



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ODETTE DEL RISCO SÁNCHEZ

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: PREVALÊNCIA E ESTRATÉGIA  
PARA SUA ABORDAGEM EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO  
PRÉ-NATAL E PÓS-NATAL

CAMPINAS

2023

ODETTE DEL RISCO SÁNCHEZ

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: PREVALÊNCIA E ESTRATÉGIA  
PARA SUA ABORDAGEM EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO  
PRÉ-NATAL E PÓS-NATAL

*VIOLENCE AGAINST WOMEN: PREVALENCE AND STRATEGY FOR  
ITS APPROACH IN A PRENATAL AND POSTNATAL CARE SERVICE*

*VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: PREVALENCIA Y ESTRATEGIA  
PARA SU ABORDAJE EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRENATAL Y  
POSTNATAL*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde na área de concentração em Saúde Materna e Perinatal.

*Thesis presented to the Graduate Program in Gynecology and Obstetrics of the Faculty of Medical Sciences of the State University of Campinas as part of the requirements to obtain the title of Doctor of Health Sciences, concentration area Maternal and Perinatal Health.*

ORIENTADORA: PROFESSORA DRA. FERNANDA GARANHANI DE CASTRO SURITA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA  
ALUNA ODETTE DEL RISCO SÁNCHEZ, E ORIENTADA PELA  
PROFA. DRA. FERNANDA GARANHANI DE CASTRO SURITA.

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Patricia de Paula Ravaschio - CRB 8/6426

Sa55v Sánchez, Odette del Risco, 1989-  
Violência contra a mulher : prevalência e estratégia para sua abordagem em um serviço de atenção pré-natal e pós-natal / Odette del Risco Sánchez. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Fernanda Garanhani de Castro Surita.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Violência contra a mulher. 2. Violência doméstica. 3. Cuidado pré-natal. 4. Cuidado pós-natal. 5. Melhoria de qualidade. I. Surita, Fernanda Garanhani de Castro, 1964-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

**Título em outro idioma:** Violence against women : prevalence and strategy for its approach in a prenatal and postnatal care service

**Palavras-chave em inglês:**

Violence against women

Domestic violence

Prenatal care

Postnatal care

Quality improvement

**Área de concentração:** Saúde Materna e Perinatal

**Titulação:** Doutora em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Fernanda Garanhani de Castro Surita

Rosana Teresa Onocko Campos

Arlete Maria dos Santos Fernandes

Rossana Pulcineli Vieira Francisco

Carla Betina Andreucci Polido

**Data de defesa:** 03-02-2023

**Programa de Pós-Graduação:** Tocoginecologia

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-7094-0378>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/5227541308274675>

# **COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

**ODETTE DEL RISCO SÁNCHEZ**

---

**ORIENTADOR: PROFA. DRA. FERNANDA GARANHANI DE CASTRO SURITA**

---

## **MEMBROS TITULARES:**

**1. PROFA. DRA. FERNANDA GARANHANI DE CASTRO SURITA**

**2. PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS**

**3. PROFA. DRA. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES**

**4. PROFA. DRA. ROSSANA PULCINELI VIEIRA FRANCISCO**

**5. PROFA. DRA. CARLA BETINA ANDREUCCI POLIDO**

---

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 03/02/2023**

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Profa. Dra. Fernanda Garanhani de Castro Surita, pelo acolhimento, orientação e confiança em cada momento. Sua ética como profissional e mulher comprometida com uma sociedade mais justa para todas nós, a torna uma inspiração para mim. Minha gratidão, carinho e admiração sempre pela gentileza de me ensinar, apoiar e incentivar em cada projeto que construímos juntas nestes anos.

Aos colegas, coautores e amigas do grupo de pesquisa Saúde Reprodutiva e Hábitos Saudáveis (SARHAS) pelos conhecimentos compartilhados e os espaços de construção coletiva tão enriquecedores. Em especial, a Juliana, Larissa e Débora pelo acolhimento e carinho desde minha chegada ao grupo.

A Amanda e a professora Erika Zambrano pela parceria sempre nos trabalhos. Minha gratidão pela continuidade na coleta de dados em momentos nos quais tivemos que nos reinventar para continuar a pesquisa.

Aos amigos André e Gláucia, pelos momentos de descontração e risadas compartilhadas. Obrigada por me permitir fazer este caminho de aprendizados juntos.

À toda a equipe de profissionais dos ambulatórios de Obstetrícia do Caism, agradeço a oportunidade de participar das suas rotinas e a atenção recebida a cada momento.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia pela gentileza de compartilhar seus conhecimentos e experiências.

Ao Helymar pela sua ajuda na análise dos dados.

À Secretaria da Pós-graduação em Tocoginecologia, em especial a Melissa pelas suas orientações e disposição para ajudar.

Às estudantes da Liga de Ginecologia e Obstetrícia pela suas inquietudes e vontade de fazer ciência. Em especial a Mariana, Isabella, Aline, Daniella, Bianca e Carla.

À minha família brasileira, aos meus sobrinhos e a minha cunhada. Em especial, ao pequeno Benjamim pela sua curiosidade e amor cada dia.

Ao meu irmão e minha mãe pela nossa coragem e nossa luta para nós manter sempre juntos.

Aos meus amigos e amigas de Cuba, aos que estão e aos que deixamos a nossa terra procurando um novo espaço para chamar de lar.

Às mulheres que participaram do estudo, por compartilharem suas vivências sobre um tema tão sensível.

À universidade e ao ensino público, à qual devo todos os aprendizados ao longo da minha vida.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## RESUMO

**Introdução:** A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública que ocasiona consequências adversas para a saúde e o bem-estar das mulheres ao longo das suas vidas, sendo a gestação e o pós-parto momentos onde a violência pode estar presente. O presente estudo parte do pressuposto de que os serviços de atenção pré-natal e pós-natal são espaços apropriados para a abordagem deste fenômeno.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência e explorar as percepções sobre a violência doméstica e por parceiro íntimo em gestantes e puérperas, as ações para seu enfrentamento em um contexto de emergência sanitária, e desenvolver uma estratégia para sua abordagem em serviços de atenção pré-natal e pós-natal. **Método:** Foram realizados:

1. Estudo de corte transversal com dados coletados em mulheres que frequentavam regularmente serviços de Obstetrícia de um hospital terciário, no período de julho de 2019 e setembro de 2021. Foi avaliada a relação entre as características sociodemográficas das mulheres e a violência doméstica e por parceiro íntimo mediante análises de regressão logística univariada e múltipla. 2. Estudo qualitativo com entrevistas individuais semiestruturadas realizadas em outubro de 2022. A seleção da amostra foi intencional, de acordo com o critério de saturação teórica. Participaram do estudo mulheres e adolescentes com diversas experiências em relação a violência doméstica e familiar. A análise de dados foi realizada mediante a técnica de análise temática. 3. Revisão integrativa conduzida com base em artigos publicados entre dezembro de 2019 e junho de 2020, os quais descreveram a dinâmica da violência contra a mulher no contexto das medidas restritivas adotadas durante a pandemia de COVID-19. 4. Projeto de melhoria de qualidade em saúde para o desenvolvimento de uma estratégia destinada à abordagem da violência doméstica nos serviços de Obstetrícia.

**Resultados:** Das 600 gestantes e puérperas, 138 (23%) sofreram algum tipo de violência. As mulheres com maior chance de relatar violência alguma vez na vida foram não brancas (1,5 vezes maior), com idade gestacional  $\leq 13$  semanas (3,4 vezes maior) e puérperas (2,8 vezes maior). Os relatos de violência foram mais frequentes antes da pandemia de COVID-19. Na pesquisa qualitativa foram entrevistadas 12 mulheres, usuárias de um serviço de atenção pré-natal e pós-natal. A partir das análises foram identificados os temas: 1) Entre o público e o privado: a violência contra as mulheres e suas manifestações, causas e particularidades; 2) Fatores que incidem no aumento das vulnerabilidades; 3) Sistema de proteção e rede

de apoio: fortalezas e fragilidades; 4) Alternativas para a prevenção e eliminação da violência. Na revisão integrativa foram incluídos trinta e oito artigos os quais mostraram que fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais que aumentam as vulnerabilidades das mulheres à violência foram exacerbados durante o período de distanciamento social. Os profissionais de saúde foram fundamentais para detectar e responder à violência contra a mulher durante este período. A partir dos resultados do trabalho teórico e da pesquisa de campo, foram elaborados materiais didáticos, um artigo de opinião, assim como uma estratégia para o serviço de Obstetrícia com o intuito de reforçar o papel dos profissionais na identificação de sobreviventes, o oferecimento de apoio e informações de qualidade às mulheres. **Conclusões:** Gestantes e puérperas são vulneráveis à vivência de violência doméstica e por parceiro íntimo. As percepções de mulheres brasileiras durante a gestação e no pós-parto sobre a violência doméstica demonstram as dificuldades que as mulheres enfrentam para interromper o ciclo da violência e acessar as redes de apoio. O contato regular entre profissionais de saúde e mulheres gestantes e puérperas, oferece uma janela de oportunidades para a implementação de intervenções psicossociais junto às mulheres em risco de violência.

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Cuidado Pré-Natal; Cuidado Pós-Natal; Profissionais da Saúde; Melhoria de Qualidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** Violence against women is a public health problem that involves serious consequences for the health and well-being of women throughout their lives, with pregnancy and postpartum being moments where violence can be present. The present study assumes that antenatal and postnatal care services are appropriate settings for addressing this phenomenon. **Aims:** To assess the prevalence and explore perceptions about domestic and intimate partner violence in pregnant and postpartum women, the actions to respond it in an emergency context, and to develop a strategy for its approach in antenatal and postnatal care services. **Method:** We conducted 1. Cross-sectional study with data collected from women who regularly attended services of a tertiary hospital, between July 2019 and September 2021. The relationship between the sociodemographic characteristics of women and domestic and intimate partner violence was evaluated using univariate and multivariable logistic regression analyses. 2. A qualitative study with individual, semi-structured interviews was conducted in October 2022. The sample selection was intentional, according to the data saturation criterion. Women and adolescents with different experiences regarding domestic and family violence participated in the study. Data analysis was performed using the thematic analysis technique. 3. An integrative review with articles published between December 2019 and June 2020, which described the dynamics of violence against women in the context of restrictive measures adopted during the COVID-19 pandemic. 4. Health quality improvement project to develop a strategy to address domestic violence in Obstetrics services. **Results:** Of the 600 pregnant and postpartum women interviewed, 138 (23%) had suffered any abuse. Women more likely to report lifetime violence were non-white (1.5 times higher), with a gestational age  $\leq 13$  weeks (3.4 times higher) and postpartum women (2.8 times higher). Reports of violence were more frequent before the COVID-19 pandemic. As part of the qualitative research, twelve women who attended an antenatal and postnatal care service were interviewed. Based on the analyses, the themes were identified: 1) between the public and the private—violence against women and its manifestations, causes, and particularities; 2) factors that increase vulnerability; 3) protection system and support network—strengths and weaknesses; and 4) alternatives for the prevention and elimination of violence. In the integrative review, thirty-eight articles were included, which showed that some individual, relational, community, and social

factors that increase women's vulnerabilities to violence were exacerbated during the period of social distancing. Health professionals were essential to screening and responding to violence against women during this period. Based on the results of theoretical and field study, didactic materials, an opinion article, as well as a strategy for the Obstetrics service were prepared to reinforce the role of professionals in identifying survivors, offering support and quality information to women. **Conclusions:** Pregnant and postpartum women are vulnerable to experiencing domestic and intimate partner violence. The perceptions of Brazilian women during pregnancy and the postpartum period regarding domestic violence included a multifaceted view of violence. The women's discourse demonstrated the difficulties that they faced in interrupting the cycle of violence and accessing support networks. Regular contact among healthcare professionals and women during this period offers a window of opportunities for implementing psychosocial interventions among women at risk of violence.

**Keywords:** Violence against Women; Domestic Violence; Antenatal Care; Postnatal Care; Health Personnel; Quality Improvement.

## RESUMEN

**Introducción:** La violencia contra la mujer es un problema de salud pública que ocasiona graves consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres a lo largo de su vida, siendo el embarazo y el puerperio momentos donde la violencia puede estar presente. El presente estudio parte del presupuesto de que los servicios de atención prenatal y posnatal son espacios propicios para el abordaje de este fenómeno. **Objetivos:** Evaluar la prevalencia y explorar las percepciones sobre la violencia doméstica y de pareja en mujeres embarazadas y puérperas, acciones para su enfrentamiento en contexto de emergencia, y desarrollar una estrategia para su abordaje en servicios de atención prenatal y posnatal. **Método:** Fueron realizados: 1. Estudio transversal con datos recolectados entre mujeres que asistieron regularmente a los servicios de Obstetricia de un hospital terciario, entre julio de 2019 y septiembre de 2021. Se evaluó la relación entre las características sociodemográficas de las mujeres y la violencia doméstica y de pareja mediante análisis de regresión logística univariada y múltiple. 2. Estudio cualitativo con entrevistas individuales semiestructuradas realizado en octubre de 2022. La selección de la muestra fue intencional, según el criterio de saturación teórica. Participaron del estudio mujeres y adolescentes con diferentes experiencias en relación a la violencia doméstica y familiar. El análisis de los datos se realizó mediante la técnica de análisis temático. 3. Revisión integrativa realizada a partir de artículos publicados entre diciembre de 2019 y junio de 2020, que describieron la dinámica de la violencia contra las mujeres en el contexto de las medidas restrictivas adoptadas durante la pandemia del COVID-19. 4. Proyecto de mejora de calidad en salud para el desarrollo de una estrategia orientada al abordaje de la violencia doméstica en los servicios de Obstetricia. **Resultados:** De las 600 mujeres embarazadas y puérperas, 138 (23%) sufrieron algún tipo de violencia. Las mujeres con mayor probabilidad de relatar violencia en algún momento de su vida fueron las no blancas (1,5 veces mayor), con edad gestacional  $\leq 13$  semanas (3,4 veces mayor) y puérperas (2,8 veces mayor). Los relatos de violencia fueron más frecuentes antes de la pandemia de COVID-19. En la investigación cualitativa fueron entrevistadas doce mujeres usuarias de un servicio de atención prenatal y postnatal. A partir de los análisis, se identificaron los temas: 1) Entre lo público y lo privado: la violencia contra la mujer y sus manifestaciones, causas y particularidades; 2) Factores que inciden en el aumento de vulnerabilidades; 3) Sistema de protección y redes de apoyo: fortalezas y debilidades; 4) Alternativas para

la prevención y eliminación de la violencia. En la revisión integrativa, se incluyeron treinta y ocho artículos, que mostraron que algunos factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia se exacerbaron durante el período de distanciamiento social. Los profesionales de la salud fueron fundamentales para detectar y responder a la violencia contra las mujeres durante este período. Con base en los resultados del trabajo teórico y la investigación de campo, se elaboró un material didáctico, un artículo de opinión, así como una estrategia para el servicio de Obstetricia con el fin de reforzar el papel de los profesionales en la identificación de sobrevivientes, ofreciendo apoyo e información de calidad a las mujeres.

**Conclusiones:** Las mujeres embarazadas y puérperas son vulnerables a experiencias de violencia doméstica y de pareja. Las percepciones de las mujeres brasileñas durante la gestación y postparto sobre la violencia doméstica, demuestran las dificultades que las mujeres enfrentan para romper el ciclo de la violencia y para acceder a las redes de apoyo. El contacto regular entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas y puérperas ofrece oportunidades para la implementación de intervenciones psicosociales junto a mujeres en situación de riesgo de violencia.

**Palabras clave:** Violencia contra la Mujer; Violencia Doméstica; Atención Prenatal; Atención Posnatal; Profesionales de la salud; Mejoramiento de la Calidad.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AAS – Abuse Assessment Screen.

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Hospital da Mulher

Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti.

FCM – Faculdade de Ciências Médicas.

HITS – Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PDSA–Plan-Do-Study-Act.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas.

VD – Violência Doméstica.

VF – Violência Familiar.

VPI – Violência por Parceiro Íntimo.

WAST – Woman Abuse Screening Tool.

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	13
2. INTRODUÇÃO.....	16
3. OBJETIVOS.....	27
3.1. Objetivo geral.....	27
3.2. Objetivos específicos.....	27
4. MÉTODOS.....	28
4.1. Desenho do Estudo.....	28
4.1.1. Pesquisa de Campo.....	28
4.1.2. Tamanho amostral.....	28
4.1.3. Seleção das participantes.....	29
4.1.4. Variáveis e conceitos.....	30
4.1.5. Instrumentos para coleta de dados.....	32
4.1.6. Coleta de dados.....	34
4.1.7. Processamento e análise dos dados.....	35
4.1.8. Aspectos Éticos.....	36
4.2. Revisão Integrativa.....	37
4.3. Artigo de opinião sobre o rastreamento de rotina da violência doméstica na atenção pré-natal.....	38
4.4. Material didático para profissionais da saúde na atenção pré-natal e pós-natal.....	39
4.5. Projeto de Melhoria da Qualidade em Saúde.....	39
5. RESULTADOS.....	41
5.1. Artigo 1: “Violence against women during pregnancy and postpartum period: a mixed methods study protocol”.....	42
5.2. Artigo 2: “Domestic violence: a cross-sectional study among pregnant and postpartum women”.....	49
5.3. Artigo 3: “Perceptions of women at an obstetric outpatient clinic regarding domestic violence: a qualitative study”.....	65
5.4. Artigo 4: “Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review”.....	87
5.5. Artigo 5: “Routine Enquiry for Domestic Violence during Antenatal Care: An Opportunity to Improve Women’s Health”.....	95

5.6. Material didático para profissionais da saúde. “Violência contra a mulher- Cartilha para profissionais da saúde na atenção pré-natal e pós- natal”.....	98
5.7. Artigo 6. “Developing a strategy to address domestic violence in antenatal and postnatal care service: a quality improvement project”.....	124
6. DISCUSSÃO.....	146
7. CONCLUSÃO.....	158
8. REFERÊNCIAS.....	159
9. ANEXOS.....	171
9.1 Anexo 1– Parecer Consubstanciado do Comitê de Pesquisa.....	171
9.2. Anexo 2– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	179
9.3. Anexo 3– Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	182
9.4. Anexo 4–Modelo de Ficha de Dados Sociodemográficos.....	186
9.5. Anexo 5– Abuse Assessment Screen (AAS).....	187
9.6. Anexo 6– Woman Abuse Screening Tool (WAST).....	188
9.7. Anexo 7– Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed (HITS)..	189
9.8. Anexo 8– Roteiro de Entrevistas.....	190
9.9. Anexo 9– Capítulo de livro "Avaliação da violência doméstica em serviço de atenção pré-natal e pós-parto” Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia (PROAGO).....	191
9.10. Anexo 10– Apresentação em eventos.....	192
9.11. Anexo 11–Prêmio Adolfo Lutz.....	194

## 1. APRESENTAÇÃO

A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública e violação dos direitos humanos. Partindo dessa premissa é preciso compreender este fenômeno com sua complexidade, além de reconhecer a urgência do desenvolvimento de uma resposta integral envolvendo vários setores da sociedade.

Gestantes e puérperas constituem um grupo susceptível à vivência de violência tanto por parceiro íntimo como no ambiente doméstico e familiar. Sem dúvidas, tornar-se mãe vem acompanhado de novos desafios no âmbito da família, e traz mudanças nas relações entre seus membros. Neste cenário, experiências passadas e atuais de violência podem estar presentes nas histórias de vida das mulheres, tendo consequências negativas tanto para a mãe como para o recém-nascido.

A violência pode estar presente seja nas histórias de vida dos membros da família ou nos vínculos afetivos fazendo parte de episódios recorrentes. Deste modo, é importante ficar alerta já que a mesma opera como um ciclo, e especialmente neste período grávido-puerperal, os episódios podem variar na sua gravidade e frequência.

A presente tese é fruto do reconhecimento da relevância de oferecer atenção integral às mulheres que recebem atenção pré-natal e pós-natal no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM/ UNICAMP.

Com este trabalho pretendemos integrar tanto os resultados da revisão sobre a violência contra a mulher em um contexto de emergência sanitária decorrente da pandemia de COVID-19, com os resultados que revelam a prevalência deste fenômeno em mulheres gestantes e puérperas, e finalmente oferecer uma estratégia adaptada ao serviço de Obstetrícia do CAISM/UNICAMP com objetivo de transformar em rotina a abordagem deste tema no serviço.

Este trabalho tem sido desenvolvido por uma equipe de pesquisadoras integrada por alunas de Graduação da Liga de Ginecologia e Obstetrícia, estudantes da Pós-graduação em Tocoginecologia e docentes da área da Saúde. Neste percurso, a equipe identificou a necessidade de sistematizar e implementar

o rastreamento da violência doméstica entre as usuárias do serviço. Este processo envolveu o desenvolvimento de ações de sensibilização junto às equipes multiprofissionais, a produção de materiais informativos para as usuárias, e a produção de artigos científicos para o diálogo com a comunidade acadêmica, demonstrando assim, a vinculação da pesquisa com a melhoria de práticas assistenciais em saúde.

A introdução teórica desta pesquisa traz elementos que contribuem na conceptualização, compreensão da dinâmica da violência desde uma perspectiva ecológica, assim como na identificação das diferentes formas da violência contra as mulheres. Além disso, é descrita a prevalência da violência a nível global e no contexto brasileiro, e especificamente são relatados os impactos da violência durante a gravidez e após o parto.

Nos resultados e discussão deste trabalho são explorados dados sobre a prevalência de violência contra mulheres que utilizam um serviço de referência na atenção pré-natal e após o parto, assim como suas percepções sobre este tema. Além disso, partimos da premissa de que as equipes de saúde desempenham um papel fundamental não só no oferecimento de tratamento oportuno para as sobreviventes da violência, mas para o desenvolvimento de ações para prevenir a violência. Os achados são discutidos à luz do contexto de emergência decorrente da pandemia de COVID-19 como cenário que agudizou as desigualdades de gênero existentes.

Considerando a importância da assistência pré-natal e pós-natal para o bem-estar da mulher, e seu impacto nos desfechos maternos e perinatais, torna-se relevante explorar aspectos da violência durante o ciclo gravídico-puerperal para melhorar a abordagem deste tema dentro dos serviços de saúde.

A proposta de estratégia para a abordagem da violência doméstica no serviço está sustentada no fato do aumento de contatos das gestantes e puérperas com os serviços de saúde, o que torna o acompanhamento pré-natal uma oportunidade para acolher e apoiar as mulheres, validar suas histórias, oferecer informação de qualidade e oportuna ao respeito dos serviços disponíveis para cada situação, e prover os encaminhamentos necessários. O contato regular entre profissionais de saúde e mulheres nesse período oferece uma janela de

oportunidades para o rastreamento sistemático, e a implementação de intervenções psicossociais junto às mulheres em risco de violência.

Para a implementação de uma estratégia para a abordagem da violência doméstica nos serviços de atenção pré-natal e pós-natal dos ambulatórios de Obstetrícia do Caism tem sido desenhadas ações destinadas a diversos públicos, incluindo prestadores de serviço, mulheres gestantes e puérperas, assim como à comunidade científica. Assim, são integradas ações de prevenção, promoção de saúde, capacitação e desenho de um sistema de encaminhamento para mulheres em situação de violência.

Em suma, a tese apresentada não apenas estuda a natureza da violência contra as mulheres que frequentam serviços de atenção pré-natal e pós-natal; a partir dos resultados deste estudo, são sugeridas recomendações para o desenvolvimento de uma estratégia focada no rastreamento da violência doméstica entre as usuárias a serem implementados no hospital para complementar os cuidados atualmente oferecidos.

Os resultados apresentados tem a intenção de potencializar o desenvolvimento de futuras pesquisas que permitam aprofundar as experiências de usuárias, gestores e profissionais na abordagem do tema, além de promover ações educativas que fortaleçam as competências dos profissionais que oferecem atenção especializada às gestantes e puérperas. Nesse sentido, consideramos que este trabalho contribui para tornar a violência contra a mulher mais visível, ao mesmo tempo em que destaca o papel dos profissionais de saúde no enfrentamento desse fenômeno.

## 2. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública e uma grave violação dos direitos humanos (1, 2). Estimativas globais mostram que 27% das mulheres de 15 a 49 anos sofreram violência física e/ou sexual por parceiro e, para 13% das mulheres, o episódio de violência ocorreu nos últimos 12 meses (2).

As Nações Unidas consideram violência contra a mulher “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico às mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorram na vida pública ou privada” (3). Este termo abrange uma ampla variedade de comportamentos, incluindo crimes cometidos contra as mulheres tais como tráfico humano, tortura, perseguição, prostituição e matrimônio forçado, mutilação genital, coerção reprodutiva, entre outros. Entretanto, a violência doméstica e por parceiro íntimo são as formas mais comuns de violência sofridas pelas mulheres ao longo da vida (4).

