

Violência por parceiro íntimo durante a gravidez: um estudo baseado nos registros das capitais brasileiras

Intimate partner violence during pregnancy: a study based on the records of Brazilian capitals

Violencia de pareja íntima em embarazo: un estudio basado en los registros de las capitales brasileñas

Recebido: 10/09/2020 | Revisado: 13/09/2020 | Aceito: 16/09/2020 | Publicado: 18/09/2020

Nayara Cristina dos Santos Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9714-9025>

Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

E-mail: nayara.csoliveira@outlook.com

Nayara Lopes Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9743-9850>

Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: nayara.lgomes@gmail.com

Taiza Ramos de Souza Costa Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2750-516X>

Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

E-mail: taiza.as@gmail.com

Lissandra Amorim Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2411-3291>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: lisamorims@gmail.com

Elizabeth de Paula Franco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6287-5142>

Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

E-mail: elizabethpfranco@outlook.com

Resumo

Trata-se de estudo ecológico de múltiplos grupos, que visa apresentar o perfil das notificações de violência por parceiro íntimo durante a gravidez (VPIG), com base nos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Além disso, verificou-se a tendência

temporal das notificações de VPIG nas capitais brasileiras e a sua distribuição por grandes regiões entre 2009 e 2016. Foram registradas 1.201 notificações de VPIG nas capitais brasileiras em 2016, sendo que em 39% delas houve relato de violência psicológica/moral, 69% de violência física, 28% de violência sexual e em 34% das notificações houve relato da ocorrência de mais de um dos subtipos de violência mencionados anteriormente. Sendo que as regiões Nordeste e Sudeste foram as que se destacaram com maiores prevalências de gestantes que sofreram mais de um subtipo de violência com 42% e 43%, respectivamente. Conclui-se que, embora as notificações de violência contra a mulher durante a gravidez estejam em crescimento nos últimos anos, os dados ainda são incipientes e a subnotificação é uma realidade a ser superada no Brasil. Nesta perspectiva, o presente artigo contribui para a geração de conhecimento e destaca a necessidade de políticas públicas mais efetivas para o enfrentamento do problema diante das diversas consequências.

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo; Violência contra a mulher; Gestantes; Sistemas de informação em saúde.

Abstract

This is an ecological study design of multiple groups that aims to present the notifications profile of intimate partner violence during pregnancy (IPVP), based on the Notifiable Diseases Information System (SINAN) database. Furthermore, the IPVP records time trend on Brazilian capitals and its distribution by major regions between 2009 and 2016 were verified. Totally, 1,201 IPVP cases were registered in Brazilian capitals in 2016, which 39% reported psychological/moral violence, 69% physical violence, 28% sexual violence and 34% reported more than one of the subtypes of violence mentioned above. The Northeast and Southeast regions showed the highest prevalence's IPVP at which it was reported more than one subtype of violence, 42% and 43% respectively. In conclusion, although notifications of violence against women during pregnancy has been recently growing years, the data are still incipient, and underreporting is a reality to be overcome in Brazil. In this context, this study generates additional technical knowledge and highlights the needs for more effective public policies to struggle this major problem and its consequences.

Keywords: Intimate partner violence; Violence against women; Pregnant women; Health information systems.

Resumen

Se trata de un estudio ecológico de grupos múltiples cuyo objetivo es la caracterización de notificaciones de violencia de pareja íntima en embarazo (VPIE), con base en los registros del Sistema de Información sobre Dolencias Notificables (SINAN). Además, se observó la tendencia temporal de las notificaciones de VPIE en las capitales de los estados brasileños y su distribución según las regiones entre 2009 y 2016. En 2016 fueron registradas 1.201 notificaciones de VPIE en las capitales brasileñas, 39% por violencia psicológica, 69% por violencia física, 28% por violencia sexual y el 34% de las denuncias se reportó la ocurrencia de más de uno de los subtipos de violencia mencionado anteriormente. Las regiones Nordeste y Sudeste fueron las que se destacaron con mayor prevalencia de mujeres embarazadas que sufrieron más de un subtipo de violencia con 42% y 43%, respectivamente. Además, hemos podido constatar que, aunque las denuncias de violencia contra la mujer embarazada han ido en aumento en los últimos años, los datos aún no son certeros y el subregistro es una realidad por superar en Brasil. En este contexto, este artículo contribuye a la generación de conocimiento y destaca la necesidad de políticas públicas más efectivas para enfrentar el problema ante las diversas consecuencias.

Palabras clave: Violencia de la pareja íntima, Violencia contra la mujer, Mujeres embarazadas, Sistemas de información en salud.

