, dos 63 participantes em situações de violência por parceiro íntimo durante a gravidez atual, 31,7% sentiram que tinham sido vítimas de violência de vida e
- 31,7% considerou que o comportamento agressivo do parceiro havia afetado ou estava afetando sua saúde física ou mental.
- A prevalência de sintomas depressivos de pré-natal, conforme determinado pelo ponto de corte de 12 na Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo, foi de 28,2% (101). Notavelmente, entre as mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo durante a gravidez atual, 58,7% (37) preencheram os critérios de sintomatologia depressiva pré-natal.
- Após o ajuste para fatores de confusão, violência por parceiro íntimo durante a gravidez atual permaneceu fortemente e significativamente associada com sintomas depressivos pré-natal (OR = 4,43; 95 0% CI = 1,96-10,03; p <0,001). Escores de sintomas depressivos de pré-natal foram significativamente associados à violência por parceiro íntimo durante a gravidez atual, mesmo após o ajuste para fatores de confusão
- A probabilidade de apresentar sintomas depressivos pré-natal foi mais de quatro vezes maior em mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo durante a gravidez. Este resultado é consistente com achados de uma revisão sistemática e meta-análise que mostrou que as mulheres da América do Norte, Europa, Ásia e África, com provável depressão no período pré-natal relataram aumento chances de ter sofrido violência por parceiro íntimo durante a gravidez (Howard et al. 2013).

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

Incluído: (x) **Excluído:** ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E09

Tipo publicação: (X) Artigo

Tipo de estudo: () Quantitativo (x) Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (x) BVS () CINAHL

Título: Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil

Ano publicação: 2012 revista: Acta paul. enferm.

Autores: LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó and BITTAR, Daniela Borges.

País realização do estudo: Brasil

<p>Idioma: Português</p> <p>Universidade/ Centro de Estudo: Escola de Enfermagem - USP Ribeirão Preto SP</p> <p>Local realização estudo: Maternidade de Ribeirão Preto- SP</p> <p>Características da população: 43 mulheres internadas em decorrência de parto em maternidade de atendimento SUS do município de ribeirão preto - SP</p> <p>OBJETIVO DA PESQUISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compreender como mulheres puérperas percebem o fenômeno da violência e qual a relação que estabelecem com seu estado de saúde e de seu filho, processo de gravidez, parto e puerpério. <p>ASPECTOS DA PESQUISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> A pesquisa é de caráter qualitativo afim de investigar quais aspectos eram atribuídos pelas mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo sobre sua saúde e de seus bebês, para um aprofundamento no mundo dos significados subjetivos dados pelas mulheres que não se obtém em amostras quantitativas. Os critérios de inclusão eram de mulheres com mais de 18, que tivessem ou não sofrido agressão, e o tamanho da amostra foi definida por padrão de repetição de respostas. (Regularidade de apresentação). <p>RESULTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> A amostra revelou que 48,8% das mulheres eram donas de casa, e 67,4% declararam ser solteiras e, com relação ao número de filhos, o mínimo foi de um e o máximo cinco, e a média foi dois filhos por pessoa. 30,2% das mulheres referiram ter sofrido algum tipo de violência física, sexual e/ou psicológica ao longo da vida e 13,9% sofreram na gestação. Em todos os casos, o agressor foi o cônjuge. Os dados deste estudo demonstram que as puérperas compreendem que a violência contra a mulher é um problema importante e presente na sociedade Em relação aos fatores que desencadeiam e mantêm a violência, as puérperas entrevistadas relataram como causa principal o uso de álcool e drogas pelo parceiro. Nos casos em que violência ocorreu durante o período gestacional, a percepção dos agravos à saúde torna-se um pouco mais abrangente, uma vez que estabelecem conexões entre a violência sofrida e as condições de saúde no processo gestacional. Assim, os problemas identificados pelas entrevistadas foram: depressão, mal-estar, intercorrências gestacionais e aborto. O sofrimento subjetivo pode ser mais facilmente acolhido como doença mental, mas acaba por ser estigmatizado no seu papel de doente de menor privilégio social. Desta forma, os efeitos na saúde resultantes da violência têm possibilidade de receber atenção somente quando enquadrados, como doenças, mesmo assim se revelam muito distantes da intervenção desejável em muitas instituições <p>Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()</p> <p>Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()</p> <p>O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()</p> <p>Incluído: (x) Excluído: ()</p>

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados
<p>Código da publicação: E10</p> <p>Tipo publicação: (X) Artigo</p> <p>Tipo de estudo: () Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo</p> <p>Base pesquisada: () PubMed () Scielo (x) BVS () CINAHL</p> <p>Título: Alcohol misuse among partners: a potential effect modifier in the relationship between physical intimate partner violence and postpartum depression. Ano publicação: 2012</p> <p>Autores: Lobato G; Moraes CL; Dias AS; Reichenheim ME. País realização do estudo: Brasil</p> <p>Idioma: Inglês Revista: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 47(3): 427-38, 2012 Mar.</p> <p>Universidade/ Centro de Estudo:</p> <p>Local realização estudo: Cinco Centros de Serviços Públicos de atenção primária à saúde da cidade Rio de Janeiro - RJ</p> <p>Características da população: 811 mães selecionadas aleatoriamente de crianças menores de usuárias de serviços 5 meses de idade que esperavam por consulta em cinco centros de saúde primários do Rio de Janeiro, Brasil.</p> <p>OBJETIVO DA PESQUISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Este estudo avaliou se a probabilidade de depressão pós-parto (DPP) aumenta com um a física violência por parceiro íntimo (IPV) durante a gravidez e se o uso de substâncias por qualquer membro do casal modifica esta relação. <p>ASPECTOS DA PESQUISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> A coleta de dados ocorreu entre janeiro e julho de 2007. As mulheres eram consideradas inelegíveis quando enfrentando menos de 1 mês de relacionamento íntimo com o parceiro durante a gravidez ou no período pós-parto. Outros critérios de exclusão foram situações em que houve uma contraindicação absoluta para a amamentação, uma vez que um propósito compartilhado da pesquisa foi estudar o papel da VPI no desmame precoce.

- Mulheres que deram à luz a gêmeos também foram excluídos, para evitar um subgrupo muito particular e raro que não poderiam ser tratadas de forma adequada na análise.
- Das 853 mulheres convidadas para participar no estudo, 18 (2,1%) não eram elegíveis e dos restantes 835, 24 (2,9%) se recusaram a participar. Assim, 811 mulheres foram efetivamente entrevistados em uma área reservada, e com garantia de sigilo e anonimato.
- Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram para o abuso de álcool, dois instrumentos - O TWEAK (Tolerância; Worried; Eye-opener; Amnesia; K / Cut-down) avaliou o hábito nos participantes do estudo (mulheres / mães), enquanto o CAGE (Cut-down; Annoyed; Guilty; Eye-opener) relacionado aos seus respectivos parceiros por procuração. Ambos os instrumentos foram adaptados para o uso no Brasil. A versão Português (Brasileiro) do Non-Student Drogas Use Questionnaire (NSDUQ) foi utilizado para identificar drogas ilícitas utilizadas pelos participantes e seus parceiros. Sintomas depressivos Pós-parto foram avaliados por meio da versão em Português do Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Limiares diferentes têm sido sugeridas para definir provável PPD entre os estudos de validação e adaptação do EPDS em diferentes partes do mundo. De acordo com os autores da primeira adaptação transcultural da versão em Português do EPDS para uso no Brasil, os pontos de corte 11/12 apresentou o melhor desempenho.
- A VPI durante a gravidez foi avaliada por meio da Revised Conflict Tactics Scale (CTS2). A violência física foi o tipo de interesse primordial neste estudo.
- Também foram avaliadas características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas das mulheres.
- Também foi avaliado eventos estressantes sofridos pelas mulheres.

RESULTADOS:

- 37,8% (IC95% 34,5-41,2) das mulheres relataram pelo menos um episódio de VPI física durante a gravidez. Desses, 10,7% (IC 95% 8,6-12,9) apresentaram apenas um evento de VPI física, enquanto 27,1% (IC95% 24,1-30,2) relataram dois ou mais atos.
- 24,3% (IC 95% 21.3-27.2) participantes eram classificados como positivos DPP (depressão pós-parto).
- A população do estudo consistiu de mulheres predominantemente adultos com um parceiro fixo, baixa escolaridade, mães de \ 3 filhos vivos e pertencentes a classes socioeconômicas baixas ou médias. A maioria destas variáveis referentes às dimensões distais mostrou associação significativa com DPP. Apenas raça materna não foi associada a DPP na análise bivariada, enquanto que a variável no emprego das mulheres perdeu estatística significância na análise multivariada.
- Abuso de álcool foi frequente na população estudada (30% entre as mulheres), enquanto o uso de drogas ilícitas atingiu 12,9% entre os parceiros e de 4,1% entre as mulheres.
- Quase 60% das mulheres relataram pelo menos um evento estressante vida durante a gravidez, e as taxas de DPP foram progressivamente maiores quanto mais dessas situações traumáticas ocorreram.
- A relação entre essas variáveis e DPP, tipo de parto e peso ao nascer não alcançou significância estatística na modelagem bi e multivariada, respectivamente.
- As análises mostraram que os termos de interação de VPI física com abuso de álcool pelas mulheres e pelos parceiros foram estatisticamente significativos ($p = 0,012$ e $p = 0,017$, respectivamente), enquanto não com o uso de drogas ilícitas ($p = 0,831$ e $p = 0,819$, respectivamente). Ambas as interações significativas permaneceram assim quando olhadas simultaneamente neste modelo mais simples, mas apenas a interação das IPV físico com o abuso do álcool pelo parceiro acabou significativa em modelos mais complexos.
- Entre as mulheres com parceiros que fazem má utilização do álcool, enquanto que um único ato de VPI física durante a gravidez não mostraram qualquer relação com DPP, a ocorrência de dois ou mais eventos aumentou a chance de quase quatro vezes.
- Para as mulheres cujos parceiros não abusam de álcool, embora a relação entre a VPI física e PPD mostrou um padrão diferente. Um único episódio de VPI física foi significativamente relacionado com PPD, o efeito de dois ou mais eventos só foi estatisticamente marginal no modelo final. Os testes de razão de verossimilhança entre os modelos mostraram que a adição gradual de cada conjunto de variáveis (dimensão) melhorou a resposta e foi estatisticamente significativa. Isto pode ser transmitindo uma contribuição de montagem das dimensões para o resultado (PPD).
- A probabilidade global de DPP parece ser consideravelmente mais elevada entre as mães cujos parceiros abusam de álcool.
- Os achados são o primeiro a mostrar o efeito da VPI física na DPP, podendo variar de acordo com a quantidade do mau uso de álcool pelos parceiros envolvidos.
- A hipótese de que a probabilidade de DPP aumenta com o número de atos de VPI física foi particularmente notável na presença de algum mau uso ou abuso de álcool. Curiosamente, porém, é que isso só parece ocorrer na presença de dois ou mais eventos de VPI física, enquanto que a ocorrência de um único ato de violência física não tem aparente influência.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (X) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (X) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (X) Não ()

Incluído: (X) Excluído: ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E11

Tipo publicação : (X) Artigo

Tipo de estudo: () Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (X) BVS () CINAHL

Título: Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. Ano publicação: 2010

Autores: Ludermir AB; Lewis G; Valongueiro SA; de Araújo TV; Araya R.