A violência contra mulheres, adolescentes e meninas tem sido pesquisada nas suas diversas formas e nos mais variados contextos. Na literatura sobre o tema são frequentemente empregados os termos violência doméstica (VD), violência familiar (VF) e violência por parceiro íntimo (VPI) (5). Essa diversidade mostra que os episódios de violência podem fazer parte das experiências das mulheres ao longo da vida, podendo ocorrer nas suas redes de apoio, nas relações familiares, e nos vínculos amorosos. Embora este não seja o único âmbito onde as mulheres podem vivenciar episódios de violação de seus direitos, o lar se torna um espaço inseguro para muitas mulheres, e o parceiro íntimo tem sido identificado como principal agressor.

A VPI inclui comportamentos exercidos por um parceiro íntimo incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle (6). Embora vários estudos tenham identificado a VPI como umas das formas da violência mais prevalentes, é relevante a inclusão da violência doméstica e familiar contra a mulher como um conceito que permite a observação de qualquer abuso perpetrado por qualquer membro da família, cujos vínculos são configurados baseados em laços consanguíneos, afetivos ou de coabitação. Estas

formas de violência aparentemente restritas ao espaço privado ou pessoal devem ser entendidas como um tema público mediado por elementos macrossociais (7).

A violência doméstica e familiar contra a mulher pode assumir várias formas tais como: física (qualquer ação que coloque em risco a saúde ou integridade física de outra pessoa), psicológica (danos emocionais, ataques à autoestima, controle de ações, perseguição, ameaças, assédio e chantagem), sexual (relacionamento indesejado/estupro, impedimento ao uso de anticoncepcionais e gravidez forçada, aborto ou prostituição), patrimonial (retenção, subtração ou destruição de documentos, objetos e recursos) e moral (calúnia e difamação) (8).

De acordo com Schraiber et al. estas definições têm um caráter operativo já que “ao apresentarem explicitamente certos atos e danos, tais definições estabelecem comunicação mais fácil também junto às propostas de intervenções, deixando mais claro sobre quais situações se vai intervir e permitindo abordagens mais concretas também junto às mulheres nos serviços.” (9).

Se bem resulta um tema sensível e sensibilizador, a violência contra as mulheres constitui uma violação de direitos que desde uma perspectiva ética deve ser compreendida “como anulação da dignidade, impedindo o sentimento de esperança” nas pessoas afetadas (9). Neste sentido, a geração de tecnologias de intervenção em Saúde para tratar os danos provocados pela violência precisam abranger este fenômeno desde uma perspectiva interdisciplinar (9, 10).

Contudo, a violência contra as mulheres é resultado de uma interação multidimensional de fatores. Consequentemente, a OMS adota uma “abordagem ecológica” reconhecendo que “fatores pessoais, familiares e sociais podem proteger uma mulher da violência ou colocá-la em maior risco” (11). Em um primer nível deste modelo são incluídos fatores biológicos, demográficos e da história de vida dos indivíduos, tanto na sua condição de vítimas como perpetradores. O segundo e terceiro nível observam as peculiaridades das relações interpessoais e as características dos contextos comunitários, respectivamente. Por último, são estudadas a existência de normas que legitimam a violência, assim como as deficiências nas políticas sociais, de saúde, educacionais, econômicas e seu impacto neste fenômeno.

Segundo Dahlberg e Krug, “a proposta ecológica enfatiza as múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade, como o contexto social, cultural e econômico. Colocado em um contexto de desenvolvimento, o modelo ecológico mostra como a violência pode ser causada por diferentes fatores em etapas diversas da vida.” (12)

Em geral, os estudos sobre o tema tendem a focar em fatores individuais e/ou relacionais e sua associação com a prevalência de violência, e poucas análises abordam as influências da comunidade e do contexto social neste fenômeno (11). Nesse sentido, vários autores apontam que a violência contra as mulheres é historicamente enraizada em desigualdades de poder nas relações de gênero precisando de abordagens que questionem crenças e estruturas sociais que a perpetuam (13-15).

Como problema de caráter global, este fenômeno ainda demanda a implementação de políticas efetivas para seu enfrentamento e erradicação. O Brasil deu esse passo em 2006, quando sancionou a Lei Maria da Penha, que estabeleceu mecanismos para prevenir, coibir e criminalizar a violência doméstica e familiar contra a mulher. A Lei Maria da Penha também reconheceu a necessidade de medidas integradas de prevenção, além da implementação e o fortalecimento do trabalho multidisciplinar na resposta a violência (16).

Assim mesmo, esta lei promove o desenvolvimento de pesquisas, a produção de dados e outras informações relevantes que tenham em consideração categorias como gênero, raça e/ou cor da pele (8). Essas informações devem estar relacionadas com as causas, consequências e frequência da violência doméstica e familiar contra a mulher para sistematizar dados, elaborar políticas públicas e avaliar periodicamente os resultados das medidas adotadas (8).

Igualmente, uma série de convenções e instrumentos internacionais em conjunto com a luta dos movimentos feministas têm mostrado a necessidade de responsabilização dos Estados na resposta frente a violência doméstica. O Estado brasileiro assumiu estes compromissos ao ser signatário de instrumentos focados na garantia dos direitos humanos fundamentais das mulheres como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres-

CEDAW (1979), a Conferência Internacional sobre Direitos Humanos-Viena (1993), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento-Cairo (1994), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher-Convenção de Belém do Pará (1994) e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher-Beijing (2005) (17, 18). Estes mecanismos foram marcos importantes para o desenvolvimento de políticas públicas enfocadas em enfrentar a violência contra as mulheres e criar dispositivos para monitorar os avanços na sua erradicação no país.

Neste contexto, uma série de políticas têm sido desenvolvidas ao longo dos anos, entre as quais se destacam a criação das Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher a partir de 1985. Além da adoção do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres em 2007 e 2011, destinado à implementação de políticas públicas integradas em todo o território nacional (19).

Apesar dos esforços, as estatísticas mostram que a violência se mantém presente na vida das mulheres. Por exemplo, dados recentes do Fórum Brasileiro de Segurança Pública produzidos durante a pandemia de COVID-19 mostraram que 230.160 mulheres realizaram registros por lesão corporal dolosa por violência doméstica. De igual modo, 1.350 feminicídios ocorreram em 2020, e nos casos onde foi identificado o agressor, 81,5% das mulheres foram mortas pelo companheiro ou ex-parceiro. A maior parte delas se encontrava nas faixas etárias de 18-44 anos (20). Os dados mostraram alta prevalência nacional de violência doméstica, com aproximadamente 17 milhões de mulheres sofrendo violência física, psicológica ou sexual em 2020 (21). Entretanto, ao observar o perfil sociodemográfico das vítimas, é possível identificar um número maior de mulheres jovens em idade reprodutiva entre as vítimas.

Por sua vez, é importante reconhecer que a violência deve ser compreendida como um ciclo, pelo que é frequente observar que episódios de violência, em suas mais variadas formas, podem ser recorrentes ao longo da vida das mulheres. Deste modo, a violência doméstica pode ser entendida como um *continuum* aonde são observados certos padrões que podem se tornar repetitivos (22). Considerar a violência como um ciclo, implica reconhecer que histórias passadas e recentes de violência podem afetar negativamente a saúde e o bem-estar de mulheres, meninas e crianças durante sua vida.

O ciclo da violência foi descrito pela psicóloga norte-americana Lenore Walker no livro *The Battered Woman* publicado em 1979 (23). Baseado em entrevistas em profundidade conduzidas com mulheres em situação de violência em seus relacionamentos íntimos, a autora descreve uma série de padrões que permitem entender o comportamento cíclico da violência. As descrições mais generalizadas do modelo incluem três etapas, onde é possível identificar uma fase de acúmulo de tensões, seguido de um episódio agudo e a continuação denominada “lua de mel”, etapa de pedido de desculpas e procura de reconciliação até que o ciclo se repita (24).

As etapas do ciclo da violência não são “universais” ou previsíveis, nem conseguem descrever as experiências de vida de todas as mulheres em situação de violência ou explicar os conflitos que enfrentam as mulheres para romper o ciclo da violência. Contudo, tem sido um recurso útil na compreensão de que a violência pode se instalar paulatinamente desde comportamentos mais sutis, o que pode levar a desenvolver ações preventivas. Estes tipos de abordagens que procuram adentrar-se na natureza da violência facilitam o debate sobre as complexas relações que explicam as suas causas “enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana” (12).

Neste complexo cenário, a gravidez e o pós-parto resultam períodos onde a violência pode encontrar-se presente. Estudos mostraram que ao longo da gravidez e no puerpério os episódios de violência podem ser mais frequentes (22, 25-28). Por outro lado, outros autores mostraram que mulheres com vivências de violência relataram uma aparente diminuição dos episódios de violência doméstica durante a gravidez (11, 29). Algumas mudanças no padrão da violência podem ocorrer nesse período, indicando que mulheres que se encontravam em situação de violência poderiam estar vivenciando formas menos explícitas, pelo que é preciso obter uma compreensão aprofundada da natureza e das características da violência nestes períodos.

Deste modo, identificar aquelas gestantes que tenham sofrido experiências atuais ou passadas de violência doméstica, contribui para compreender a importância da sensibilização neste tema, e a necessidade de uma abordagem adequada durante o pré-natal e após o parto. Conseqüentemente, alguns autores descreveram que a violência doméstica pode ser mais prevalente durante a

gravidez em comparação com outras condições, como pré-eclâmpsia e diabetes gestacional, comumente rastreadas durante esse período (30).

Além disso, quando a violência ocorre durante a gravidez, a chance de relatar que essa situação ocorre no puerpério é 8,2 vezes maior (31). Nesse sentido, alguns estudos mostraram que a vivência de violência durante a gravidez prediz fortemente experiências destes episódios após o parto (28, 32).

Em relação à prevalência de violência física durante a gravidez, um estudo da OMS (2005) observou uma ampla variabilidade de 1% na cidade do Japão a 28% na província do Peru (11). No entanto, os resultados foram inconclusivos em geral, mostrando que a gravidez pode ser um fator protetor ou de risco para a violência em determinados contextos. A diversidade nos achados entre os países em relação à prevalência de violência durante a gravidez, sugere que são necessárias mais evidências para entender os fatores que podem influenciar dita variabilidade entre países e regiões (11).

Pesquisas realizadas no Brasil têm abordado a violência intrafamiliar, doméstica ou por parceiro íntimo durante o ciclo gravídico-puerperal (29, 33-39). Em relação à violência ao longo da vida, um estudo recente realizado em uma maternidade no Brasil mostrou que 3% das gestantes sofreram alguma forma de violência doméstica, em contraste com outros estudos que mostraram que 36,9% das mulheres sofreram violência doméstica em algum momento da vida (40). Podemos afirmar que esta variabilidade na prevalência deste fenômeno é observável tanto entre os países como dentro do mesmo país.

Apesar da variabilidade nos dados, parece existir certo consenso a respeito das consequências negativas da violência na gravidez e no puerpério para o bem-estar da mãe e do recém-nascido (41). As repercussões podem se manifestar durante a gravidez e após o parto. Nesse sentido, alguns estudos sugerem uma associação entre violência por parceiro íntimo a desfechos maternos e perinatais adversos como baixo peso ao nascer, parto prematuro, gravidez indesejada e aborto espontâneo, baixa adesão ao pré-natal, anemia materna, sangramento vaginal, infecções, hipertensão, descolamento prematuro da placenta, e restrição do crescimento fetal (42-44). Para as crianças, as repercussões também incluem desnutrição, alteração do desenvolvimento e abuso infantil (44). Além disso,

impactos na saúde mental, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e consequências adversas no vínculo mãe-filho são descritos como algumas consequências das experiências de violência durante a gravidez (45).

A gravidez tem sido considerada um momento crítico de intervenção devido ao contato regular entre mulheres e profissionais de saúde, devendo ser considerada uma oportunidade para detecção precoce da violência, e oferecimento de encaminhamentos e atendimento especializado (42). Nesse sentido, os profissionais de saúde assumem uma posição fundamental para identificar e ajudar as sobreviventes de violência doméstica (46).

Como temos assinalado, se a violência é um fenômeno global devem ser evidenciadas as particularidades dos contextos no qual sua dinâmica é analisada. Após a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizando o surto de COVID-19 como uma pandemia em 11 de março de 2020 (47), governos e autoridades de todo o mundo introduziram ou intensificaram medidas restritivas de distanciamento social para reduzir a propagação da infecção. Essas medidas impactaram as dinâmicas familiares por meio de seus efeitos na renda familiar, vínculos interpessoais, bem-estar e saúde mental da população (48).

Apesar dos impactos da pandemia na sociedade, situações de crises humanitárias e emergências de saúde pública têm impactos diferentes em mulheres, adolescentes e meninas, assim como entre outros grupos vulneráveis. No contexto da situação de emergência de saúde pública decorrente da pandemia de COVID-19, diversos alertas surgiram da comunidade científica sobre o possível aumento da violência doméstica em todo o mundo (49).

A violência contra as mulheres tinha sido reconhecida pelo Secretário Geral das Nações Unidas como uma “pandemia global” (50), além de ser apontada como um problema sistêmico presente em todos os grupos socioeconômicos (51). A complexidade da coexistência das duas pandemias agravou os riscos de impactos negativos na saúde e no bem-estar de quem já vivia em situação de vulnerabilidade anterior ao surgimento da pandemia por COVID-19. Em particular, “as pandemias pioram as desigualdades de gênero existentes para mulheres e meninas e podem impactar a forma como recebem tratamento e cuidados” (52). Nesse sentido, os serviços de saúde sexual e reprodutiva têm um papel importante

durante as crises humanitárias para proteger mulheres e meninas da violência sexual e de gênero, além de coletar dados sensíveis ao gênero para avaliar assim seus impactos na saúde reprodutiva (53).

O aumento das denúncias de violência doméstica contra a mulher durante a pandemia tem alertado diversas organizações, pesquisadores e representantes da sociedade civil os quais manifestaram sua preocupação e afirmaram a necessidade de estabelecer intervenções efetivas para prevenir e combater este fenômeno (54).

Por outra parte, durante situações de crises ou de emergência, assim como em contextos humanitários são agravados os riscos de formas adicionais de violência. Nestes contextos são exacerbadas as condições que aumentam a vulnerabilidade das mulheres (54, 55). Se consideramos a atenção pré-natal e pós-natal como um serviço essencial, precisamos reforçar a importância de que profissionais de saúde estejam atentos para a detecção dos padrões da violência, e desenvolvam as condições que garantam o oferecimento de suporte de primeira linha às sobreviventes.

Além de situações de emergência, os serviços de saúde possuem uma série de recomendações e *guidelines* que sugerem rastrear rotineiramente as mulheres que frequentam serviços de saúde sexual e reprodutiva para identificar experiências de violência doméstica e por parceiro íntimo. Várias organizações internacionais, incluindo a Organização Mundial da Saúde e *The International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), desenvolveram declarações e orientações éticas sobre sua abordagem em ambientes de saúde. Diretrizes da OMS abarcam uma série de condições mínimas para abordar a violência nesse contexto, incluindo a existência de um protocolo, o treinamento para os profissionais, garantias de um ambiente privado e de confidencialidade, assim como possuir um sistema de encaminhamento (6, 56).

Especialmente, durante a gravidez, foi reconhecido que a violência é uma questão relevante a ser abordada considerando que a implementação de um rastreamento adequado durante o pré-natal contribui para uma experiência positiva durante este período (56). Organizações profissionais como *American Medical Association* (AMA), *American Academy of Family Physicians* (AAFP),

*Emergency Nurses Association* (ENA) e *American Academy of Pediatrics* (AAP), entre outros, reconheceram a importância do rastreamento destas experiências nas usuárias dos serviços de saúde.

Especificamente, *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) estabeleceu que durante a gravidez e o puerpério é necessário implementar uma triagem sistemática (57). Da mesma forma, a FIGO na publicação intitulada *Ethical guidance on healthcare professionals' responses to violence against women*, reforçou as consequências das experiências de violência doméstica, e o papel de Ginecologistas e Obstetras para abordar este problema (58).

Para que as mulheres tenham uma experiência positiva durante a gestação, torna-se necessário a avaliação da possibilidade de violência por parceiro íntimo, além de todas as rotinas clínicas e laboratoriais de pré-natal estabelecidas. Isso se torna ainda mais importante quando se avaliam condições que podem ser desencadeadas ou agravadas pela violência. Em todos os casos, é importante que os profissionais de saúde forneçam uma resposta de apoio e cumpram os requisitos mínimos estabelecidos pela OMS.

Igualmente, as mulheres podem apresentar condições clínicas associadas a experiências passadas e/ou atuais de violência. Algumas condições específicas podem justificar a triagem de violência como a observação de lesão traumática na gestante (particularmente lesões de repetição acompanhada de explicações vagas), a presença de um parceiro intrusivo durante as consultas, sintomas geniturinários repetitivos e inexplicáveis incluindo dor pélvica, disfunção sexual, sangramento vaginal repetido e infecções sexualmente transmissíveis, dor crônica, assim como uso de álcool e abuso de substâncias, sintomas de depressão e ansiedade e automutilação (6, 56).

Os serviços de saúde são muitas vezes o primeiro contato para sobreviventes de violência, e algumas condições clínicas associadas a ditas experiências, podem ser identificadas durante as consultas de Obstetrícia. A presença dessas condições aliada a uma relação de confiança entre a gestante e o profissional de saúde podem levar ao reconhecimento da violência e ao fornecimento do suporte necessário.

Durante este período, profissionais qualificados devem prestar assistência pré-natal e pós-parto, a fim de promover condições ideais de saúde para a mulher e seus filhos. Os cuidados pré-natais e após o parto incluem educação em saúde, identificação de riscos, prevenção de complicações na gravidez, manejo de doenças pré-existentes e ações de promoção da saúde (41). O pré-natal é uma oportunidade estratégica para os profissionais de saúde detectarem casos de violência contra a mulher, possibilitando aconselhamento e o desenvolvimento de intervenções adequadas às necessidades das mulheres (6, 41, 58).

No entanto, implementar uma abordagem de rotina sobre a violência doméstica durante o pré-natal não é uma tarefa fácil e requer várias condições e princípios éticos que devem ser garantidos. Estudos mostraram que a falta de tempo e conhecimento sobre esse tema foram algumas das barreiras relatadas pelos profissionais de saúde para abordar este tema (59).

Apesar das barreiras e desafios, evidências mostraram uma atitude positiva entre as mulheres quando questionadas sobre as experiências de violência doméstica durante as consultas de pré-natal (60, 61). Por esse motivo, é importante a implementação de programas de treinamento com uma perspectiva de gênero e direitos humanos para os profissionais de saúde, integrando a educação para a abordagem deste tema aos currículos das faculdades de medicina, assim como a geração de uma cultura institucional favorável à escuta e atendimento adequado as sobreviventes. A preparação técnica sobre como perguntar e responder é um conhecimento essencial, mas este resulta um tema sensível que exige respeito às escolhas de autonomia da mulher, atitudes não julgadoras, empáticas e sigilosas.

Desde a década 1980 a área da saúde pública tem assumido um papel fundamental e crescente nos estudos sobre a relação entre violência e saúde, e contribuído para a compreensão da dinâmica da violência e na proposição de ações para sua prevenção (12). No Brasil, o setor da saúde tem estado presente na abordagem da violência contra as mulheres com a criação de serviços e atendimentos específicos para mulheres sobreviventes de violência sexual, sendo este um dos principais pontos para introdução deste tema na agenda das políticas de saúde (19).

Segundo Schraiber e d' Oliveira, a violência é um fenômeno no qual o campo da Saúde precisa investigar e atuar desde as esferas da assistência terapêutica, prevenção e promoção constituindo a violência em si mesma seu objeto, não limitando o atuar aos seus impactos (62).

A resposta do setor da saúde, incluindo estratégias focadas na prevenção primária, secundária e terciária, requer uma abordagem multidisciplinar e intersetorial. As mulheres sobreviventes de violência podem ter diversas necessidades de segurança, financeiras, psicossociais, de proteção legal e de saúde, e por isso é importante reconhecer o papel do enfrentamento da violência doméstica por meio da implementação de políticas públicas, serviços jurídicos, serviços preventivos de saúde e apoio psicossocial (1).

Alguns desafios neste setor incluem o fortalecimento das capacidades para implementar estratégias de prevenção da violência em ambientes de saúde, e especialmente durante a atenção pré-natal e pós-natal, além do desenvolvimento de ações para a formação de competências nos profissionais de saúde e gestores. Igualmente é necessário fortalecer a representação das instituições de saúde como locais seguros para mulheres e seus filhos, com o intuito de capacitar e incentivar aos profissionais de saúde a implementar rotinas de triagem sistematicamente.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a prevalência e explorar as percepções sobre a violência doméstica e por parceiro íntimo em gestantes e puérperas, as ações para seu enfrentamento em um contexto de emergência sanitária, e desenvolver uma estratégia para sua abordagem em serviços de atenção pré-natal e pós-natal.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar a prevalência da violência doméstica e por parceiro íntimo, assim como os fatores individuais associados entre gestantes e puérperas que frequentavam um serviço de atenção pré-natal e pós-natal no período de julho de 2019 a setembro de 2021.
- Explorar as percepções das mulheres sobre a violência, suas causas, manifestações e consequências, assim como as respostas para prevenir e enfrentar a violência doméstica contra as mulheres na sociedade brasileira.
- Analisar a literatura científica referente às estratégias e recomendações para responder à violência contra a mulher durante a implementação de medidas de distanciamento social em resposta à pandemia de COVID-19.
- Promover estratégias para a abordagem da violência doméstica e por parceiro íntimo na atenção pré-natal e pós-natal.

## **4. MÉTODOS**

### **4.1. Desenho do Estudo**

O presente trabalho integra os resultados de um estudo observacional para medir a prevalência da violência doméstica em gestantes e puérperas, e explora as percepções das mulheres sobre a violência doméstica, suas causas, manifestações e consequências, assim como as respostas para preveni-la. Igualmente, sintetiza ações para o enfrentamento da violência contra as mulheres durante a pandemia de COVID-19, e apresenta uma estratégia para sua abordagem em serviços de atenção pré-natal e pós-natal.

#### 4.1.1 Pesquisa de Campo

Foi realizado um estudo com perspectiva mista seguindo um desenho explanatório sequencial. Primeiramente, foi desenvolvido um estudo de corte transversal, seguido de uma pesquisa com abordagem qualitativa, ambos conduzidos no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher- CAISM/UNICAMP. Os dados quantitativos foram coletados entre julho de 2019 a setembro de 2021 entre gestantes e puérperas que frequentavam os serviços de Obstetrícia. A coleta de dados qualitativos aconteceu no mês de outubro de 2022.

Este hospital universitário localizado no município de Campinas, atende os municípios da região com aproximadamente 5 milhões de pessoas. Como instituição pública terciária pertencente ao Sistema Único de Saúde especializada em saúde da mulher, o hospital recebe semanalmente cerca de 200 mulheres em seus ambulatórios para atenção pré-natal e 40 mulheres em consultas pós-parto. Essa instituição conta com equipes multiprofissionais para prestar assistência integral às mulheres que frequentam rotineiramente os ambulatórios.

#### 4.1.2 Tamanho amostral

O tamanho da amostra foi calculado baseado na prevalência da violência psicológica (19,1%) e física/sexual (6,5%) observada em um estudo anterior conduzido entre mulheres gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde que receberam assistência em unidades básicas de saúde no município de Campinas

(33). A tabela 1 mostra o tamanho da amostra para cada fator, considerando-se um nível de significância de 5%.

Tabela 1

	<b>Prevalência</b>	<b>Erro Amostral</b>	<b>Tamanho da Amostra</b>
Psicológica	19,1%	5%	237
Física/Sexual	6,5%	2%	584

O cálculo foi realizado considerando a fórmula para estimativa de uma prevalência. Foi assumido o maior tamanho da amostra dentre os calculados para os parâmetros, sendo assim, a amostra a ser coletada é de  $n = 584$  mulheres.

$\alpha = 0,05$  (5%)

P = incidência

$\varepsilon^2$  = erro amostral

$Z_{1-\alpha/2}$  = valor da distribuição normal padrão c/ probabilidade  $1 - \alpha/2$

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P (1-P)}{\varepsilon^2}$$

Considerando algumas perdas por desistência da mulher e problemas no preenchimento dos questionários, foram incluídas 600 mulheres.

#### 4.1.3 Seleção das participantes

As participantes foram contatadas dentro dos serviços de Obstetrícia no período de julho de 2019 a setembro de 2021, sendo convidadas a participar da pesquisa gestantes e puérperas que compareceram às consultas especializadas. Os convites aconteceram quando as mulheres se encontravam sozinhas. Nos casos nos quais as mulheres por qualquer motivo se encontravam perto de qualquer acompanhante, o convite não era feito nesse momento, aguardando sempre a situação oportuna para conversar com a mulher garantindo sua privacidade.

#### Critérios de inclusão

- Grávidas e puérperas que frequentam o serviço de pré-natal e pós-natal.

### Critérios de exclusão

- Diagnóstico de condições com comprometimento da saúde mental da gestante e puérpera que impeçam suas respostas aos questionários.

