

## **VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE - PET-SAÚDE**

### **VIOLENCE IN PREGNANCY: A REPORT OF EXPERIENCE IN EDUCATION PROGRAM FOR WORK FOR HEALTH- PET-SAÚDE**

### **LA VIOLENCIA EN EL EMBARAZO: UN INFORME DE LA EXPERIENCIA EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO PARA LA SALUD- PET-SAÚDE**

Marluce Tavares de Oliveira<sup>1</sup>, Alexandre Barbosa Beltrão<sup>2</sup>, Manoel Aduino Cunha Monteiro<sup>3</sup>, Célia Maria da Paixão Silva<sup>4</sup>, Aline Cristina da Silva Lima<sup>5</sup>, Marcela Carla Pereira do Nascimento<sup>6</sup>, Mailla Morena Costa e Silva<sup>7</sup>, Vanessa Melo Lacerda<sup>8</sup>, Tatiana Felix de Oliveira<sup>9</sup>.

#### **RESUMO**

**Objetivo** - caracterizar e descrever proposta de intervenção sobre violência entre gestantes na Estratégia Saúde da Família - ESF.

**Material e métodos** - Estudo transversal e relato de experiência do PET-Saúde. População formada por 28

profissionais e 96 gestantes em três unidades da ESF do Recife, de dezembro de 2013 a março de 2014. Coleta de dados com questionário estruturado, validado para o Brasil, e observação participante. Utilizou-se estatística descritiva para construção de Coeficientes e Razão de Prevalência. A intervenção constou de visitas a instituições ou setores participantes da Rede de Enfrentamento da Violência, para co-construção de fluxograma de atenção. Projeto aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Resultados** - Perfil das gestantes: média de 24 anos, 10 anos de estudo, fora do mercado de trabalho, em famílias nucleares, com algum tipo de violência doméstica (49%), sendo a psicológica mais prevalente. Referência a aborto foi 3 vezes maior entre mulheres violentadas. Entraves identificados na assistência oferecida na ESF vinculam-se à inexistência ou inadequação na

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Materno Infantil - IMIP. Professora assistente da Faculdade de Ciências Médicas - FCM-UPE. Vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva - FCM/UPE. E-mail: [marlucetavares@upe.br](mailto:marlucetavares@upe.br)

<sup>2</sup> Médico, Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), Tutor de ensino da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM-UPE). E-mail: [beltraoa@ig.com.br](mailto:beltraoa@ig.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeiro, Especialista em Saúde da mulher pela Faculdade Redentor do Rio de Janeiro (RJ). Preceptor de PET-Saúde - Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros CISAM-UPE. E-mail: [manoeladauto@gmail.com](mailto:manoeladauto@gmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira, Preceptor do PET- Saúde - Secretária de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR). E-mail: [celiapaixao1234@hotmail.com](mailto:celiapaixao1234@hotmail.com)

<sup>5</sup> Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM-UPE). E-mail: [alinecristina6@hotmail.com](mailto:alinecristina6@hotmail.com)

<sup>6</sup> Estudante de graduação, Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP-UPE). E-mail: [marcelacpnascimento@gmail.com](mailto:marcelacpnascimento@gmail.com)

<sup>7</sup> Estudante de graduação da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE). E-mail: [mailla.morena@hotmail.com](mailto:mailla.morena@hotmail.com)

<sup>8</sup> Estudante de graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP-UPE). E-mail: [vanessamelolacerda@yahoo.com.br](mailto:vanessamelolacerda@yahoo.com.br)

<sup>9</sup> Estudante de graduação do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Pernambuco. (ICB-UPE). E-mail:

identificação de casos e fluxos de atenção e na desarticulação dos componentes da rede.

**Conclusão** - A conjunção de violência no ciclo de vida dessas mulheres vincula-se a sentimentos de gravidez indesejada, ensejando práticas de aborto inseguro e apontam para uma maior vulnerabilidade às situações de morbimortalidade maternas, aliadas a entraves em relação à assistência oferecida, exigem o estabelecimento de políticas públicas que possam dar respostas que impactem na redução de tais vulnerabilidades. Reuniões de sensibilização mostraram-se promissoras.