1. Introdução

A violência contra a mulher é um importante problema de Saúde Pública, além de representar uma violação explícita aos direitos humanos. Estimativas globais indicam que aproximadamente uma em cada três mulheres já tenha sofrido violência física e/ou sexual por parte do parceiro, ou de terceiros, em algum momento de suas vidas (WHO, 2013). Manifestações de violência podem ser de natureza física, psicológica/moral e sexual, ocasionando lesões, doenças e mortes, e ter ocorrência em diferentes locais, como em casa, na escola, no trabalho, na comunidade ou na vida social (Krug, 2002). A questão da violência de gênero pode compreender a violência doméstica e a violência intrafamiliar, sendo que, nestes casos, o perpetrador principal é o parceiro íntimo (Casique Casique & Furegato, 2006). Desde o final da década de 1980, a violência de gênero tem sido objeto de estudo no Brasil, período em que debates nos EUA e França, com relação a construção social do gênero e do sexo, tiveram influências importantes. É importante ressaltar que a violência de gênero representa uma questão sociocultural não circunscrita a uma dada cultura, não obstante ao grau de

desenvolvimento, podendo estar presente em uma escala menor ou maior (Balestero & Gomes, 2015). Contudo, há uma relação simbólica envolvendo os parceiros íntimos, em que tanto o homem quanto a mulher são sujeitos atuantes desses papéis sociais que legitimam a violência, e capazes de gerar danos sem precedentes.

O elevado número de violência por parceiro íntimo durante a gravidez (VPIG) torna-o ainda mais alarmante, pelo impacto causado na saúde mental das mulheres, das crianças e das gerações futuras (Forke et al., 2019; Serpeloni et al., 2017) e esse tema vem sendo explorado por muitos estudos epidemiológicos. Como fora evidenciado por Howard et al. (2013) de que os níveis elevados de sintomas de depressão perinatal, ansiedade e estresse pós-traumático em mulheres estão associados significativamente a VPIG. E o contexto familiar pode representar para essas crianças maior risco de vivenciar diferentes tipos de abuso e de testemunhar a violência, sem contar o prejuízo no desenvolvimento emocional, cognitivo e comportamental delas (Graham-Bermann & Perkins, 2010; McMahon et al., 2015). Já a exposição intraútero pode acarretar o baixo peso ao nascer, ainda que de forma indireta, e afetar negativamente o perfil lipídico até os 10 anos de idade da criança, predispondo-a cada vez mais cedo às doenças cardiometabólicas (Manzoli, 2012; Ziaei et al., 2019). Corroborando com esse dado, Lobato e colaboradores (2018) observaram que para cada aumento de unidade na VPIG de natureza psicológica, o risco de restrição do crescimento intrauterino aumenta em 15%, evidenciando-a como um fator de risco significativo e independente.

Adicionalmente, a violência doméstica pode ter impacto na programação dos sistemas endócrino e metabólico das crianças, tornando-as assim mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo a obesidade e doenças cardiovasculares (Ziaei et al., 2019). A violência por parceiro íntimo (VPI) está fortemente associada as dificuldades comportamentais na infância (Silva et al., 2019). Ao impactar regiões do genoma envolvidos em mecanismos de regulação da resposta ao estresse, já foi evidenciado associação entre a violência doméstica e comunitária durante o período gestacional da avó e as variações do epigenoma da terceira geração (netos), demonstrando ser uma fonte de variação individual (Serpeloni et al., 2017).

No cenário brasileiro, estudos têm observado alta frequência de VPIG relacionada ao perfil socioeconômico desfavorecido da população (Lobato et al., 2018; Oliveira et al., 2017; Serpeloni et al., 2017). Nos últimos anos, o Brasil teve avanços importantes na busca por intervenções mais efetivas nos casos de violência contra a mulher. Com a exigência da notificação compulsória da Lei nº 10.778/2003, que foi regulamentada pelo Decreto nº 5.099/2004 (Brasil, 2004), e depois alterada pela Lei nº 13.931/2019 (Brasil, 2019), determina

que os profissionais de saúde registrem em seus prontuários casos suspeitos de violência contra a mulher e comuniquem a polícia em até 24 horas. Desde 2009, todos os casos de violência contra a mulher atendidos nos serviços de saúde públicos ou privados são notificados por meio do preenchimento de uma ficha, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). E em 2011, a violência doméstica, sexual e/ou outras foram incluídas como parte da lista de notificação compulsória (Brasil, 2011). Além disso, a Portaria GM/MS nº 1271/2014 ampliou o objeto da notificação e incorporou as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica (Brasil, 2014).

O Ministério da Saúde (2018) destaca que a notificação é fundamental para a organização dos serviços a fim de que seja garantido o acesso às medidas de prevenção dos agravos resultantes da violência em tempo oportuno. Ademais, as informações advindas das notificações deverão subsidiar o Poder Público quanto à definição de prioridades e políticas públicas para prevenção da violência (Velooso et al., 2013). Visando a redução desse tipo de agravo, este estudo se justifica ao fornecer evidências que corroboram na compreensão do contexto das notificações de violência perpetrada às gestantes por seus parceiros íntimos, considerando as possíveis repercussões obstétricas e neonatais. Dessa forma, o objetivo principal foi avaliar as características das gestantes, dos perpetradores e do tipo de violência sofrida por elas com base nos registros do SINAN das capitais brasileiras.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico de múltiplos grupos de natureza quantitativa a partir das notificações de violência advindas do SINAN. Foi utilizado o método estatístico para a análise dos resultados (Pereira et al., 2018).