Na fase qualitativa da pesquisa, a seleção das participantes foi intencional, sendo convidadas a participar mulheres que frequentavam rotineiramente os ambulatórios de Obstetrícia. As participantes do estudo foram mulheres e adolescentes com diversas experiências em relação a violência doméstica e familiar. A coleta aconteceu no mês de outubro de 2022 nas salas dos ambulatórios de Obstetrícia do hospital. No total foram realizadas doze entrevistas. Foi empregado o critério de saturação teórica para a definição do número de entrevistas necessárias.

#### 4.1.4 Variáveis e conceitos

Neste estudo foi compreendido como violência doméstica e familiar contra a mulher “(...) qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.” (8)

Segundo a Lei Maria da Penha entre os tipos de violência são reconhecidas:

- Violência física: atos que afetem a integridade física da mulher.
- Violência psicológica: atos que provoquem dano emocional e diminuição da autoestima, visem controlar e afetem o pleno desenvolvimento da mulher.
- Violência moral: atos de calúnia, difamação ou injúria.
- Violência sexual: condutas que coajam a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força.
- Violência patrimonial: retenção, subtração, destruição de objetos, documentos e bens pessoais.

Comumente, a violência doméstica é um termo relacionado à VPI e à violência de gênero, mas suas consequências não se limitam às mulheres. Introduzir o conceito de gênero na compreensão da natureza da violência, nos permite discutir sobre como tem sido construídas as relações de gênero sustentadas em mecanismos de opressão ainda presentes e naturalizados nas nossas vidas cotidianas.

A VPI compreende diversas formas de violência tais como agressões físicas, sexuais e psicológicas, coerção econômica, perpetradas por um parceiro íntimo anterior ou atual (63). O termo violência doméstica tem sido usado como um conceito guarda-chuva que permite avaliar diversas formas de violência cometidas contra grupos vulneráveis, como mulheres, crianças, adolescentes e idosos dentro do ambiente domiciliar e familiar (63). No presente estudo, exploramos tanto a vivência de VD como a VPI com o intuito de reforçar que manifestações de violência podem acontecer nas relações onde mediam vínculos afetivos independentemente da coabitação.

No estudo foram analisadas as seguintes variáveis:

- Idade da mulher: tempo transcorrido entre a data de nascimento e a data da coleta de dados, segundo a mulher;
- Escolaridade: nível máximo de escolaridade referida pela participante, sendo categorizada em ensino fundamental, médio ou superior;
- Idade gestacional: categorizados em primeiro, segundo ou terceiro trimestre de acordo com a idade gestacional em semanas, com base na amenorreia ou ultrassonografia obstétrica realizada durante o primeiro trimestre;
- Estado marital: situação conjugal da participante, categorizada em com ou sem companheiro(a);
- Conviventes: número de pessoas que residem de modo regular no mesmo lar onde mora a participante compartilhando o mesmo espaço físico categorizado em 0-1;2-5; ou  $\geq 6$ ;
- Coabitação com parceiro(a): convivência no ambiente doméstico de maneira regular junto com a parceria, categorizado em sim ou não;
- Trabalho remunerado: trabalho formal ou informal da participante categorizado em sim ou não;
- Cor de pele: cor atribuída pela mulher a sua pele, sendo categorizada em branca, parda, negra, amarela ou indígena;
- Religião: crença ou espiritualidade da participante categorizada em adepta ou não adepta, e caso seja adepta, as religiões categorizadas em católica, evangélico, espírita, umbanda, ou não definido;
- Período de coleta: momento no qual a participante foi entrevistada, categorizado em antes ou durante a pandemia de COVID-19;

- Violência física recente: agressões físicas acontecidas nos últimos 12 meses incluindo comportamentos como bater, esbofetear, chutar ou machucar fisicamente, categorizada em sim ou não;
- Violência física durante a gestação: agressões físicas acontecidas durante o período gestacional, incluindo comportamentos como bater, esbofetear, chutar ou machucar fisicamente, categorizada em sim ou não;
- Violentada alguma vez: experiências de violência física e ou psicológica durante a gestação, nos últimos 12 meses ou em algum momento da vida, categorizado em sim ou não;
- Medo: percepção de medo a familiares, pessoas próximas ou parceiro íntimo referido pelas participantes, categorizado em sim ou não.
- Parentesco do agressor: principais agressores identificados pelas mulheres que relatam violência durante a gestação e puerpério revelando o tipo de relação que tem com a vítima categorizado em parceiro, marido, ex-namorado, estranho ou outro.

#### 4.1.5 Instrumentos para coleta de dados

- Ficha de Dados Sociodemográficos (Anexo 4): instrumento criado pela equipe para a indagação de características sociodemográficas das participantes, que possuem relevância para o estudo.
- *Abuse Assessment Screen* (AAS) (Anexo 5): é uma ferramenta amplamente utilizada para gestantes que permite identificar experiências de violência ao longo da vida, a frequência e gravidade dos episódios de violência, os sítios da lesão e o vínculo com o agressor. Por meio desse instrumento, obtiveram-se os desfechos do estudo: violência psicológica e/ou física ao longo da vida, violência física recente, violência física na gravidez, violência sexual e medo do parceiro ou de familiares. A escala fornece respostas dicotômicas Sim/Não para cada item explorado. Marido, ex-marido, namorado, estranho e outros são opções para responder a cada item. A versão em português empregada foi desenvolvida por Reichenheim et al. (64), a mesma tem sido amplamente utilizada em estudos com populações de gestantes e puérperas brasileiras (65-67). Para medir a confiabilidade da escala AAS foi empregado o coeficiente de

consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach), obtendo-se um valor de 0.657 para a nossa amostra.

- *Woman Abuse Screening Tool (WAST)* (Anexo 6): para investigar a violência perpetrada pelo parceiro íntimo atual, foi utilizado o instrumento entre aquelas mulheres que se encontravam em um relacionamento íntimo no momento da coleta. Este questionário inclui 8 itens que exploram a violência física, sexual e emocional usando uma escala de intensidade ou frequência, onde as pontuações de cada item variaram de 1 a 3. Para avaliar a gravidade da VPI a ferramenta fornece uma pontuação total que varia de 8 a 24, sendo que uma pontuação mais alta indica maior gravidade. O ponto de corte de 13 a 24 foi usado para indicar uma resposta positiva à VPI no atual relacionamento (68). As duas primeiras questões exploram a vivência de situações estressantes no relacionamento e as dificuldades na resolução das discussões. Para a primeira pergunta, a resposta variava entre nenhuma tensão, alguma tensão ou muita tensão. A segunda questão tem como opções de resposta, grande dificuldade, alguma dificuldade ou nenhuma dificuldade. Os seis itens restantes exploram diferentes formas de abuso (físico, psicológico e sexual), e oferecem como possíveis respostas: frequentemente, às vezes ou nunca, para cada questão. O instrumento tem sido traduzido, adaptado e utilizado em diversas populações no contexto dos serviços de saúde (68, 69). O questionário WAST foi traduzido pelas pesquisadoras para a língua portuguesa e adaptado às exigências culturais. Para medir a confiabilidade da escala foi empregado o coeficiente de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach), obtendo-se um valor de 0.841 para a nossa amostra.
- *Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed (HITS)* (Anexo 7): o instrumento explora a violência física e psicológica por meio de um questionário de 4 itens que indaga a frequência com que uma mulher sofreu agressão no ambiente doméstico e familiar, incluindo parceiros e familiares, como possíveis agressores. Para cada item foi utilizada uma escala de intensidade de 1 a 5, sendo que a pontuação final poderia variar de 4 a 20 pontos. Uma pontuação superior a 10 pontos indica que a participante se encontrava em risco de violência doméstica (70). Para avaliar a frequência de episódios de violência

doméstica, foi utilizada a seguinte escala Likert: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = bastante frequentemente, 5 = frequentemente. O HITS é um instrumento curto validado e amplamente utilizado em diversas populações, incluindo falantes de inglês e espanhol, assim como populações femininas e masculinas em ambientes de saúde (71-74). A versão em português empregada tem sido utilizada na população brasileira para explorar a associação entre violência doméstica, nível socioeconômico e relações sociais (75, 76). Para medir a confiabilidade da escala foi empregado o coeficiente de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach), obtendo-se um valor de 0.784 para a nossa amostra.

- Entrevistas semiestruturadas (Anexo 8): entrevistas individuais conduzidas através de um roteiro semiestruturado com perguntas abertas, criado pela equipe de pesquisadoras. O roteiro foi elaborado de acordo os principais resultados obtidos na fase quantitativa do estudo, a partir da identificação pela equipe de pesquisadoras de questões que precisavam ser aprofundadas. As perguntas elaboradas indagavam os conhecimentos das participantes sobre a frequência da violência na vida das mulheres brasileiras, os tipos de violência e ambientes de maior vulnerabilidade, as causas e consequências, o comportamento da violência durante a gestação/pós-parto e na pandemia de COVID-19, as redes de apoio, assim como as estratégias para a prevenir e eliminar a violência contra as mulheres.

#### 4.1.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em local privativo antes ou após a consulta médica. As mulheres foram convidadas a participar do estudo quando estavam sozinhas e os instrumentos foram aplicados em salas dentro dos ambulatórios de Obstetrícia. Os dados quantitativos foram coletados por uma equipe feminina de entrevistadoras composto por seis alunas de graduação e duas profissionais de saúde, previamente treinadas para responder e preencher os questionários, assim como para informar às participantes sobre os tipos de violência e os sistemas de encaminhamento disponíveis fora ou dentro do hospital, caso as mulheres necessitassem de apoio. Igualmente, as entrevistas aconteceram em sala

privativa, gravadas e transcritas, sendo as participantes entrevistadas apenas uma vez. Durante esta fase, a coleta de dados foi conduzida por uma das pesquisadoras com formação em Psicologia e com experiência na condução de entrevistas individuais.

#### 4.1.7 Processamento e análise dos dados

Para descrever o perfil da amostra, segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas, com valores de média, desvio padrão e valores mínimo e máximo.

Para comparação das variáveis categóricas entre os grupos foram utilizados os teste exato de Fisher (para valores inferiores a 5) ou teste Qui-quadrado, o qual foi de utilidade na exploração das variáveis relacionadas à exposição à violência doméstica, de acordo com o instrumento AAS.

Por fim, agrupamos as variáveis violência psicológica e/ou física ao longo da vida, violência física recente (últimos 12 meses) e violência física durante a gravidez sob a variável “violentada alguma vez”. Em seguida, para analisar os fatores associados com a violência, adotou-se a análise de regressão logística univariada e múltipla. A associação entre características sociodemográficas e a variável “violentada alguma vez” foi examinada mediante o cálculo de Odds ratios (ORs) brutos e ajustados e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. O nível de significância adotado foi de 5%.

De acordo com a literatura, incluímos na regressão logística aquelas características sociodemográficas que apresentaram associação com a violência doméstica como desfecho. Foram incluídas as características relacionadas à vítima, como idade, estado marital, raça/cor da pele, escolaridade, trabalho remunerado (77), além de outros indicadores como o número de pessoas no domicílio (78), religião (40), coabitação com companheiro (32) gravidez ou puerpério (31) e período da coleta dos dados segundo dois momentos, antes e durante a pandemia de COVID-19 (79). Os dados foram analisados por meio do software SAS System for Windows (Statistical Analysis System, versão 9.2, SAS Institute Inc., 2002–2008, Cary, NC, Estados Unidos).

Os dados qualitativos foram analisados mediante a técnica de análise temática proposta por Braun e Clarke (2006) incluindo seis fases: 1) Familiarização com dados; 2) Gerando códigos iniciais; 3) Buscando temas; 4) Revisando os temas; 5) Definindo e nomeando os temas; 6) Produzindo o relatório (80). O material transcrito foi lido de forma cuidadosa para a familiarização inicial com os dados e com o contexto no qual este foi produzido. Posteriormente, foram identificados e elaborados os códigos iniciais, os quais foram revisados a partir da releitura sistemática do material. Conseqüentemente, os códigos foram agrupados para a conformação de potenciais temas e subtemas. Durante a construção e refinamento dos temas, foi avaliado se estes refletiam apropriadamente as percepções e principais ideais das entrevistadas sobre o objeto de estudo, abrangendo de maneira fidedigna, as perspectivas das participantes sobre os tópicos explorados. Os resultados foram interpretados e confrontados com as evidências existentes na literatura sobre o objeto de estudo.

#### 4.1.8 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CAAE: 13426819.1.0000.5404). Todos os procedimentos foram realizados de acordo com a Declaração de Helsinque e com as normas estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 sobre pesquisas em saúde com seres humanos. Todas as participantes foram informadas Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Anexo 3).

Os requisitos mínimos estabelecidos pela OMS para responder à VPI em ambiente clínico foram respeitados durante a coleta de dados. Para as mulheres que sofreram violência, foi oferecido apoio social e psicológico da equipe multidisciplinar do hospital, além de informações sobre serviços especializados disponíveis. A confidencialidade, privacidade e o sigilo no cuidado das informações foram chaves no desenvolvimento da pesquisa, respeitando também a vontade das mulheres de participar voluntariamente na pesquisa e descontinuar sua participação em qualquer momento.

#### 4.2. Revisão Integrativa

Foi conduzida uma revisão integrativa com a finalidade de sintetizar a literatura empírica e/ou teórica existente para compreender as estratégias e recomendações para responder frente à violência contra a mulher durante a situação de emergência sanitária causado pela pandemia de COVID-19. Com base na proposta teórico-metodológica de Whitemore e Knafl (81, 82), foram conduzidas as seguintes etapas:

##### *Primeira Etapa - Identificação do problema*

Foi formulada a seguinte pergunta de pesquisa: Quais têm sido as estratégias e recomendações para o enfrentamento da violência contra a mulher durante a implementação de medidas de distanciamento social em resposta à pandemia de COVID-19?

##### *Segunda Etapa – Busca na literatura*

Nesta fase as seguintes bases de dados foram pesquisadas: PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS). Os descritores Medical Subject Headings (MeSH) usados foram “COVID-19” AND “domestic violence” OR “intimate partner violence” OR “gender-based violence”, em inglês, português e espanhol.

Foram consideradas fontes primárias e secundárias incluindo artigos empíricos, de opinião e comentários, editoriais, entre outros trabalhos publicados entre dezembro de 2019 e junho de 2020. Foram considerados aqueles trabalhos que descreviam o comportamento da violência contra a mulher durante a implementação das medidas de distanciamento social devido à pandemia de COVID-19, sobretudo aquelas publicações que abordassem sua dinâmica e/ou sugerissem recomendações para responder a este fenômeno. Foram excluídas as orientações e recomendações fornecidas por organizações ou comitês tanto nacionais como internacionais de combate à violência no contexto da pandemia.

##### *Terceira Etapa – Avaliação dos dados*

Foi conduzida a pré-seleção dos artigos. Primeiramente, títulos, palavras-chave e resumos foram examinados por dois pesquisadores independentes para

selecionar aqueles materiais que seriam lidos na íntegra. Quando surgiram divergências, um terceiro pesquisador avaliou a pertinência da inclusão ou exclusão do trabalho. As referências bibliográficas dos artigos selecionados foram examinadas para buscar potenciais estudos que atendessem aos critérios de inclusão e que não haviam sido identificados previamente. Foram identificados 85 artigos, dos quais 38 foram lidos na íntegra e selecionados para extração de dados e a criação da matriz de síntese.

#### *Quarta Etapa - Análise dos dados*

Os dados coletados foram organizados em uma matriz síntese. Essa ferramenta foi útil para agrupar e comparar os dados, resultando na identificação de categorias temáticas, bem como na elaboração de considerações sobre o tema objeto de estudo.

#### *Quinta Etapa – Apresentação da revisão integrativa*

A síntese do conhecimento produzido foi divulgada, juntamente com a descrição das implicações e limitações da revisão integrativa.

#### 4.3. Artigo de opinião sobre o rastreamento de rotina da violência doméstica na atenção pré-natal

Foi desenvolvido um artigo de opinião com o propósito de sensibilizar a Ginecologistas e Obstetras sobre a violência entendida como problema da saúde pública com graves consequências para a saúde da mulher. O artigo foi elaborado de acordo a diretrizes nacionais e internacionais sobre o tema. Foram referentes as orientações da OMS contidas nos *guidelines: Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines* (6) e *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience* (56). A divulgação deste tipo de material pretende aumentar o conhecimento dos profissionais sobre a necessidade de elaborar uma resposta apropriada para mulheres expostas à violência no âmbito doméstico e familiar, reconhecer as oportunidades que a atenção pré-natal oferece para responder a este tipo de violência, assim como discutir sobre as responsabilidades do setor da saúde na sua abordagem.

#### 4.4. Material didático para profissionais da saúde na atenção pré-natal e pós-natal

Foi desenhado um material educativo em colaboração com integrantes do grupo de pesquisa SARHAS (Saúde Reprodutiva e Hábitos Saudáveis) e junto a profissionais de saúde vinculados diretamente à assistência oferecida no Caism a mulheres gestantes e puérperas. O objetivo desta cartilha foi pontuar questões relevantes para os profissionais da saúde sobre a violência contra a mulher, disponibilizar definições conceituais e referências para aprofundar o conhecimento sobre o tema, além de mostrar os serviços existentes na região para oferecer os encaminhamentos necessários.

#### 4.5. Projeto de Melhoria da Qualidade em Saúde

Trata-se de uma intervenção orientada à realização de um ciclo de melhoria, a partir da apresentação de uma estratégia para implementar o rastreamento de rotina da violência doméstica nos serviços de Obstetrícia de um hospital de referência na atenção à saúde da mulher. A construção da proposta teve embasamento no modelo Plan-Do-Study-Act (PDSA) sob o objetivo de apoiar a equipe multiprofissional para abordar a triagem de rotina da violência doméstica entre gestantes e puérperas (83-85).

##### *Contexto da intervenção*

Este projeto é desenvolvido no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti-Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher- CAISM/UNICAMP, instituição localizada na região de Campinas, São Paulo, Brasil. O Hospital da Mulher é um hospital universitário de referência pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Essa unidade oferece atendimento especializado a aproximadamente cinco milhões de habitantes dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. As consultas de Obstetrícia fazem parte dos diversos serviços oferecidos às mulheres na instituição. Semanalmente é oferecido atendimento especializado a gestantes e puérperas que frequentam regularmente os serviços ambulatoriais de cuidado pré-natal e revisão puerperal. A assistência pré-natal e pós-natal é realizada por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

### *Desenho*

O modelo PDSA permite organizar, testar e implementar intervenções com base em uma estrutura que funciona por meio de ciclos contínuos. Esta abordagem inclui quatro etapas: 1) definição do problema e planejamento da mudança com base nas evidências disponíveis (Plan); 2) as mudanças são implementadas detalhando seus efeitos ou consequências (Do); 3) identificação e análises das mudanças, avaliando se estas mostram as melhorias esperadas mensurando os resultados alcançados (Study); e 4) identificar se é necessária alguma modificação ou ajuste e, conseqüentemente, preparar novos ciclos de PDSA de acordo com as lições aprendidas (Act) (83-85).

Este tipo de abordagem envolve um “compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, com foco nas preferências e necessidades das pessoas que utilizam os serviços” (83).

Algumas questões básicas que orientam esse processo (83):

- O que estamos tentando realizar? Objetivamos a implementação da consulta de rotina de VD entre as mulheres que frequentam regularmente os serviços de atenção pré-natal e o pós-natal.
- Como saberemos se uma mudança foi uma melhoria? Será desenvolvida uma pesquisa de implementação, posteriormente, para avaliar alguns indicadores como o local que implementou a triagem, o número de mulheres triadas, o tipo de violência identificada e a classificação de risco coletada por meio de avaliações de 6 meses, 12 meses e 18 meses.
- Que mudanças podemos fazer que resultarão em melhorias? Avaliação pós-implantação das ações para usuárias e profissionais de saúde:
  - a) Colocar cartazes nas salas de espera destinados às usuárias do serviço.
  - b) Fornecer materiais de apoio à equipe multidisciplinar.
  - c) Realizar treinamentos breves para a equipe médica e reuniões com a equipe multidisciplinar.

## 5. RESULTADOS

Os resultados desta tese serão apresentados em formato de artigos, seguindo a configuração alternativa de tese. Compõem esse trabalho seis artigos e uma produção técnica mediante o desenho de uma cartilha para profissionais da saúde.

Artigo 1: Artigo publicado na revista *BMJ Open*: “Violence against women during pregnancy and postpartum period: a mixed methods study protocol”.

Artigo 2: Artigo publicado na revista *Journal of Advanced Nursing*: “Domestic violence: a cross-sectional study among pregnant and postpartum women”.

Artigo 3: “Perceptions of women at an obstetric outpatient clinic regarding domestic violence: a qualitative study”. Submetido à revista *BMJ Open*.

Artigo 4: Artigo publicado na revista *International Journal of Gynecology & Obstetrics*: “Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review”.

Artigo 5: Artigo publicado na *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*: “Routine Enquiry for Domestic Violence during Antenatal Care: An Opportunity to Improve Women’s Health”.

Material educativo para profissionais da saúde. “Violência contra a mulher- Cartilha para profissionais da saúde na atenção pré-natal e pós-natal”

Artigo 6: “Developing a strategy to address domestic violence in antenatal and postnatal care service: a quality improvement project”. Submetido à revista *Journal of Advanced Nursing*.

## 5.1 Artigo 1. Violence against women during pregnancy and postpartum period: a mixed methods study protocol

Open access

Protocol

# BMJ Open Violence against women during pregnancy and postpartum period: a mixed methods study protocol

Odette del Risco Sánchez , Mariana Kerche Bonás, Isabella Grieger, Aline Geovanna Lima Baquete, Daniella Aparecida Nogueira Vieira, Bianca Contieri Bozzo Campos, Carla Grazielle Guerazzi Pousa Pereira, Fernanda G Surita 

**To cite:** Sánchez OdR, Bonás MK, Grieger I, *et al*. Violence against women during pregnancy and postpartum period: a mixed methods study protocol. *BMJ Open* 2020;**10**:e037522. doi:10.1136/bmjopen-2020-037522

► Prepublication history for this paper is available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037522>).

Received 05 February 2020  
Revised 25 June 2020  
Accepted 28 September 2020



© Author(s) (or their employer(s)) 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

Department of Obstetrics & Gynecology, State University of Campinas, Campinas, Brazil

Correspondence to  
Dr Fernanda G Surita;  
[surita@unicamp.br](mailto:surita@unicamp.br)

### ABSTRACT

**Introduction** Violence against women is a public health problem that poses serious consequences for victims and their environments. The healthcare system struggles to assess this phenomenon during prenatal and postpartum care because of pregnant and postpartum women's potential vulnerabilities. The research protocol presents the aims to evaluate the prevalence of violence, the period(s) in which it occurs, aggressors and forms it takes as well as to explore how violence against women is perceived among pregnant and postpartum women.

**Methods and analysis** This mixed methods study protocol uses an explanatory sequential design and is based on the establishment of meta-inferences that result from the combination of quantitative and qualitative approaches. Probabilistic sampling will be used to select the study participants: 584 women attending prenatal and/or postpartum care outpatient services at the University of Campinas Women's Hospital, Brazil. The quantitative approach will consist of four validated questionnaires, and the qualitative approach will use focus groups that serve to deepen the understanding of participants' views about the study topic. To create the focus groups, 72 study participants will be invited and divided into 6 groups (3 adolescents and 3 adults) based on age and pregnancy/postpartum condition. Descriptive analysis of sociodemographic characteristics and questionnaire results will be used to identify the prevalence and forms of violence experienced by women during the pregnancy-*puerperal* cycle, the relationships between women and their aggressors, and the existence of a history of violence. A bivariate and multivariate analysis will be performed to identify the association between sociodemographic factors and violence as an outcome. Qualitative data will be analysed through Grounded Theory to understand women's perceptions of the phenomenon studied.

**Ethics and dissemination** The research protocol was approved by the Research Ethics Committee of the University of Campinas, Brazil number CAAE: 13426819.1.0000.5404. The results will be disseminated to the health science community.