**Descritores:** Saúde da Mulher; Violência contra a Mulher; Gestação. Profissionais de saúde. Fatores associados

## ABSTRACT

**Objective** - characterize and describe proposed intervention on violence among pregnantwomen in the Family Health Strategy - ESF.

**Material and methods** - cross-sectional study and report of PET-Saúde experience. Population consists of 28 professionals and 96 pregnant women in three units of Recife ESF, from

December 2013 to March 2014. Data collection with structured questionnaire validated in Brazil, and participant observation. We used descriptive statistics for construction coefficients and prevalence ratio. The intervention consisted of visits to institutions or sectors of Violence Network to co-construction flow chart of attention. Project approved in the Research Ethics Committee, with signature of Consent and Informed. **Results** - Profile of pregnant women: average of 24 years, 10 years of study, out of the labor market, in nuclear families, with some kind of domestic violence (49%), the most prevalent psychological. Reference to abortion was 3 times higher among abused women. Barriers identified in the assistance offered in the FHS are linked to the absence or inadequacy in identifying cases and attention flows and disarticulation of network components.

**Conclusion** - The combination of violence in the life cycle of these women is linked to the feelings of unwanted pregnancy, allowing for abortions insecure and point to greater vulnerability to maternal morbidity and mortality situations, combined with barriers in relation to the assistance provided, require the establishment of public policies that can provide answers

that impact in reducing such vulnerabilities. Sensitization meetings were auspicious.

**Descriptors:** Women's Health; Violence against Women; Pregnancy; Health professionals; Associated factors.

## RESUMEN

**Objetivo** - para caracterizar y describir la intervención propuesta sobre la violencia entre mujeres embarazadas en la Estrategia Salud de Familia - ESF.

**Material y métodos** - estudio transversal y informe de experiencia PET-Saúde. Población - 28 profesionales y 96 mujeres embarazadas en tres unidades de salud, Recife, diciembre de 2013 hasta marzo de 2014. La recolección de datos con cuestionario estructurado validado en Brasil y observación participante. Se utilizó estadística descriptiva para la construcción de los coeficientes y razón de prevalencia. La intervención consistió en visitas a instituciones o sectores participantes de la Red de Lucha acerca de la Violencia y co-construcción del diagrama de flujo de la atención. Proyecto aprobado en el Comité de Ética de la Investigación, con la firma del Consentimiento Informado.

**Resultados** - Perfil de las mujeres: promedio de 24 años, 10 años de estudio, fuera de mercado de trabajo, en familias nucleares, con algún tipo de violencia en el hogar (49%), el más prevalente psicológicos. Referencia al aborto era 3 veces mayor entre las mujeres maltratadas. Las barreras identificadas en la asistencia que se ofrece en la ESF están ligadas a falta o insuficiencia en la identificación de casos y flujos de atención y la desarticulación de los componentes de red. **Conclusión** - La combinación de la violencia en el ciclo de vida de estas mujeres es umbicado a embarazos no deseados, abortos inseguros y apuntan una mayor vulnerabilidad a situaciones de morbilidad y mortalidad materna, asociado con las barreras en la asistencia prestada, requieren el establecimiento de políticas públicas que tienen impacto en la reducción de este tipo de vulnerabilidad. Talleres de sensibilización fueron prometedores.

**Palabras clave:** Salud de la Mujer; Violencia contra la Mujer; Embarazo; Profesionales de la salud; factores asociados.

## 1. INTRODUÇÃO

Dentre as várias questões que interferem no processo de adoecimento e morte de mulheres no mundo, a violência configura-se como um dos mais graves problemas de saúde pública, com profundo impacto no bem-estar biopsicossocial das pessoas, como afirma a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012).