País realização do estudo: Brasil

Idioma: Inglês

Revista: [Lancet; 376\(9744\): 903-10, 2010 Sep 11.](#)

Universidade/ Centro de Estudo: Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – Departamento de medicina Social – Universidade Federal do Pernambuco.

Local realização estudo: 1dos 6 distritos de saúde de Recife – PE, representando 15% do total da população da capital pernambucana.

Características da população: Mulheres de 18 a 49 anos no 3º trimestre de gestação que foram atendidas em clínicas de atenção primária.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Investigar a associação entre depressão pós-parto com violência psicológica, física e sexual contra mulheres por parceiro íntimo durante a gravidez.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Estudo coorte que investigou 1045 mulheres acompanhando desde o terceiro trimestre da gestação, com acompanhamento puerperal aos 3 e 6 meses após o parto.
- Para investigação de sintomas depressivos pós-natal foi utilizada a escala de depressão pós-natal de Edimburgo (EPDS).
- Os entrevistados foram questionados sobre a sua experiência específica de atos de violência psicológica, física, sexual por um íntimo parceiro atual ou anterior durante a gravidez.
- Foram levadas em consideração variáveis como viver com o parceiro no presente, escolaridade, raça, qualidade do relacionamento, apoio social, situação profissional e transtornos mentais.
- A avaliação de transtornos mentais anteriores foi medida pela aplicação da escala SQR20.
- As autoras na discussão fazem a discussão de diversos aspectos que consideraram controversos ou possíveis adversos na pesquisa, como a questão do controle do parceiro ser relativo pois culturalmente algumas pessoas consideram como afeto e atenção e não ato violento, as tendências da escala de aumentar os índices dos resultados, entre outros, entretanto acreditam que seus achados são robustos.

RESULTADOS:

- 1.133 mulheres grávidas foram elegíveis para inclusão no estudo, dos quais 1.045 tinham dados completos para todas as variáveis e foram incluídos na análise.
- 270 mulheres (25 · 8%, 95% IC 23 · 2-28 · 6) teve depressão pós-parto.
- O risco de depressão pós-parto foi mais evidente em mulheres que vivem sem o parceiro, com 4 anos de escolaridade ou menos, forte controle do parceiro, comunicação pobre ou doença mental antes ou durante a gravidez.
- A forma mais comum de violência por parceiro era psicológica (294 [28 · 1%, 25 · 4-31 · 0]).
- Mais da metade das mulheres que sofreram violência física ou sexual e psicológica tiveram depressão pós-parto.
- Frequência de violência psicológica durante a gravidez foi associado positivamente com a ocorrência de depressão pós-parto, e embora esta associação fosse atenuada após o ajuste, mulheres que relatam a maior frequência de violência psicológica foram mais propensas a ter depressão pós-parto, mesmo após o ajuste (OR ajustado 2 · 29, 95 % CI 1 · 15-4 57).
- As mulheres que relataram violência física ou sexual durante a gravidez estavam mais propensas a desenvolver depressão pós-parto (OR 3 · 28, 2 · 29-4 · 70), mas essa associação foi substancialmente reduzida após o ajuste para a violência psicológica e fatores de confusão. Estes resultados sugerem que a prevenção da violência física e sexual pode não ser suficiente para reduzir as taxas de depressão pós-parto.
- Há um aumento do risco de depressão pós-parto associada à coexistência de diferentes formas de violência por parceiro íntimo contra mulheres durante a gravidez. O maior risco de depressão pós-parto estava em mulheres que relataram violência física ou sexual, mais violência psicológica. Depressão pós-parto foi fortemente associada com a violência psicológica, mesmo quando isso ocorreu sem violência física ou sexual.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()
 O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()
 Incluído: (x) Excluído: ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E12

Tipo publicação : (X) Artigo

Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (x) BVS () CINAHL

Título: Transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez

Ano publicação: 2014

Autores: Ludermir, Ana Bernarda; Valongueiro, Sandra; Araújo, Thália Velho Barreto de.

País realização do estudo: Brasil Revista: [Revista de Saude Publica](#)

Idioma: Inglês

Universidade/ Centro de Estudo: Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – Departamento de medicina Social – Universidade Federal do Pernambuco.

Local realização estudo: Unidades de Saúde da Família – Recife - PE

Características da população: Estudo transversal realizado com 1.120 mulheres grávidas com idade entre 18 e 49 anos, no terceiro trimestre da gestação, cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade do Recife, PE, entre 2005 e 2006.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Investigar associação entre transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Um estudo Cross-seccional baseado em dados de um estudo coorte para investigar a VPI e eventos adversos maternos e perinatal.
- Para a coleta de dados foi utilizado o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Ele foi desenvolvido em 1980 por Harding et al para verificar os transtornos mentais mais comuns nos cuidados primários de saúde. Composto por 20 questões de sim e não, 4 sobre sintomas físicos, 16 sobre distúrbios físicos e emocionais, e foi validado no Brasil.
- O questionário para rastreamento da violência foi desenvolvido e utilizado no WHO multi-country study on women's health and domestic violence, que incluiu o Brasil, e também fora validada.
- O estudo contou com participação de 98,8% das mulheres convidadas a participar, com 1120 das 1133 mulheres.

RESULTADOS:

- Descobrimos que transtornos mentais comuns foram associados à violência psicológica durante a gravidez (OR = 2,49, 95% CI 1,8; 3,5), mesmo quando isso ocorreu sem violência física ou sexual. As mulheres que relataram todas as formas de VPI apresentou a maior associação (OR = 3,45; IC 95% 2,3; 5,2) com transtornos mentais.
- VPI é mais comum em mulheres com baixa escolaridade pobres, assim a alta frequência de violência por parceiro encontrada pode refletir as características da comunidade que estudamos. A violência psicológica foi a forma mais frequente de violência por parceiro íntimo.
- A prevalência de transtornos mentais comuns foi 71,0% entre as mulheres que relataram todas as formas de violência e 33,8% entre as que não relataram violência por parceiro íntimo. Os transtornos mentais mantiveram-se associados à violência psicológica (OR = 2,49, IC95% 1,8;3,5), mesmo na ausência de violência física ou sexual. Quando a violência psicológica esteve combinada com violência física ou sexual, o risco dos transtornos mentais comuns foi ainda mais elevado (3,45; IC95% 2,3;5,2).

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

Incluído: (x) Excluído: ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E13

Tipo publicação : (X) Artigo

Tipo de estudo: (X) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (X) BVS () CINAHL

Título: Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil.

Ano publicação: 2010 Revista: [Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 45\(10\): 983-8, 2010 Oct.](#)

Autores: Manzolli P; Nunes MA; Schmidt MI; Pinheiro AP; Soares RM; Giacomello A; Drehmer M; Buss C; Hoffmann JF; Ozcariz S; Melere C; Manenti CN; Camey S; Ferri CP

País realização do estudo: Brasil **Idioma:** Inglês

Universidade/ Centro de Estudo: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Medicina Social – Graduação em Epidemiologia.

Local realização estudo: 18 unidades básicas de saúde localizados em bairros pobres em duas cidades no Estado do Rio Grande do Sul (Porto Alegre e Bento Gonçalves), Brasil, entre junho de 2006 e abril de 2007

Características da população: Setecentos e oitenta mulheres grávidas (n = 780) entre 16 e 36^o semanas de gestação.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Estimar a prevalência da violência, sintomas depressivos e fatores associados durante a gravidez em mulheres que frequentam o pré-natal no Brasil.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- 68 (8,6%) se recusaram a participar. Assim, a amostra composta por 712 mulheres, das quais trinta e cinco mulheres (4,9%, n = 35) não responderam a qualquer pergunta sobre a violência da vida, e 4,3% (n = 29) não informou nada sobre ter sofrido violência durante a gravidez atual, e 3,2% (n = 21) não informaram quem era o agressor. Assim, a análise final da violência foi realizado com 627 participantes.
- Os participantes foram selecionados consecutivamente na sala de espera das unidades de cuidados pré-natais antes da visita pré-natal. As entrevistas foram realizadas por entrevistadores treinados em um ambiente privado.
- Foi aplicado um questionário, que incluía perguntas sobre as seguintes variáveis sociodemográficas, comportamentos e histórico obstétrico.
- Para rastreio da Violência foi utilizado o instrumento Abuse Assessment Screen (ASS).
- A violência doméstica foi definida como qualquer tipo de violência perpetrada por membros da família, companheiro ou namorado. O questionário sobre a violência foi concluído pelos participantes e, posteriormente, depositado em uma caixa selada para garantir a confidencialidade e minimizar sub-registro. Os sintomas depressivos foram avaliados por meio da avaliação de cuidados primários de transtornos mentais (PRIME-MD), que foi validado no Brasil.

RESULTADOS:

- A média de idade dos participantes foi de 24,6 anos (DP = 6,4), variando de 13 a 42; o número médio de anos de estudo concluídos foi de 7,6 anos (DP = 2,7); renda média familiar foi de 2,6 (DP = 1,9) salários mínimos por mês, e 59% (n = 420) estavam desempregados.
- 21% das gestantes relataram fumar durante a gravidez atual, 7,9% relataram o uso de álcool pelo menos uma vez por semana, e 1,3% de mulheres grávidas informou o uso de algum tipo de drogas no prazo de 3 meses anteriores a este estudo.
- Entre as mulheres que responderam ao ASS 43,4% relataram ter sofrido violência vida, e 18,2% relataram violência durante a gravidez atual. Um terço deles (n = 211) relataram violência **doméstica** na vida, e 100 (15,9%) mulheres relataram violência doméstica durante a gravidez atual.
- Quando os tipos de violência foram examinadas, foi observado maior parte violência na vida: psicológica (28,4%), violência física (25,5%), 12,4% relataram que sofrem violência com armas, e 6,7% mulheres sofreram violência sexual;
- Ao relatar violência durante a gravidez atual, 15,5% das mulheres relataram violência psicológica, 6,2% relataram violência física, 2,2% relataram violência com armas, e 0,5% relataram violência sexual.
- A violência doméstica associou-desemprego (PR 1,51; IC 1,02-2,24 95%), gravidez não planejada (PR 1,53; IC 95% 1,00-2,34), ter dois ou mais filhos (RP 1,68, IC 95% 1,12-2,50), e consumo de bebidas alcoólicas com uma frequência superior a uma vez por semana (PR 2,18; IC 95% 1,46-3,24). Pode-se

sugerir que as mulheres grávidas com sintomas depressivos utilizam bebidas alcoólicas como um meio para aliviar estes sintomas, o que permite um maior risco de sofrer violência.