### INTRODUCTION

Violence against women can take various forms: physical (any action that puts

### Strengths and limitations of this study

- The proposed methodology combines quantitative and qualitative data to study violence against women; this favours a better understanding of this phenomenon.
- The research will provide information about different forms of violence against women during the pregnancy-*puerperal* cycle.
- It is possible some under-reporting, due to the study participants may struggle to identify when and if they experienced violence at the hands of their intimate partners or in family environments.
- The study may represent only women of a specific socioeconomic profile because its participants are women receiving a public health service.
- Some characteristics of perpetrators, such as alcohol and drug use, and mental illness, will not be investigated.

another's physical health or integrity at risk), psychological (eg, emotional harm, attacks on self-esteem, control of actions, stalking, threats, harassment and blackmail), sexual (eg, unwanted relationship/rape, impediment to contraceptive use, and forced pregnancy, abortion or prostitution), property (eg, retention, subtraction, or destruction of documents, objects and resources) and moral (eg, slander and defamation).<sup>1</sup> It is a public health problem that demands the worldwide implementation of policies that confront and prevent it. Brazil took this step in 2006 when it passed the Maria da Penha law, which established mechanisms to prevent and criminalise domestic and family violence against women. The Maria da Penha law also recognises the need for integrated prevention measures, such as the promotion of research, statistics and other relevant information that takes into perspective gender, race and/or ethnicity. This information should be connected with the causes, consequences



and frequency of domestic and family violence against women in order to systematise data, elaborate on public policies and periodically evaluate the results of adopted measures.<sup>1</sup>

According to the WHO, 13%–61% of women aged 15–49 have already suffered physical violence from an intimate partner at least once in their lifetime; of these women, 1%–28% suffered that violent episode during pregnancy.<sup>2</sup> Other data show that violence against women may increase in frequency and severity during or after pregnancy.<sup>3–8</sup> These data corroborate the view that violence against women is an important global health problem and violation of human rights.

In Brazil, recent studies provide statistics concerning violence against women.<sup>9–12</sup> For instance, femicide was observed in all age groups, but significantly higher among women of reproductive age: 28.2% of victims were between 20 and 29 years old, 29.8% were between 30 and 39% and 18.5% were between 40 and 49 when they were killed.<sup>9</sup> In the cases where the relationship between the victim and aggressor could be identified, 88.8% of victims were murdered by their partners or former partners; 65.6% of the women were killed in their homes.<sup>9</sup>

Campinas is a large city in Southeastern Brazil with a population of roughly 1.2 million inhabitants. Recent data from the Violence Notification System revealed 1086 cases of violence against women aged 18–59 in Campinas in 2018. Of these, 50.7% recognised that suffered physical violence, 13.8% were sexual and 8.6% psychological during 2018. The most frequent aggressors were intimate partners (42.6%). In 11% of the cases, the aggressors were known by their victims, and in 3.5% of the cases, the aggressors had some family relationship with the victim.<sup>12</sup>

Domestic violence is frequently under-reported. In this context, qualitative data are powerful in understanding the magnitude and impact of violence on women and their surroundings. Additionally, qualitative data are important to recognise other forms of violence that are less visible and difficult to measure; this includes psychological violence and the difficulties around its 'definition, conceptualisation and operability'.<sup>12</sup> The Brazilian Forum of Public Security recognises the importance of intersectorial collaboration and the use of methodologies that allow a better understanding of such a complex subject. It acknowledges that: 'the information generated by public safety agencies acquires a more robust sense when cross-referenced with health information and with qualitative research from gender studies. The reason for producing this data is that it can be viewed across complex scenarios and the strategies for confronting it are based on robust evidence (...)'.<sup>9</sup>

When considering violence as result of a multidimensional factors interaction, WHO takes an 'ecological approach' to recognise that 'personal, family and social factors might protect a woman from violence, or might put her at greater risk'.<sup>13</sup> In general, review studies focus on individual and/or relationship factors, and their association with the prevalence of violence. Few analyses focus on the influences of the community and social context.

Several studies explore factors related to violence during pregnancy and the postpartum period. Some of them are: low income,<sup>14,15</sup> use of legal/illegal substances by the woman and/or her partner,<sup>6,8,16</sup> unplanned pregnancy,<sup>6,14</sup> low-level education,<sup>6,8,14–16</sup> had suffered or being a witness of family violence during childhood,<sup>8,16,17</sup> be young,<sup>14,17</sup> ethnic diversity<sup>6</sup> and having mental health issues.<sup>16,17</sup> During the postpartum period, some studies reveal that violence during pregnancy strongly predict violence after pregnancy.<sup>6,18</sup>

A recent study in a southern Brazilian city reveals some divergences between their research findings and worldwide factors associated with violence against women. The association between violence against women and some sociodemographic variables, such as women's employment status, level of education and cohabitation with partner, reveals conflicting findings with previous studies.<sup>19</sup> Thus, we use these same variables, among others, to find associations with interpersonal violence in a Brazilian female population in a specific moment of their lifetime (pregnancy/postpartum period).

A meta-analysis conducted by Jamieson uses the term violence during pregnancy and the postpartum period to acknowledge interpersonal violence broadly, recognising different types of violence (physical, sexual and psychological) and perpetrators (family and non-household members, intimate partner or stranger), and also suggests analysing aspects of the relationship with the perpetrator.<sup>20</sup> Scientific literature identifies intimate partner violence as one of the most common forms of violence against women.<sup>13</sup> Therefore, more evidence is needed to understand the mechanisms of interpersonal violence, lifetime, during pregnancy and the postpartum period, and their perpetrator's.

The novelty of the study is the possibility to analyse the complex interaction of subjective aspects of violence and epidemiological data in a large sample of women in a specific condition. Considering the importance of prenatal and postpartum care for well-being of women and families, and positive perinatal and maternal outcomes, it is relevant to explore aspects of violence during the pregnancy-puerperal cycle in order to improve interpersonal violence approaches in the women's health services.

#### Violence during pregnancy and the postpartum period

Women are vulnerable to violence during pregnancy and the postpartum period. Prenatal care is a strategic opportunity for healthcare workers to detect cases of violence against women, enabling appropriate counselling and intervention.<sup>21</sup> Researches conducted in Brazil have addressed intrafamily, domestic or intimate partner violence during the pregnancy-puerperal cycle.<sup>8,16,23–25</sup> However, the results were inconclusive overall as the studies found that pregnancy can be either a protective or a risk factor for violence. A cross-sectional multi-country study showed differences worldwide about prevalence of domestic violence during pregnancy.<sup>13</sup> In order to contribute to this debate, in this study we aim to create



data to support a more comprehensive understanding about cultural norms and gender roles prescriptions, that may influence the prevalence ratios of violence.

While there is no consensus in the literature regarding how prevalent violence is during pregnancy and the postpartum period, there is no doubt that, when it does occur, it negatively impacts maternal and foetal health.<sup>21</sup> The repercussions may manifest during pregnancy and after childbirth. They typically include poor adherence to prenatal care, maternal anaemia, vaginal bleeding, infections, hypertension, placental abruption, impaired mental health, foetal growth restriction and miscarriage. For children, the repercussions include malnutrition, developmental alteration and child abuse.<sup>26</sup>

Qualified professionals should provide prenatal and postpartum care in order to promote optimal health conditions for women and their children. Prenatal and postpartum care include health education, risk identification, prevention of pregnancy complications, management of previous diseases and health promotion.<sup>21</sup>

For women to have a positive pregnancy experience, the WHO recommends that an assessment of the possibility of intimate partner violence be conducted in addition to all necessary clinical and laboratory prenatal care routines. This becomes even more important when assessing conditions that could be triggered or aggravated by intimate partner violence. In all instances, it is important for health professionals to provide a supportive response and adhere to the minimum requirements set by the WHO. These requirements include: 'a protocol/standard operating procedure; training on how to ask about intimate partner violence, and on how to provide the minimum response or beyond; private setting; confidentiality ensured; system for referral in place; and time to allow for appropriate disclosure'.<sup>27</sup>

Specific conditions that warrant screening for violence include traumatic injury (particularly repeated injury accompanied by vague explanations), an intrusive partner during consultations, repetitive genitourinary symptoms, alcohol use and substance abuse, symptoms of depression and anxiety, and self-mutilation.<sup>27</sup> The presence of these conditions together with a trusting relationship between the pregnant woman and the health professional may lead to the recognition of violence and the provision of the necessary support.

Understanding the predictive factors and improving strategies for screening violence during pregnancy should be the focus of healthcare workers as about 70% of these women who experience violence during pregnancy become victims of postpartum violence. Prenatal care is an opportunity for women and their healthcare providers to form solid bonds, which could later make it easier for women to report some forms of violence.<sup>28</sup> A major challenge is that women living in violent situations may delay, and consequently not receive adequate, prenatal care. As such, interventions must occur at various strategic levels to reach all impacted pregnant women. Some specific strategies to use are highlighting campaigns that raise awareness of the civil rights of

women in violent situations, strengthening legislation and providing early intervention services and routine prenatal screenings in risky regions.<sup>26</sup>

Health professionals face difficulties in obtaining an in-depth understanding of victims, their experiences (type of violence and prevalence), and their aggressors because of a lack of data. While there are many studies related to intimate partner violence, these do not fully apply to women whose aggressors are other known individuals or family members. Additionally, screenings are not equally conducted across varying socioeconomic conditions; this means that a significant number of women are not included in the screenings and may still be victims of violence.<sup>30</sup> It also means that these women's experiences and perceptions are not known. Better understanding the meanings and symbols these women attribute to violence, as well as their attitudes towards their direct or indirect experiences with it, is an important direction for research to take.

Considering the importance of prenatal and/or postpartum care services and the role of health professionals for a women's positive experiences during and after pregnancy, this study aims to evaluate the prevalence of violence against women during this period as a situation that may affect negatively the women's well-being. Also, we will screen different forms of violence and the relationships between victims and aggressors, even to identify women whose aggressors are individuals other than intimate partners. Additionally, we will explore women's perceptions of violence to understand in-depth the ideas and meanings attribute to violence.

#### AIM AND OBJECTIVES

The aim of this study is to assess the prevalence of violence against women during the pregnancy-puerperal cycle, including the relationships between victims and aggressors, and to explore women's perceptions of violence. The following items are the objectives of the study.

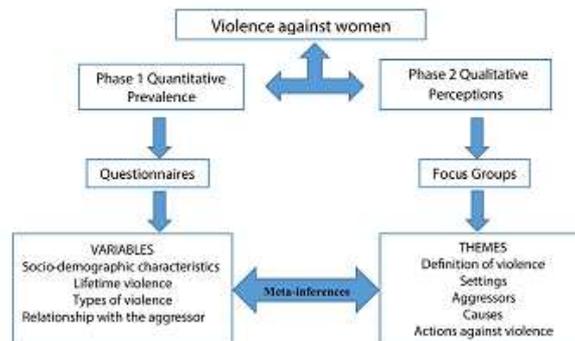
- ▶ Identify the prevalence of interpersonal violence among pregnant and postpartum women.
- ▶ Identify the types of violence suffered by these women.
- ▶ Identify the relationships between the women and their aggressors.
- ▶ Identify factors associated with violence against pregnant and postpartum women.
- ▶ Identify women's perceptions of violence, aggressors, causes and ways to prevent violence against women.

#### METHODS AND ANALYSIS

##### Study design

This is a mixed methods research that will use an explanatory sequential design.<sup>29</sup> The use of the mixed approach within the health science field is increasingly preferred because of the advantages it offers in understanding a complex reality that cannot be deeply investigated using a single method.

The study will start with the collection of quantitative data to identify prevalence, types, aggressors and the most frequent periods of violence against the study participants.



**Figure 1** Flowchart study overview. Phases, instruments, variables and themes.

After that, the qualitative data will be collected with the aim to understand the participants' perceptions. Finally, meta-inferences will be established through the integration of both approaches (figure 1). We followed the Good Reporting of a Mixed Methods Study to conduct this protocol.

### Study participants

Study participants will be women attending prenatal and postpartum care services at the University of Campinas Women's Hospital, Brazil. For the quantitative phase, the calculated sample will be probabilistic so as to be representative of the pregnant and postpartum women attending the hospital's outpatient clinics.

The sample size was calculated based on the prevalence of psychological (19.1%) and physical/sexual (6.5%) violence observed in a previous study.<sup>16</sup> Table 1 shows the sample size for each factor, considering a significance level of 5%. Of the sample sizes calculated, the largest should be assumed: n=584 women.

About 200 women attend weekly in the outpatient prenatal care and 40 women on postpartum consultation. However, many of them are in return visits and will be invited only once. In this study, our priority will not be to stratify trimesters of pregnancy or postpartum period.

All women in the outpatient clinic will be eligible, so theoretically, all should be invited. Nevertheless, as all efforts will be taken to do not expose women during the

**Table 1** Sample size calculation

	Prevalence (%)	Sampling error (%)	Sample size
Psychological	19.1	5	237
Physical/sexual	6.5	2	584

$\alpha=0.05$  (5%).

P=prevalence.

$\epsilon^2$ =sampling error.

$Z_{1-\alpha/2}$ =standard normal distribution with probability  $1-\alpha/2$ .

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P(1-P)}{\epsilon^2}$$

**Table 2** Inclusion and exclusion criteria

Inclusion criteria	Pregnant and postpartum women attending prenatal and postpartum outpatient clinics and who have visited the hospital at least twice
Exclusion criteria	Diagnosis of impaired mental health that prevents participation in group discussion or compromises questionnaire answers

invitation. We expect to reach the necessary number of cases calculated for the planned analyses.

In the qualitative phase, the sample population will be intentional: 6 groups of 8–12 participants each. Focus group will use a homogeneity criteria based on age and pregnancy/postpartum condition. Thus, will create three groups by adolescents (two pregnant and one postpartum women's group), and three groups by adults (two pregnant and one postpartum women's group). The inclusion and exclusion criteria are shown in table 2.

### Variables

The outcome variable will be interpersonal violence against women during pregnancy and postpartum period. The exposure or independent variables will be women's employment status, level of education, age, skin colour, gestational age (for pregnant women), days after birth (for postpartum women), marital status, religion, cohabitation with partner and lifetime violence will be considered as potential confounding factors.

### Study procedures

The research will start with quantitative data collection in which participants will be invited to fill out four questionnaires: Abuse Assessment Screen (AAS); Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed (HITS); Partner Violence Screen (PVS); and Woman Abuse Screening Tool (WAST). Each of these serves to evaluate violence against women. Participants will complete the questionnaires either before or after their consultation at the outpatient clinic. The questionnaires will be administered by a trained researcher in a private location and should take approximately 20 min to complete.

After this stage, some of the participants will be invited to participate in a focus group. Each focus group will range around 90 min and will focus on the participants' perceptions of violence against women as well as the ways it has impacted and the tools, they have for confronting it. The research staff will be alert for some attention reduction or uncomfortable situations that would affect the participants. Focus groups will be planned after recruitment stage. These groups will happen at the same date of the regular obstetric appointments. Women will be contacted personally, at least 24 hours before the group, in the consultation prior to the proposed date for them.

The focus group will be held in a private room designed for groups meetings on the outpatient clinic. It is a room regularly used for group patients meetings with adequate conditions such as privacy. The focus group



will not be recorded or filmed to guarantee privacy and a comfortable setting. The moderator and two observers will take notes about it and then produce a consensus report. The questions in the focus group will be designed based on the findings of the first phase of the study.

The research team consists of only women, all of whom are members of the group Reproductive Health and Healthy Habits (SARHAS). Six team members are undergraduate students, all of whom are members of the League of Gynaecology and Obstetrics (League-Ob&Gyn). All members are from the University of Campinas. The questionnaires were translated by the researchers into Brazilian Portuguese language, using the translation-back translation method and adapted to cultural requirements. Each team member will complete a training process for administering the questionnaires and conducting the focus groups. The questionnaires and focus groups will be analysed to further understanding of the data obtained.

#### Instruments

##### Abuse Assessment Screen

Developed in the USA in 1989 by the Nursing Research Consortium on Violence and Abuse, the AAS is a 5-item questionnaire that identifies the frequency and severity of violent events, the sites of injury in a specific period, and the perpetrator's profile. We will use the version translated and adapted to the Brazilian context.<sup>8,30</sup>

##### Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed

The HITS is a 4-item questionnaire that explores how often a woman suffered aggressions. The items relate to both physical and psychological violence. Each item is scored from 1 to 5, and the final score can range from 4 to 20 points. A score of more than 10 points indicates that the participant is at risk of domestic violence.<sup>31</sup>

##### Partner violence screen

The PVS is an open-ended 3-item questionnaire that focuses on whether the respondent has experienced physical violence in the past year as well as her current security perceptions. A positive response to any one of the three questions constitutes a positive screen for intimate partner violence. A 'yes' response to the physical violence question was considered positive for partner violence if the perpetrator was a current or former spouse or other intimate partner. For the safety questions, women who reported feeling unsafe because of a current or past partner and those who were unsure about their safety were considered positive for partner violence.<sup>31</sup>

##### Woman Abuse Screen Tool

The WAST is an 8-item questionnaire that focuses on physical, sexual and emotional violence. These items must be answered using a three-point intensity or frequency scale. Finally, the final score of each item indicates the degree of abuse suffered by women.<sup>31</sup>

##### Semistructured, study-specific questionnaire

The instrument was created by the research team to investigate sociodemographic data relevant to the study. Some of the data it collects includes: date and place of birth, current residence, education, profession, skin colour, gestation time (for pregnant women), time after birth (for postpartum women), marital status, religion, number of people living in household as well as their relationship to the participant, family income and paid work (means work for financial gain or reward, whether as an employee, a self-employed person or otherwise). It will be used as a face-to-face interview. It was considered a full range of sociodemographic identified by research team and discussed in research literature. It was consulted some IBGE (Brazilian Institute for Geography and Statistics) indicators such as colour/race, level of education, occupation and type of family configurations.

##### Focus groups

Focus groups serve to evaluate 'perceptions, opinions and feelings regarding a given theme in an environment of interaction'.<sup>32</sup> In other words, they provide differing points of view on a subject and, in this case, make it possible to analyse the participants' unique perceptions of violence against women. These insights can then be combined with findings from previously collected quantitative data to further understanding of the subject.

##### Data analysis

Quantitative data will be processed using the SPSS Statistics for Windows, V.18.0. A descriptive analysis will be performed on the sociodemographic characteristics of the sample by calculating the frequency of each of the categorical variables; the frequency will be used to analyse the prevalence of violence against women, the relationships between women and aggressors, and history of violence prior to pregnancy. The mean, median and SD will be calculated for the continuous variables.

Univariate and multivariate analysis using logistic regression model will be used to assess the effect of the exposure variables to outcome variable. The strength of the association between the independent and dependent variables will be expressed as crude and adjusted estimated ORs, and their respective 95% CIs. The level of significance adopted is 5%. We will include in the model independent variables that remained associated with the outcome after adjustment for all variables included (Wald test  $p < 0.05$ ). The contribution of each variable for the model will be tested using the likelihood ratio test and adjusting the model will be tested using the Hosmer-Lemeshow test.

The strategy to handle the missing data, is recover data before participants complete the questionnaires. This is possible because researchers will be administered the questionnaires and they can do additional check for missing values before the participant leaves.

Qualitative data will be analysed using a three-step procedures. First, a preanalysis that involves organising the material in order to establish a flexible plan. Next,

## Open access



data will be explored using data coding. This step will use the NVivo qualitative data analysis software (QSR International, V.11). The software measure words frequency and validates author's analyses by data coding and categorisation. Two reviewers will independently define categories and subcategories to ensure the validity of results. Discrepancies will be solved by a discussion with our research group. In order to minimise the risk of perception bias, we will use peer reviewers, all of them members of the SARHAS's group that do not have a direct involvement in this study. Grounded Theory axial coding<sup>33</sup> will be used to develop a constant comparison analysis between data, codes and categories.

Grounded Theory axial coding as strategy to data analysis might provide in-depth identification, description and explanation of the prevalence of violence against women during pregnancy and the postpartum period, and their relation with women's perceptions about it. Finally, the results will be inferred and interpreted to use it for practical purposes. Qualitative and quantitative data will be integrated into the discussion topic final.

Our interpretation will be reflexive and multilingual. We will use two languages: English for academics purpose and Portuguese to participants' interactions. Thus, text transcriptions will be on Portuguese language, but all the qualitative data that we will use on scientific publication will be translated to English.

#### Data management

The questionnaires and focus group transcription will be anonymous, and the text will use pseudonyms when referring to participants. Only the principal researcher will know participants' registered names and/or nicknames. One researcher will retain and archive the research data for 5 years after completion of the study. Data will be entered from a data paper forms into an electronic database. We will use a Microsoft Excel database to store the data collected. Data will be stored on one password-protected computer.

#### Patient and public involvement

Neither the public nor the participants were involved in research design. During qualitative data collection, statistics on violence against women as well as information on types of violence, the cycle of violence and resources for victims of violence will be shared with focus group participants. Women who are identified as victims of violence will be referred to support and follow-up services such as hospital social services, non-governmental support centres and the women's assistance police station.

#### Ethics and dissemination

This study will be conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and will comply with Brazilian standards like the Resolution of the National Health Council No. 466/2012 on health research with humans. All participants will be made aware of the Informed Consent Form (ICF), which states their freedom to participate, withdraw

and maintain their anonymity as well as describes the purpose of study.

It is common practice for there to be two copies of the written consent form: one for the researcher and one for the participant. To avoid endangering any of the participants, the local Research Ethics Committee suggested both copies be filed with the researchers but be available for participants to request at any time. One researcher will retain and archive the research data for 5 years after completion of the study.

To ensure participants' privacy, the women will be asked to enter study sites without company. If a woman is near others for any reason, the invitation to complete the questionnaires and/or participate in the focus group will be postponed until she is alone.

Women will be invited to participate in the focus group while they complete the ICF. There is a section on ICF to invite them to a focus group as a second stage of this study. Therefore, each woman who participates in qualitative data collection will already have completed the anonymous questionnaires from the first stage of the research; this sequencing was chosen so as to acclimate women to the topic and make it easier for them to participate in focus group discussions.

We will be provided some time necessary for guaranteed participant's comprehension about the data management. We will be available to answer any question about ICF. For women who have suffered violence, it will be offered social and psychological support from the regular hospital staff, as well as information about support in the community will be delivered.

This research protocol was approved by the Research Ethics Committee of the University of Campinas, Brazil under number CAAE: 13426819.1.0000.5404. Results will be disseminated to the health science community through peer-reviewed publications and presentations at scientific congresses.

#### FUTURE IMPLICATIONS

This study offers the opportunity to explore data on the prevalence of violence against women who use prenatal and postpartum referral services as women may be vulnerable to violence at both stages.

Largely, research on the subject has focused on intimate partner violence due to its high prevalence. The proposed study adds to understanding of the subject because, in addition to looking at intimate partner violence, it also identifies others who may exert some kind of violence against women during and after pregnancy.

The proposed study is also important because it not only focuses on the prevalence of violence against women, but also uses qualitative analysis to study women's perceptions of violence against them in order to attempt to identify the meanings women attribute to it.

In short, the proposed study not only studies the nature of violence against women who receive prenatal and postpartum services but also reflects on how women perceive



violence against them. This fosters participants' awareness of the issue and can become a tool for positive change in their lives. Using findings from this study, the research team will be able to suggest both recommendations for innovative future research and educational programmes to implement in the hospital to complement the care currently offered. In this sense, it helps make violence against women more visible while also highlighting the role of health professionals in addressing this phenomenon.

**Contributors** OdRS, FGS, MKB, IG, AGLB, DANV, BCBC and CGPP conceived the idea. OdRS, FGS, MKB, IG, AGLB, DANV, BCBC and CGPP wrote the draft version. FGS, and OdRS revised the manuscript. All authors approved the final version.

**Funding** This research was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior—Brasil (CAPES)—Finance Code 001 and received partial support from University of Campinas—Education, Research and Extension Support Fund—FAEPEX—under number 3341/19.

**Competing interests** None declared.

**Patient and public involvement** Patients and/or the public were not involved in the design, or conduct, or reporting, or dissemination plans of this research.