Enquanto problema social com repercussões no setor saúde, a violência, no seu sentido mais amplo, reverbera distintivamente entre os gêneros (SILVA, 2006). Entende-se por gênero o papel culturalmente estabelecido, desempenhado por homens e mulheres na sociedade. Essa relação homem-mulher é hierarquicamente formatada e caracterizada por uma relação de poder, valorizando o que é masculino frente ao feminino (CAVALCANTI, 2003).

Por conta dessa relação desigual, mulheres são vítimas de algumas modalidades específicas de violência, como por exemplo, a violência de gênero, o que a Organização Pan-Americana denominou Violência Contra a Mulher - VCM (OPAS, 2003).

Após a Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) admite como conceito para VCM:

Qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em prejuízo físico, sexual ou psicológico, ou ainda sofrimento para as mulheres, incluindo também a ameaça de praticar tais atos, a coerção e a privação da liberdade, ocorrendo tanto em público como na vida privada (OMS, 1993, p. 3).

Sobre esse tipo de violência, Schraiber (2009) revela que em cerca de 80% dos casos o agressor é o parceiro íntimo, configurando-se para a mulher uma situação de vulnerabilidade para novas agressões. Estudos de campo sobre a prevalência de VCM apontam que, mesmo durante a gravidez as agressões se mantêm em taxas elevadas, podendo chegar a 19,1% das gestantes pesquisadas (AUDI, 2008). Os trabalhos de revisão de literatura reafirmam que as gestantes não estão livres desta violência (GAZMARARIAN, 2000), com uma frequência média de 8,3%.

Quando comparadas com aquelas que não sofreram abusos, as mulheres violentadas têm taxas mais altas de gravidez não desejada e abortos, infecções sexualmente transmitidas, transtornos mentais, além de um déficit de autocuidado. De forma

análogo, quando essa violência ocorre durante a gravidez, é associada a eventos obstétricos adversos, como sangramento genital, síndrome hipertensiva da gravidez, infecção urinária, retardo do crescimento intrauterino, abortos espontâneos, trabalho de parto prematuro e natimortos, maior risco de rejeição e psicose puerperal (ARCOS, 2001; OMS, 2012).

Tais situações, especialmente o aborto espontâneo ou provocado, corroboram para uma maximização de situações de vulnerabilidade que impactam negativamente nas condições de saúde da mulher, com destaque para o ciclo gravídico-puerperal como destacado por Santos e colaboradores (2013) em artigo de revisão da produção científica e documental sobre o tema, realizado na base de dados *Scielo* e sites de órgãos e organizações governamentais e não governamentais.

Há um aumento em torno de quatro vezes nos riscos de óbitos neonatais, o que pode estar relacionado, entre outros fatores, à possibilidade de negligência nos cuidados infantis, inclusive desmame precoce (MEDEIROS, FURTADO;2004).

Entendendo a VCM como uma problemática que extrapola o âmbito do setor saúde, o enfrentamento deste

agravo requer a implementação de ações amplas e articuladas, que deem conta da sua complexidade em todas as expressões (GRANJA, MEDRADO; 2009). Nesse sentido, o conceito de redes de atenção à saúde, explicitado por Mendes (2010) como conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, de forma cooperativa e interdependente em ofertar atenção contínua e integral a uma determinada população, vem a se adequar à ideia do enfrentamento multidisciplinar e intersetorial no complexo contexto da VCM.

Nessa perspectiva, um conjunto de iniciativas por parte do Ministério da Saúde e de outros setores sociais veio fortalecer a abordagem da VCM na Estratégia Saúde da Família, destacando-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - PNRMAV (BRASIL, 2005); o desenvolvimento de instrumentos de notificação das violências e outros agravos e outros. Entre as diretrizes da PNRMAV destacam-se a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; a reorganização dos serviços de saúde; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas e a capacitação de recursos humanos, impactando nos processos de trabalho e

responsabilidades profissionais  
(BRASIL, 2011).