Os dados foram analisados a partir da ficha de violência interpessoal/autoprovoada entre os anos de 2009 e 2016, com recorte para violência contra gestante perpetrada por parceiro íntimo. As bases de dados do SINAN estão disponíveis no formato Database Container (DBC) no site do DATASUS. No estudo foram incluídos os registros cujo município de residência eram as capitais, por estas terem um maior número de fichas de notificação com dados completos.

Caracterizou-se como violência por parceiro íntimo durante a gestação os registros que apresentassem tanto o campo indicativo para gestante com a informação do trimestre da gestação ou idade gestacional ignorada preenchida, como também o campo de vínculo/grau de parentesco como cônjuge, namorado, ex-cônjuge ou ex-namorado. Conforme objeto de análise,

dentre as variáveis contidas na ficha de violência optamos por explorar as seguintes: i) com relação a gestante: idade subdividida em faixas etárias, trimestre da gestação, raça e escolaridade (optou-se por nível de instrução ao invés de anos de estudo para preservar a forma como a informação foi captada na ficha); ii) com relação a violência sofrida: local de ocorrência e o subtipo da violência (física, psicológica, sexual ou mais de uma dentre essas); iii) com relação ao perpetrador: relação com a gestante (atual ou ex-parceiro) e se ele estava sob efeito uso de álcool momento da violência.

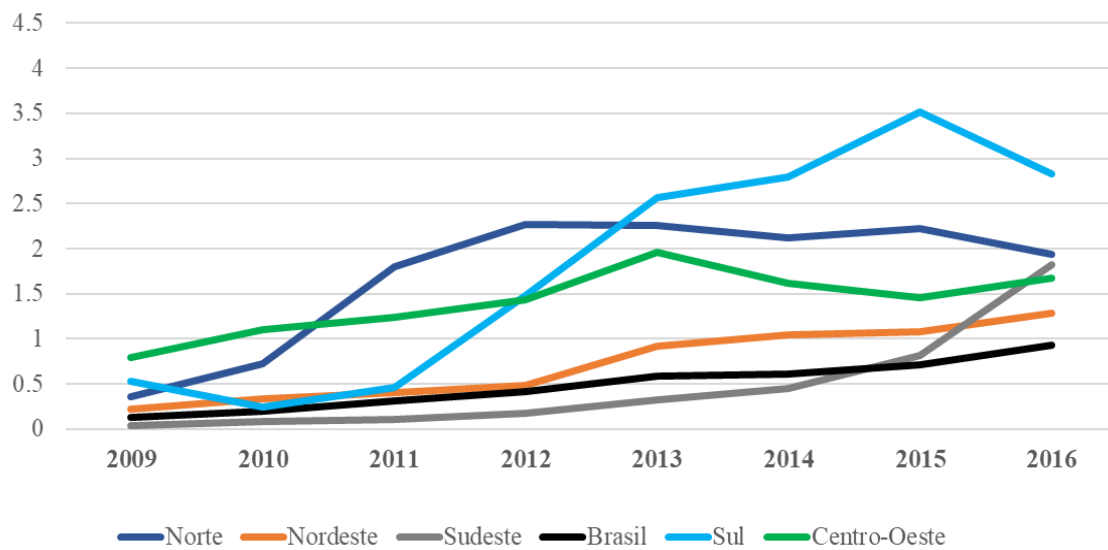
Para a avaliação da tendência temporal das notificações, foram calculadas as taxas de notificação das capitais de residência das vítimas de VPIG ao longo dos anos. A taxa foi obtida por meio da razão entre o total de registros de VPIG nas capitais brasileiras e o total de nascidos vivos, como uma proxy para determinar o total de gestantes na região. A unidade do indicador está em número de casos de violência para cada mil nascidos vivos. Os dados de nascidos vivos foram obtidos por meio do TabNet, ferramenta disponível no site do DATASUS e a consulta foi feita considerando os municípios das capitais de residência da mãe. A compilação e tabulação dos dados foi realizada com auxílio do pacote estatístico Statistical Analysis System (SAS) Studio, onde foi feita uma análise descritiva dos dados. Para leitura das bases de dados no formato DBC utilizou-se o software R Studio.

Além disso, foi investigado o perfil das gestantes, da violência sofrida e do perpetrador das notificações registradas no ano de 2016. Optou-se por realizar essa análise para o referido ano, pois além de ser o mais recente da série, considerou-se que o sistema de notificação estaria mais consolidado e com informações de melhor qualidade. Para efeito de comparação, os resultados obtidos nas capitais brasileiras foram agrupados segundo as grandes regiões do país. Para o cálculo das prevalências das características analisadas, desconsideramos os dados ignorados ou constados como não se aplica (NA), mas os consideramos no total de notificações.

3. Resultados

As taxas de notificação de VPIG estão apresentadas no Gráfico 1, verifica-se uma tendência de crescimento das taxas nas capitais brasileiras ao longo dos anos.

Gráfico 1. Taxa de notificação de violência por parceiro íntimo durante a gravidez (por mil nascidos vivos) nas capitais brasileiras entre 2009 e 2016.