**Patient consent for publication** Not required.

**Provenance and peer review** Not commissioned; externally peer reviewed.

**Open access** This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

#### ORCID iDs

Odette del Risco Sánchez <http://orcid.org/0000-0002-7094-0378>  
Fernanda G Surita <http://orcid.org/0000-0003-4335-0337>

#### REFERENCES

- Brazil law 11.340 of August 2006 – the Maria da Penha law. Available: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm) [Accessed 6 Jan 2020].
- World Health Organization. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: who clinical and policy guidelines*. Geneva: WHO, 2013.
- McCauley M, Head J, Lambert J, et al. 'Keeping family matters behind closed doors': healthcare providers' perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:318.
- Burch RL, Gallup Jr. GG. Pregnancy as a stimulus for domestic violence. *J Fam Violence* 2004;19:243–7.
- Bowen E, Heron J, Waylen A, et al. Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG* 2005;112:1083–9.
- Charles P, Ferreira KM. Intimate partner violence during pregnancy and 1-year post-partum. *J Fam Violence* 2007;22:609–19.
- Gielen AC, O'Campo PJ, Faden RR, et al. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. *Soc Sci Med* 1994;39:781–7.
- Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, et al. Domestic physical violence and pregnancy: results of a survey in the postpartum period. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003;25:309–16.
- Brazilian Forum of Public Security. *13th annual Brazilian public security report*. São Paulo, Brazil: Brazilian Forum of Public Security, 2019. <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/13-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/>
- Gender group of Public Prosecution Service of São Paulo. *X-Ray of femicide in São Paulo it is possible to avoid death*. São Paulo, Brazil: Gender Group MPSP, 2018. <https://dossies.agenciapatriacao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/raio-x-do-femicidio-em-sp-e-possivel-evitar-morte-mpsp-2018/>
- Brazilian Forum of Public Security. *Visible and invisible: victimization of women in Brazil*. São Paulo, Brazil: Brazilian Forum of Public Security, 2019. <https://dossies.agenciapatriacao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-2-a-edicao-datafolha-fbsp-2019/>
- Violence Notification System in Campinas. *Campanas violence notification system Bulletin no 13 Campinas*. Brazil: SISNOV, 2019. <http://sisnov.campinas.sp.gov.br/boletim13.html>
- García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, et al. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Summary report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
- Nasir K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence. *Eur J Public Health* 2003;13:105–7.
- Torres S, Campbell J, Campbell DV, et al. Abuse during and before pregnancy: prevalence and cultural correlates. *Violence Vict* 2000;15:303–21.
- Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, et al. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica* 2008;42:877–85.
- Durand JG, Schraiber LB. Violência Na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo: prevalência E fatores associados. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10:310–22.
- Bowen E, Heron J, Waylen A, et al. Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG* 2005;112:1083–9.
- Kwaramba T, Ye JJ, Elahi C, et al. Lifetime prevalence of intimate partner violence against women in an urban Brazilian City: a cross-sectional survey. *PLoS One* 2019;14:e0224204.
- Jamieson B. Exposure to interpersonal violence during pregnancy and its association with women's prenatal care utilization: a meta-analytic review. *Trauma Violence & Abuse* 2018;20:1–18.
- Feltner C, Wallace I, Berkman N, et al. Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: evidence report and systematic review for the US preventive services Task force. *JAMA* 2018;320:1688–701.
- Monteiro CdeFS, Costa NSS, Nascimento PSV, et al. [Intrafamiliar violence against pregnant adolescents]. *Rev Bras Enferm* 2007;60:373–6.
- Moraes CL, de Oliveira ASD, Reichenheim ME, et al. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. *Public Health Nutr* 2011;14:2148–55.
- Camargo NF, Zicchella J, Ortolani PE, et al. Pregnant adolescents victims of violence: a challenge to be faced in primary care. *Boletim do Instituto de Saúde* 2016;17:29–36.
- Audi CAF, Corrêa AMS, Turato ER, et al. [The perception of domestic violence of pregnant and not pregnant women in the city of Campinas, São Paulo]. *Cien Saude Colet* 2009;14:587–94.
- Jain S, Varshney K, Vaid NB, et al. A hospital-based study of intimate partner violence during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2017;137:8–13.
- World Health Organization. *Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: WHO, 2016.
- Kita S, Chan KL, Tobe H, et al. A follow-up study on the continuity and spillover effects of intimate partner violence during pregnancy on postnatal child abuse. *J Interpers Violence* 2019;088626051882146.
- Hernández RH, Fernández C, Baptista P. *Research methodology*. 5th Edition. México DF, México: McGraw-Hill, 2010: 543–601.
- Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. [Semantic equivalence of the portuguese version of the abuse assessment acreeen tool used for the screening of violence against pregnant women]. *Rev Saude Publica* 2000;34:610–6.
- Basile KC, Hertz MF, Back SE. *Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings (version 1)*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2007: 7–72.
- Trad LAB. Focal groups: concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2009;19:777–96.
- Charmaz K. *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London, UK: SAGE Publications, 2006.

## 5.2. Artigo 2. Domestic violence: a cross-sectional study among pregnant and postpartum women.



Received: 2 February 2022 | Revised: 29 June 2022 | Accepted: 5 July 2022

DOI: 10.1111/jan.15375

ORIGINAL RESEARCH:  
EMPIRICAL RESEARCH - QUANTITATIVE



### Domestic violence: A cross-sectional study among pregnant and postpartum women

Odette del Risco Sánchez<sup>1</sup> | Erika Tanaka Zambrano<sup>2</sup> | Amanda Dantas-Silva<sup>1</sup> |  
Mariana Kerche Bonás<sup>3</sup> | Isabella Grieger<sup>3</sup> | Helymar Costa Machado<sup>4</sup> |  
Fernanda Garanhani Surita<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas, Campinas, Brazil

<sup>2</sup>School of Nursing, University of Campinas, Campinas, Brazil

<sup>3</sup>School of Medical Sciences, University of Campinas, Campinas, Brazil

<sup>4</sup>Women's Hospital (CAISM), University of Campinas, Campinas, Brazil

#### Correspondence

Fernanda Garanhani Surita, Obstetrics and Gynecology Department, University of Campinas, R. Alexander Fleming, 101, ZIP code:13083-881, Campinas, SP, Brazil. Email: [surita@unicamp.br](mailto:surita@unicamp.br)

#### Funding information

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Grant/Award Number: 001

#### Abstract

**Aim:** To assess the prevalence of domestic violence/intimate partner violence, aggressors, types of violence and associated factors in women who attend an antenatal and postnatal care service in a public hospital in Brazil.

**Design:** Cross-sectional study.

**Methods:** We interviewed women attending antenatal and postpartum care services in a Brazilian public tertiary woman's hospital in Campinas, São Paulo, between July 2019 and September 2021. Data were collected through interviewer-administered questionnaires previously used in healthcare settings: Abuse Assessment Screen (AAS); Woman Abuse Screening Tool (WAST); Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed (HITS). We evaluated the relationship between the sociodemographic characteristics of women and domestic/intimate violence using bivariate and multivariable logistic regression analyses.

**Results:** Of the 600 pregnant and postpartum women interviewed, 138 (23%) had suffered any abuse. Some participants disclosed physical violence during pregnancy (2.3%) and during the last 12 months (5.3%). The partner was identified as the main aggressor in most of the cases (60%). When women had a partner, 3.5% reported domestic violence and 6.7% disclosed intimate partner violence during pregnancy or postpartum period. Women with non-white skin colour (OR = 1.53; 95% CI 1.01–2.34;  $p = .048$ ), gestational age  $\leq 13$  weeks (OR = 3.41; 95% CI 1.03–11.25;  $p = .044$ ) and in postpartum period (OR = 2.81; 95% CI 1.32–5.99;  $p = .008$ ) were more likely to experience domestic violence at some time in their lives. Women interviewed before the COVID-19 pandemic were more likely to disclose that they had suffered any abuse.

**Conclusion:** Experience of violence during pregnancy and postpartum period was more frequent in women with non-white skin colour, in their first gestational trimester and in the postpartum period, and was more reported before the COVID-19 pandemic. Antenatal and postpartum care services could be safe places to support violence survivors.

**Impact:** Pregnant and postpartum women are a vulnerable group to experiencing domestic violence/intimate partner violence. Violence can negatively affect women's

and children's health and well-being. Antenatal and postpartum care should be considered as a moment to routinely inquire women about past and current violence experiences. Regular contact among healthcare professionals and women during this period offers a window of opportunities for implementing psychosocial interventions among women at risk of violence. Healthcare providers (i.e., physicians, psychologists, social workers, nurses and midwives) have an important role in identifying survivors, offering support and providing quality information to women.

#### KEYWORDS

antenatal care, domestic violence, healthcare professionals, nurses, postnatal care, postpartum period, pregnant women

## 1 | INTRODUCTION

Violence against women has been considered one of the main violations of human rights and as a public health problem (WHO, 2013). This term includes a wide range of behaviours; however, domestic/intimate partner violence (IPV) is one of the most common forms of violence experienced by women across their lifetime. Recent global prevalence estimates show that 27% of women aged 15 to 49 suffered physical and/or sexual violence by a partner, and for 13% of women, the episode occurred in the last 12 months (WHO, 2021).

A World Health Organization (WHO) population-based study revealed a variation in findings among countries about the prevalence of violence during pregnancy, suggesting that more evidence is needed to understand multidimensional factors that could influence prevalence variability among countries (García-Moreno et al., 2005). Nevertheless, there is widespread agreement about the negative consequences of domestic/IPV to the mother and her unborn child. In this sense, some studies show evidence that suggests an association between IPV and adverse maternal and perinatal outcomes such as low birth weight, preterm birth, unintended pregnancy and abortion (Hill et al., 2016; Pallitto et al., 2013).

On the other hand, it has been recognized that humanitarian crises and public health emergencies have different impacts on women, adolescents and girls and among other vulnerable groups. After the declaration by the WHO in March 2020 of the public health emergency given by the classification of the disease by COVID-19 as a pandemic, many alerts emerged from the scientific community about the possible increase in domestic violence worldwide (Bradbury-Jones & Isham, 2020). In this sense, sexual and reproductive health services have an important role during humanitarian crises to protect women and girls from sexual and gender-based violence and to collect gender-sensitive data to assess the impact of the pandemic on reproductive health (Thorne et al., 2020). Nevertheless, beyond crises and disease outbreaks, violence against women has been identified as a systemic problem present worldwide among all socio-economic groups (WHO, 2012).

Therefore, considering the prevalence of this issue among pregnant and postpartum women and the opportunities for healthcare services to identify and support the survivors of domestic/IPV, we

aimed to assess the prevalence of domestic violence/IPV, aggressors, types of violence and associated factors in women who attended an antenatal and postnatal care service in a public hospital in Brazil.

## 2 | BACKGROUND

Domestic violence, IPV and family violence are terms frequently used in the literature (Sapkota et al., 2019). This diversity demonstrates that violence episodes could be part of women's experiences during their lifetime, and it could occur in relevant social support networks such as family and intimate relationships.

IPV has been considered 'behavior by an intimate partner that causes physical, sexual or psychological harm, including acts of physical aggression, sexual coercion, psychological abuse and controlling behaviors' (WHO, 2013, p. vii). Although several studies explored IPV, this study also included domestic violence as a broad term to allow observation of any abuse perpetrated by any family member during pregnancy and the postpartum period.

In Brazil, national statistics show a high domestic violence prevalence, with approximately 17 million women suffering physical, psychological or sexual violence in 2020 (FBSP, 2021). In this context, some studies reveal the prevalence of episodes of violence during pregnancy, showing this period as a moment of vulnerability (Audi et al., 2008; Lima et al., 2016; Ludermit et al., 2017; Silva et al., 2011). A history of family violence is associated with experiencing violence during pregnancy (Audi et al., 2008; Lima et al., 2016; Ludermit et al., 2017). Additionally, when violence occurs during pregnancy, the chance of reporting that this situation happens during the postpartum period is 8.2 times greater (Silva et al., 2011). During pregnancy, changes in the frequency, types and severity of violence were observed; however, more evidence is needed to gain an in-depth understanding of the nature and patterns of violence in this period (Taillieu & Brownridge, 2010).

Domestic/IPV is a complex phenomenon that requires a multi-sectoral response, and the healthcare system has been considered a key sector in addressing this issue (García-Moreno et al., 2005). For this reason, a domestic violence routine inquiry during pregnancy

and postpartum care is recommended. In addition, pregnancy has been considered a critical moment of intervention due to the regular contact between women and healthcare providers, and this must be considered an opportunity for early detection of violence and offered specialized care and referrals (Hill et al., 2016). In this sense, studies have revealed that healthcare professionals, including nurses and midwives, assume a key position to identify and help domestic violence survivors (Crombie et al., 2017).

Universal or selective screening has been a focus of discussion about the most appropriate approach to be implemented in the healthcare setting. Despite this, the inclusion of a routine inquiry is strongly supported by some professional organizations, particularly during antenatal and postpartum care. Additionally, recommendations about violence against women screening in healthcare settings are developed by the WHO and the International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), recognizing the necessity of training and educational programs for professionals, especially doctors, nurses and midwives (FIGO, 2015; WHO, 2013).

Although more research is needed for a comprehensive approach about experiences of violence and maternal and perinatal outcomes, some authors recognize the importance of inquiry about violence experiences during this period, arguing that this issue could be more common than conditions frequently screened during antenatal care (Guedes et al., 2002). If we consider violence as a cycle, we assume that past and recent history of violence may negatively affect women, girls and children's health and well-being during their lifetime.

On the other hand, several authors have recognized some socio-demographic factors associated with domestic violence, such as education level, income, use of legal/illegal substances, age, ethnicity and previous experiences of violence (Sánchez, Bonás, et al., 2020). However, more evidence is needed to understand how multiple factors could exacerbate violence experiences among pregnant and postpartum women. In this sense, this research is based on the notion that pregnancy and the postpartum period are not exempt from experiences of violence. Therefore, the focus of this study is former and current experiences of domestic/IPV, including observing the possibility of relatives and intimate partners as perpetrators. We considered the following questions: What is the prevalence of domestic/IPV among pregnant and postpartum women? What socio-demographic characteristics are associated with domestic violence among pregnant and postpartum women? Who are the main perpetrators of physical violence during pregnancy?

### 3 | THE STUDY

#### 3.1 | Aim

We aimed to assess the prevalence of domestic violence/IPV, aggressors, types of violence and associated factors in women who attended an antenatal and postnatal care service in a public hospital in Brazil.

#### 3.2 | Design

A cross-sectional study was conducted in a public tertiary woman's hospital using interviewer-administered questionnaires. Additionally, the study protocol has previously been published, and more detailed information about the methods can be found there (Sánchez, Bonás, et al., 2020).

#### 3.3 | Participants

Participants were recruited at the antenatal and postpartum care services at the Women's Hospital of the University of Campinas, São Paulo, Brazil. This university hospital is in the municipality of Campinas, a large city in southeastern Brazil; however, the hospital also attends 42 municipalities in the region with approximately 5 million people. As a public tertiary institution from the Brazilian health system specializing in women's health, this hospital weekly receives approximately 200 women in outpatient antenatal care and 40 women on postpartum consultation who access a medical referral system. This institution has multi-professional teams to provide comprehensive care to women who regularly attend outpatient clinics.

From July 2019 to September 2021, pregnant and postpartum women who attended outpatient specialized consultations at least twice were invited to participate. Participants were interviewed only once. Women with a diagnosis of an impaired condition that would compromise questionnaire answers were excluded.

#### 3.4 | Sample size

To determine the sample size in this study, we used the formula  $n = Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)/e^2$ , where  $P$  is prevalence,  $e^2$  is the width of the confidence interval and  $Z_{1-\alpha/2}$  is a standard normal distribution with probability  $1 - \alpha/2$ . According to a study conducted in the municipality of Campinas among pregnant Brazilian women, the prevalence of psychological (19.1%) and physical/sexual (6.5%) violence during pregnancy was observed (Audi et al., 2008). Assuming a significance level of 5%, both proportions were taken to calculate the sample size. Based on a single prevalence of 19.1% and a sample error of 5%, a sample of 237 women would represent the prevalence of violence in this population. When assuming a prevalence of 6.5% and a sample error of 2%, a sample size of 584 would be able to represent the prevalence of violence during pregnancy. We assumed the largest sample size and adjusted it to 600 women.

#### 3.5 | Data collection

Data were collected through three structured questionnaires. The data collection was performed in a private location before or after their medical consultation. Female undergraduate students and

graduate health professionals conducted face-to-face interviews that were previously trained to answer and complete the questionnaires and to inform them about types of violence and referral systems outside or inside the hospital in case women needed further support. To handle possible response bias, the interviewer informed the participants that their responses were anonymous and confidential. Women were invited to participate in the study when they were alone in private rooms. To handle possible missing data, the interviewer checked all the items and recovered data before the participants finished the face-to-face interview (Sánchez, Bonás, et al., 2020).

We collected sociodemographic data using an instrument created specifically for this study. We considered participants' age (by the date of birth), level of education (incomplete or complete elementary school, high school/college or university), gestational age for pregnant women (categorized into first, second and third trimesters according to gestational age in weeks, based on amenorrhea or obstetric ultrasonography performed during the first trimester), marital status (with or without a partner), the number of people living in their home as well as their relationship to the participant (categorized into 0–1; 2–5; and  $\geq 6$ ) and paid work (categorized into yes or no). The race/skin colour variable was performed based on categories adopted by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The analysis of this variable was performed by self-report, which classifies the participants as white, black, brown (mixed race), yellow (Asian descent) and indigenous. The types of religion were based on self-reports about religiosity. Extrinsic (i.e., going to church/prayer in a formal setting) and/or intrinsic aspects (i.e., religious beliefs) were considered. This variable was also categorized into Yes/No responses.

IPV is a specific term that includes diverse forms of violence (i.e., physical, sexual and psychological attacks, economic coercion) perpetrated by a former or current intimate partner (Jansen, 2016). Commonly, domestic violence has been used as an umbrella term to assess diverse forms of violence committed against vulnerable groups, such as women, children, adolescents and elderly people inside their domicile and family environment. Domestic violence is a term that overlaps with IPV and gender-based violence, but it is not limited to women (Jansen, 2016; Figure 1).

In our study, we considered intimate partners to be close relationships that may involve some dimensions, such as 'emotional connectedness, regular contact, on-going physical contact and sexual behavior, identity as a couple or familiarity with and knowledge about each other's lives' (Jansen, 2016, p. iii). The inclusion of the IPV term allows an intimate partner to be identified as an aggressor independent of cohabitation. Likewise, other relatives or cohabitants could also perpetrate violence against pregnant and postpartum women. In this sense, we decided to include diverse instruments that allowed us to assess both terms.

The Abuse Assessment Screen (AAS) is a tool widely used among pregnant women that identify lifetime violence, the frequency and severity of violent events, the sites of injury in a specific period and the perpetrator's relationship (Sánchez, Bonás, et al., 2020). Through this instrument, the outcomes of the study were obtained: lifetime psychological and/or physical violence, recent physical violence (last 12 months), physical violence during pregnancy, sexual violence and fear of partner or relatives. The scale provides Yes/No answers to each item that explores different forms of violence. Husband, ex-husband, boyfriend, stranger and others are options to respond to each item. The semantic equivalence of the Portuguese version was developed by Reichenheim et al. (2000). This version has been used in studies with Brazilian pregnant and postpartum populations (Lima et al., 2016; Manzolli et al., 2010; Pinheiro et al., 2012). The scale's Cronbach's  $\alpha$  is 0.657 in our sample.

To investigate the violence experienced by women and perpetrated by an intimate partner, a scale from the Woman Abuse Screening Tool (WAST) was used among those women who have an intimate relationship. This questionnaire has eight items to explore physical, sexual and emotional violence using a three-point intensity or frequency scale (Sánchez, Bonás, et al., 2020). The first two items assess relationship stress, and the other items address physical, psychological and sexual violence.

This tool provides a total score ranging from 8 to 24 to assess the severity of IPV, and a higher score indicates more severe violence. A cut-point from 13 to 24 was used to indicate a positive answer to IPV in the current relationship (Yut-Lin & Othman, 2008). The scores of each item ranged from 1 to 3. The first two questions explore relationship stress and difficulties in resolving arguments. To the

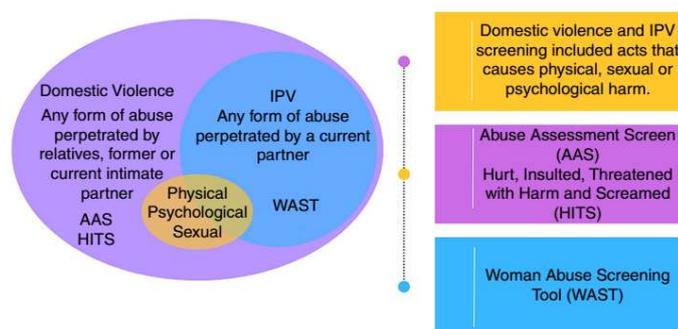


FIGURE 1 Theoretical framework, measurements and instruments.

first question, the answer varied from no tension, some tension or a lot of tension. The second one varied from great difficulty, some difficulty or no difficulty. The remaining six items explore different forms of abuse (i.e., physical, psychological and sexual) and include three levels of scales based on frequency answers such as often, sometimes or never. To each question, the women could provide one of the three possible answers.

The WAST questionnaire was translated by the researchers into the Brazilian Portuguese language using the translation-back translation method and adapted to cultural requirements (Sánchez, Bonás, et al., 2020). This scale has been translated, adapted and used in diverse populations among users of healthcare services (García-Esteve et al., 2011; Yut-Lin & Othman, 2008). Among Spanish-speaking women, the scale was found to be reliable, with a Cronbach's  $\alpha$  of 0.91 (Fogarty & Brown, 2002). Cronbach's alpha value of this instrument was 0.841 in our sample.

The instrument Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed (HITS) explores both physical and psychological violence through a four-item questionnaire that explores how often a woman suffered aggression in the domestic/family setting, including partners and relatives, as possible aggressors. An intensity scale from 1 to 5 was used for any item, and the final score can range from 4 to 20 points. A score of more than 10 points indicates that the participant is at risk of domestic violence (Basile et al., 2007). To assess the frequency of domestic violence episodes, the following Likert scale was used: 1 = never, 2 = rarely, 3 = sometimes, 4 = fairly often and 5 = frequently.

The HITS is a short instrument validated and widely used in diverse populations, including English and Spanish speakers and female and male populations in healthcare settings (Caldentey et al., 2017; Chen et al., 2005; Shakil et al., 2005; Sherin et al., 1998). A Portuguese version was developed, and it has been used among Brazilian elderly people to explore the association between domestic violence and socioeconomic status and social relations (da Fonsêca et al., 2020; Guedes et al., 2015). Compared with other questionnaires, the English version of this tool has been demonstrated to have good internal reliability and concurrent validity (Sherin et al., 1998). English and Spanish versions obtained 0.76 and 0.61, respectively (Chen et al., 2005). Similarly, the Cronbach's alpha value of this instrument was 0.784 in our sample.

AAS and HITS were used to explore domestic violence experiences, including lifetime violence and current experiences of violence committed by in-laws, husbands, boyfriends, ex-partners, relatives or cohabitants. Currently, partnered women were asked a series of questions about IPV experiences through the WAST tool.

### 3.6 | Ethical considerations

This research was approved by the Research Ethics Committee of the University of Campinas (CAAE: 13426819.1.0000.5404). All procedures were carried out according to the Helsinki Declaration

and with Brazilian standards such as the Resolution of the National Health Council No. 466/2012 on health research with humans. All participants were made aware of the informed consent form. The minimum requirements set recommended by the WHO to respond to IPV in a clinical setting were respected during data collection. For women who have suffered violence, social and psychological support from the regular hospital staff, as well as information about specialized services in their communities, was offered.

### 3.7 | Data analysis

To report the frequency of domestic/IPV exposure and sociodemographic characteristics, descriptive statistics, including frequency (percentage) for categorical variables and mean and standard deviation for quantitative variables were used. The comparison between categorical variables and domestic violence exposure variables from the AAS tool was analysed using Fisher's exact test and a chi-square test.

For analytical purposes, we combined lifetime psychological and/or physical violence, recent physical violence (last 12 months), and physical violence during pregnancy as the 'ever-abused' label. We conducted univariate and multivariable analyses using a logistic regression model. We examined the association between sociodemographic variables and 'ever-abused' using crude and adjusted estimated odds ratios (ORs) and their respective 95% confidence intervals (CIs). The level of significance adopted was 5%. We applied a statistical correction (Bonferroni method) to take account of multiple testing. According to the literature, we included in the multivariable regression model sociodemographic characteristics that showed an association with domestic violence as the outcome. We tested whether 10 sociodemographic factors were associated with 'ever-abused' variable. We included some victim-related characteristics such as age, marital status, race/skin colour, education, employment status (Taillieu & Brownridge, 2010), as well as other indicators such as the number of people in the household (Ferri et al., 2007), religion (Steiner et al., 2022), cohabitation with a partner (Durand & Schraiber, 2007) pregnancy or postpartum period (Silva et al., 2011) and screening period based on two periods before and during the Covid-19 pandemic (Abujilban et al., 2022). The data were analysed using SAS System for Windows software (Statistical Analysis System, version 9.2, SAS Institute Inc., 2002–2008, Cary, NC, United States).

### 3.8 | Validity and reliability/rigour

We selected questionnaires frequently used in clinical settings to identify women who faced domestic and IPV (Basile et al., 2007). A systematic review revealed that some of the most studied IPV screening tools were the HITS (sensitivity 30%–100%, specificity 86%–99%); the WAST (sensitivity 47%, specificity 96%) and the AAS (sensitivity 93%–94%, specificity 55%–99%) (Rabin et al., 2009).

## 4 | RESULTS/FINDINGS

In Table 1, we describe all sociodemographic data for the total sample of 600 women interviewed, aged 13–47 years, with a mean ( $\pm$ SD) of 27.0 ( $\pm$ 8.58). Among them, 79.7% were pregnant, and 20.3% were postpartum women; the majority declared themselves non-white skin colour (60.7%), had a religion (75.2%), had an intimate partner (91.8%) and 473 (85.8%) cohabited with them at the time of the interview. More than half (53.2%) completed high school, and most of them (64.3%) did not have paid work currently. We conceived and designed this study before the COVID-19 pandemic. The majority of the interviews were conducted during the COVID-19 pandemic among women regularly attending antenatal and postnatal services.