A necessidade de mudanças transformadoras nos processos de trabalho encontra respaldo na proposta do Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, que se caracteriza, como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais e estudantes da área de saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo nas demandas dos serviços uma fonte de produção de conhecimento e pesquisa (BRASIL, 2010). A inclusão do mesmo nos processos de ensino-aprendizagem de graduação e educação permanente na área da saúde traz a potencialidade de mudanças na identificação e enfrentamento de agravos complexos, como é o caso da VCM.

Diante do exposto, o presente trabalho objetiva descrever a experiência de grupo de trabalho vinculado a um Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde, relativa à caracterização de situações de violência entre gestantes em base territorial da Estratégia Saúde da Família, apoiada na reflexão sobre a proposta de intervenção desenvolvida para a abordagem do problema na interface ensino-serviço.

## 2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma abordagem mista - relato de experiência e estudo de corte transversal (ALMEIDA-FILHO, ROUQUAYROL; 2006), que faz parte de um projeto maior intitulado “Violência Contra a Mulher e Desmame Precoce na Estratégia Saúde da Família do Recife / PE: uma proposta de intervenção em rede”, integrante do PET-Saúde/2012.

O Estudo foi realizado em três Unidades de Saúde da Família (USF), situados na microrregião 2.3 do Distrito Sanitário II – DSII, zona norte da cidade do Recife. A escolha das USF se deu pelo fato dessas terem perfil em receber acadêmicos dos diversos cursos da área de saúde da Universidade de Pernambuco - UPE, e ainda, por terem profissionais no quadro de preceptores de ensino do PET-Saúde.

Para alcançar os objetivos aqui propostos a população de estudo foi constituída por profissionais das equipes e gestantes em acompanhamento nas USF participantes, tendo como critério de inclusão, encontrarem-se cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A fase de coleta de dados se deu nos meses de dezembro de 2013 a

março de 2014 e foram excluídas do estudo, mulheres que se encontraram impossibilitadas de responder as entrevistas, por questões clínicas e/ou comunicacionais.

Do total de 115 gestantes acompanhadas nas três USF, foram entrevistadas 96 gestantes, o que representou 83,5% do total de grávidas cadastradas. As perdas (19 gestantes) foram devidas à recusa em participar da pesquisa (10 gestantes), não comparecimento aos dias de consulta (9 mulheres), não sendo possível localizá-las após busca ativa, por mudança de local de residência, fora da área de abrangência das USF.

Durante as atividades de campo foram realizadas 46 visitas às USF para coleta de dados sobre a VCM e observação participante das interações profissionais da saúde e gestantes usuárias dos serviços. A equipe de coleta foi constituída por dois supervisores de campo, com formação básica em Enfermagem e cinco alunos bolsistas do PET/2012, dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Odontologia e Ciências Biológicas, os quais foram treinados na abordagem e observação participante e nos instrumentos de coleta de dados, acompanhados por dois professores, em

reuniões semanais na modalidade tutorial.

As gestantes participantes foram entrevistadas nos dias das consultas de pré-natal nas USF, em local reservado, que permitiu a confidencialidade das respostas, através de questionário estruturado, validado para o Brasil (SCHRAIBER *et al.*, 2007) ao qual foram acrescentadas variáveis sociodemográficas e avaliação da participação de outros possíveis agressores, além do parceiro íntimo (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Essas alterações foram necessárias para melhor caracterizar, tanto as vítimas, quanto os tipos de violência e seus agressores. Os casos de violência foram identificados através da resposta positiva a, pelo menos, um dos itens de um ou mais blocos de questões do instrumento, referente às diversas manifestações da violência (psicológica, física ou sexual).

Os dados foram codificados e organizados em Planilha eletrônica do Excel 2013, sendo apresentados sob a forma de tabelas e gráficos de frequência. Utilizou-se estatística descritiva para construção de Coeficientes de Prevalência dos eventos na população de estudo e para análise comparativa de associação, calculou-se a Razão de Prevalência (ALMEIDA-

FILHO, ROUQUAYROL; 2006) entre mulheres identificadas como afetadas e não afetadas pela VCM.