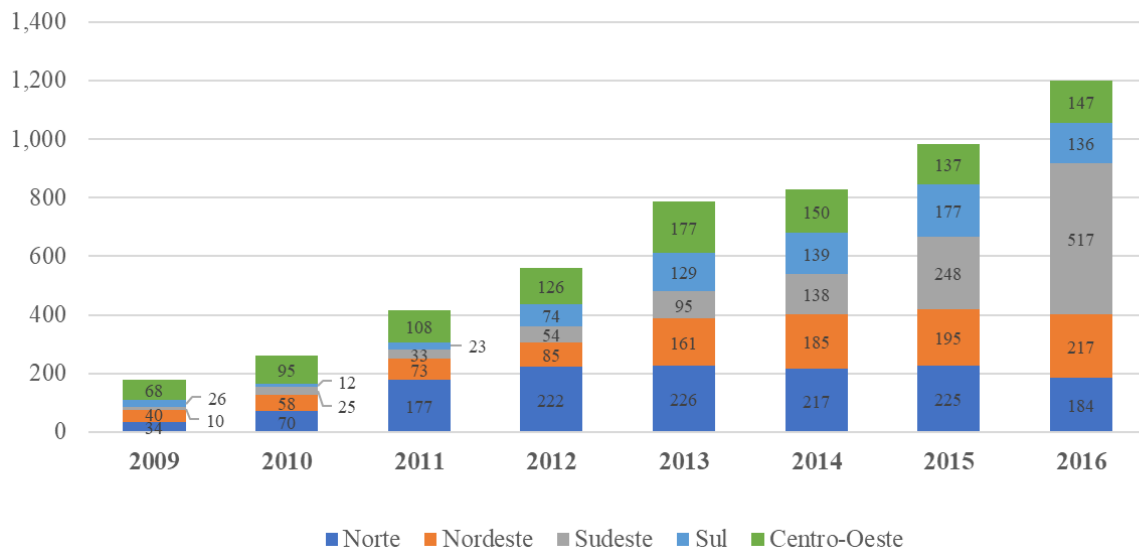


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

É possível notar que a partir de 2013, a região Sul manteve-se com a maior taxa de notificação de VPIG em relação às demais regiões do país, chegando a registrar 2,8 notificações para cada mil nascidos vivos no ano de 2016. Enquanto a região Sudeste apresentou as menores taxas em quase toda a série de estudo, com exceção do ano de 2016, em que a taxa foi de 1,75.

No que se refere ao total de notificações de VPIG, pode ser observado no Gráfico 2 um aumento contínuo do número de registro nas capitais desde a implantação do sistema em 2009.

Gráfico 2. Total de notificações de violência por parceiro íntimo durante a gravidez nas Capitais brasileiras, 2009 – 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em 2009, primeiro ano de implantação da ficha de violência no SINAN, foram registradas 178 notificações de VPIG nas capitais brasileiras. Já em 2016, houve 1.201 notificações, das quais aproximadamente 45% dos registros se referiam a gestantes residentes em capitais da região Sudeste. Vale ressaltar que a participação da região Sudeste no ano de implantação do SINAN era muito menor do que em 2016 (correspondia a 5% das notificações), indicando que o processo de implantação do sistema de notificação na região levou algum tempo para a sua consolidação.

O perfil das gestantes que sofreram VPIG bem como as características do perpetrador da violência podem ser encontrados na Tabela 1.

Tabela 1. Características das gestantes que sofreram violência por parceiro íntimo nas capitais brasileiras e dos respectivos perpetradores – 2016.

Características da gestante e do perpetrador	Capitais		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Características da gestante												
Faixa etária												
10-15	303	25,2	117	63,6	74	34,1	38	7,4	14	10,3	60	40,8
16-25	457	38,1	29	15,8	67	30,9	244	47,2	70	51,5	47	32,0
26-30	199	16,6	16	8,7	26	12,0	113	21,9	25	18,4	19	12,9
31 ou mais	242	20,1	22	11,9	50	23,1	122	23,6	27	19,8	21	14,3
Trimestre da gestação												
1º trimestre	390	34,5	42	24,4	66	32,2	187	38,0	43	32,1	52	40,3
2º trimestre	397	35,1	45	26,2	69	33,7	183	37,2	54	40,3	46	35,7
3º trimestre	345	30,5	85	49,4	70	34,1	122	24,8	37	27,6	31	24,0
Raça												
Branca	350	32,4	28	15,7	26	12,9	184	39,1	87	65,9	25	25,8
Preta	151	14,0	7	3,9	36	17,9	77	16,3	22	16,7	9	9,3
Parda	561	52,0	138	77,5	137	68,2	204	43,3	23	17,4	59	60,8
Outras	17	1,6	5	2,8	2	1,0	6	1,3	0	0,0	4	4,1
Escolaridade												
Até fundamental incompleto	414	47,9	91	56,5	106	60,9	142	39,6	37	35,9	38	55,9
Fundamental completo	116	13,4	19	11,8	15	8,6	42	11,7	28	27,2	12	17,6
Médio incompleto	125	14,5	24	14,9	16	9,2	59	16,4	17	16,5	9	13,2
Médio completo	156	18,0	20	12,4	22	12,6	91	25,3	17	16,5	6	8,8
Superior incompleto ou acima	54	6,2	7	4,3	15	8,6	25	7,0	4	3,9	3	4,4
Características do perpetrador												
Relação com a vítima												
Atual parceiro	962	80,1	161	87,5	159	73,3	398	77,0	113	83,1	131	89,1
Ex-parceiro	249	20,7	23	12,5	60	27,6	126	24,4	23	16,9	17	11,6
Consumo de álcool												
Alcoolizado	352	39,8	47	31,1	60	35,3	163	44,4	44	43,6	38	39,6