Our results show that 136 (22.7%) experienced lifetime psychological and/or physical violence perpetrated by an intimate partner or relatives, 32 (5.3%) reported physical violence in the last 12 months and 14 (2.3%) disclosed that they suffered physical violence during pregnancy. The prevalence of women with fear of partners or relatives was 3.3%, and 0.3% reported sexual violence. A higher prevalence of lifetime psychological and/or physical violence occurred among non-white skin colour ( $p = .036$ ) and postpartum women ( $p = .020$ ). Being afraid of a partner or relatives was more frequent among adolescents (13 to 19 years), women older than 35 years old ( $p = .025$ ), postpartum women ( $p = .023$ ) and those not living with an intimate partner ( $p = .030$ ) (Table 2).

When evaluating the characteristics of the perpetrators, we observed that the husband (60%), ex-husband (6.7%), boyfriend (6.7%) and other relatives (26.7%), such as parents, aunt or stepfather, were the perpetrators of physical violence during pregnancy.

According to HITS and WAST scales, among women with partner, 37 (6.7%) experienced IPV, and 19 (3.5%) reported domestic violence. In this group, 13 (2.4%) reported both forms of violence (Figure 2). Among those women reporting current domestic violence or IPV, most had previously suffered any abuse (95% and 83.8%, respectively) (Figure 3).

The results according to the 'ever-abused' variable showed that 138 (23%) women suffered violence during any moment of their life. Ever been abused occurred mainly among non-white skin colour ( $p = .041$ ) and postpartum women ( $p = .009$ ), and it was more frequently disclosed before the COVID-19 pandemic ( $p < .001$ ). In univariate analysis to race/skin colour, screening period, pregnancy trimester and postpartum were the variables correlated with the 'ever-abused' variable. Pregnant women in their first gestational trimester (OR = 3.73; 95% CI 1.16–11.95;  $p = .027$ ), those in their third trimester (OR = 1.97; 95% CI 1.03–3.79;  $p = .042$ ) or during the postpartum period (OR = 3.09; 95% CI 1.51–6.33;  $p = .002$ ) were more likely to disclose having already suffered abuse than women in their second trimester of pregnancy. Women with non-white skin colour (OR = 1.53; 95% CI 1.02–2.28;  $p = .040$ ) were more likely to suffer violence at any moment of their life than women with white skin colour. Women interviewed during the COVID-19 pandemic (OR = 0.44; 95% CI 0.30–0.65;  $p < .001$ ) were less likely to report

TABLE 1 Distribution of sociodemographic characteristics of antenatal and postnatal care attendees ( $n = 600$ )

Variables	n (%)
Age	
≤ 19	157 (26.2)
20–34	296 (49.3)
≥ 35	147 (24.5)
Race/skin colour (self-reported)	
White	236 (39.3)
Mixed race	253 (42.2)
Black	108 (18.0)
Asian descent	3 (0.5)
Marital status	
With partner	551 (91.8)
Without partner	49 (8.2)
Schooling	
Incomplete elementary school	70 (11.7)
Elementary school	175 (29.2)
High school/College	319 (53.2)
University	36 (6.0)
Paid work	
Yes	214 (35.7)
No	386 (64.3)
Religion	
Yes	451 (75.2)
No	149 (24.8)
Type of religion ( $n = 451$ )	
Catholic	190 (42.1)
Evangelical	225 (49.9)
Spiritism	5 (1.1)
Umbanda	5 (1.1)
Other	21 (4.7)
Not defined or multiple religions	5 (1.1)
No. of people in the household <sup>a</sup>	
0–1	179 (29.9)
2–5	410 (68.4)
≥ 6	10 (1.7)
Living with a partner ( $n = 551$ )	
Yes	473 (85.8)
No	78 (14.2)
Pregnancy trimester or postpartum	
First trimester	17 (2.8)
Second trimester	94 (15.7)
Third trimester	367 (61.2)
Postpartum	122 (20.3)
Screening period	
Before Covid-19 pandemic	184 (30.7)
During Covid-19 pandemic	416 (69.3)

<sup>a</sup>Missing value = 1.

TABLE 2 Sociodemographic characteristics in relation to domestic violence exposure according to abuse assessment tool (n = 600)

Characteristics	n (%) of women experienced lifetime psychological and/or physical violence		p-value <sup>a</sup>	n (%) of women experienced recent physical violence (last 12 months)		p-value <sup>a</sup>	n (%) of women experienced physical violence during pregnancy		p-value <sup>a</sup>	n (%) of women with fear of partner or relatives		p-value <sup>a</sup>
	Yes (n = 136)	No (n = 464)		Yes (n = 32)	No (n = 565)		Yes (n = 14)	No (n = 586)		Yes (n = 20)	No (n = 580)	
Age												
≤19	40 (29.4)	117 (25.2)	.287	148 (26.1)	.954	5 (35.7)	152 (25.9)	.730	9 (45)	148 (25.5)	.025	
20-34	59 (43.4)	237 (51.1)		281 (49.5)		6 (42.9)	290 (49.5)		4 (20)	292 (50.3)		
≥35	37 (27.2)	110 (23.7)		139 (24.5)		3 (21.4)	144 (24.6)		7 (35)	140 (24.1)		
Skin colour (self-reported)												
White	43 (31.6)	193 (41.6)	.036	223 (39.3)	.878	3 (21.4)	233 (39.8)	.165	6 (30)	230 (39.7)	.385	
Non-White	93 (68.4)	271 (58.4)		345 (60.7)		11 (78.6)	353 (60.2)		14 (70)	350 (60.3)		
Marital status												
With partner	124 (91.2)	427 (92)	.750	524 (92.3)	.171	12 (85.7)	539 (92)	.319	18 (90)	533 (91.9)	.674	
Without partner	12 (8.8)	37 (8)		44 (7.7)		2 (14.3)	47 (8)		2 (10)	47 (8.1)		
Schooling												
Elementary school	58 (42.6)	187 (40.3)	.625	231 (40.7)	.730	7 (50)	238 (40.6)	0.480	8 (40)	237 (40.9)	.939	
College/High school and university	78 (57.4)	277 (59.7)		337 (59.3)		7 (50)	348 (59.4)		12 (60)	343 (59.1)		
Paid work												
Yes	46 (33.8)	168 (36.2)	.610	204 (35.9)	.592	2 (14.3)	212 (36.2)	.155	5 (25)	209 (36.0)	.311	
No	90 (66.2)	296 (63.8)		364 (64.1)		12 (85.7)	374 (63.8)		15 (75)	371 (64)		
Religion												
Yes	103 (75.7)	348 (75)	.861	425 (74.8)	.413	10 (71.4)	441 (75.3)	.756	16 (80)	435 (75)	.794	
No	33 (24.3)	116 (25)		143 (25.2)		4 (28.6)	145 (24.7)		4 (20)	145 (25)		
No. of people in the household												
0-1	32 (23.5)	147 (31.7)	.097	172 (30.3)	.416	2 (14.3)	177 (30.3)	.406	5 (25)	174 (30.1)	.726	
2-5	103 (75.7)	307 (66.3)		385 (67.9)		12 (85.7)	398 (68)		15 (75)	395 (68.2)		
≥6	1 (0.7)	9 (1.9)		10 (1.8)		0 (0)	10 (1.7)		0 (0)	10 (1.7)		
Living with a partner (n = 551)												
Yes	101 (81.5)	372 (87.1)	.111	453 (86.5)	.086	10 (83.3)	463 (85.9)	.682	12 (66.7)	461 (86.5)	.030	
No	23 (18.5)	55 (12.9)		71 (13.5)		2 (16.7)	76 (14.1)		6 (33.3)	72 (13.5)		

(Continues)

TABLE 2 (Continued)

Characteristics	n (%) of women experienced lifetime psychological and/or physical violence		n (%) of women experienced recent physical violence (last 12 months)		n (%) of women experienced physical violence during pregnancy		n (%) of women with fear of partner or relatives	
	Yes (n = 136)	No (n = 464) p-value <sup>a</sup>	Yes (n = 32)	No (n = 565) p-value <sup>a</sup>	Yes (n = 14)	No (n = 586) p-value <sup>a</sup>	Yes (n = 20)	No (n = 580) p-value <sup>a</sup>
Pregnancy trimester or postpartum								
First trimester	5 (3.7)	12 (2.6) .020	2 (6.3)	15 (2.7) .161	0 (0)	17 (2.9)	0 (0)	17 (2.9) .023
Second trimester	12 (8.8)	82 (17.7)	1 (3.1)	93 (16.4)	0 (0)	94 (16)	0 (0)	94 (16.2)
Third trimester	82 (60.3)	285 (61.4)	22 (68.8)	344 (60.7)	10 (71.4)	357 (60.9)	11 (55)	356 (61.4)
Postpartum	37 (27.2)	85 (18.3)	7 (21.9)	115 (20.3)	4 (28.6)	118 (20.1)	9 (45)	113 (19.5)
Screening period								
Before Covid-19 pandemic	60 (44.1)	124 (26.7) <.001	20 (62.5)	164 (28.9) <.001	9 (64.3)	175 (29.9) .014	11 (55)	173 (29.8) .016
During Covid-19 pandemic	76 (55.9)	340 (73.3)	12 (37.5)	404 (71.1)	5 (35.7)	411 (70.1)	9 (45)	407 (70.2)

Abbreviations: mv, mean value; sd, standard deviation.

<sup>a</sup>p-value from Chi-square test and Fisher exact test; significant p-values are bold.

any abuse than women interviewed before the COVID-19 pandemic (Table 3).

Multivariable logistic regression analysis confirmed that race/skin colour, screening period, pregnancy trimester and postpartum period were significant factors associated with the ever-abused variable. Non-white women (OR = 1.53; 95% CI 1.01–2.34;  $p = .048$ ), women with gestational age  $\leq 13$  weeks (OR = 3.41; 95% CI 1.03–11.25;  $p = .044$ ) and postpartum women (OR = 2.81; 95% CI 1.32–5.99;  $p = .008$ ) were more likely to experience domestic violence at some time in their lives. Women interviewed during COVID-19 were less likely to disclose having suffered any abuse (OR = 0.45; 95% CI 0.29–0.69;  $p < .001$ ) (Table 3).

## 5 | DISCUSSION

Our study showed the prevalence of domestic violence among attendees of antenatal and postnatal services. We found that during pregnancy and the postpartum period, women could experience physical and emotional violence in the domestic setting that was specifically perpetrated by intimate partners. The WHO multi-country study revealed different prevalence estimates of physical IPV, showing a range of 1% in Japan city to 28% in Peru province (García-Moreno et al., 2005). Similarly, a review of studies from 19 low- and middle-income countries showed a variation from 2% to 13.5% (Devries et al., 2010). In this sense, a recent systematic review revealed that the worldwide prevalence of physical, psychological and sexual violence during pregnancy was 9.2%, 18.7% and 5.5%, respectively (Román-Gálvez et al., 2021).

However, our current finding is lower than some studies conducted in Brazilian healthcare settings that explore experiences of physical violence during pregnancy in Cariacica (7.6%) (Silva & Leite, 2020), Recife (7.4%) (Menezes et al., 2003), Campinas (6.5%) (Audi et al., 2008) and Vitória (4.6%) (Fiorotti et al., 2018) and even lower among postpartum women in Rio de Janeiro (30%) (Moraes et al., 2017). About lifetime violence, a recent study conducted in a maternity hospital in Brazil showed that 3% of pregnant women experienced some form of domestic violence, in contrast with other studies that showed that 36.9% of women suffered domestic violence at some point in their life (Steiner et al., 2022).

Different violence estimates must be analysed carefully. Some authors also observed that this variation might be caused by diverse sample sizes (Menezes et al., 2003), techniques to recruit study participants (Fekadu et al., 2018), assessment tools and different types of data collection techniques (Audi et al., 2008; Fekadu et al., 2018). Likewise, population characteristics and different definitions of violence might influence this difference observed throughout studies (Audi et al., 2008; Menezes et al., 2003). In addition, socio-cultural norms must be considered to analyse differences between the frequency and severity of types of violence experienced by women during pregnancy across all regions and countries (García-Moreno et al., 2005). In this sense, social representation of violence against women must be considered to analyse these results. In some

cultures, pregnancy and the postpartum period could be protective factors because it is not a socially accepted physical aggression during this period; however, in other societies, being pregnant could be a risk factor (García-Moreno et al., 2005).

In addition, the evidence on pregnancy as a risk factor is not yet conclusive (Menezes et al., 2003). Furthermore, our study does not allow us to evaluate pregnancy and postpartum as risk factors; however, our findings showed that women are vulnerable to experiencing lifetime violence and domestic/IPV during this period. Additionally, domestic violence is a complex phenomenon, and more research is necessary to understand the violence dynamics before, during and after pregnancy, including qualitative studies of a comprehensive

approach based on an ecological model that allows multidimensional analysis of individual, relationships community and societal factors (García-Moreno et al., 2005). Similar to other studies, our findings suggest that this issue may be present at any stage of a woman's life (Gashaw et al., 2018). In this sense, some authors, when studying domestic violence experiences, combined current and past experiences as any domestic violence because they suspected that some cases reported 'in the past' could actually affect women (Warren-Gash et al., 2016).

Notably, the data collection period was significantly associated with domestic/intimate violence experiences. A higher frequency of lifetime violence, recent physical violence and physical violence during pregnancy before the COVID-19 pandemic was observed. A study conducted in Canada showed that 24.07% of women who gave birth during the COVID-19 pandemic reported some form of perinatal IPV (Muldoon et al., 2021). Some data available from low- and middle-income countries show the prevalence of domestic violence during the COVID-19 pandemic among pregnant women. For instance, IPV violence during pregnancy was reported among 7.1% of Ethiopian pregnant women (Teshome et al., 2021). In contrast, a community-based study conducted in Southwest Ethiopia revealed that the prevalence of IPV was 39.2% among pregnant women (Fetene et al., 2022). Data from a population online survey conducted in the Democratic Republic of Congo showed that 11.7% of women reported any form of IPV and being pregnant significantly increased the odds of reporting IPV (Ditekemena et al., 2021). On the other hand, upper-middle-income countries such as Iran

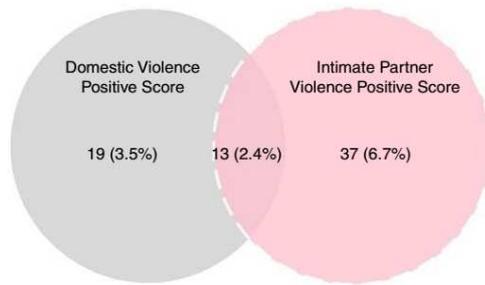


FIGURE 2 Prevalence of combination of domestic and intimate partner violence among women in a current intimate relationship.

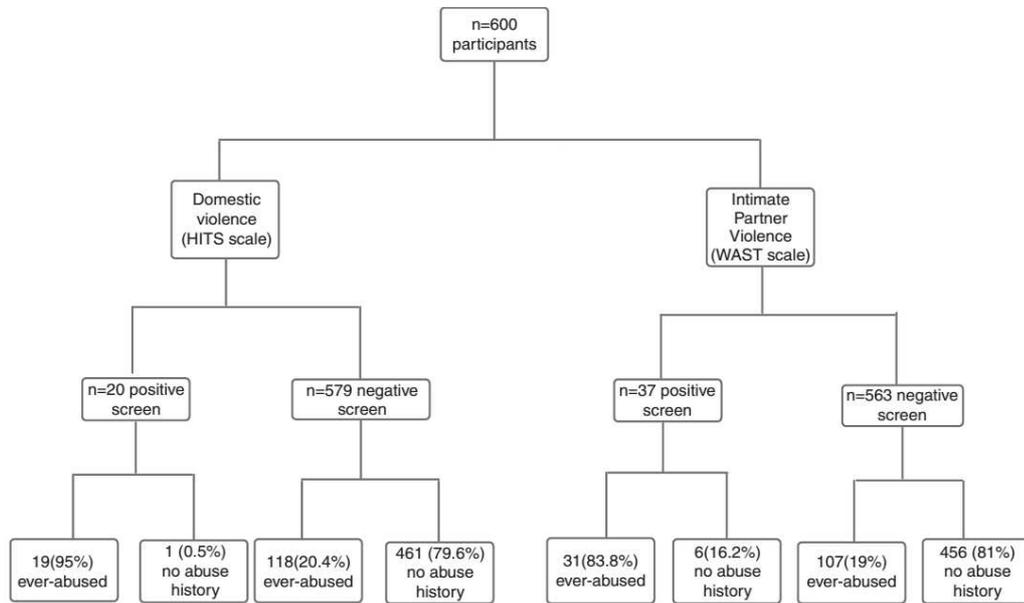


FIGURE 3 Presentation with domestic and intimate partner violence current experiences and ever-abused cases.

TABLE 3 Association of sociodemographic characteristics and ever-abused variable according to abuse assessment tool (n = 600)

Characteristics	n (%) of ever-abused <sup>a</sup> women			Univariate analysis		Multivariable analysis	
	Yes (n = 138)	No (n = 462)	p-value	Crude OR (95% CI)	p-value <sup>b</sup>	Adjusted OR (95% CI)	p-value <sup>b</sup>
<b>Age</b>							
≤ 19	42 (30.4)	115 (24.9)	.201	(ref)	-	(ref)	-
20–34	59 (42.8)	237 (51.3)		0.68 (0.43–1.07)	.098	0.98 (0.55–1.75)	.948
≥35	37 (26.8)	110 (23.8)		0.92 (0.55–1.54)	.753	1.34 (0.69–2.60)	.386
<b>Skin colour (self-reported)</b>							
White	44 (31.9)	192 (41.6)	.041	(ref)	-	(ref)	-
Non-White	94 (68.1)	270 (58.4)		1.53 (1.02–2.28)	.040	1.53 (1.01–2.34)	.048
<b>Marital status</b>							
With partner	125 (90.6)	426 (92.2)	.540	(ref)	-	(ref)	-
Without partner	13 (9.4)	36 (7.8)		1.23 (0.63–2.39)	.541	0.83 (0.36–1.92)	.668
<b>Schooling</b>							
Elementary school	60 (43.5)	185 (40)	.471	(ref)	-	(ref)	-
College/High school and University	78 (56.5)	277 (60)		0.87 (0.59–1.28)	.472	0.99 (0.64–1.55)	.986
<b>Paid work</b>							
Yes	46 (33.3)	168 (36.4)	.514	(ref)	-	(ref)	-
No	92 (66.7)	294 (63.6)		1.14 (0.77–1.71)	.515	1.03 (0.65–1.62)	.906
<b>Religion</b>							
Yes	103 (74.6)	348 (75.3)	.870	(ref)	-	(ref)	-
No	35 (25.4)	114 (24.7)		1.04 (0.67–1.61)	.869	0.87 (0.54–1.40)	.563
<b>No. of people in the household</b>							
0–1	32 (23.2)	147 (31.9)	.050	(ref)	-	(ref)	-
≥2	106 (76.8)	314 (68.1)		1.55 (0.99–2.41)	.051	1.07 (0.66–1.73)	.793
<b>Living with a partner</b>							
Yes	101 (73.2)	372 (80.5)	.064	(ref)	-	(ref)	-
No	37 (26.8)	90 (19.5)		1.51 (0.97–2.36)	.065	1.52 (0.85–2.74)	.159
<b>Pregnancy trimester or postpartum</b>							
First trimester	6 (4.3)	11 (2.4)	.009	3.73 (1.16–11.95)	.027	3.41 (1.03–11.25)	.044
Second trimester	12 (8.7)	82 (17.7)		(ref)	-	(ref)	-
Third trimester	82 (59.4)	285 (61.7)		1.97 (1.03–3.79)	.042	1.50 (0.75–3.01)	.255
Postpartum	38 (27.5)	84 (18.2)		3.09 (1.51–6.33)	.002	2.81 (1.32–5.99)	.008
<b>Screening period</b>							
Before Covid-19 pandemic	62 (44.9)	122 (26.4)	<.001	(ref)	-	(ref)	-
During Covid-19 pandemic	76 (55.1)	340 (73.6)		0.44 (0.30–0.65)	<.001	0.45 (0.29–0.69)	<.001

Abbreviations: OR, Odds Ratio; CI, Confidence Interval; ref, reference.

<sup>a</sup>Ever-abused, ever been emotionally or physically abused and/or physically abused during the last year and/or during pregnancy.

<sup>b</sup>p-value obtained by the likelihood ratio test based on the logistic regression model. Significant p values (p < .005) are bold.

reported a domestic violence of 35.2% during the COVID-19 outbreak (Naghizadeh et al., 2021).

An element that may have influenced our findings is related to the access of women who were in situations of violence to sexual

and reproductive services to receive specialized care during the period of the pandemic. For instance, during the COVID-19 pandemic, specialists from the Service for Sexual and Domestic Violence in Milan, Italy observed a 50% decrease in demand for

assistance (Viero et al., 2021). Similar to our findings, a study conducted in Jordan among pregnant women revealed that the level of IPV during the quarantine was less than before the quarantine (Abujilban et al., 2022). This does not mean a reduction in domestic violence episodes; in fact, these results provoke a discussion about the victims' opportunities to access specialized services during this specific period (Sánchez, Vale, et al., 2020). About data on domestic violence, it is also important to highlight the context in which these data were collected.

However, a wide range of domestic violence prevalence among settings and inconsistent findings of sociodemographic characteristics as their role as risk factors for domestic violence demonstrate that this topic needs more research (García-Moreno et al., 2005; Taillieu & Brownridge, 2010). In the same way as before the COVID-19 pandemic, this varied range was observed among studies conducted during the outbreak. Among the observational studies available during this period among the population of pregnant and postpartum women, surprisingly, no Latin American studies were identified. We expected that our findings contribute to increasing the knowledge about domestic violence and women's perception of safety among pregnant and postpartum women in diverse contexts, including Latin American countries.

In addition, it is recognized that underreporting of cases of violence has been a recurrent problem in addressing this issue because of the stigma women may feel about disclosing violence during pregnancy (García-Moreno et al., 2005). In addition, it highlights that fear of retaliation and of being discovered affect the disclosure of IPV (Kwaramba et al., 2019). Additionally, the prevalence of domestic violence during this specific context must be reached through representative data and epidemiological studies that analyse healthcare service accessibility and its impact on maternal and perinatal health (Kotlar et al., 2021).

Based on WHO multi-country data, some factors, such as alcohol abuse, cohabitation, young age, attitudes supporting violent behaviour in marriage relationships, experiencing childhood abuse, history of domestic violence and experiencing or perpetrating other forms of violence in adulthood, increased the risk of IPV (Abramsky et al., 2011). Several authors have identified some factors associated with experiencing different forms of violence among pregnant women, such as low-level education (Audi et al., 2008; Menezes et al., 2003; Silva & Leite, 2020; Steiner et al., 2022), previous experience of violence (Audi et al., 2008; Durand & Schraiber, 2007; Menezes et al., 2003), being young (Moraes et al., 2017; Silva & Leite, 2020) and economic vulnerabilities (Moraes et al., 2017; Silva & Leite, 2020). However, in this specific population, our findings contrast with those reported and suggest that experiences of domestic violence are independent of some sociodemographic characteristics. Similarly, another study that estimated the lifetime prevalence of IPV among women from an urban city in southern Brazil showed that educational level, household income, age and race were not significantly associated factors (Kwaramba et al., 2019).

Studies that explore risk factors about victims' characteristics have demonstrated some inconsistencies about the association between violence during pregnancy and age, race/ethnicity, income level, educational level, marital status and educational status due to associations show significance during bivariate analysis and often become non-significant in multivariable analyses (Taillieu & Brownridge, 2010). In this sense, we agree that some groups could be more vulnerable to experiencing domestic violence; however, it is important to be aware that violence against women is present in all settings and among all socioeconomic status (WHO, 2012).

In addition, we considered that it is necessary to encourage routine screening as a practice among healthcare professionals in the assistance offered to this population, including a systematic enquiry about IPV and exploring whether other relatives are perpetrators of violence during pregnancy and the postpartum period. Some professional organizations, such as the Emergency Nurses Association (ENA), support routinely screening people for IPV and recommend developing and implementing strategies, procedures and education for improved identification, reporting, protection and primary prevention when caring for individuals at risk for different forms of violence. In addition, the American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) recommends systematically screening adolescents and women for interpersonal and domestic violence and, in case they need, providing or referring for intervention services (ACOG, 2017). Consequently, antenatal and postnatal care services might be an opportunity to identify, refer and offer quality information and support care to survivors (Sapkota et al., 2019).

A recent guideline focused on the pregnant population contains some recommendations for selective screening strategy (WHO, 2016). Somehow, this recognizes that antenatal care services are a relevant entry point. Some clinical conditions presented during this period might be associated with IPV experiences. Therefore, IPV is a preventable risk factor for perinatal and maternal adverse outcomes (WHO, 2016). However, screening about IPV experience during antenatal care is a context-specific recommendation. To include this clinical inquiry is required the application of some conditions such as 'a protocol/standard operating procedure; training on how to ask about IPV, and on how to provide the minimum response or beyond; private setting; confidentiality ensured; system for referral in place and time to allow for appropriate disclosure' (WHO, 2016, p. xii).