- 44,4% das mulheres grávidas não relatou qualquer sintoma depressivo. No entanto, 9,4% relataram ter tido pensamentos de morrer ou se ferir, e 2,4% das mulheres responderam afirmativamente a todos os sintomas investigados. Além disso, 27,8% das mulheres relataram seis ou mais sintomas depressivos. Prevalência aumentou com a escolaridade mais baixa (PR 1,50; IC 95% 1,05-2,13), aglomeração domiciliar (PR 1,43; 95% CI 1.031.98) e maior consumo de álcool (PR 1,61; IC 95% 1,15-2,26) em relação ao quartil mais alto de sintomas depressivos.
- Gravidez não planejada foi mais freqüente entre os relatos de violência doméstica.
- Os sintomas depressivos também eram comuns, especialmente entre aqueles com menor nível educacional.
- A violência doméstica foi relatada principalmente por mulheres desempregadas e por aqueles com maior número de filhos.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (X) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (X) Não ()

Incluído: (X) Excluído: ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E14

Tipo publicação : (X) Artigo

Tipo de estudo: (X) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (X) BVS () CINAHL

Título: Prevalence and correlates of preterm labor among young parturient women attending public hospitals in Brazil

Ano publicação: 2012

Autores: MIRANDA, Angélica E.; PINTO, Valdir M.; SZWARCOWALD, Célia L. e GOLUB, Elizabeth T..

País realização do estudo: Brasil **Idioma:** Inglês **Revista:** *Rev Panam Salud Publica* [online].

Universidade/ Centro de Estudo: Núcleo de Doenças Infecciosas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES; Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, United States of America

Local realização estudo: Maternidades Públicas do Brasil

Características da população: Um total de 2.071 (86,3%) das 2.400 mulheres parturientes convidadas a participar foram incluídas no estudo.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Determinar a prevalência e os fatores de risco para o parto prematuro (<37 semanas de gestação) entre jovens mulheres grávidas no Brasil.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Estudo transversal foi realizado entre parturientes com idade entre 15-24 anos de idade
- Um total de 2.071 (86,3%) dos 2400 parturientes convidados a participar foram incluídos no estudo (13,7% se recusou a participar)
- 24 Maternidades Públicas selecionados em cinco macro-regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) no período de março a novembro de 2009, 100 mulheres de cada.
- Os questionários foram aplicados por entrevistadores treinados durante a internação da parturiente à maternidade (ou logo após o parto, se os participantes estavam em muita dor para responder durante o parto).
- Os questionários continham informações sócio demográficas, histórico clínico obstétrico,
- Pesquisadores relatam que a violência doméstica não fora o foco deste estudo, mas demonstraram sua prevalência e associações.

RESULTADOS:

- A média de idade foi de 20,2 anos (desvio padrão [SD]: 2,7) e média de anos de educação formal foi de 8 (SD: 2,4).
- Trabalho de parto prematuro ocorreu em 21,7%. A maior proporção de parto prematuro (36,1%) foi encontrada na região Norte e a menor proporção (6,9%) foi encontrada na região Sul.
- Ter renda mensal inferior a dois salários mínimos brasileiro (OR: 1,27 IC 95%: 1,01-1,60); ter sofrido violência doméstica (OR: 2,27 IC 95%: 1,23-4,18); e ter tido pré-natal inadequado (OR: 3,17 IC 95%: 2,54-3,97) manteve-se correlações significativas de trabalho de parto prematuro nesta população.
- A violência doméstica contra as mulheres (4,7% versus 1,9%, P = 0,002) e pré-natal inadequado (63,8% versus 33,5%, P = 0,013) foram mais freqüentes entre os casos de parto prematuro contra partos a termo em análise bivariada.
- Os resultados do estudo demonstraram uma associação positiva entre parto prematuro e baixo rendimento mensal, a violência doméstica, e pré-natal inadequado. Esses fatores de risco, que são todos associados com baixo nível socioeconômico, foram descritos em estudos anteriores realizados no Brasil e em outros países;
- cerca de 63% seguiram o protocolo do Ministério da Saúde para o atendimento pré-natal (com seis ou mais consultas de pré-natal).
- O início da atividade sexual variou de 9 a 24 anos de idade, com média de 15,6 anos;
- No modelo de regressão logística multivariada final, quem vive na região Norte (OR: 1,43; IC 95%: 1,28-1,59); tem renda mensal inferior a dois salários mínimos brasileiro (OR: 1,27 IC 95%: 1,01-1,60); sofre violência doméstica (OR: 2,27 IC 95%: 1,23-4,18); e tem tido pré-natal inadequado (OR: 3,17 IC 95%: 2,54-3,97) manteve correlações significativas de trabalho de parto prematuro, com riscos aumentados nesta população.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (X) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (X) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (X) Não ()

Incluído: (X) Excluído: ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E15

Tipo publicação: (X) Artigo

Tipo de estudo: (X) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (X) BVS () CINAHL

Título: Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal

Ano publicação: 2010

Autores: Moraes, Claudia Leite; Arana, Flávia Dias Nogueira; Reichenheim, Michael Eduardo.

País realização do estudo: Brasil

Idioma: Português

Revista: [Revista de Saúde Pública](#)

Universidade/ Centro de Estudo: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – Instituto de Medicina social e Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Local realização estudo: Maternidades Públicas do Rio de Janeiro

Características da população: 528 puérperas selecionadas em processo de amostragem aleatória simples dentre o conjunto de nascidos vivos a termo em 2000.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Avaliar a violência física entre parceiros íntimos durante a gestação como fator de risco independente para a má qualidade da assistência pré-natal.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Recentemente estudos internacionais tem ampliado a visão para compreensão de fatores relacionados ao acesso e à qualidade de adesão de mulheres aos serviços, como ambientes hostis como obstáculos ao cuidado durante a gestação, com hipóteses de que mulheres vítimas de violência poderiam utilizar menos os serviços de saúde ou buscar assistência pré-natal tardia.
- É um estudo transversal que utilizou apenas os controles de um estudo caso-controle sobre o papel da violência familiar durante a gestação na ocorrência de prematuridade do recém-nascido.
- A população estudada foi constituída por amostragem aleatória simples dentre as puérperas que deram luz a fetos vivos, a termo, em três maternidades públicas do Rio de Janeiro no ano de 2000 e que relataram algum relacionamento amoroso que tenha durado um mês ou mais durante a gestação. Foram excluídas as mulheres com diabetes gestacional, doença hipertensiva específica da gravidez, gestação múltipla e que tenham dado luz a crianças com má-formação e infecções congênitas.
- Os dados sobre assistência pré-natal foram obtidos do cartão de pré-natal da gestante e por um questionário aplicado à puérpera nas primeiras 48 horas de pós-parto, antes da alta hospitalar, por equipe previamente treinada, em entrevistas face a face, em local privado e sem a presença do parceiro
- Para verificação da adequação do pré-natal, foi utilizado o índice de Kotelchuck, e para avaliar a Violência por parceiro íntimo (proposta pelo autor como VFPIG – violência feminina por parceiro íntimo durante a gravidez), utilizou-se a Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), previamente adaptadas e validadas para uso no Brasil.
- Foram também verificadas condições sócio econômicas, hábitos de vida e tendências ao abuso de substâncias psicoativas pela gestante e seu companheiro, condições de trabalho, número de filhos, suporte social, entre outros.
- Dentre mulheres grávidas, cerca de 30% desta amostra dizia respeito à adolescentes.

RESULTADOS:

- Cerca de 20% das mulheres referiu ter sido vítima de pelo menos um ato de violência física perpetrada pelo parceiro íntimo durante a gravidez.
- Quase dois terços das mulheres (71,3%; n = 352) teve assistência pré-natal aquém da desejada: 14 (4,0%) não realizaram o pré-natal, 39 (11,1%) iniciaram o pré-natal após o quarto mês de gestação, 240 (68,2%) realizaram menos de 80% do número esperado de consultas para a idade gestacional de finalização da gestação, e 59 (16,7%) iniciaram o pré-natal tardiamente e tiveram número menor de consultas;
- A VFPIG esteve associada à qualidade da assistência pré-natal na análise univariada.
- A análise exploratória inicial indicou que algumas características demográficas, reprodutivas, de hábitos de vida e socioeconômicas maternas deveriam ser testadas como possíveis fatores de confusão, por se mostrarem associadas à inadequação da assistência pré-natal e estarem relacionadas à ocorrência de violência familiar. A variável renda per capita também mostrou associação estatisticamente significativa com a má qualidade do pré-natal.
- A análise multivariada mostrou a ocorrência de VFPIG como um significativo fator de risco para um pré-natal insatisfatório, pois as **mulheres submetidas a essa forma de violência tiveram 2,2 vezes mais chance de apresentar uma assistência pré-natal inadequada** do que aquelas não envolvidas com o problema.
- A VFPIG aumentou a chance de as gestantes terem uma assistência pré-natal de má qualidade, independentemente do nível de escolaridade materna, renda per capita, situação conjugal, história prévia de agravos perinatais, relato de tabagismo e suspeita de uso inadequado de álcool durante a gravidez, e satisfação paterna com a gestação.
- Os autores fazem discussões sobre os pontos fortes, como a utilização de escalas e a pesquisa ter sido realizada após o parto o que permitiu um recordatório de toda gestação e limitações, como tamanho amostral restrito e não ter levado em conta a satisfação das mulheres à assistência pré-natal.
- Outra reflexão é sobre alguns autores sugerirem que a VFPIG está associada à prematuridade, neomortalidade e natimortalidade, agravos aparentemente também associados à má-qualidade do pré-natal, entretanto, como o estudo envolveu apenas pacientes que deram luz a fetos vivos e a termo, é possível que se tenha excluído uma parcela de mulheres com baixa qualidade de pré-natal e com história de VFPIG, o que reduziria a força de associação entre a exposição e o desfecho de interesse. Outra situação que poderia ter reduzido as estimativas encontradas é o viés de memória, decorrente da avaliação retrospectiva da exposição à violência na gestação

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

OBS: Apesar do estudo incluir uma porcentagem de mães adolescentes, os resultados ficam evidentes sobre os riscos da violência à saúde da mulher, podendo ser incluído.

Incluído: (x) Excluído: ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E16

Tipo publicação : (X) Artigo

Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (x) BVS () CINAHL

Título: Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil.

Ano publicação: 2011

Autores: Nunes MA; Camey S; Ferri CP; Manzolli P; Manenti CN; Schmidt MI.

País realização do estudo: Brasil

Idioma: Inglês

Revista: [Eur J Public Health; 21\(1\): 92-7, 2011 Feb.](#)

Universidade/ Centro de Estudo: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Epidemiologia e Instituto de Estatística; e King's College London, Institute of Psychiatry, HSPR, Section of Epidemiology. Londres, Reino Unido.