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Nota-se que as gestantes que sofreram violência por seu parceiro íntimo nas capitais brasileiras são, em sua maioria, jovens, pardas, com baixa escolaridade. Em relação aos perpetradores, em geral se referiam ao atual parceiro e em cerca de 40% das notificações havia indicação do consumo de álcool por parte deles.

Pela distribuição das gestantes que sofreram a violência cometida por seu parceiro íntimo, segundo faixa etária, nota-se que as capitais da região Norte se destacam das demais por haver uma maior prevalência (63,6%) de gestantes na faixa de 10 a 15 anos sofrendo violência do seu parceiro (Tabela 1). Esse dado, apresenta a região Norte com o maior o índice

de mulheres grávidas em idade precoce em relação às demais regiões. Com relação ao período gestacional, a região Centro-Oeste apresentou a menor prevalência (24%) de gestantes em situação de violência no último trimestre de gestação, enquanto na região Norte a prevalência é a maior em relação às outras regiões (49%).

Ao analisar a cor/raça das gestantes que sofreram VPI, como apresentados na Tabela 1, nota-se que a maior prevalência é da cor parda em quase todas as grandes regiões, com exceção da região Sul. E ao comparar o resultado da distribuição de cor ou raça das gestantes que tiveram notificações de VPI com a distribuição das mães de nascidos vivos, nota-se que ambas são bem semelhantes. No entanto, a prevalência de gestantes de cor preta que sofreram VPI chega a ser o dobro da observada entre as mães de nascidos vivos em todas as regiões.

No que se refere ao nível de instrução, apresentados na Tabela 1, observa-se que dentre as gestantes que notificaram VPIG há uma maior prevalência daquelas sem instrução ou com nível fundamental incompleto em todas as regiões do país. Neste caso, o percentual chega a aproximadamente 60% nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, vale destacar o elevado percentual registrado como 'ignorado' na região Centro-Oeste (53,7%).

Ao analisar as características do perpetrador da violência (Tabela 1), observa-se que 80% dos registros, nas capitais, foram cometidos pelo atual parceiro da gestante. Sendo que a região Nordeste se destaca pela maior prevalência de registros cometidos por ex-parceiro (28%). Com relação ao consumo de álcool pelo parceiro que cometeu a violência, apesar da falta dessa informação em muitos registros de violência contra gestantes nas capitais, verificou-se que 40% delas afirmaram que a violência foi cometida por parceiro ou ex-parceiro sob efeito de álcool.

Com relação ao local de ocorrência da VPIG, apresentado na Tabela 2, a maior parte aconteceu dentro do domicílio (84,2%). As regiões Nordeste e Sudeste destacam-se, em relação às demais, por apresentarem maiores prevalências de violência ocorrida em via pública.

Tabela 2. Características das notificações de violência contra gestante por parceiro íntimo nas capitais brasileiras – 2016.

Violência	Capitais		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Local de ocorrência												
Residência	928	84,2	157	91,3	157	78,9	383	82	120	89,6	111	85,4
Via pública	98	8,9	6	3,5	25	12,6	52	11,1	7	5,2	8	6,2
Outros	76	6,9	9	5,2	17	8,5	32	6,9	7	5,2	11	8,5
Violência física	819	68,9	60	32,8	125	59,0	462	89,9	94	70,1	78	53,4
Violência psicológica / moral	455	38,6	49	26,6	96	46,6	237	46,7	38	28,1	35	24,0
Violência sexual	331	28,2	120	65,2	84	40,6	58	11,5	12	9,0	57	39,6
Total de tipos de violência sofrida*												
Um tipo	738	61,4	140	76,1	112	51,6	293	56,7	84	61,8	109	74,1
Dois tipos	369	30,7	34	18,5	80	36,9	202	39,1	24	17,6	29	19,7
Três tipos	43	3,6	7	3,8	11	5,1	20	3,9	4	2,9	1	0,7

*Dentre os subtipos: violência sexual, física e psicológica/moral. Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

É possível observar ainda na Tabela 2 que, quanto ao tipo de violência registrada nas notificações de VPIG em 2016, em 39% delas houve relato de violência psicológica/moral, 69% de violência física, 28% de violência sexual e em 34% houve relatos da ocorrência de mais de um dos subtipos de violência mencionados anteriormente.