A estruturação da intervenção constou de cinco visitas a instituições ou setores identificados como participantes da Rede de Enfrentamento da VCM, representadas pela Secretaria da Mulher da Prefeitura da cidade do Recife (SM/PCR), Centros de Referência Clarice Lispector, Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa e Centro da Mulher Metropolitano Júlia Santiago; além do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM, unidade de referência para o aborto previsto em lei.

As visitas tiveram por objetivo identificar as atribuições inerentes a cada instituição e as articulações intersetoriais estabelecidas, para a co-construção de fluxograma de atenção, levada a cabo em reunião de território, agendada especificamente para tal fim e que envolveu 28 servidores integrantes das equipes básicas de todas as sete USF da microrregião 2.3/DSII, onde se incluía as três USF participantes da fase de coleta de campo.

O estudo atendeu às normas para a pesquisa com animais e seres

humanos da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, está cadastrado na Plataforma Brasil com o CAAE: 16619913.0.0000.5192, tendo o projeto sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Osvaldo Cruz – CEP/HUOC, com parecer n° 337.268. Todas participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica da população de estudo (96 participantes) mostrou uma distribuição heterogênea em relação às variáveis elencadas (Tabela 1), com predominância de mulheres jovens (média de idade entre 23,7 a 24,1 anos), na segunda ou mais gestações; com 9,8 anos de escolaridade (média) e sem ocupação remunerada, que se autodeclararam pardas/pretas, convivendo com companheiro em famílias nucleares, em todas USF participantes, exceto na USF-3, onde houve predomínio de outros arranjos parentais.



**Tabela 1.** Distribuição das gestantes, segundo características sociodemográficas, por USF pesquisadas, na cidade do Recife.

Variável	Unidade de Saúde da Família							
	USF-1		USF-2		USF-3		Total	
	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%
Cor da pele								
Branca/amarela	9	26,5	10	38,5	7	19,4	26	27,1
Preta/parda	25	73,5	16	61,5	29	80,6	70	72,9
Ocupação remunerada								
Sim	15	44,1	9	34,6	12	33,3	36	37,5
Não	19	55,9	17	65,4	24	66,7	60	62,5
Situação conjugal								
Com companheiro	31	91,1	19	73,1	33	91,7	83	86,5
Sem companheiro	3	8,9	7	26,9	3	8,3	13	13,5
Composição familiar								
Nuclear	27	79,4	11	42,3	20	55,5	58	60,4
Monoparental	2	5,8	3	11,5	2	5,5	7	7,3
Outros arranjos	5	14,8	12	46,2	14	39,0	31	32,3
Número de gestações								
1 <sup>a</sup> gestação	12	35,3	8	30,8	18	50,0	38	39,6
2 ou mais gestações	22	64,7	18	69,2	18	50,0	58	60,4

Comparando o perfil da amostra encontrado nesse estudo com os resultados apresentados no trabalho de Silva *et al* (2011), que estudou a frequência e o padrão da violência praticada por parceiro íntimo (VPI) no período perinatal, houve uma semelhança nos dados, como por exemplo: predomínio de mulheres com idade igual ou superior a 20 anos, não-brancas (80,4%) e 83,7% declararam ter um parceiro na ocasião da entrevista.

Do total da amostra, 48,9% (47/96) foram identificadas como sendo vítimas de algum tipo de violência doméstica. Traçando um comparativo entre as unidades estudadas, a USF-3 apresentou a maior incidência de

gestantes violentadas, 52,8%, seguida pela USF-1 e USF-2.

O perfil das gestantes vítimas de violência (dados não ilustrados) demonstrou que essas mulheres tinham média de idade de 23,8 anos e média de estudo de 9,2anos. Em relação à cor da pele, quase 2/3 declarou-se parda. Quanto à ocupação, 62,5% não exerciam atividade remunerada. O arranjo familiar mais comum foi o nuclear (casal com filhos), exceto para as gestantes da USF-2, onde predominou outros arranjos familiares. Esta também foi a USF onde foi registrado o maior percentual de mulheres vivendo sozinhas com seus filhos (11,5%).