Local realização estudo: dezoito unidades básicas de saúde localizados em bairros pobres em duas cidades do sul do Brasil.

Características da população: 652 Mulheres grávidas entre 16ª e 36ª semana de gestação.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Estimar a prevalência de violência durante a gestação para identificar características e os impactos desta sobre os resultados nos recém-nascidos.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Estudo prospectivo de coorte, com 652 mulheres grávidas atendidas na atenção primária no Sul do Brasil entre junho de 2006 a setembro de 2007. Fez parte de um coorte que investigava aspectos nutricionais e comportamentais de mulheres grávidas até o período pós-natal imediato.
- Foram inscritas 780 mulheres, das quais 68 (8,7%) se recusaram a participar, 43 mulheres não retornaram o questionário sobre violência, para uma, não foi obtido peso ao nascer e duas não haviam informação do acompanhamento. Das 666 mulheres restantes, foram excluídas 14 (4 gravidez gemelares, 7 casos de aborto e 3 nati-mortos), restando 652 para análise de dados.
- O questionário base era composto por quatro seções, duas seções investigando alimentação e comportamentos alimentares; transtornos mentais - Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD); e violência – o Abuse Assessment Screen. O questionário sobre violência era respondido pelas mulheres e depois disso poderiam colocar em uma caixa lacrada.
- Após o nascimento, entrevistadoras entravam em contato pelo telefone e obtinham dados sobre o nascimento.
- Foi deixado telefone de contato com as pesquisadas para eventuais necessidades decorrentes de informações sobre apoio para questões relacionadas à violência e depressão.
- Não incluíram um caso de violência pelo marido com arma. Incluíram violência sexual em violência física. Avaliaram apenas violência psicológica, apenas física, e combinadas.
- Foram levadas em consideração as variáveis de confusão (condições sócio demográficas, uso de tabaco ou álcool, escolaridade, raça, estado conjugal, apoio social, história clínica e riscos durante a gestação, número de filhos, entre outros.)

RESULTADOS:

- 294 mulheres relataram já ter sofrido violência (45,9%), 98(18, %) na atual gestação. Destas, 79 relataram a agressão ter sido sofrida pelo parceiro íntimo ou alguém da família.
- As mulheres que sofreram violência física única durante a gravidez tiveram maiores taxas de baixo peso ao nascer e de baixa estatura para a idade gestacional do que as mulheres não relataram a violência.
- Ganho de peso insuficiente na gravidez foi mais freqüente entre as mulheres que sofreram violência durante a gravidez.
- Exceto por cesariana, todos os outros resultados adversos foram mais freqüentes entre as mulheres que sofrem tanto a violência física e psicológica.
- Não foram encontradas diferenças de acordo com categorias de violência. Onze bebês tiveram um índice

de Apgar aos 5min inferior a 7. A média de internação hospitalar foi de 3 dias (DP = 2 dias) para a mãe e 3,6 dias (DP = 5,1 dias) para o bebê.

- Ajustando simultaneamente a renda familiar, número adequado de consultas pré-natal, duração da gestação e ganho de peso gestacional, as mulheres que sofrem violência psicológica e física durante a gravidez ainda apresentavam aumento do risco de ter um bebê com baixo peso ao nascer.(RR 2,18; 95% CI 1,16-4,08%).

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (X) Não (x)

Incluído: (X) Excluído: ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E18

Tipo publicação: (X) Artigo

Tipo de estudo: (X) Quantitativo () Qualitativo () Qualiquantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (X) BVS () CINAHL

Título: Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence **Ano publicação:** 2013

Autores: Pallitto CC; García-Moreno C; Jansen HA; Heise L; Ellsberg M; Watts C.

País realização do estudo: Brasil e outros 9 países (Peru/Etiópia/Bangladesh/Japão/Namíbia/Samoa/Tailândia/Sérvia e Montenegro e Tanzânia.) **Idioma:** Inglês **Revista:** [Int J Gynaecol Obstet](#);

Universidade/ Centro de Estudo: Estudo Multicêntrico.

Local realização estudo: USP SP E UFPE. OMS.

Características da população: 17.518 mulheres de 15 locais de 10 países

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Explorar como a violência por Parceiro Intimo está relacionada com gravidez não planejada e aborto em países de baixa e média renda.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Foram selecionadas mulheres abusadas neste estudo, aquelas que responderam que haviam experienciado violência física, sexual ou ambas de moderada a severa, de acordo com questionário aplicado que investigava os atos violentos (tapas, empurrões, relações sexuais não consensuais, etc.)
- A análise dos impactos emocionais fora explorada em outro estudo.
- Para a análise de aborto, a amostra foi limitada a 17.518 mulheres que responderam positivamente a ter estado grávida. Para elas foi perguntado se a gravidez tinha acabado em aborto espontâneo, natimorto ou aborto induzido, número de gestações e desfechos destas.
- A variação aborto foi considerada positiva para mulheres que afirmaram que tinham tido um aborto induzido;
- Um outro estudo avaliou outras formas de perda de gravidez (aborto espontâneo e natimorto) e sua relação com VPI, e discutidos mecanismos psicológicos para explicar a associação.
- A associação entre violência física/sexual e gravidez não pretendida foi explorada no subgrupo com 8.922 mulheres com um parto nos cinco anos anteriores ao inquérito.

RESULTADOS:

- Como esperado, houve uma grande variação nas características das mulheres nos lugares pesquisados.
- Mulheres das capitais tiveram maior escolaridade, nível sócio econômico e menor quantidade de filhos do que as do interior.
- 38% do total relatou que a gravidez foi mal planejada ou não desejada, variando de 13% em Samoa a 68% no interior do Peru.
- Maiores taxas de gravidez não desejada foram relatadas por mulheres que sofreram VPI, com estatísticas significativas em todos os lugares, exceto em Samoa.
- Quando o termo gravidez não intencional foi dividido em não planejada e não desejada, mais mulheres que experienciaram VPI relataram gravidez não desejada do que aquelas que não relataram VPI.
- Gravidez não planejada foi mais comum entre as mulheres todos os lugares com as que relataram vivenciar VPI, exceto no interior de Bangladesh e no Brasil.
- Mulheres que sofreram VPI física e/ou sexual tiveram maiores taxas de indução de aborto do que as que não tiveram, chegando no Brasil a quase 20% das que praticaram aborto e sofreram VPI e menos de 10% as que não sofreram, ficando entre os 4 maiores resultados, antecidos por Sérvia, Japão e Bangladesh.
- Depois de ajustados fatores de confusão com análise de regressão logística multivariada, encontramos que a

VPI física e sexual foi consistentemente associada com maiores índices de gravidez não desejada e aborto induzido, sendo 3 vezes maior do que as que não sofreram VPI.

- No Brasil, a atribuição de gravidez não pretendida com VPI foi de apenas 3%, entretanto chegou a 35% na Tailândia.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

Incluído: (x) **Excluído:** ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E19

Tipo publicação: (X) Artigo

Tipo de estudo: () Quantitativo (x) Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed (x) Scielo () BVS () CINAHL

Título: Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas **Ano publicação:** 2012

Autores: PEREIRA, Vanessa do Nascimento; OLIVEIRA, Flávia Aelo de; GOMES, Nadirlene Pereira; COUTO, Telmara Menezes; PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento. **País realização do estudo:** Brasil

Idioma: Português **Revista:** *Saúde soc.*; 21(4); 1056-1062; 2012-12

Universidade/ Centro de Estudo: Universidade Federal da Bahia - Enfermagem

Local realização estudo: Maternidade Pública, no Município de Salvador-BA

Características da população: Os sujeitos foram constituídos por nove mulheres hospitalizadas por aborto provocado

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar situações que interferem na decisão pelo aborto e os sentimentos diante do processo de abortar

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Estudo qualitativo, de cunho descritivo;
- Para a coleta de dados, utilizamos a entrevista acompanhada por um formulário semiestruturado.
- Dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2009
- As mulheres menores de 18 anos foram excluídas deste estudo, pois, para fazer pesquisa com sujeitos desta faixa etária, é necessário um representante legal para consentir a coleta de dados, conforme a Resolução 196/96 (Brasil, 1996). Estando as mulheres deste estudo em situação de prática ilegal, a necessidade de um representante para consentimento dificultaria a pesquisa.
- Apenas uma mulher não aceitou participar do estudo, totalizando a amostra de nove mulheres.
- Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista, através de um formulário semiestruturado que consta de três partes: (1) dados sociodemográficos, (2) dados gineco-obstétricos, e (3) motivos para o abortamento.
- As falas foram organizadas e categorizadas, utilizando como referencial a técnica de análise de conteúdo de Bardin

RESULTADOS:

- A amostra foi composta majoritariamente por mulheres entre 20 e 29 anos (66,6%);
- 77,7% declaradas de raça negra;
- 77,7% possui nenhum ou poucos anos de escolaridade
- 66,6% estavam casadas ou em união estável;
- Todas já possuíam pelo menos um filho;
- 66,6% dependiam economicamente do companheiro ou dos pais;
- 88,9% declararam ser o primeiro aborto;
- 77,7% das entrevistadas referiram ter interrompido a gravidez no 1o trimestre, e, 88,8% citaram o uso do misoprostol como método abortivo.
- Dificuldade financeira da família, como motivo para interromper a gestação, foi mencionada por 44,4% das mulheres;
- A dificuldade financeira da família, como motivo para interromper a gestação, foi mencionada por 44,4% das mulheres.
- 66,6% relataram que a quantidade de filhos influenciou na decisão de interromper a gravidez, dado que leva muitos estudos a inferir que o aborto é um instrumento de planejamento reprodutivo importante para as mulheres com filhos quando os métodos contraceptivos falham, não são utilizados adequadamente ou quando a assistência prestada pelos profissionais não contempla todas as necessidades da mulher, seja em nível de

informação, seja de acompanhamento como previsto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

- O estudo também mostra que a vivência de violência conjugal é um dos elementos que interferem na decisão da mulher pelo aborto, apontado também por outros estudos (Perez 2006; Gesteira 2006; Sandi e Braz 2010). Contudo, a vivência de violência pode se manifestar pela falta de apoio, desprezo ou pela negação da paternidade. Constitui ainda um fator de risco para o sofrimento psíquico e depressão após o aborto (Mariutti e Furegato, 2010).
- A decisão do abortamento costuma ser atribuída unicamente às mulheres, negligenciando-se a influência de outros atores, principalmente no que diz respeito ao companheiro, que coage a mulher a fazê-lo, e se isenta de responsabilidades legais, visto que no Brasil o abortamento é crime.
- Perda da autonomia da mulher pelo nascimento de um novo filho também foram relatados como motivo de abortamento. No entanto, esta categoria encontra-se imbricada com as outras: dificuldade financeira, número de filhos e vivência de violência conjugal. A gravidez maximizaria a subordinação e a dependência financeira, adiando ainda mais a sonhada liberdade. Assim, o aborto se apresenta como um momento de autonomia, possibilitando à mulher a realização de seus planos de vida (Souza, 2000).
- Ao optar e proceder ao abortamento, a mulher vivencia, além do medo de morrer, uma variedade de outros sentimentos como o arrependimento. O medo de morrer existe pelo fato de a mulher conhecer os riscos do aborto induzido e, no entanto, a crença no castigo divino intensifica o medo da morte.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional?