Nota-se que nas capitais houve maior prevalência de violência física quando comparada aos demais tipos de violência analisados. No entanto, chama atenção a prevalência de violência sexual contra gestantes nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste chegando a 65%, 40% e 41% dos registros, respectivamente. Vale ressaltar que, na ficha de notificação, a mulher pode relatar mais de um tipo de violência sofrida. As regiões Nordeste e Sudeste foram as que se destacaram com maiores prevalências de gestantes que sofreram mais de um subtipo de violência com 42% e 43%, respectivamente.

4. Discussão

A violência contra as mulheres é um tema de grande relevância para a Saúde Pública, bem como dos direitos humanos, por provocar sérios prejuízos à saúde psíquica e ao desenvolvimento físico e mental das mesmas (Sousa et al., 2015). Um estudo realizado por Garcia-Moreno et al. (2006) estimou que 15 a 71% das mulheres de dez países no mundo já

sofreram algum tipo de violência física ou sexual provocada por parceiro íntimo, em algum momento de suas vidas. De acordo com os dados de outro grupo (Oliveira et al., 2017) a frequência mínima de um episódio de VPI psicológica e física no período gestacional foi de 71,9% e 21,2%, respectivamente, e que entre as mulheres que sofreram VPI física, 90,4% também experienciaram a VPI psicológica.

A despeito do aumento expressivo no número de notificações entre 2009 e 2016 no SINAN, crescimento este que poderia estar relacionado com o aumento do fenômeno, mas também com uma possível melhoria nas notificações. Sabe-se que a subnotificação dos casos de violência, principalmente contra a mulher, é uma realidade no Brasil e a expectativa é que as ocorrências sejam ainda mais numerosas. Isso pode ocorrer devido a inserção da violência doméstica, sexual e/ou outras como parte da lista de notificação compulsória na agenda do setor saúde de municípios brasileiros ser relativamente recente e a incorporação dessa prática pelos profissionais de saúde ainda ocorrer de forma gradativa (Velooso et al., 2013). O medo de retaliações, o contato direto entre o profissional de saúde e a família das mulheres (isso inclui o agressor), principalmente, nas unidades de saúde localizadas em áreas programáticas por serem apontadas como “portas abertas” para questões sociais (Moroskoski et al., 2020).

Porém, há outros fatores que influenciam na subnotificação. Um estudo conduzido por Sousa e colaboradores (2015), com uma abordagem mista, qualitativa e quantitativa, analisou o preenchimento da notificação compulsória e os obstáculos encontrados pelos serviços de saúde que dão atendimento de emergência a mulheres que sofrem violência sexual no estado de São Paulo, evidenciou que, dos 172 serviços analisados, 101 apontaram algum tipo de dificuldade no preenchimento da ficha de notificação compulsória nos casos de violência sexual contra mulher, e mais da metade (53,5%) mencionou que a dificuldade era referente ao estado emocional das mulheres. Os profissionais relataram dificuldades em se obter a informação da mulher, por se encontrarem fragilizadas e vulneráveis, com sentimentos como receio, medo ou vergonha; ou ainda, pelo fato da mulher não referir tal tipo de violência. Cerca de um terço dos atendentes (33,7%) referiram as características da ficha como uma dificuldade, classificando-a como extensa e com muitos detalhes ou informação. Além disso, 29,7% dos serviços indicaram dificuldade dos profissionais em obter informações devido ao constrangimento de conversar com a mulher em um momento tão delicado, entre outros.

No que se refere aos marcadores raça/cor, foi observado maior incidência da VPIG na população parda, tal resultado pode estar relacionado a distribuição da população predominantemente parda no país. Como também o crescimento da VPI entre mulheres pretas e pardas pode ser um reflexo da discriminação racial e da exclusão social vivenciada pela

população preta e parda do Brasil (Moroskoski et al., 2020). Expressões da questão social como a pobreza, falta de acesso à educação, emprego, baixos salários, falta de saneamento básico podem reforçar a desigualdade social que perpassa este grupo populacional que representa a maioria do país.

Com relação à legislação de proteção à mulher em casos de violência, grande avanço ocorreu com a promulgação da Lei no 11.340/2006 (Brasil, 2006), conhecida como Lei Maria da Penha, se destina a criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Kiss et al. (2012) chamaram a atenção para o fato de que, embora o Brasil tenha adotado leis progressistas e estratégias nacionais e locais para abordar a violência contra a mulher, mensagens sobre violência e igualdade precisam chegar às redes informais e à comunidade em geral no intuito de que as políticas de enfrentamento à violência sejam eficazes em dar o suporte adequado antes que as situações de violência se tornem intoleráveis.

Corroborando com esses achados, Kind e colaboradores (2013) conduziram um estudo nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais e identificaram dificuldades dos profissionais de saúde para a notificação de violência contra as mulheres. Dentre elas, o desconhecimento sobre a própria notificação e as ações a conduzir, além da não notificação de violência por medo de retaliações, dificuldades ou constrangimentos ao preencher a ficha, ou até mesmo, sobrecarga no cotidiano do serviço. Segundo Barufaldi et al. (2017), a subnotificação pode ser explicada pela denominada “invisibilidade da violência” que impede seu reconhecimento, sobretudo a doméstica, que aparece com muita frequência na atenção básica. Tal situação se insinua nos serviços de saúde, que se limitam, na maior parte das vezes, a tratar os efeitos da violência vivida por essas mulheres (Schraiber & d’Oliveira, 1999). A violência ainda sofre influência dos costumes culturais e, por isso, muitas vezes, difícil de ser reconhecida pelas próprias vítimas. Silva et al. (2012) destacam ainda que as mães envolvidas em relacionamentos violentos frequentam menos os serviços de saúde para as rotinas de acompanhamento.