A tipificação da violência e a categorização do agressor estão apresentadas na tabela 2. Contabilizando todas as respostas positivas aos itens referentes às várias modalidades de violência presentes no instrumento de coleta, contabilizou-se 91 respostas

positivas para situações de violência sofridas durante a gestação. A violência perpetrada pelo parceiro íntimo (VPI) foi identificada em cerca de 40% dos relatos, taxa essa superior à taxa encontrada por Silva *et al.* (2011) que foi de 31%.

**Tabela 2.** Caracterização de Agressores e Tipo de Violência Perpetrada contra Gestantes, em Unidades de Saúde da Família – USF, Distrito Sanitário II, na cidade do Recife.

Agressor e Tipo de violência perpetrada <sup>1</sup>	Unidade de Saúde da Família - USF							
	USF-1		USF-2		USF-3		Total	
	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%
<b>Parceiro Íntimo – VPI</b>	<b>17</b>	<b>(50,0)<sup>2</sup></b>	<b>11</b>	<b>(50,0)</b>	<b>8</b>	<b>(22,9)</b>	<b>36</b>	<b>(39,6)</b>
Psicológica	9	53,0	7	63,6	3	37,5	19	44,4
Física	6	35,3	3	27,3	5	62,5	14	38,9
Sexual	2	11,7	1	9,1	-	-	3	16,7
<b>Outros agressores</b>	<b>17<sup>3</sup></b>	<b>(50,0)</b>	<b>11</b>	<b>(50,0)</b>	<b>27</b>	<b>(77,1)</b>	<b>55</b>	<b>(60,4)</b>
Psicológica	15	88,2	7	63,6	17	89,4	39	82,9
Física	1	5,8	2	18,2	7	36,8	10	21,2
Sexual	1	5,8	2	18,2	3	15,7	6	12,7
<b>Relação com outro agressor</b>	<b>18</b>		<b>11</b>		<b>26<sup>3</sup></b>		<b>55</b>	
Pai	2	11,7	1	9,1	4	14,8	7	12,7
Mãe	5	29,4	2	18,1	3	11,1	10	18,1
Outros parentes	9	52,9	2	18,1	7	25,9	18	32,7
Outras pessoas conhecidas	2	11,7	6	54,5	10	37,0	18	32,7
Desconhecidos	-	-	-	-	2	7,4	2	3,6

<sup>1</sup> Os números absolutos referem-se ao total de eventos violentos referidos.

<sup>2</sup> Os percentuais entre parênteses referem-se à proporção entre VPI e outros agressores.

<sup>3</sup> Excluídos 2 registros com variável ignorada: tipo de agressão (n=1) e relação com agressor (n=1)

Dentre às demais situações de violência perpetradas por outros agressores, os familiares (pai, mãe e parentes) respondem por 2/3 das ocorrências, enquanto desconhecidos foram pouco citados (3,6%), configurando um espaço de proximidade afetivo-familiar na delimitação de um padrão da violência perpetrada contra a mulher, também

descrita por outros autores (SANTOS *et cols.*, 2013; OMS, 2012; SCHRAIBER, 2009). É possível observar que, independentemente da categoria do agressor, a violência psicológica é a mais prevalente.

Os dados encontrados nesse estudo, referentes à temática do abortamento (dados não ilustrados em tabela) apontam para o aumento da

vulnerabilidade entre as mulheres vítimas de violência, sendo aproximadamente 3 vezes mais frequente aborto entre mulheres vítimas de violência do que as não vítimas (RP-razão de prevalência de 2,97). Dentre as 96 entrevistadas, 27 episódios de abortamento foram relatados (20 episódios entre vítimas e, sete entre as que não sofreram violência). A taxa de abortamento entre as mulheres violentadas foi de 42,5%, enquanto entre as não violentadas foi 14,3%.