Sim (X) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (X) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (X) Não ()

OBS: Apesar de não trazer a estatística da porcentagem de mulheres que abortam em decorrência da violência sofrida por parceiro íntimo, o estudo evidencia que este é um dos fatores importantes que levam as mulheres a realizar o aborto ilegal.

Incluído: (X) **Excluído:** ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E21

Tipo publicação: (X) Artigo

Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo () BVS () CINAHL

Título: Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais.

Ano publicação: 2014

Autores: RODRIGUES DP, GOMES SPONHOLZ FA, STEFANELO J **País realização do estudo:** Brasil

Idioma: Português **Revista:** Rev Esc Enferm USP;

Universidade/ Centro de Estudo: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto – Pós-Graduação em Saúde Pública.

Local realização estudo: uma maternidade pública de Ribeirão Preto SP

Características da população: 232 gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal em maternidade pública.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar a prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI) entre gestantes e classificá-la quanto ao tipo e frequência;
- Identificar resultados obstétricos e neonatais e suas associações com a ocorrência da VPI na gestação atual.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Estudo observacional, descritivo e analítico
- Os critérios de inclusão foram: gestantes com idade entre 15 e 49 anos em seguimento de pré-natal e que mantiveram relacionamento com parceiro íntimo durante a gestação, independente de coabitação. Os critérios de exclusão foram: gestantes com deficiência auditiva, visual ou cognitiva; desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoa; com gestação múltipla ou gestantes que declararam não ser alfabetizadas, independente da escolaridade
- O cálculo amostral foi realizado com informações de prevalência sobre VPI na gestação com base em uma população finita de 1.600 gestantes em atendimento no período de coleta de dados de maio a dezembro de 2012.

RESULTADOS:

- A amostra deste estudo foi constituída em sua maioria por mulheres com idade média de 25 anos (dp= 6,20), de cor preta ou parda (40,1%), com média de 9,6 anos de estudo (dp=2,43), católicas (42,3%), sem ocupação remunerada (59,0%), ou seja, donas de casa, desempregadas ou estudantes; não fumantes (94,0%), que não faziam uso de bebida alcoólica (86,6%) ou drogas ilícitas (98,7%), solteiras (65,5%), que coabitavam com parceiro íntimo (78,0%) e tinham renda familiar média de 2,5 salários mínimos (dp=1,34), tendo o parceiro

como provedor da família (47,9%).

- Com relação à caracterização obstétrica das participantes, a média do número de gestações (incluindo a atual) foi de 2,1 (dp=1,27) e a média de filhos de foi de 1,6 (dp=0,99), sendo que 35 (15,0%) referiram aborto anterior e 106 (45,7%) declararam não ter nenhum filho vivo (desconsiderando-se a gestação atual). A maioria (n=156; 67,2%) informou que a atual gestação não foi planejada, no entanto, 206 (88,8%) declararam que foi desejada
- 62,6% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação.
- 96,0% realizaram 6 ou mais consultas ao longo da gestação.
- Com relação à prevalência dos casos de violência entre as participantes, 128 (55,2%) sofreram algum tipo de violência do parceiro íntimo alguma vez na vida e em 36 (15,5%), essa violência ocorreu durante a gestação. Quanto ao tipo e à frequência da violência sofrida pelas participantes a classificação foi de violência psicológica (n=34; 14,7%) violência física (n=12; 5,2%) e violência sexual (n=1; 0,4%).
- A análise dos dados evidenciou associação entre a ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro e o desejo da gestação, sendo que as mulheres que não desejaram a gestação apresentaram 4,3 vezes a chance de sofrer VPI na gestação, quando comparadas com aquelas que desejaram a gestação (p<0,01; OR=4,32 e IC 95% [1,77 – 10,54]).
- As variáveis número de gestações, número de abortos, número de partos, parto prematuro anterior, número de filhos natimortos, número de filhos que morreram após o nascimento, número de filhos vivos, gestação atual planejada, idade gestacional do início do pré-natal, número de consultas de pré-natal realizadas na gestação atual não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável dependente
- Com relação às repercussões obstétricas, não houve associação estatisticamente significativa entre a variável ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro íntimo e as variáveis intercorrências na gestação, intercorrências no trabalho de parto, analgesia durante o trabalho de parto, tipo de parto, intercorrências no parto e intercorrências no puerpério.
- A chance de VPI é maior entre mulheres que tiveram dois ou mais partos, porém não indica associação entre a ocorrência de VPI na gestação e o número de filhos da mulher.
- As variáveis número de abortos, parto prematuro anterior, número de filhos natimortos, número de filhos que morreram após o nascimento, gestação atual planejada e número de consultas pré-natal realizadas não apresentaram associação estatisticamente significativa com a violência
- Não foi verificada associação significativa da variável intercorrência no trabalho de parto e VPI,
- Quanto aos neonatos, não foi verificada associação estatisticamente significativa entre o índice de Apgar, o baixo peso ao nascer e a necessidade de contato com assistente social por parte da equipe de saúde com a ocorrência de VPI durante o período gestacional
- Os resultados não mostraram significância estatística para repercussões neonatais de algumas variáveis consideradas de importância clínica, tais como os procedimentos realizados no momento do nascimento e o tempo de internação do recém-nascido

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

OBS: Apesar de abordar também a saúde da adolescente grávida, percebe-se um enfoque dado também às demais idades e a separação por idade para classificação da ocorrência da VPI.

Incluído: (x) Excluído: ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E22

Tipo publicação : (X) Artigo

Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo () BVS () CINAHL

Título: Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Ano publicação: 2010**

Autores: Santos, Simone; Lovisi, Giovanni; Valente, Cristina **País realização do estudo:** Brasil

Idioma: Português **Revista:** Cad. saúde colet., (Rio J.); 18(4)out.-dez. 2010.

Universidade/ Centro de Estudo: Saúde Pública da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Local realização estudo: ambulatório público de pré-natal no Rio de Janeiro, durante o período de um ano (2006-2007). (Posto de Atendimento Médico (PAM) Hélio Pellegrino na cidade do Rio de Janeiro)

Características da população: 331 mulheres atendidas no terceiro trimestre

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Verificar a prevalência da violência na gestação em Unidades Básicas de Saúde.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Numa população estimada de 1.000 gestantes elegíveis, calculou-se o tamanho mínimo da amostra em 200

mulheres, considerando uma frequência esperada de 15%, já que a maioria dos estudos encontra frequências entre 10 e 20%, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%.

- A seleção da amostra foi sistemática, e os critérios de inclusão foram: estar no terceiro trimestre de gestação e estar inscrita no programa de acompanhamento pré-natal do PAM Hélio Pellegrino. Foram excluídas do estudo as mulheres que se recusaram a participar da pesquisa;
- Para a Investigação da violência doméstica durante a gravidez foi utilizado o instrumento Abuse Assessment Screen (AAS).
- Foi também verificado aspectos sócio demográficos, e variáveis clínico-epidemiológicas com aspectos sobre história de eventos psiquiátricos, desfechos desfavoráveis em gestações anteriores, através de questionário realizado pelos pesquisadores.
- A avaliação da depressão foi com o instrumento Composite International Diagnostic Interview (CIDI, versão 2.1) desenvolvido pela OMS.
- Para levantar a presença de eventos de vida estressantes no último ano, foi utilizada a escala Stressful Life Events (Holmes e Rahe, 1967), que se baseia em uma lista de acontecimentos considerados eventos significativos da vida.
- Das 340 mulheres convidadas para participar do estudo, 9 recusaram.
- A idade das gestantes variou de 10 a 42 anos, com uma média de 24,45 anos (desvio padrão = 6,015). Aproximadamente 25% da amostra foi composta por adolescentes (10 a 19 anos).

RESULTADOS:

- Encontrou-se a prevalência de 42,6% de relato de maus-tratos ao longo da vida, 9,4% de violência física no último ano, 5,1% de violência durante a gestação, 2,1% de abuso sexual no último ano e 5,4% de medo. Ser adolescente apresentou diferença estatisticamente significativa em relação ao medo (10 versus 4%, $p=0,04$; $\chi^2=4,270$)
- Quanto à história psiquiátrica, observou-se associação entre maus-tratos ao longo da vida e as seguintes variáveis: história anterior de depressão (47 versus 29%, $p=0,000$; $\chi^2=14,941$), tratamento psiquiátrico prévio (10 versus 1%, $p=0,001$; $\chi^2=10,860$), depressão durante a gestação (32 versus 15%, $p=0,000$; $\chi^2=14,552$), tabagismo (21 versus 15%, $p=0,04$; $\chi^2=4,090$) e uso abusivo de álcool (14 versus 7%, $p=0,02$; $\chi^2=5,312$).
- O abuso de álcool também apresentou associação com: maus-tratos com a violência durante a gestação (17 versus 4%, $p=0,003$; $\chi^2=8,907$), o abuso sexual (19 versus 2%, $p=0,01$; $\chi^2=5,946$) e o medo (18 versus 3%, $p=0,06$; $\chi^2=3,413$). O uso abusivo de drogas ilícitas associou-se com violência durante a gestação e abuso sexual (4 versus 2%, $p=0,002$; $\chi^2=9,972$; 5 versus 1%, $p=0,01$; $\chi^2=6,251$, respectivamente), mostrando que algumas complicações à saúde materna podem estar relacionadas com a violência durante a gestação, com achados de história anterior de depressão, depressão durante a gestação e o uso de substâncias, inclusive tabaco, com associação em relação à violência.
- Quanto às variáveis obstétricas, ter sofrido maus-tratos associou-se com o fato de não ser primípara (67,4 versus 32,6%, $p=0,04$; $\chi^2=4,163$), com história de baixo peso ao nascer (13 versus 6%, $p=0,02$; $\chi^2=5,497$), com história de prematuridade (20 versus 13%, $p=0,03$; $\chi^2=4,861$) e gestação não-planejada (68,8 versus 57,4%, $p=0,03$; $\chi^2=4,496$).
- As doenças gestacionais atuais associaram-se a ruptura prematura da membrana com violência durante a gestação (33,3 versus 4,9%, $p=0,03$; $\chi^2=4,940$) e abuso sexual (33,3 versus 1,8%, $p=0,000$; $\chi^2=14,253$).
- A descrição dos perpetradores mostrou que na violência física, no último ano, e na violência durante a gestação, o principal agressor foi o marido (32,26 e 35,29%, respectivamente), quando comparado ao ex-marido, namorado e estranho.
- Entre as formas de agressão presentes na violência durante a gestação, as mais comuns foram: soco/chute (47,06%) e tapa/empurrão (35,29%).
- Violência durante a gestação foi de 5,1%. As autoras acreditam que pode ter havido sub relato devido à vergonha ou à banalização da violência em decorrência dos achados terem sido menores do que outros estudos.
- Ser adolescente apresentou maior frequência, mesmo que discreta, em todos os tipos de violência.
- Não foram encontradas associações entre baixo nível de escolaridade, desemprego da gestante e classe social baixa com os tipos de violência.
- Entre as variáveis obstétricas, encontramos associação entre violência e múltiparas, história de baixo peso ao nascer, história de prematuridade e atual gestação não-planejada. Quanto às doenças gestacionais atuais, nosso resultado apresentou associação com ruptura prematura da membrana.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

Incluído: (x) **Excluído:** ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E 25

Tipo publicação : (X) Artigo

Tipo de estudo: () Quantitativo (x) Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed (X) Scielo () BVS () CINAHL

Título: Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares

Ano publicação: 2011

Autores: SOUZA, Zannety Conceição Silva do Nascimento; DINIZ Normélia Maria Freire.