Em outro estudo conduzido por Andrade et al. (2016) com informações do SINAN dos anos de 2001 e 2012, foi observado que, mesmo com aumento no número de notificações de violência contra mulher no período mencionado, o estudo sofreu limitações devido a incompletude significativa da informação (acima de 20% ignorada). As informações que não foram avaliadas no estudo, como violência contra gestante e escolaridade, tiveram, respectivamente, 28% e 43,7% de incompletude do registro dessas informações no banco de dados. Segundo Delziovo et al. (2018) o desafio da saúde e seus profissionais está no reconhecimento da violência e da importância da notificação como um passo da atenção e do

cuidado em rede. É de extrema importância que a equipe de saúde seja capacitada devidamente de forma que esteja familiarizada com os trâmites para acolher e conduzir as mulheres que sofrem violência da forma mais adequada e eficiente. Conforme Santos & Lima (2020), trabalhadores capacitados são multiplicadores de conhecimento para o público alvo dos serviços de atendimento além de contribuir para uma abordagem mais eficiente de atenção à saúde da mulher. Ao considerar a mudança de cultura no que se refere a aceitação/naturalização da violência em certas circunstâncias, como um ato punitivo e disciplinador também devem ser pensadas nestes processos estratégicos com vistas a redução da subnotificação (Garcia-Moreno et al., 2006).

5. Considerações Finais

Assim, conclui-se que, embora o número de notificações de violência contra a mulher durante a gestação esteja em crescimento nos últimos anos, os dados ainda são incipientes e a subnotificação é uma realidade a ser superada no Brasil. As gestantes que procuram os serviços de saúde para notificação de violência são majoritariamente pardas, com menor escolaridade e têm idade entre 15 e 25 anos, e o maior perpetrador da violência está dentro do próprio domicílio. Embora esse perfil seja mais evidente nas regiões com menor desenvolvimento econômico, como o Norte e Nordeste, o crescimento do número de notificações foi mais significativo nas regiões mais desenvolvidas do país, Sul e Sudeste.

Observamos ainda, a importância de capacitação profissional das equipes de Saúde das diferentes esferas governamentais, além de contemplar equipes da Assistência Social, Conselhos Tutelares e Educação. Capacitações estas, com conteúdos relacionados aos conceitos de gênero, violência, modos de preenchimento, procedimentos e fluxos de notificação de violência de casos suspeitos e confirmados de violência, de forma a contribuir para atendimentos mais qualificados e registros de informações mais completos. Assim, haveria maior envolvimento das equipes de saúde no processo de reconhecimento, acolhimento e direcionamento adequado da gestante acometida de violência.

Ressalta-se que este estudo, por si só, é incapaz de trazer soluções, contudo nossos apontamentos contribuem na geração de conhecimento a respeito do panorama nacional de violência perpetrada contra a mulher em uma das fases mais importante de sua vida, a gestação. Por isso, novos estudos são necessários para melhor compreensão do perfil do agressor, e dos fatores que estão associados aos diversos tipos de violência (física, psicológica, sexual etc.). Considerando que esse é um problema com diversas consequências não só para as mulheres e

no desenvolvimento do feto, como também das gerações futuras. Destacamos que a compreensão mais profunda desses temas poderia direcionar a elaboração de políticas de saúde mais efetivas, assegurando melhor qualidade de vida para as mulheres e crianças, bem como na diminuição do número de casos de violência contra a mulher.

Referências

Andrade, J. de O., Castro, S. de S., Heitor, S. F. D., de Andrade, W. P., & Atihe, C. C. (2016). Indicadores da violência contra a mulher provenientes das notificações dos serviços de saúde de minas gerais-Brasil. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(3), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002880015>

Balestero, G. S., & Gomes, R. N. (2015). Violência de gênero: Uma análise crítica da dominação masculina. *Revista CEJ*, 19(66). Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34812.pdf>

Barufaldi, L. A., Souto, R. M. C. V., Correia, R. S. de B., Montenegro, M. de M. S., Pinto, I. V., Silva, M. M. A. da, ... Lima, C. M. de. (2017). Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 2929–2938. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>

Casique Casique, L., & Furegato, A. R. F. (2006). Violence against women: Theoretical reflections. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 950–956. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000600018>

Brasil. (2004). Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei no. 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5099.htm

Brasil. (2006). Lei nº 11.340/2006, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a

Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm

Brasil. (2011). Portaria nº 104/2011, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

Brasil. (2014). Portaria GM/MS nº 1.271, SINAN versão 5. 0 de 06 de junho de 2014. Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

Brasil. (2019). Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13931.htm

Delziovo, C. R., Bolsoni, C. C., Lindner, S. R., & Coelho, E. B. S. (2018). Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiologia e serviços de saude: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, 27(1), e20171493–e20171493. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100003>