However, identifying women in situations of violence is a challenge for health professionals in antenatal and postnatal care services. For this reason, it is necessary to develop educational programs to train healthcare providers to implement routine screenings based on women-centered care to respect a woman's rights and autonomy.

Finally, our results show that healthcare professionals in sexual and reproductive healthcare services might address this issue systematically. In this sense, domestic violence has been identified as a problem that may be present in all women throughout their lives, and pregnancy and the postpartum period are not an exception. It is widely known that these experiences negatively affect fetal and

maternal health, and for this reason, based on a comprehensive care approach, healthcare professionals cannot neglect this issue during antenatal and postpartum care.

## 5.1 | Strengths and limitations

To the best of our knowledge, this is the first study exploring violence experiences in pregnant and postpartum women with data collected before and during the COVID-19 pandemic in Brazil. Most studies were conducted before the COVID-19 pandemic, and more evidence about violence dynamics during this emergency context is needed. Even though there are many police and governmental reports about the increase in domestic violence, there is a paucity of survey data documenting the intersection of pregnancy, violence and the COVID-19 pandemic. A recent scoping review highlighted that there is a gap in representative epidemiological data assessing domestic violence increase, and the available data did not reveal whether the victims were pregnant or mothers (Kotlar et al., 2021).

However, the findings presented in this study should be interpreted in the context of some limitations. As a cross-sectional design, this study is not sensitive enough to establish a cause-effect relationship between exposure and outcomes, and reproductive coercion or economic violence were forms of violence not explored. Possible underreporting could be another limitation; however, the researchers' team guaranteed a safe and private environment, and interviewer training was also performed to reduce information bias.

Additionally, considering that all the conception of this study was before the COVID-19 pandemic, it did not include specific questions about safety perception during physical or social distancing measures to allow an in-depth analysis of the violence course during this period. Women with greater levels of exposure to violence may be less likely to have participated, especially during the COVID-19 pandemic, which may introduce selection bias. This factor may explain why several risk factors were not significantly associated with domestic violence. Future studies would benefit from larger sample sizes from population-based studies, which would improve our understanding of sociodemographic associations with domestic violence.

As a strong point of our study, we may mention that this type of finding is relevant for assisting in the implementation of public policies and the development of strategies to reduce and prevent the occurrence of violence. Considering healthcare settings as essential services during the emergency context, those services focused on sexual and reproductive health needs have an important role in identifying and supporting women experiencing violence who may have lost contact with social support networks.

## 6 | CONCLUSION

Violence against women was more frequently reported before the COVID-19 pandemic by women with non-white skin colour,

pregnant in their first gestational trimester and in the postpartum period. Despite the variability of prevalence estimates, our data reinforce that current and past experiences of violence may be present among women of reproductive age. In this sense, reproductive and sexual healthcare settings could be appropriate environments to develop some strategies to reduce interpersonal violence and prevent possible repeat victimization experiences. Encouraging healthcare professionals, including nurses, doctors and midwives, to implement a routine inquiry is needed.

### AUTHOR CONTRIBUTIONS

ORS,FGS,ETZ,ADS, MKB, IG, HCM: Made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data or analysis and interpretation of data; ORS, FGS: Involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; ORS,FGS,ETZ,ADS, MKB, IG, HCM: Given final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content; ORS,FGS,ETZ, ADS, MKB, IG, HCM: Agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

### ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to acknowledge the Reproductive Health and Healthy Habits (SAR<sub>3</sub>HAS) research group.

### FUNDING INFORMATION

This research was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

### CONFLICT OF INTEREST

The authors have no conflicts of interest.

### PEER REVIEW

The peer review history for this article is available at <https://publons.com/publon/10.1111/jan.15375>.

### DATA AVAILABILITY STATEMENT

Data available on request from the authors

### ORCID

Odette del Risco Sánchez  <https://orcid.org/0000-0002-7094-0378>

Erika Tanaka Zambrano  <https://orcid.org/0000-0001-9913-2975>

Fernanda Garanhaní Surita  <https://orcid.org/0000-0003-4335-0337>

### REFERENCES

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H. A., & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings

- from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11, 109. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>
- Abujilban, S., Mrayan, L., Hamaideh, S., Obeisat, S., & Damra, J. (2022). Intimate partner violence against pregnant Jordanian women at the time of COVID-19 Pandemic's quarantine. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5-6), NP2442-NP2464. <https://doi.org/10.1177/0886260520984259>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Recommendations for preventive services for women: Final report to the U.S. Department of Health and Human Services, health resources & services administration*. : American College of Obstetricians and Gynecologists. Retrieved from <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/final-report/>
- Audi, C. A., Segall-Corrêa, A. M., Santiago, S. M., Andrade, M., & Pêrez-Escamila, R. (2008). Violence against pregnant women: Prevalence and associated factors. *Revista de Saude Publica*, 42(5), 877-885. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102008005000041>
- Basile, K. C., Hertz, M. F., & Black, S. E. (2007). Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings. Version 1. Retrieved from <https://vawnet.org/material/intimate-partner-violence-and-sexual-violence-victimization-assessment-instruments-use>
- Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2047-2049. <https://doi.org/10.1111/jocn.15296>
- Brazilian Forum of Public Security. (2021). *Visible and invisible: Victimization of women in Brazil*. (3rd ed.): Brazilian Forum of Public Security. Retrieved from <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>
- Caldentey, C., Tirado Muñoz, J., Ferrer, T., Fonseca Casals, F., Rossi, P., Mestre-Pintó, J. I., & Torrens Melich, M. (2017). Intimate partner violence among female drug users admitted to the general hospital: Screening and prevalence. *Adicciones*, 29(3), 172-179. <https://doi.org/10.20882/adicciones.738>
- Chen, P. H., Rovi, S., Vega, M., Jacobs, A., & Johnson, M. S. (2005). Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting. *Family Practice*, 22(6), 617-623. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm1075>
- Crombie, N., Hooker, L., & Reisenhofer, S. (2017). Nurse and midwifery education and intimate partner violence: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2100-2125. <https://doi.org/10.1111/jocn.13376>
- da Fonsêca, L. D. M. A., da Silva, É. G. C., dos Santos Silva, M. D. F., de Sá, F. D., Arias, A. V., dos Santos, D. N., et al. (2020). HITS-Brazil: Translation and adaptation for the context of domestic violence against the elderly. *Research Society and Development*, 9(9), e278996729.
- Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 158-170. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)36533-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)36533-5)
- Ditekemena, J. D., Luhata, C., Mavoko, H. M., Siewe Fodjo, J. N., Nkamba, D. M., Van Damme, W., Ebrahim, S. H., Noestlinger, C., & Colebunders, R. (2021). Intimate partners violence against women during a COVID-19 lockdown period: Results of an online survey in 7 provinces of the Democratic Republic of Congo. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5108. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105108>
- Durand, J. G., & Schraiber, L. B. (2007). Violence during pregnancy among public health care users in the greater São Paulo area: Prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(3), 310-322. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000300003>
- Fekadu, E., Yigzaw, G., Gelaye, K. A., Ayele, T. A., Minwuye, T., Geneta, T., & Teshome, D. F. (2018). Prevalence of domestic violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service at University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Women's Health*, 18(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0632-y>
- Ferri, C. P., Mitsuhiro, S. S., Barros, M. C., Chalem, E., Guinsburg, R., Patel, V., Prince, M., & Laranjeira, R. (2007). The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: A survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health*, 7, 209. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-209>
- Fetene, G., Alie, M. S., Girma, D., & Negesse, Y. (2022). Prevalence and its predictors of intimate partner violence against pregnant women amid COVID-19 pandemic in Southwest Ethiopia, 2021: A cross-sectional study. *SAGE Open Medicine*, 10, 20503121221079317. <https://doi.org/10.1177/20503121221079317>
- Figo Committee For The Ethical Aspects Of Human Reproduction And Women's Health, & International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2015). Ethical guidance on healthcare professionals' responses to violence against women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 128(1), 87-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.004>
- Fiorotti, K. F., Amorim, M. H. C., Lima, E. D. F. A., Primo, C. C., Moura, M. A. V., & Leite, F. M. C. (2018). Prevalence of domestic violence and associated factors: A study in a high-risk maternity. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27, e0810017. <https://doi.org/10.1590/0104-0702018000810017>
- Fogarty, C. T., & Brown, J. B. (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(2), 101-111.
- García-Esteve, L., Torres, A., Navarro, P., Ascaso, C., Imaz, M. L., Herrerías, Z., & Valdés, M. (2011). Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health-care setting. *Medicina Clinica*, 137(9), 390-397. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.11.038>
- García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*. World Health Organization.
- Gashaw, B. T., Schei, B., & Magnus, J. H. (2018). Social ecological factors and intimate partner violence in pregnancy. *PLoS One*, 13(3), e0194681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194681>
- Guedes, A., Bott, S., & Cuca, Y. (2002). Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: Results of a baseline study by the international Planned Parenthood Federation, Western hemisphere region. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 78(Suppl 1), 557-563. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(02\)00045-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00045-0)
- Guedes, D. T., Alvarado, B. E., Phillips, S. P., Curcio, C. L., Zunzunegui, M. V., & Guerra, R. O. (2015). Socioeconomic status, social relations and domestic violence (DV) against elderly people in Canada, Albania, Colombia and Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(3), 492-500. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.01.010>
- Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., & Garcia-Moreno, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 133(3), 269-276. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.023>
- Jansen, H. (2016). *Measuring prevalence of violence against women key terminology*. UNFPA Asia and the Pacific Regional Office.
- Kotlar, B., Gerson, E., Petrillo, S., Langer, A., & Tiemeier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review. *Reproductive Health*, 18(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>
- Kwaramba, T., Ye, J. J., Elahi, C., Lunyera, J., Oliveira, A. C., Sanches Calvo, P. R., de Andrade, L., Vissoci, J., & Staton, C. A. (2019). Lifetime prevalence of intimate partner violence against women in

- an urban Brazilian city: A cross-sectional survey. *PLoS One*, 14(11), e0224204. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224204>
- Lima, L. H., Mattar, R., & Abrahão, A. R. (2016). Domestic violence in pregnant women: A study conducted in the postpartum period of adolescents and adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(6), 1183–1197. <https://doi.org/10.1177/0886260516650968>
- Ludermir, A. B., Araújo, T., Valongueiro, S. A., Muniz, M., & Silva, E. P. (2017). Previous experience of family violence and intimate partner violence in pregnancy. *Revista de Saude Publica*, 51, 85. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006700>
- Manzoli, P., Nunes, M. A., Schmidt, M. I., Pinheiro, A. P., Soares, R. M., Giacomello, A., Drehmer, M., Buss, C., Hoffmann, J. F., Ozcariz, S., Melere, C., Manenti, C. N., Camey, S., & Ferri, C. P. (2010). Violence and depressive symptoms during pregnancy: A primary care study in Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(10), 983–988. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0145-y>
- Menezes, T. C., Amorim, M. M. R. D., Santos, L. C., & Faúndes, A. (2003). Domestic physical violence and pregnancy: Results of a survey in the postpartum period. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 25, 309–316. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003000500002>
- Moraes, C. L., Oliveira, A., Reichenheim, M. E., Gama, S., & Leal, M. (2017). Prevalence of physical intimate partner violence in the first six months after childbirth in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 33(8), e00141116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00141116>
- Muldoon, K. A., Denize, K. M., Talarico, R., Boisvert, C., Frank, O., Harvey, A., Rennicks White, R., Fell, D. B., O'Hare-Gordon, M. A., Guo, Y., Murphy, M., Corsi, D. J., Sampsel, K., Wen, S. W., Walker, M. C., & El-Chaar, D. (2021). COVID-19 and perinatal intimate partner violence: A cross-sectional survey of pregnant and postpartum individuals in the early stages of the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, 11(5), e049295. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049295>
- Naghizadeh, S., Mirghafourvand, M., & Mohammadirad, R. (2021). Domestic violence and its relationship with quality of life in pregnant women during the outbreak of COVID-19 disease. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03579-x>
- Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., Watts, C., & WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO multi-country study on Women's health and domestic violence. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 120(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.003>
- Pinheiro, R. T., da Cunha Coelho, F. M., da Silva, R. A., de Ávila Quevedo, L., de Mattos Souza, L. D., Castelli, R. D., de Matos, M. B., & Pinheiro, K. A. (2012). Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: Social, obstetric and psychiatric correlates. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 520–525. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.037>
- Rabin, R. F., Jennings, J. M., Campbell, J. C., & Bair-Merritt, M. H. (2009). Intimate partner violence screening tools: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 439–445.e4. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.01.024>
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., & Hasselmann, M. H. (2000). Semantic equivalence of the Portuguese version of the abuse assessment screen tool used for the screening of violence against pregnant women. *Revista de Saude Publica*, 34(6), 610–616. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910200000600008>
- Román-Gálvez, R. M., Martín-Peláez, S., Fernández-Félix, B. M., Zamora, J., Khan, K. S., & Bueno-Cavanillas, A. (2021). Worldwide prevalence of intimate partner violence in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 9, 738459. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.738459>
- Sánchez, O., Bonás, M. K., Grieger, I., Baquete, A., Nogueira Vieira, D. A., Contieri, B., Guerazzi Pousa Pereira, C. G., & Surita, F. G. (2020). Violence against women during pregnancy and postpartum period: A mixed methods study protocol. *BMJ Open*, 10(10), e037522. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037522>
- Sánchez, O. R., Vale, D. B., Rodrigues, L., & Surita, F. G. (2020). Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 151(2), 180–187. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13365>
- Sapkota, D., Baird, K., Saito, A., & Anderson, D. (2019). Interventions for reducing and/or controlling domestic violence among pregnant women in low- and middle-income countries: A systematic review. *Systematic Reviews*, 8(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0998-4>
- Shakil, A., Donald, S., Sinacore, J. M., & Krepcho, M. (2005). Validation of the HITS domestic violence screening tool with males. *Family Medicine*, 37, 193–198.
- Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X. Q., Zitter, R. E., & Shakil, A. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508–512.
- Silva, E. P., Ludermir, A. B., Araújo, T. V., & Valongueiro, S. A. (2011). Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Revista de Saude Publica*, 45(6), 1044–1053. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102011005000074>
- Silva, R. P., & Leite, F. (2020). Intimate partner violence during pregnancy: Prevalence and associated factors. *Revista de Saude Publica*, 54, 97. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002103>
- Steiner, M. L., Vieira de Lima Veloso, A. B., Castrucci Ingold, C., Martinelli Sonnenfeld, M., Sousa, L., Aparecida Giovanelli, S., Strufaldi, R., Carneiro, M., & Henrique da Silva, M. (2022). Characterisation of pregnant women in a maternity hospital in Brazil who ever suffered domestic violence. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 27(2), 136–141. <https://doi.org/10.1080/13625187.2021.1957093>
- Taillieu, T. L., & Brownridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 14–35.
- Teshome, A., Gudu, W., Bekele, D., Asfaw, M., Enyew, R., & Compton, S. D. (2021). Intimate partner violence among prenatal care attendees amidst the COVID-19 crisis: The incidence in Ethiopia. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 153(1), 45–50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13566>
- Thorne, J. G., Buitendyk, M., Wawuda, R., Lewis, B., Bernard, C., & Spitzer, R. F. (2020). The reproductive health fall-out of a global pandemic. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1763577. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1763577>
- Viero, A., Barbara, G., Montisci, M., Kustermann, K., & Cattaneo, C. (2021). Violence against women in the Covid-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies. *Forensic Science International*, 319, 110650. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110650>
- Warren-Gash, C., Bartley, A., Bayly, J., Dutey-Magni, P., Edwards, S., Madge, S., Miller, C., Nicholas, R., Radhakrishnan, S., Sathia, L., Swarbrick, H., Blaikie, D., & Rodger, A. (2016). Outcomes of domestic violence screening at an acute London trust: Are there missed opportunities for intervention? *BMJ Open*, 6(1), e009069. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009069>
- World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence* (No. WHO/RHR/12.36). World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization.

- World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. World Health Organization.
- Yut-Lin, W., & Othman, S. (2008). Early detection and prevention of domestic violence using the women abuse screening tool (WAST) in primary health care clinics in Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 20(2), 102-116. <https://doi.org/10.1177/1010539507311899>

**How to cite this article:** Sánchez, O. d. R., Tanaka Zambrano, E., Dantas-Silva, A., Bonás, M. K., Grieger, I., Machado, H. C., & Surita, F. G. (2022). Domestic violence: A cross-sectional study among pregnant and postpartum women. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1-15. <https://doi.org/10.1111/jan.15375>

The *Journal of Advanced Nursing (JAN)* is an international, peer-reviewed, scientific journal. *JAN* contributes to the advancement of evidence-based nursing, midwifery and health care by disseminating high quality research and scholarship of contemporary relevance and with potential to advance knowledge for practice, education, management or policy. *JAN* publishes research reviews, original research reports and methodological and theoretical papers.

For further information, please visit *JAN* on the Wiley Online Library website: [www.wileyonlinelibrary.com/journal/jan](http://www.wileyonlinelibrary.com/journal/jan)

**Reasons to publish your work in *JAN*:**

- High-impact forum: the world's most cited nursing journal, with an Impact Factor of 2.561 – ranked 6/123 in the 2019 ISI Journal Citation Reports © (Nursing; Social Science).
- Most read nursing journal in the world: over 3 million articles downloaded online per year and accessible in over 10,000 libraries worldwide (including over 6,000 in developing countries with free or low cost access).
- Fast and easy online submission: online submission at <http://mc.manuscriptcentral.com/jan>.
- Positive publishing experience: rapid double-blind peer review with constructive feedback.
- Rapid online publication in five weeks: average time from final manuscript arriving in production to online publication.
- Online Open: the option to pay to make your article freely and openly accessible to non-subscribers upon publication on Wiley Online Library, as well as the option to deposit the article in your own or your funding agency's preferred archive (e.g. PubMed).

### 5.3 Artigo 3 Perceptions of women at an obstetric outpatient clinic regarding domestic violence: a qualitative study

**BMJ Open** <onbehalf@manuscriptcentral.com>

para mim, eztanaka, amandads011, surita

11-Jan-2023

Dear Dr. Surita:

Your manuscript entitled "Perceptions of women at an obstetric outpatient clinic regarding domestic violence: a qualitative study" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in BMJ Open.

Your manuscript ID is bmjopen-2023-071838.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc.manuscriptcentral.com/bmjopen> and edit your user information as appropriate.

Author names will be taken directly from the information held in ScholarOne and not from the article file. Please check that all names are correctly entered as this will be the name displayed on the final published article and in any indexes affiliated with the journal.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/bmjopen>.

Any individuals listed as co-authors on this manuscript are copied into this submission confirmation email. If you believe that you have received this email in error, please contact the Editorial Office.

Thank you for submitting your manuscript to BMJ Open.

Kind regards,

Editor in Chief, BMJ Open

## **Perceptions of women at an obstetric outpatient clinic regarding domestic violence: a qualitative study**

Odette del Risco Sánchez<sup>1</sup>, Erika Zambrano<sup>2</sup>, Amanda Dantas Silva<sup>1</sup>, Fernanda Garanhani Surita<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas, Campinas, Brazil.

<sup>2</sup> School of Nursing, University of Campinas, Campinas, Brazil.

### **Abstract**

**Introduction:** Domestic violence is a complex issue present in every society that results in adverse consequences for women throughout their lives. Health systems, namely reproductive health care services, are appropriate environments in which to address this issue. To prevent and respond appropriately to this problem, it is necessary to understand the meanings that women attribute to domestic violence.

**Objective:** The aim was to explore women's perceptions of violence, its causes, manifestations, consequences, and responses to prevent and confront domestic violence against women in Brazilian society.

**Design:** We conducted a qualitative study with individual, semi-structured interviews. We used thematic analysis and discussed the data considering the ecological framework.

**Setting:** The study was conducted in the Brazilian National Health System's antenatal and postnatal care service.

**Participants:** The sample selection was intentional and was conducted according to the data saturation criterion. Twelve women who attended an antenatal and postnatal care service were interviewed. The participants reported different experiences of domestic and family violence throughout their lives.

**Results:** Based on the analysis, four themes were identified: 1) between the public and the private—violence against women and its manifestations, causes, and particularities; 2) factors that increase vulnerability; 3) protection system and support network—strengths and weaknesses; and 4) alternatives for the prevention and elimination of violence.

**Conclusions:** The perceptions of Brazilian women during pregnancy and the postpartum period regarding domestic violence included a multifaceted view of violence. The women's discourse demonstrated the difficulties that they faced in interrupting the cycle of violence and accessing support networks.

**Keywords:** Violence Against Women; Domestic Violence; Pregnancy; Postpartum Period; Qualitative Research

### **Strengths and limitations of this study**

This qualitative study collected perceptions about domestic violence against Brazilian women who received specialized care during pregnancy and the postpartum period, contributing to a deeper understanding of this phenomenon.

This study will advance the literature in understanding the barriers and facilitators women face in reporting and seeking help for domestic violence.

Limitations of this study include the generalizability of the findings due to the interviews being conducted in a public health service, which may influence the representation of women with a specific socioeconomic profile.

## **INTRODUCTION**

Domestic violence is recognized as a complex problem that women may face throughout their lives. Globally, one in three women has experienced sexual and/or physical violence from an intimate partner (1). This phenomenon is a problem that affects women in all countries and regions (2).

Data from a multi-country study revealed that the prevalence of physical violence during pregnancy ranges from 1% in Japan to 28% in Peru (1). The variation in domestic and partner violence rates between countries might be due to differences in theoretical and methodological approaches (3). Nevertheless, these findings reveal the importance of understanding how sociocultural characteristics affect the prevalence, patterns, and dynamics of domestic violence in different contexts.

Pregnant and postpartum women are considered vulnerable to domestic violence. Some studies have shown that women with a history of violence are more likely to suffer violence during pregnancy and in the postpartum period (4). Moreover, in some contexts, it was observed that domestic violence experiences were initiated or

increased during pregnancy and the postpartum period (3,5). During these periods, psychosocial issues must be addressed as part of routine care in antenatal and postnatal care services. In addition, several adverse maternal and perinatal outcomes are associated with domestic violence during pregnancy, such as low birth weight, premature birth, unwanted pregnancy, and miscarriage (6).

Considering the importance of ensuring that pregnant and postpartum women have a positive experience during this period, several recommendations reinforce the importance of routine screening for violence (7,8). These recommendations recognize the urgency of implementing strategies that guarantee an effective response to confront this issue. However, these strategies need to consider women's perceptions of the frequency, causes, and forms of violence and their awareness of support services for victims of violence in its various forms.

The wide-ranging harm to women's sexual and reproductive health caused by violence and systematic monitoring by health services during pregnancy and the postpartum period suggest that this is an appropriate period for interventions in this scope. Therefore, understanding women's attitudes regarding exposure to violence is a key factor to identifying more effective strategies to prevent and respond appropriately to domestic violence.

## **Aim**

The aim of this study is to explore women's perceptions of violence, its causes, manifestations, consequences, and responses to prevent and confront domestic violence against women in Brazilian society.

## **METHODS**

### **Study setting**

This study was conducted in a public service of the Brazilian National Health System (SUS). The Women's Hospital of the University of Campinas is a reference institution specializing in women's health located in the metropolitan region of Campinas city in São Paulo state. The study was conducted at outpatient obstetrics clinics. The institution articulates with the social assistance network in the region, providing a system of referrals to specialized services for women in whom exposure to domestic violence has been identified.

## **Design and sampling**

This qualitative study is part of research with a mixed perspective following a sequential explanatory design (9). The research integrated quantitative and qualitative methods, techniques, and data to obtain a holistic understanding of a complex reality of domestic violence (10). The prevalence of domestic violence and domestic violence-associated factors were previously identified in a sample of women who received specialized care during pregnancy and after childbirth. The study protocol (10) and the quantitative research (11) were published, and additional details about the research design, methods, and results of the quantitative phase can be found in both publications.

In the qualitative phase of the research, the selection of participants was intentional; women who routinely attended obstetrics outpatient clinics were invited to participate. The participants comprised women with different experiences regarding domestic and family violence.

## **Data collection**

Empirical data were collected through individual, face-to-face interviews conducted using a semi-structured script with open questions. The interview guide was prepared and reviewed by a team of researchers based on the identification of issues that needed to be discussed according to the results obtained in the quantitative phase of the study. The invitation to participate in the research and the data collection were performed by one of the female researchers with a degree in psychology and experience in conducting individual interviews.

In general, the questions explored the participants' knowledge about the frequency of violence in Brazilian women, the types of violence and environments that increase vulnerability to violence, the causes, consequences, and frequency of domestic violence during pregnancy and the postpartum period, and the changes that were observed during coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. In addition, we explored the support networks and the strategies they recommended to preventing and eliminating violence against women.

The women were invited to participate in the research in the hospital's outpatient clinics when they were alone to guarantee their privacy and safety. Data collection was

conducted in October 2022 in the obstetrics outpatient rooms of the hospital. In total, 12 interviews were conducted. The theoretical saturation criterion was used to define the number of necessary interviews. All interviews were performed in a private room; they were audio recorded and verbatim transcribed, and the participants were interviewed only once.