País realização do estudo: Brasil **Idioma:** Português **Revista:** *Texto contexto - enferm.*;

Universidade/ Centro de Estudo: Universidade Federal da Bahia – Pós graduação em enfermagem.

Local realização estudo: Maternidade Pública de Salvador

Características da população: Os sujeitos da pesquisa foram 17 mulheres internadas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil, por aborto provocado.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Analisar o discurso das mulheres que vivenciaram o aborto provocado sobre suas relações familiares.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Em 2007, na cidade de Salvador, na Bahia, foi registrado em uma maternidade o maior número de internações devidas a aborto (1.713); o que corresponde a 20,6% das internações nos estabelecimentos públicos desta cidade, não se tendo precisão sobre os abortos ilegais entre estes, pois geralmente não são revelados pelas mulheres.
- O período da pesquisa foi de julho a setembro de 2008, com 17 mulheres internadas por aborto provocado e histórico de violência doméstica.
- A coleta de dados aconteceu através da entrevista semiestruturada, sendo utilizadas as seguintes perguntas para este estudo: “fale de sua relação com seu companheiro atual e/ou anteriores” e “fale um pouco da relação com sua família e/ou família do companheiro”. Foi realizada com auxílio de gravador, e teve duração, em média, de uma hora, com transcrição subsequente na íntegra.
- O serviço de psicologia da instituição estava à disposição para assistir as participantes, se houvesse alguma intercorrência que exigisse o atendimento
- Os dados foram organizados e trabalhados através da estratégia metodológica discursiva do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

RESULTADOS:

- A maioria da amostra eram adultas jovens, com ensino fundamental ou o segundo grau incompleto, autodeclaradas negras e pardas, desempregadas, solteiras, sustentadas por companheiro ou familiares; no aspecto reprodutivo, encontrou-se maioria de terçigestas ou multigestas, com história prévia de aborto provocado com uso do Cytotec® (misoprostol)
- Relataram uma relação violenta com os companheiros atuais e algumas também com os anteriores, o que influenciou na decisão de abortar.
- A gravidez aumentou os conflitos nas relações conjugais.
- A ideia síntese 1 revela que muitas vezes se usa o “ficar”, que desprovê o corpo do aspecto reprodutivo, e quando a gravidez ocorre, frustra-se a relação. A ideia de abortar partindo da mulher, que é abandonada pelo companheiro ou não deseja a gravidez denota maior controle sobre seu corpo e assumindo o risco que isso possa representar.
- A ideia síntese 2 e 3 é a de que o companheiro não concorda com o aborto. Muitos se eximem da decisão ou das responsabilidades da ação. A exclusão do homem da responsabilidade no aborto provocado, é um aspecto do contexto feminino que precisa ser observado pelos profissionais no atendimento, já que o debate sobre a inserção masculina nas políticas de saúde reprodutiva é recente. A visão de gênero influi diretamente nas ações dos profissionais de saúde, pois este mantém uma ênfase nos aspectos biológicos; e **a mulher, na maioria das vezes, não tem chance de expressar seus conflitos conjugais e como estes influenciam no processo saúde-doença;**
- Na ideia central síntese 4, a relação com o companheiro não tem estabilidade, e assim, a decisão da mulher em abortar vislumbra não assumir o papel de provedora da família, diante de um companheiro que não cumpre está “obrigação”.
- A ideia central síntese 5 trata da violência sofrida por parceiro íntimo, que sinaliza a decisão de abortar diretamente relacionada à violência doméstica conjugal. Esta se expressa em humilhação e dominação do homem em relação à mulher.
- A violência doméstica gera um distanciamento relacional entre mãe e filha; a ideia central síntese 6 relata o abandono vivenciado desde a infância, a negligência da mãe com relação ao processo de desenvolvimento da filha e a falta de uma relação amorosa, que interfere no seu “ser mulher”.

- Na ideia síntese 7 relata a violência paterna como motivo de aborto por medo da reação deste.
- Na ideia central síntese 8, a perda ou falta de suporte familiar neste momento gera motivo de aborto neste momento de vulnerabilidade e necessidade de proteção e cuidados.
- Na ideia central síntese 9 retoma o aspecto do apoio familiar na decisão ou após esta de aborto em decorrência do marido não ser um bom companheiro.
- Na ideia síntese central 10, traz a questão de planos interrompidos pela gestação como motivo de aborto, e a vergonha de encarar a família após este, sentimento de vergonha associado à exposição e juízo.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional?

Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

Incluído: (x) Excluído: ()

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: A26

Tipo publicação : (X) Artigo

Tipo de estudo: () Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (x) BVS () CINAHL

Título: Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido

Ano publicação: 2012

Autores: Viellas, Elaine Fernandes; Gama, Silvana Granado Nogueira da; Carvalho, Márcia Lazaro de; Pinto, Liana Wernersbach.

País realização do estudo: Brasil

Idioma: Português

Revista: [J Pediatr \(Rio J\)](#)

Universidade/ Centro de Estudo: Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde.

Local realização estudo: Maternidades do Município do Rio de Janeiro – RJ.

Características da população: Amostra de 8.961 puérperas que se hospitalizaram em maternidades do município do Rio de Janeiro por ocasião do parto que sofreram VPI durante a gestação.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Verificar os fatores socioeconômicos, demográficos e reprodutivos associados à agressão física na gestação e os desfechos negativos para o recém-nascido em dois grupos de mulheres: adolescentes e adultas jovens

ASPECTOS DA PESQUISA:

- O trabalho faz parte do «Estudo da Morbimortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro», desenvolvido com base em uma amostra de puérperas hospitalizadas em maternidades do município por ocasião do parto, no período de 2000-2001.
- Foi feita uma amostra estratificada proporcional, na qual os estabelecimentos de saúde foram agrupados segundo a proporção de baixo peso ao nascer em três estratos: 1- municipais e federais; 2- estaduais, militares, filantrópicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS); 3- privados. Para o estudo, foi selecionada uma amostra de, aproximadamente, 10% de parturientes do número previsto de partos em todos os hospitais de cada estrato. Por questões logísticas, foram excluídos os estabelecimentos com menos de 200 partos por ano, correspondente a apenas 3,7% do total de nascimentos.
- Foram selecionadas apenas adolescentes e mulheres que tivessem sido vítimas de violência por parceiro íntimo na gestação. Foram excluídas mulheres com mais de 35 anos e quem tivesse sofrido violência infringida por outra pessoa.
- Os dados foram coletados do prontuário materno e do recém-nascido, além de entrevista estruturada com as mães no pós-parto imediato
- 8.961 puérperas compuseram a amostra, formando dois grupos distintos – um com idade entre 10 e 19 anos (adolescentes); e outro de 20 a 34 anos (adultas jovens). A categorização nessas faixas etárias se deu em função da incidência de violência entre parceiros íntimos durante a gestação ser maior entre adolescentes e jovens.
- A assistência pré-natal foi analisada a partir de um escore de adequação de utilização do pré-natal – o índice de Kotelchuck adaptado no Brasil.
- Foi avaliada também tipo de agressão física e variáveis sócio demográficas.
- Quanto aos recém-nascidos, os desfechos de interesse foram representados pelo baixo peso ao nascer (peso ao nascer < 2.500 g), prematuridade (nascimento < 37 semanas gestacionais), óbito fetal (óbito a partir da 22ª semana completa de gestação e/ou feto com peso ≥ 500 g), óbito neonatal (óbito de recém-nascido com até 28 dias de vida) e óbito pós-neonatal (óbito ocorrido em crianças com mais de 28 dias de vida e com menos de 1 ano de idade).

- Para a idade gestacional, foi usada a informação obtida pela ultrassonografia ou pela data da última menstruação. Na ausência de ambas, utilizou-se informação fornecida pela mãe.
- Os dados sobre mortalidade infantil foram coletados a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade, a partir de um processo de ligação entre o banco de nascidos vivos dessa amostra e os óbitos infantis ocorridos no município do Rio de Janeiro.
- Discute como o tempo de escolaridade pode repercutir numa maior dificuldade em se lidar com conflitos cotidianos gerando agressões.

RESULTADOS:

- Das 8.961 puérperas, 22% possuíam menos de 19 anos de idade. Cerca de 5% das adolescentes e 2,5% das adultas jovens referiram terem sido vítimas de pelo menos um ato de agressão física perpetrada pelo pai do bebê durante a gravidez.
- Observou-se que o maior consumo de bebidas alcóolicas e o uso de cigarros e outras drogas durante a gestação se mostraram associados à agressão, tanto para as adolescentes como para as adultas jovens.
- A falta de apoio percebida pela puérpera durante a gravidez, assim como a vontade de interromper a gestação, também foram fatores associados ao abuso físico
- Em relação ao nível de escolaridade, a maioria das puérperas que sofreram agressão física durante a gestação tinha menos de oito anos de estudo.
- Quanto ao acompanhamento pré-natal, as puérperas vítimas de agressão física na gestação apresentaram assistência menos adequada.
- No grupo de puérperas adultas jovens, o baixo peso ao nascer e os óbitos neonatal e pós-neonatal mostraram-se associados à agressão física durante a gestação. Por outro lado, entre as adolescentes, apenas a variável "óbito neonatal" foi selecionada para compor a análise multivariada, dentre as variáveis relativas às condições de saúde do recém-nascido estudadas.
- Entre as gestantes adolescentes, ter menor rendimento escolar, consumir mais bebidas alcoólicas durante a gravidez, tentar interromper a gestação e sentir-se menos apoiada pelo pai da criança durante esta fase da vida são fatores associados ao sofrimento de agressão física durante a gestação. Para as puérperas adultas jovens, as associações foram semelhantes. No entanto, o consumo de bebida alcoólica perdeu parte da sua significância estatística quando ajustado às demais variáveis do modelo, e o uso de drogas surgiu como fator associado aos casos de agressão física na gravidez.
- Quanto aos desfechos para o recém-nascido, após a análise multivariada, a agressão física entre parceiros íntimos durante a gestação aumentou em duas vezes as chances de óbito do bebê no período neonatal, e em três vezes de óbito pós-neonatal, se comparado aos filhos de gestantes não vítimas de agressões pelo pai do bebê.
- A assistência pré-natal adequada diminuiu a chance de a criança nascer com baixo peso, assim como a protegeu da ocorrência de óbito neonatal e pós-neonatal.
- Mulheres que se mostraram mais insatisfeitas, por se sentirem menos apoiadas pelo pai do bebê, tentaram interromper a gestação cerca de duas vezes mais do que as gestantes que não sofreram tal agressão. Além disso, a falta de apoio às mulheres no momento em que mais precisam de cuidados e acolhimento parece estar relacionado com a tendência de a mulher estabelecer comportamentos de risco, que podem acentuar o desequilíbrio de controle e poder exercidos pelo parceiro, aumentando a perda da autoestima da puérpera, conduzindo ao progressivo desinteresse no seu bem-estar e do seu filho.
- Na análise exploratória inicial, as categorias do índice de Kotelchuck modificado foram avaliadas separadamente, e observou-se que quanto melhor a classificação do índice, menor a frequência de agressão física na gestação. Já na análise multivariada, foi possível verificar a ocorrência de agressão física na gestação como um fator significativo associado a um pré-natal de pior qualidade, pois as adultas jovens que apresentaram uma assistência mais adequada apresentaram uma chance 33% menor de sofrer essa forma de violência do que àquelas não envolvidas com o problema. Tais achados levam a refletir sobre o papel do serviço de saúde na captação deste grupo excluído para o qual, certamente, o pré-natal teria um efeito fundamental para a autoestima da gestante e sobre os resultados da gestação.

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim (x) Não ()

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

OBS: O estudo é de relevância, com bom desenho metodológico e tamanho amostral significativo, demonstrando desfechos importantes acerca da saúde na gestação e perinatal da mulher vítima de VPI.

Incluído: (x) Excluído: ()

ANEXO 2:

QUADRO DE ARTIGOS PRÉ-SELECIONADOS EXCLUÍDOS DA REVISÃO INTEGRATIVA.

Nº	Autor/Ano	Motivo de Exclusão
E17	Okada, Márcia Massumi; Hoga, Luiza Akiko Komura; Borges, Ana Luiza Vilela; Albuquerque, Rosemeire Sartori de; Belli, Maria Aparecida, 2015	O estudo revela as características da violência sofrida por mulheres, entretanto não relaciona com impactos à sua saúde ou do feto.
E20	Ribeiro MR; da Silva AA; E Alves MT; Batista RF; de Rocha LM; Schraiber LB; Medeiros NL; Costa DC; Bettiol H; Barbieri MA., 2014	O estudo revela a prevalência de violência psicológica, mas não faz relação com os aspectos relacionados à saúde destas.
E23	Silva, Elisabete Pereira; Ludermir, Ana Bernarda; Araújo, Thália Velho Barreto de; Valongueiro, Sandra Alve, 2011	Um artigo interessante e bem desenhado, com boa análise estatística, entretanto avalia apenas a incidência e prevalência da violência por parceiro íntimo antes, durante e após a gestação, não relacionando com aspectos de saúde da gestação.
E24	Silva, Raquel de Aquino; Araújo, Thália Velho Barreto de; Valongueiro, Sandra; Ludermir, Ana Bernarda.	Um ótimo estudo, de relevância para o tema, porque identifica não apenas a prevalência da violência e sua gravidade, como também as respostas de rede de suporte encontradas pelas mulheres vítimas de VPI, mas não apresenta dados que interfiram na saúde da gestante e da gestação.

ANEXO 3:

FICHAS CATALOGADORAS COM NUMERAÇÃO DOS ARTIGOS PRÉ-SELECIONADOS

EXCLUÍDOS DO ESTUDO.

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados
<p>Código da publicação: E17</p> <p>Tipo publicação: (X) Artigo</p> <p>Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo</p> <p>Base pesquisada: () PubMed () Scielo (x) BVS () CINAHL</p> <p>Título: Violência doméstica na gravidez Ano publicação: 2015</p> <p>Autores: Okada, Márcia Massumi; Hoga, Luiza Akiko Komura; Borges, Ana Luiza Vilela; Albuquerque, Rosemeire Sartori de; Belli, Maria Aparecida. País realização do estudo: Brasil</p> <p>Idioma: Português Revista: Acta paul. enferm</p> <p>Universidade/ Centro de Estudo: Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e Universidade de São Paulo – USP.</p> <p>Local realização estudo: desenvolvido em uma maternidade filantrópica, vinculada ao sistema público de saúde, localizada na cidade de São Paulo, Brasil</p> <p>Características da população: 385 mulheres atendidas em uma maternidade pública de São Paulo - SP</p> <p>OBJETIVO DA PESQUISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar violência doméstica na gravidez <p>ASPECTOS DA PESQUISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudo transversal, exploratório e analítico da violência doméstica com 385 mulheres atendidas em maternidade pública • Critério de inclusão foi ter tido parceiro íntimo nos últimos 12 meses, independente de coabitação. A recusa para participar do estudo, por qualquer motivo, e ter déficit mental foram, os critérios de exclusão estabelecidos. • A coleta dos dados foi feita mediante uso de formulário estruturado que continha, além das características sócio demográficas das mulheres, seus familiares e parceiros, os itens do instrumento "Abuse Assessment Screen-AAS", traduzido e validado para a cultura brasileira • Análises descritivas e multivariadas foram feitas para verificar a existência de associações entre as características da violência doméstica sofrida pelas mulheres e as características sócio demográficas referentes às mulheres vitimadas, seus familiares e agressores. • 27,5% das puérperas eram adolescentes, entretanto não foram vitimadas com maior frequência pela violência doméstica, se comparadas às adultas. <p>RESULTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A maioria da amostra era representada por mulheres jovens casadas com escolaridade entre 9 e 11 anos, o parceiro o principal provedor familiar, a maioria (58,2%) não mudaram o vínculo com o parceiro depois da gravidez e das que mudaram, 68,3% se casaram. 55,6% não haviam planejado a gravidez e a maior parte dos parceiros (93,5%) aceitaram a gravidez; • 36,9% das mulheres relataram violência em algum momento da vida, e dentre estas, 34,6% na gestação, o maior agressor foi o parceiro íntimo. • As associações entre a ocorrência da violência doméstica na gravidez e variáveis relativas às características sócio demográficas das mulheres, seus parceiros e membros da família, que se mostraram estatisticamente significantes ($p < 0,05$) (Teste Exato de Fisher) foram: ser da religião evangélica ($p = 0,0022$), ter renda familiar abaixo de R\$ 1.000,00 na época da coleta dos dados ($p = 0,0215$), não ter planejado a gravidez ($p = 0,0196$) e ter parceiro com hábito de consumir bebida alcoólica ($p = 0,0002$). As demais variáveis das mulheres não apresentaram significância estatística. • Evidência que jovens protestantes e mulheres que tenham maridos com hábitos etílicos correm maior risco de sofrerem violência durante a gestação e estes devem ser investigados durante o pré-natal. <p>Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim () Não (x)</p> <p>Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()</p> <p>O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim () Não (x)</p> <p>OBS: O estudo revela a característica da violência de mulheres atendidas na maternidade mas não revelam aspectos que</p>

interferiram na saúde delas ou do feto/neonato.

Incluído: () Excluído: (X)

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E20

Tipo publicação: (X) Artigo

Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (X) BVS () CINAHL

Título: Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil.

Ano publicação: 2014

Autores: Ribeiro MR; da Silva AA; E Alves MT; Batista RF; de Rocha LM; Schraiber LB; Medeiros NL; Costa DC; Bettiol H; Barbieri MA.

País realização do estudo: Brasil

Revista: BMC Pregnancy Childbirth

Idioma: Português

Universidade/ Centro de Estudo: Universidade Federal do Maranhão e Universidade de São Paulo

Local realização estudo: São Luís - MA

Características da população: Foram utilizadas 982 mulheres grávidas, com idade entre 14 a 45 anos, entrevistadas em 2010 e 2011 em uma coorte pré-natal.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Estimar as taxas de prevalência e analisar os fatores associados à violência psicológica exclusiva e recorrente no município de São Luís, Brasil.

ASPECTOS DA PESQUISA:

- De fevereiro de 2010 a junho de 2011 foram entrevistadas 14446 mulheres grávidas em fase de pré-natal (fase 1) de um coorte que investigava novos fatores etiológicos de nascimentos pré-termos no município de São Luís no Maranhão, como parte do Estudo Coorte de Nascimentos brasileiros de Ribeirão Preto – SP e São Luís – MA (BRISA)
- Os critérios de inclusão foram: ter realizado o primeiro exame de ultrassom antes da 20ª semana gestacional e à intenção de dar à luz em uma das maternidades do município. As mulheres grávidas com mais de um feto não foram incluídas.
- Na análise dos fatores associados à Violência Psicológica Exclusiva (VPE), um número mínimo de 948 mulheres entrevistadas seria necessário. Esse tamanho de amostra considerada uma probabilidade de 5% do erro tipo I, poder de 80% e prevalência de violência psicológica contra mulheres grávidas de 11,1%³ (estimativa com base no estudo multi países da OMS, na Zona Mata de Pernambuco, Brasil).
- Para determinar a taxa de prevalência de VPE, foram excluídas 199 gestantes submetidas também ao abuso físico e sexual e quatro mulheres que não responderam a uma ou mais perguntas de triagem para esses dois tipos de violência. Para determinar a prevalência de Violência Psicológica Exclusiva de repetição (VPER), ou seja, o abuso que ocorre em mais de uma ocasião, foram excluídas mulheres submetidas a EPV em apenas uma ocasião. Após a exclusão adicional de 295 mulheres grávidas que não vivem com seus parceiros íntimos, o tamanho efetivo da amostra foi de 982.
- Foram aplicados questionários para obter dados do pré-natal, dados sobre violência, apoio social e uso de drogas ilícitas, algumas características demográficas, socioeconômicas e comportamentais das mulheres grávidas, além de aspectos de vida dos parceiros íntimos que residem com os entrevistados e dos chefes de família.
- A idade cronológica das gestantes variou de 14 a 45 anos.
- Nas maternidades de São Luís, 1.379 puérperas da coorte foram entrevistados uma segunda vez, por ocasião do nascimento de seus filhos. Características da vida das mulheres e de seus familiares e parceiros íntimos foram obtidos, bem como os dados sobre o parto e recém-nascido, nascido vivo ou morto. Os dados das mulheres que não foram entrevistados no momento da entrega foram obtidos em sua casa em caso eles estavam localizados.
- Foram divididas em 3 variáveis, com áreas sobre as características sociais e demográficas, outra com apoio social as mulheres grávidas e na terceira, experiências de vida
- Violência exclusivamente psicológica foi de 41,6% e violência exclusivamente psicológica de repetição foi de 32,6%.