Forke, C. M., Catalozzi, M., Localio, A. R., Grisso, J. A., Wiebe, D. J., & Fein, J. A. (2019). Intergenerational effects of witnessing domestic violence: Health of the witnesses and their children. *Preventive Medicine Reports*, 15 (January). <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100942>

Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on

women's health and domestic violence. *Lancet (London, England)*, 368(9543), 1260–1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)

Graham-Bermann, S. A., & Perkins, S. (2010). Effects of early exposure and lifetime exposure to intimate partner violence (IPV) on child adjustment. *Violence and Victims*, 25(4), 427–439. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.4.427>

Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001452–e1001452. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>

Kind, L., Orsini, M. de L. P., Nepomuceno, V., Gonçalves, L., Souza, G. A. de, & Ferreira, M. F. F. (2013). Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1805–1815. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096312>

Kiss, L., d'Oliveira, A. F. L., Zimmerman, C., Heise, L., Schraiber, L. B., & Watts, C. (2012). Brazilian policy responses to violence against women: Government strategy and the help-seeking behaviors of women who experience violence. *Health and Human Rights*, 14(1), E64–77. Recuperado de <https://www.hhrjournal.org/archives/volume-14-issue-1/>.

Krug, E., *et al.* eds. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. Brasil.

Lobato, G., Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., Peixoto-Filho, F. M., & Migowski, L. S. (2018). Psychologic intimate partner violence and the risk of intrauterine growth restriction in Rio de Janeiro. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 143(1), 77–83. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12393>

Manzoli, P. P. (2012). *Violência contra a mulher na gravidez e no pós-parto e seu impacto na saúde infantil*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/143518>

McMahon, K., Hoertel, N., Wall, M. M., Okuda, M., Limosin, F., & Blanco, C. (2015). Childhood maltreatment and risk of intimate partner violence: A national study. *Journal of Psychiatric Research*, 69, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.026>

Ministério da Saúde. (2018). *Notificação compulsória imediata dos casos de tentativa de suicídio e violência sexual*. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-acidentes/950-saude-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/43262-notificacao-compulsoria-imediata-dos-casos-de-violencia-sexual-e-tentativa-de-suicidio>

Moroskoski, M., Brito, F. A. M. de, Queiroz, R. O., Higarashi, I. H., & Oliveira, R. R. de. (2020). *Aumento da violência física contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo: Uma análise de tendência*. Recuperado de <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/aumento-da-violencia-fisica-contra-a-mulher-perpetrada-pelo-parceiro-intimo-uma-analise-de-tendencia/17531?id=17531&id=17531>

Oliveira, A. G.S., Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., Howard, L. M., & Lobato, G. (2017). Childhood sexual abuse, intimate partner violence during pregnancy, and posttraumatic stress symptoms following childbirth: A path analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 297–309. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0705-6>

Pereira, A.S., Shitsuka, D.M., Parreira, F.J. & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Recuperado de: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1

Santos, J. P. B. dos, & Lima, R. R. T. de. (2020). Educação permanente em saúde para qualificar o acolhimento às mulheres vítimas de violência: debatendo uma proposta. *Research, Society and Development*, 9(1), e173911859. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1859>

Schraiber, L. B., & d'Oliveira, A. F. L. P. (1999). Violência contra mulheres: Interfaces com a Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 3(5), 13–26. <https://doi.org/10.1590/S1414-32831999000200003>

Serpeloni, F., Radtke, K., de Assis, S., Henning, F., Natt, D., & Elbert, T. (2017). Grandmaternal stress during pregnancy and DNA methylation of the third generation: An epigenome-wide association study. *Translational Psychiatry*, 7(8), e1202–e1202. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.153>

Silva, A. G., Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2012). Violência física entre parceiros íntimos: Um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil? *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 1359–1370. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700014>

Silva, E. P., Ludermir, A. B., Lima, M. de C., Eickmann, S. H., & Emond, A. (2019). Mental health of children exposed to intimate partner violence against their mother: A longitudinal study from Brazil. *Child Abuse & Neglect*, 92, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.002>

Sousa, M. H. de, Bento, S. F., Osis, M. J. D., Ribeiro, M. de P., Faúndes, A., Sousa, M. H. de, ... Faúndes, A. (2015). Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 94–107. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010008>

Veloso, M. M. X., Magalhães, C. M. C., Dell’Aglío, D. D., Cabral, I. R., & Gomes, M. M. (2013). Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: Perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5), 1263–1272. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500011>

World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>

Ziaei, S., Naved, R. T., Rahman, A., Raqib, R., & Ekstrom, E.-C. (2019). Maternal Experience of Domestic Violence, Associations with Children’s Lipid Biomarkers at 10 Years: Findings from MINIM at Study in Rural Bangladesh. *Nutrients*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/nu11040910>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Nayara Cristina dos Santos Oliveira –24%

Nayara Lopes Gomes–22%

Taiza Ramos de Souza Costa Ferreira–20%

Lissandra Amorim Santos – 18%

Elizabeth de Paula Franco - 16%