Para Santos *et al.* (2013), alguns fatores como condições socioeconômicas precárias, presença de situações de violência familiar e dificuldades de acesso/qualidade dos serviços de saúde têm impacto nas elevadas taxas de mortalidade materna ligadas ao abortamento. Essa informação converge com os achados desse estudo, pois, 63% das mulheres que relataram episódios de abortamento não exerciam atividade remunerada, o que representa uma dificuldade socioeconômica.

Além disso, apenas uma mulher vítima de violência (3,7%) procurou a ESF para relatar o ocorrido, enquanto para todas as demais a violência não foi relatada, nem identificada pela unidade de saúde da ESF, sinalizando para uma possível falha no

acolhimento/assistência às mulheres em situação de violência.

A experiência vivenciada, constituinte da observação participante dos autores, durante a execução do estudo, permitiu a identificação de alguns entraves em relação à assistência oferecida pelas equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF, às mulheres em situação de violência como o não estabelecimento de um fluxo de busca ativa dessas mulheres, a não identificação das situações de violência, a não ser quando a violência já estava consumada. Outra dificuldade identificada refere-se ao fato de que os profissionais das ESF não se percebem como elo em uma rede de apoio intersetorial de enfrentamento da VCM.

Na etapa do mapeamento da rede de enfrentamento da violência contra a mulher foi identificado desarticulação entre os componentes dessa rede, o que acarreta em descontinuidade do fluxo de atendimento e perda do sistema de referência e contrarreferência. Essa desarticulação contribui para o desconhecimento, por parte das ESF, da existência da rede e do seu fluxograma.

A despeito dos problemas identificados, a instituição de reuniões de sensibilização com as equipes das ESF, com a participação dos profissionais, para apresentação dos

resultados do estudo, conhecimento da ficha de notificação de acidentes e violências e o estímulo ao protagonismo dos mesmos, representado pela co-construção coletiva de fluxograma da rede de cuidados às mulheres em situação de vulnerabilidade e/ou vítimas de violência (atendimento assistencial e referência e contrarreferência institucionais), se caracterizou como espaço de conhecimento dos componentes da rede, com suas potencialidades e limitações.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização sociodemográfica encontrado nesse estudo aponta de mulheres que reúnem algumas características que as localizam num contexto de vulnerabilidade social: jovens, fora do mercado de trabalho, vivendo em famílias nucleares (casal com filhos), o que pode significar pouco suporte social e de mediação em situações de conflito conjugal.

A ocorrência frequente de situações que as caracterizam como sendo vítimas de algum tipo de violência doméstica (metade dos casos). Apesar de ser a violência psicológica mais prevalente no grupo estudado; a identificação de que uma em

cada 10 mulheres foi abusada sexualmente durante a gravidez pelo companheiro ou outros agressores, deve ser considerada relevante, tanto pela magnitude como pela transcendência social do agravo, além da gravidez, em muitos casos, dela decorrente.

A conjunção de violência no ciclo de vida dessas mulheres vincula-se com sentimentos de gravidez indesejada e corroboram para o desejo de interrupção da gestação, onde a criminalização do aborto no país, enseja práticas de aborto inseguro.

A maior referência ao aborto entre as mulheres vítimas de violência apontam para uma maior vulnerabilidade às situações de morbimortalidade maternas, aliadas a alguns entraves em relação à assistência oferecida pelas equipes de saúde da família – ESF como inexistência ou inadequação na identificação e nos fluxos e a desarticulação entre os componentes dessa rede, exigem o estabelecimento de políticas públicas que possam dar respostas que impactem na redução de tais vulnerabilidades.

Iniciativas como a realização de encontros com a finalidade de sensibilização na atenção voltada ao problema, com divulgação dos componentes da rede de enfrentamento da VCM, parece se constituir como

abertura e estímulo ao diálogo  
intersetorial e multiprofissional.