RESULTADOS:

- Na análise ajustada, as seguintes variáveis continuaram a ser associado com violência exclusiva psicológica: idade da mulher grávida de 14 a 19 anos (RP: CI 1,32 95%: 1,04-1,70), maior o nível educacional da mulher grávida do que isso de seu parceiro íntimo (RP: 1,54, IC 95%: 1,09-2,16), apoio social / interação social positiva afetivo inadequada (RP: 1,34, IC 95%: 1,11-1,62), uso de drogas ilícitas pela mulher grávida (PR : 1,80, IC 95%: 1,16-2,81), e ter tido seis ou mais parceiros íntimos na vida (PR: 1,52, IC 95%: 1,18-1,96).

- Na análise ajustada, os fatores associados à violência exclusiva psicológica de repetição foram: suporte / interação afetiva social inadequada (PR: CI 1,47 95%: 1,15-1,87), uso de drogas ilícitas pela mulher grávida (PR: CI 2,28 95%: 1,40 - 3,71) e ter tido seis ou mais parceiros íntimos durante a vida (RP: 1,47 IC 95%: 1,06-2,03)
- Neste Estudo, a VEP e a VEPR contra as mulheres grávidas não foram associados com a cor da pele, nível educacional ou de trabalho e variáveis econômicas. Além disso, eles não foram associados com características dos parceiros íntimos e chefes de família, abuso de álcool ou fumar

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim () Não (x)

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim () Não (x)

OBS: O estudo apresenta a prevalência de violência psicológica, mas não relata relações com a saúde das vítimas.

Incluído: () Excluído: (x)

Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados

Código da publicação: E23

Tipo publicação: (X) Artigo

Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo

Base pesquisada: () PubMed () Scielo (X) BVS () CINAHL

Título: Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez

Ano publicação: 2011

Autores: Silva, Elisabete Pereira; Ludermir, Ana Bernarda; Araújo, Thália Velho Barreto de; Valongueiro, Sandra Alve

País realização do estudo: Brasil

Idioma: Português **Revista:** Revista de Saúde Pública

Universidade/ Centro de Estudo: Universidade Federal de Pernambuco – Pós-graduação em Saúde Coletiva e Departamento de Medicina Social.

Local realização estudo: Unidades de Saúde da Família de Recife, PE.

Características da população: 960 mulheres de 18 a 49 anos, cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade do Recife, PE, entre 2005 e 2006.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Estimar a prevalência e analisar o padrão da violência por parceiro íntimo antes e durante a gestação e no pós-parto

ASPECTOS DA PESQUISA:

- Estudo Coorte prospectivo, parte do projeto “Violência na gravidez: determinantes e consequências para saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais”
- 1133 mulheres grávidas elegíveis entre 18 e 49 anos, 1.121 mulheres entrevistadas durante a gravidez, 1.057 mulheres concluíram a entrevista do pós-parto 960 mulheres. Isso representa 94,3% e pequeno percentual de perdas das quais responderam aos questionários 12 meses antes e após o parto, em decorrência de óbitos, perda por mudança de endereço, entre outros.
- Dois questionários foram aplicados: um durante a gravidez e outro no puerpério. As questões relacionadas à VPI foram elaboradas tendo como referência o questionário do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica, da Organização Mundial da Saúde, já validado no Brasil.

RESULTADOS:

- Entre as mulheres estudadas, 47,4% referiram algum tipo de violência (psicológica, física ou sexual) em algum período (antes, durante ou depois da gravidez). A violência antes da gravidez foi referida 32,4% das mulheres; durante a gestação, 31,1%; e no pós-parto, por 22,6%.
- A incidência de VPI na gravidez foi de 9,7% e no pós-parto foi de 5,3%.
- Ter sofrido VPI aumentou a chance de violência no período subsequente. As mulheres que relataram violência antes da gravidez tiveram chance 11,6 vezes maior de violência durante a gravidez (IC95%: 8,3;16,2). A frequência de violência no pós-parto foi 8,2 vezes maior para aquelas mulheres que relataram violência durante a gravidez (IC95%: 5,80;11,69) e 7,23 vezes maior, para aquelas com relato antes e durante a gestação (IC95%: 5,06;10,34). Entre as mulheres que relataram VPI antes, mas a violência cessara durante a gestação, a chance de voltar a sofrer violência no pós-parto foi 4,6 vezes maior do que entre aquelas que não tinham relato de violência antes da gestação (IC95%: 3,33;6,47)
- Entre as mulheres “com” relato de violência antes da gestação, 66% continuaram a sofrê-la durante a gravidez; entre as demais, o relato de VPI na gravidez foi de 14% (p < 0,001). Entre as que referiram violência antes e durante a gestação, 54% apresentaram relato no pós-parto, proporção que foi de 9,2% entre as que

<p>não sofreram VPI na gravidez nem antes dela ($p < 0,001$)</p> <ul style="list-style-type: none"> • A violência psicológica foi a de maior prevalência em todos os períodos avaliados. • A violência física diminuiu quase 50% durante a gestação, em comparação com o período antes desta. • A frequência e a sobreposição dos tipos de violência mostram que a violência psicológica exclusiva também foi a mais frequente em todos os períodos. Durante a gestação, o número de casos aumentou de 30,6% para 55,7% (incremento de 8,20% a mais); no entanto, quando sobreposta à violência física, diminuiu de 109 (35,0%) para 65 (21,8%) (queda de 3,72%), em comparação com o período anterior ($p < 0,001$). • A violência psicológica, física e sexual ocorreu simultaneamente em 10% dos casos. <p>Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim () Não (x)</p> <p>Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()</p> <p>O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim () Não (x)</p> <p>OBS: Um artigo interessante e bem desenhado, com boa análise estatística, entretanto avalia apenas a incidência e prevalência da violência por parceiro íntimo antes e durante e após a gestação, não levando em conta seus aspectos de saúde e implicações na gestação.</p> <p>Incluído: () Excluído: (x)</p>
Fichas de coleta de dados dos estudos selecionados
<p>Código da publicação: E24</p> <p>Tipo publicação: (X) Artigo</p> <p>Tipo de estudo: (x) Quantitativo () Qualitativo () Quali quantitativo</p> <p>Base pesquisada: () PubMed () Scielo (x) BVS () CINAHL</p> <p>Título: Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil</p> <p>Ano publicação: 2012</p> <p>Autores: Silva, Raquel de Aquino; Araújo, Thália Velho Barreto de; Valongueiro, Sandra; Ludermir, Ana Bernarda.</p> <p>País realização do estudo: Brasil</p> <p>Idioma: Português Revista: Revista de Saúde Pública</p> <p>Universidade/ Centro de Estudo: Universidade Federal do Pernambuco – Departamento de Medicina Social – Pós-graduação em Saúde Coletiva.</p> <p>Local realização estudo: Unidades de Saúde Da Família da Cidade de Recife - PE</p> <p>Características da população: 283 mulheres grávidas de 18 a 49 anos com histórico de violência física pelo parceiro de então ou mais recente antes e/ou durante a gestação.</p> <p>OBJETIVO DA PESQUISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever as formas de enfrentamento à violência física adotadas por mulheres agredidas por parceiro íntimo <p>ASPECTOS DA PESQUISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudo transversal realizado na linha de base de estudo de coorte, com gestantes. • Entrevistas foram realizadas face a face, com questionário estruturado e pré-codificado e realizada análise descritiva; • O estudo tinha 1.120 gestantes, desenhado para investigar determinantes e consequências da violência para saúde da mulher na gravidez • Destas, 25,3% relataram algum episódio de violência física com o parceiro de então ou mais recente antes e/ou durante a gestação estudada, do qual saiu a amostra desta pesquisa. • Aplicado face a face questionário adaptado do Questionário da Mulher do Estudo Multipaíses da Organização Mundial da Saúde (OMS), validado no Brasil por Schraiber et al (2010) • Foram coletadas informações sobre características sociodemográficas das mulheres, tipos e gravidade da violência física cometida pelo parceiro, formas de enfrentamento da violência, pessoas e serviços de apoio procurados pelas mulheres, motivos para a mulher ter alguma vez abandonado e retornado a casa em razão da violência. Distribuição de frequência e tabelas descritivas foram elaboradas para as variáveis estudadas na análise dos dados <p>RESULTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mais da metade eram jovens (≤ 24 anos) de baixa escolaridade e a maioria estava casada legalmente ou vivia em coabitação. Menos da metade declarou ter renda própria • Empurrão, tranco/chacoalhão e tapa ou atiramento de objeto que poderia machucar, classificados como violência moderada, foram os tipos de violência mais citados. Mais da metade sofreu violência classificada como grave (com ou sem associação com a moderada) • Das entrevistadas, 78,4% adotaram alguma atitude para enfrentar a violência; 57,6% conversaram com alguém, 3,5% procuraram algum serviço e 17,3% conversaram e procuraram algum serviço. • Pouco mais de 21% nunca conversaram com alguém ou procuraram ajuda institucionalizada. As pessoas mais procuradas pelas mulheres foram os familiares e amigos. • Os serviços mais buscados foram Polícia/Delegacia (57,6%), Hospital/ Centros de Saúde (27,1%), instituição

religiosa (25,4%) e delegacia da mulher (23,7%) (Tabela 3).

- Das mulheres que conversaram com alguém sobre a violência, quase a metade não obteve ajuda.
- Os pais (30,7%), amigos/ amigas (24,0%) e familiares do parceiro (16,5%) foram os que mais tentaram ajudá-las
- A maioria (85,2%) revidou alguma vez a agressão física cometida pelo parceiro íntimo; 29%, uma ou duas vezes; 11,3%, algumas vezes; 6,4%, muitas vezes; e 38,5%, todas as vezes; 14,8% nunca revidaram
- 32,1% disseram ter saído de casa alguma vez na vida, pelo menos por uma noite. Apenas 5,9% disseram não ter retornado a casa.
- Os principais motivos declarados para deixar a casa foram: não suportar mais a violência (31,8%), ter ficado muito machucada ou com medo de ser morta (11,8%) e ter sofrido ameaça ou tentativa de morte (10,6%). O retorno a casa se deu por amar o parceiro (28,2%), pelo bem da família/dos filhos (27,1%) e para atender a pedido do parceiro (25,9%)

Os resultados têm relação com os elementos de saúde da mulher vitimizada por violência em período gestacional ou à saúde do feto/ neonato em decorrência desta? Sim () Não (X)

Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (X) Não ()

O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim () Não (X)

OBS: Um ótimo estudo, de relevância para o tema, porque identifica não apenas a prevalência da violência e sua gravidade como também as respostas e rede de suporte encontrada pelas mulheres vítimas de VPI, entretanto, não traz dados acerca das interferências à saúde na gestação.

Incluído: () Excluído: (X)