## 5. REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA-FILHO, N;  
ROUQUAYROL, M.Z.  
**Introdução à epidemiologia.**  
Rio de Janeiro. Ed. Guanabara  
Koogan, 4.ed, 2006.
2. ARCOS, G.E. et al. Impacto de  
la violencia doméstica sobre la  
salud reproductiva y neonatal.  
**Rev. méd. Chile**, Santiago, v.  
129, n. 12, 2001.
3. AUDI, C.A.F. et al. Violência  
doméstica na gravidez:  
prevalência e fatores associados.  
**Rev. Saúde Pública**, São Paulo,  
v. 42, n. 5, 2008.
4. BRASIL. Ministério da Saúde.  
Secretaria de Política de Saúde.  
**Guia alimentar para crianças  
menores de 2 anos.** Brasília:  
MS, 2010.
5. \_\_\_\_\_. Presidência da  
República. Secretaria Especial  
de Políticas para as Mulheres.  
**Enfrentando a Violência  
contra a Mulher** – Brasília:  
Secretaria Especial de Políticas  
para as Mulheres. 64p, 2005.
6. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas  
para as Mulheres, Presidência da  
República. **Política Nacional de  
Enfrentamento à Violência  
Contra as Mulheres.** Brasília,  
2011.
7. CAVALCANTI, A.L. Violência  
contra a mulher: Um problema  
de saúde. **Rev BrasGinecol  
Obstet.** Rio de Janeiro, v. 14, p.  
182 – 188, 2003.
8. GAZMARARIAN, J.A. et al.  
Violence and reproductive  
health: current knowledge and  
future research directions.
9. **Matern Child Health J**, Nova  
York, v. 4, p. 79-84, 2000.
10. GRANJA, E; MEDRADO, B.  
Homens, violência de gênero e  
atenção integral em saúde.  
**Psicol. Soc**, Florianópolis, v. 21,  
n. 1, 2009.
11. MEDEIROS, P.P.V; FURTADO,  
E.F. Perfil dos cuidados  
maternos em mães deprimidas e  
não-deprimidas no período  
puerperal. **J Bras Psiquiatr**; n.  
53, p. 227-34, 2004.
12. MENDES, E.V. As redes de  
atenção à saúde. *Cienc. Saúde  
coletiva*, Rio de Janeiro, v.15,  
n.5, aug. 2010. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1413-812320100000500005&Ing=aen&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-812320100000500005&Ing=aen&nrm=isso)>. Acesso em: 10  
Janeiro 2015.
13. OLIVEIRA, M.T; et al.  
Violência intrafamiliar: a  
experiência dos profissionais de  
saúde nas Unidades de Saúde da  
Família de São Joaquim do

- Monte, Pernambuco. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 1, 2012.
14. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. General Assembly Resolution nº 48/104 of 20 December 1993. **Declaration on the elimination of violence against women.** Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1993.
15. \_\_\_\_\_. **Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher.** Genebra, 2012.
16. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **La violencia baseada em el gênero: un problema desalud pública y de derechos humanos,** 2003.
17. SANTOS, V.C; ANJOS, K.F. dos; SOUZAS, R; EUGÊNIO, B. G. Aborto no Brasil: impactos da ilegalidade na saúde pública. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** v. 4, n. 4, p.1527-1544, 2013.
18. SCHRAIBER, L.B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública.** 41(5): 797-807, 2007.
19. SCHRAIBER, L.B. et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2009.
20. SILVA, E.P. et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 45, n. 6, 2011.
21. SILVA, M.A. **Prevalência e fatores associados a violência doméstica contra as mulheres assistidas no Centro de Atenção à Mulher – CAM/IMIP,** em Recife/Pernambuco. Recife, 2006.

Sources of funding: No  
Conflict of interest: No  
Date of first submission: 2015-03-16  
Last received: 2015-03-16  
Accepted: 2015-03-17  
Publishing: 2015-06-30

#### Corresponding Address

Marluce Tavares de Oliveira  
Rua Professor Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro, Recife,  
Pernambuco, CEP: 50100-130.  
E-mail: [marlucetavares@upe.br](mailto:marlucetavares@upe.br).  
Telefone celular: (81) 9902-9291(81) 9902-9291/ (81) 8518-4793(81) 8518-4793