### **Data analysis**

Data were analyzed using the thematic analysis technique proposed by Braun and Clarke (2006), which included six phases: 1) familiarization with the data, 2) generating initial codes, 3) searching for themes, 4) reviewing the themes, 5) defining and naming the themes, and 6) producing the report (12, 13). The transcribed material was carefully read for initial familiarization with the data and the context in which it was produced. Subsequently, the initial codes were identified and elaborated, which were revised via systematic re-reading of the material. The codes were grouped into preliminary themes and sub-themes. During the construction and refinement of the themes, we evaluated whether they appropriately reflected the perceptions and main ideals of the interviewees regarding the objective of study, faithfully covering the perspectives of the participants regarding the explored topics. The results were interpreted and compared with existing evidence in the literature on the subject of study. Data were discussed using the ecological framework (14). Reporting was conducted in accordance with the COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ).

### **Ethics and dissemination**

The project was approved by the Research Ethics Committee of the University of Campinas under number CAAE 13426819.1.0000.5404. All stages of the research were conducted following the ethical principles established in the Resolution of the National Health Council nº 466 of 2012 and the Declaration of Helsinki. All participants signed the informed consent form and were informed about the purpose of this study and their rights. The participants' statements were identified with consecutive numerals to maintain anonymity. We will disseminate our findings to researchers and health care providers through conference presentations and publications in peer-reviewed journals.

## Patient and public involvement

No patients nor the public were involved in the design of this study.

## RESULTS

Twelve women participated in the study. The sociodemographic characteristics of the interviewees are presented in Table 1.

**Table 1. Distribution of sociodemographic characteristics of antenatal and postnatal care attendees**

Participant	Age	Scholarship	Race/ skin colour	Marital status	Living with a partner	People in the household	Paid work	Religion
E 1	20	High School	Mixed race	With partner	Yes	Partner	No	Christian
E 2	16	High School	White	With partner	No	Mother, father, 3 sisters	No	Catholic
E 3	17	Elementary	Mixed race	With partner	No	Mother, stepfather	No	Evangelical
E 4	31	Higher education	White	With partner	No	Mother, father, daughter	Yes	Catholic
E 5	22	High School	White	With partner	Yes	Mother, sister, husband	No	Evangelical
E 6	27	High School	White	With partner	Yes	Husband	Yes	Spiritism
E 7	29	High School	Mixed race	With partner	Yes	Husband, daughter	Yes	Catholic
E 8	15	Elementary	Mixed race	Without partner	No	Mother, stepfather	No	No religion
E 9	19	High School	Mixed race	With partner	Yes	Husband, son	No	Evangelic
E 10	13	Elementary	Mixed race	Without partner	No	Grandmother	No	Evangelic
E 11	18	Elementary	White	With partner	No	Mother, father, sister	Yes	Catholic
E 12	16	Elementary	White	With partner	Yes	Father, husband	No	Umbandista

Four themes were identified through thematic analysis: 1) between the public and the private—violence against women and its manifestations, causes, and particularities; 2) factors that increase vulnerabilities; 3) protection system and support network—

strengths and weaknesses; and 4) alternatives for the prevention and elimination of violence (Figure 1).



**Fig 1.** Thematic Map

### 1) **Between the public and the private—violence against women and its manifestations, causes, and particularities**

#### Forms of violence

The type of violence most recognized by the interviewed women was physical violence. This was observed through the description of behaviors, from those that denoted physical aggression (pushing, arm squeezing, hair pulling) to acts that could culminate in femicide. This was generally the first form of violence mentioned by the interviewees. Despite recognizing the severity and impacts of different forms of violence, the interviewees perceived how physical aggression directly affected and threatened the integrity of women.

*E4: Both forms are serious, but I think that from the moment it starts with aggression that hurts not only the soul, but also the person, it is more serious.*

Psychological violence became apparent in the discussions through behaviors such as belittling, offending, humiliating, manipulating, harassing, controlling, or invalidating the woman's feelings. This was described as one of the most frequent forms of violence, even being observed in the affective bond through behaviors that apparently symbolized care and protection.

*E6: I believed that was the kind of care that the person had for me, right? That it was a kind of protection—not really, right? I was very manipulated; I was very shy regarding small things, from clothing to opinions. I was watched; I had my cell phone and computer hacked. It was something that the abuser involved my parents a lot in, as if I was always wrong (...)*

Sexual violence was mentioned, specifically violence that was perpetrated by strangers. In contrast, patrimonial violence was scarcely mentioned. Only one of the interviewees described this latter form of violence based on familial experiences.

*E1: There is a type of violence that is called patrimonial violence, which is, in short, that the husband or partner owns everything, owns the house and the car, and the woman ends up being—in short—a hostage of the situation.*

#### The roots of violence against women

Some of the participants recognized the causes of violence in historical, cultural, and structural elements. Social inequalities defined the relationships and existed not only in the domestic environment, but also in the labor sphere. Some participants mentioned the exclusion of the women who become mothers from the labor market.

*E1: I think maybe it's all a historical, cultural, structural issue, and it comes from that because we don't see the alternative. Not as much as men; it must exist, but still, it's a minority.*

*E6: The woman must be the person who takes care of the children and doesn't have the kind of support network that allows her to return to the job market, right? It's always the woman who ends up giving up. I think this is a lot of the violence; I know many women who go through this, but they don't see it as violence. I see it as inequality, right? With immense structural machismo.*

The power relationship described as an oppression–submission relationship was identified in different scenarios; therefore, the women perceived the possibility of

immediate transformations that contributed to the establishment of an equitable society as unlikely. Inequalities in the relationships between men and women are at the root of violence, and their consequences are observed in the most diverse areas of women's lives.

*E1: Yes, it is already rooted...in the culture that we come from. From the housewife woman, from the woman taking care of the children, from the submissive woman to her husband, from the woman and the submission to other men at work, and finally, in society. All this violence is the result of a social historical reason that goes back many years, and it is very difficult to break it from day to night.*

*E9: Ah, because today's world is very, very sexist, right? So men think they are more than women, right? That they should earn more, that men are better than women are. Yeah, I think that's totally wrong.*

Specifically, institutions, such as the church and the family, were mentioned as environments that reinforced a stereotyped view of women's roles in society.

*E6: I even went to religious cults and stopped being part of the church because of pastors encouraging this type of thinking, and many times I have seen women seek this type of support, not being happy, and hearing—sometimes from her own family—that she has to fulfill her role as a woman before the bible, before society (...) So, I think this is something that is very much there, that is everywhere: at work, in the family, at church. [It is] very difficult to change this reality.*

#### Cycle of violence: its peculiarities, consequences, and the barriers to interruption

Different stages of the cycle of violence were identified in the interviewees' discourse. Even without naming the stages or referring to the cyclical nature of domestic violence, the phases of reconciliation and forgiveness until the repetition of the cycle with moments of materialization of aggression were recognized as part of the behaviors that characterized violence in the bond with their partner.

*E1: You end up loving and forgiving, thinking it won't happen again—but it happens.*

Confronting a violent relationship is a complex and time-consuming process; this was described by one of the interviewees from their personal experiences and those with close family members.

*E6: Within my relationship, I realized that it took almost a year of dialogue to validate what was really happening, within my home, within my relationship, and within myself. Therefore, until I managed to have this dialogue, there were many discussions, many fights, many questions, and a lot of invalidation of what was happening.*

Furthermore, from the perception of the interviewees, it is a moment of vulnerability for women when they decide to break the bond. In relationships with a partner, episodes of violence become visible through behaviors such as jealousy. Specifically, episodes of violence from the partner were observed when they did not accept the end of the relationship.

*E2: Sometimes because of jealousy, sometimes because of an end of the relationship, which [the partner] does not accept.*

In this context, situations that make it difficult to break the bond with the aggressor are described in Chart 1.

Reasons for difficulty breaking the cycle of violence	Participants' quotes
Emotional and financial dependence	<i>E1: (...) there are many women who don't have choices; sometimes they are hostage to the situation because it's the husband who supports them. She has the children, has nowhere to go, has no support.</i>
Shame	<i>E4: Unfortunately, women accept their situation due to fear and shame—the shame of exposing themselves and talking about what they are confronting.</i>
Difficulty identifying the signs	<i>E1: It is not easy to recognize violence unless the woman exposes it. The violence that is most seen is physical when there are symptoms and bruises that are visible, but they are not easy to identify.</i>
Naturalization of violence and expectations of changes from the aggressor	<i>E7: (...) for me, it was normal; I thought that it would get better one day. People from the outside saw that it wouldn't, and it wasn't going to get better; it was getting worse, but I didn't see it myself. It was because of my stupidity that I did not seek help or treatment because I thought everything was fine.</i>

Low perception of safety	<i>E1: The woman is not protected all the time, the police will not be there (...) he will not guarantee it, he will not hold it.</i>
Fear	<i>E7: I think it leaves us with the feeling that we can't do anything. Come on, I didn't want to work. Leaving the house, I was also afraid of something happening—being beaten—even after I separated from taking a protective measure (...)</i>
Not having access to the necessary support	<i>E4: Violence is occurring, but the person ends up not looking for help, or when they seek it, they don't have the help they need.</i>
Perception of decreased severity of other forms of violence	<i>E1: A woman thinks that because she didn't experience physical aggression that she is not suffering violence. Many women are unaware and don't know how serious it is and how much it is harming them.</i>

From the interviewees' discourse, it was possible to observe some ideas that implicitly made women responsible both for the violence and for not being able to interrupt the cycle of violence, including arguments for having low self-esteem, not seeking help for "nonsense," or exhibiting behaviors that provoked the aggressor.

*E1: A person who loves himself first will not allow that to happen.*

*E3: Sometimes the woman also looks for it because sometimes the men act crazy...and already she looks for a fight (...) Sometimes there are crazy women who like to start fights for no reason.*

Some of the statements placed the responsibility of interrupting the cycle of violence on the woman's own attitudes, in which she should avoid the situation to avoid negative consequences, both for herself and for the family.

*E1: When the woman, unfortunately, does not act right away, the only one affected will be her. [She] will end up being killed, unfortunately through femicide, or she will end up with nothing, the family destroyed until the abuser decides that he doesn't want it anymore.*

The consequences of domestic violence are diverse; however, the interviewees focused mainly on the impacts on women's mental health, quality of life, self-image, and interpersonal relationships. In this context, they described anxiety and depression as disorders associated with experiencing violence and reported the negative impacts of violence on their interpersonal relationships.

*E11: Trauma—we get a lot of trauma. Our quality of life is no longer good, so we leave home with fear. We start to be afraid of people, so it harms [us] a lot.*

Specifically, some of the interviewees described adverse consequences on maternal and perinatal health resulting from experiencing violence during pregnancy.

*E7: Even the hospital psychologist says that the high blood pressure crisis that I had may have developed due to the anger that I experienced during childbirth. I don't know if it makes sense, but she said it.*

*E8: [The mother] lost a child when she was pregnant, right? He assaulted her. Then she lost [the fetus].*

## **2) Factors that increase vulnerability**

### The female condition

From the perception of the interviewees, being a woman is a source of vulnerability, silencing, and a lack of protection in the most diverse areas.

*E1: The woman ends up being a victim; it will always be her, and she will never have a voice.*

*E6: At work, at friends' houses, anywhere, we are unprotected. On public transportation, in our own home, anywhere, anywhere. [It is] hard to be a woman!*

The interviewees also recognized how the stereotyped image of women and the representation of femininity as weakness and fragility resulted in violence being directed largely at them.

*E5: So, it doesn't always happen, but unfortunately, it's more [common] with women because the world holds a stereotype that women are more fragile, so people see women as a more fragile target. It's not quite like that, so much so that men too are abused, and children who are really fragile; unfortunately, it happens more to women.*

### Pregnancy and the postpartum period

From the perception of the interviewees, pregnancy and the psychosocial changes that this period causes in a woman makes her more vulnerable to suffering violence from her partner. Some ideas reinforced the perception that violence is

caused by increased “sensitivity” and the diverse transformations that take place during this period.

*E4: I believe it can happen because the woman ends up becoming more sensitive, ends up getting more annoying, and there are men who end up not accepting this (...) the woman becomes more sensitive, she becomes a little more delicate about anything.*

Some recognized that, despite being pregnant, women were the object of violence; however, generally, pregnancy was not a protective factor, representing an additional vulnerability for those who had already experienced episodes of violence. In addition to the impacts on women, acts of violence were seen as attacks directed on the baby.

*E4: Both before and after; after, you pay more attention to the child than to the partner who is close to you. I think that there would be no reason for aggression, but if the person is violent, it ends up being [a reason for aggression].*

*E5: I can't understand! It's bad enough for a person to abuse someone for the sake of really abusing someone who has a baby. I cannot imagine any form of violence against a baby.*

One of the interviewees mentioned that there were changes during pregnancy and in the postpartum period regarding her domestic violence experiences. During pregnancy, episodes of violence decreased; however, they increased again in the postpartum period.

*E7: In my case, on the contrary, it improved. When my daughter was born, she had to be hospitalized—everything changed. It changed a lot later; she got upset again (...) She went home, and he came back worse than before, the fights and everything. That is when I decided to [leave the husband]. Because I said, in that period after childbirth, I don't want my daughter to live with that.*

In this period, the women experienced other forms of violence, such as father abandonment, at a time when the support and participation of the partner was necessary.

*E1: I think violence is even greater because there are studies that report that women tend to be more betrayed and more abused, and it is a time when women are*

*more vulnerable. Apart from the violence of abandonment (...) In the postpartum period, it is worse because it is a time when the woman needs more help, and at that moment, she is alone. Those who suffer don't have a partner to be by their side.*

#### The COVID-19 pandemic

Violence was perceived as a reality that already existed in the women's lives. Difficulties with coexistence and communication, stress, anger, and job loss were some of the reasons the women mentioned for increased violence during this period.

*E4: I think that because of spending more time together, living together because there was this quarantine thing, not being able to go out and everything, I think it increased because of that. If the person, as I mentioned, is already aggressive, in an environment where he does not accept some things, it will end up getting worse.*

*E11: Many women lost their jobs, and many people started to stay at home more. All this affected everyone, but nothing justifies [domestic violence] because it's family; if we're together we don't have to have these things, we have to respect being equals.*

In addition to the difficulties the survivors experienced speaking out and seeking help, the pandemic added vulnerabilities in terms of underreporting and poor visibility of cases of violence.

*E1: During the pandemic, [domestic violence] increased, and the cases became more excluded, not so visible, because it happened at home, and many women didn't want to have the headache of having to expose themselves, of accepting reality. They ended up running away from it and ended up accepting it, even for personal reasons.*

#### History of family violence and socioeconomic inequities

From the women's perspectives, community contexts where there were greater economic vulnerabilities generated situations in which violence tended to increase. Therefore, areas where the low-income population was concentrated, for some, became an environment of greater vulnerability. However, one of the participants recognized that violence is present in all areas.

*E4: Nowadays, it happens in general; before, it was more on the outskirts, in places with fewer resources... nowadays it is very general both at home and on the street.*

Previous experiences of family violence were understood as elements that influenced aggressive behavior in adult life. Intergenerational violence transmission was perceived as an issue that influenced the violent behavior of perpetrators.

*E5: My father was also very traumatized because of his father, because my grandfather was very violent with his mother, and his parents were not very welcoming to him, so this could have caused a lot of trauma in his life and he ended up becoming violent too. So the way you were treated does that too.*

#### Mental health and substance abuse

Some of the interviewees' perceptions linked violence to issues associated with the aggressor's mental health, such as "psychopathy" (E12) or the "sick" behavior of the aggressors (E1).

Previous experiences of violence in the family context reinforced the idea that the consumption of alcoholic beverages and drugs favored the emergence of aggressive behavior, especially by parental figures and partners.

*E12: My mother, she is a drug user, and we lived, just she and me, because she and my father had separated. Then, due to her drug use, the abandonment began; leaving me alone at home when I was about 3 years old. In addition, other violent behavior, like leaving me locked alone in the room, hitting me for no reason (...)*

*E5: So, my father was never a bad person. He is very good, but he is an alcoholic, and he takes everything he is going through out on alcohol and ends up losing control because he is very emotional. He has panic syndrome too and ends up taking it out on my mother, and I think that is a very bad attitude and irresponsible (...)*

*E7: Every weekend he was drinking, and the fight happened. The drugs...I'm not sure about, but I suspected them, too.*

### **3) Protection system and support network—strengths and weaknesses**

Despite the existence of public policies to address violence, the interviewees reported flaws in the protection network and existing laws. They mentioned that

protective measures and penalties become insufficient and reported a lack of urgency on the part of the police to act and have greater vigilance, which increased their perceptions of insecurity.

*E4: I think the law should be stricter in this regard. I think the law fails a lot in these cases.*

Institutions and services, such as Basic Health Units, police stations, and specialized telephone lines, are resources that focus on violence prevention and treatment. Among the personnel qualified to address this topic, those in the field of health and social work were mentioned, including psychologists, doctors, and social workers.

From the perspectives and experiences of the interviewees, physical violence was more likely to be disclosed, addressed, and confronted. Negative experiences in institutions, a lack of urgency, and a lack of opportunities to disclose other forms of violence influenced the perceptions that the women had regarding access to justice and protection resources.

*E7: This help is very important because when I went to report the verbal aggression, the police did not treat me very well. It was really bad, so much so that the first time, I couldn't even file a police report.*

*E9: I should look for the police, right? But also, the police should be improved even more because even the police sometimes attack people, right?*

The expectation of women when disclosing their domestic violence experiences was to receive support and advice from their families. The primary networks were the closest contacts to women; however, sometimes, family members preferred to remain silent, avoiding intervening in issues they considered intimate.

*E1: No one should poke their nose into a husband-and-wife fight. People don't like to intervene.*

*E2: Families need to be informed, but not every family gives the person the support they deserve.*

#### 4) Alternatives for the prevention and elimination of violence

The prevention and elimination of violence, according to the women, must be addressed by several sectors. One of the aspects mentioned by the interviewees was the development of initiatives aimed at educating the younger generations in both formal and informal environments.

*E1: I think it starts with education. In addition, educating boys and girls to recognize the types of violence, knowing how to seek help, and not allowing it to happen the first time (...) It starts with education, because sexism is at home.*

Health services, especially the Basic Health Units, and the creation of support groups, were seen as appropriate and accessible spaces for women. Therefore, the existence of alternatives that transcended the environments of the police stations were desirable.

*E1: The main thing is for women to be aware; maybe there should be support groups in the health services in each neighborhood or they should have more access [to services] (...) If there was a support network that wasn't just the police station, that wasn't just the Maria da Penha Law, but some other institution that could help, I don't think it would solve the problem, but it would improve [the situation].*

The generation of sources of income for women and the recognition and guarantee of their rights were referred to as important aspects to combat violence against women.

*E8: Jobs for women (...) so that she can depend financially on herself, right? Not needing the men that nowadays have machismo; they think that the woman doesn't have to work, that it's the man who must support them.*

*E11: I don't know...we try so hard, we fight for our rights, we talk, but it seems to be in vain, but we must keep doing it—fighting for our rights.*

#### DISCUSSION

Our study revealed that violence against women was part of the life experiences of the interviewees, whether due to their own experiences of domestic and intimate partner violence in adult life or due to history of intra-family violence witnessed or suffered in childhood. Those who did not report a history of violence stated that being

exposed to cases in the media, in their neighborhood, or meeting people who dealt with these episodes made them aware of the different types and dynamics of domestic violence and the difficulties that survivors face.

According to the interviewees, violence against women was present in several spheres of life. Women experienced various forms of violence in the private and public spheres. Nevertheless, we observed overlaps in the types of violence that the women experience in different scenarios. The main causes of domestic violence among the Brazilian population are rooted in cultural values and economic and structural factors (15).

Studies have confirmed that domestic violence is linked to unequal relationships based on patriarchal norms and male domination (16, 17). The women described situations that demonstrated unequal power relationships based on the distribution of domestic activities, childcare, participation in the labor market, and stereotypical representations of women.

Likewise, the perceptions of the interviewees reinforced the cycle of violence, where the aggressions became repetitive with periods of forgiveness and reconciliation. The participants mentioned the need for women to “take action” in the face of violence; however, expressions of this nature suggest that remaining in a violent relationship was the woman's free choice (18). However, this contrasted the women’s knowledge of the difficulties they faced disclosing the violence they experienced. Studies describe the pathway of women in situations of domestic violence, where seeking help is a “critical path,” demonstrating the various obstacles that women face to interrupt the cycle of violence (16, 18).

The interviewees’ discourse indicates that public policies need to be accompanied by welcoming services and qualified personnel to avoid situations of victimization and blame. The need for services to aid in identifying and coping with other forms of violence, not only physical violence, was recurrent in the discourse of the women interviewed.

Similarly, other studies have shown that the difficulties and obstacles that women face in reporting and seeking help are due to the insufficient reception of institutions, the shame of disclosing the situation of violence, fear of the aggressor,

economic and emotional dependence, and the naturalization of violence, among others (16-19).

Sexual violence was mentioned; however, it seems that episodes were mostly perpetrated by strangers in public spaces. There was little recognition that these episodes could occur in the context of marital relationships. Moreover, reproductive coercion, patrimonial violence, and marital rape were barely mentioned by the interviewees. The lack of awareness about the severity of non-physical forms of violence represented a barrier to firstly recognizing oneself as a victim of violence and consequently seeking help and support.

Violence has several psychosocial, economic, and health consequences on women's lives (20). The participants described the adverse consequences of violence on health, especially on women's mental health and interpersonal relationships. This recognition, in principle, makes health services suitable environments to implement strategies aimed at preventing and helping victims cope with violence.

Therefore, health care professionals, namely those in prenatal and postnatal care services, can be appropriate facilitators for the implementation of strategies focused on the detection, reception, orientation, and support of women in situations of domestic violence (21).

Alternatives described by the participants involved the dynamics of violence and encompassed the need to create public policies focused on generating sources of income and employment for women and recognition and guarantee of women's rights.

Violence against women is a complex and multidimensional phenomenon (1). The violence that occurs in private environments must be regarded as a target of intervention in the public and political spheres (22). Therefore, strategies for its prevention and eradication require the integration of policies that consider and address the different economic, health care, and security needs of women.

The identification of violent situations and the resolution of cases may be influenced by the social perception of what it means to be a victim of violence, the relationship with the aggressor(s), the naturalization of some forms of violence, and how society has been organized to cope with this phenomenon in terms of public policies and specialized services.

## CONCLUSION

This study revealed the perceptions of Brazilian women during pregnancy or after childbirth regarding domestic violence against women. The women revealed the main difficulties that they faced in dealing with the impacts of violence in different areas of life and the barriers to accessing support networks. The meaning attributed to domestic violence might contribute to the identification of possible vulnerabilities of women who suffer violence and the obstacles they face when accessing specialized services and seeking aid from support networks.

Future research in this area requires critical analysis of the barriers and facilitators for the implementation of strategies against domestic violence, considering the perspectives of women in their role as recipients of specialized services and those of professionals who work in the protection and care network.

**Author contributions:** ORS and FGS conceived the idea. ORS, FGS, EZ, ADS wrote the draft version. FGS, ORS, EZ and AD revised the manuscript. All authors approved the final version.

**Funding statement:** This research was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

**Competing interests statement:** All authors declare no conflict of interests.

## REFERENCES

1. 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 responses. Summary report. Geneva: WHO; 2005.
2. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO; 2021.
3. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggress Violent Beh.* 2010;15(1):14–35

4. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2011;45(6):1044-53.
5. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. *The Lancet*. 2006;368(9543):1260–9.
6. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JEJ II. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(02):141–144.
7. Women's Preventive Services Initiative. Recommendations for preventive services for women: final report to the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources & Services Administration. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017.
8. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.
9. Hernández RH, Fernández C, Baptista P. Research methodology. 5th Edition. México DF, México: McGraw- Hill, 2010: 543–601
10. Sánchez ODR, Bonás MK, Grieger I, Baquete AGL, Nogueira Vieira DA, Contieri Bozzo Campos B, Guerazzi Pousa Pereira CG, Surita FG. Violence against women during pregnancy and postpartum period: a mixed methods study protocol. *BMJ Open*. 2020 Oct 21;10(10):e037522.
11. Sánchez ODR, Tanaka Zambrano E, Dantas-Silva A, Bonás MK, Grieger I, Machado HC, Surita FG. Domestic violence: A cross-sectional study among pregnant and postpartum women. *J Adv Nurs*. 2022 Jul 19. doi: 10.1111/jan.15375. Epub ahead of print. PMID: 35855530.
12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2): 77–101.
13. Souza, L. K. D. Research with qualitative data analysis: getting to know Thematic Analysis. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2019; 71(2): 51-67.
14. Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(suppl):1163-78.
15. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MH, da Silva CM, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made,

- and challenges ahead. *Lancet*. 2011 Jun 4;377(9781):1962-75. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60053-6. Epub 2011 May 9. PMID: 21561649.
16. Baragatti DY, Rolim ACA, de Castro CP, de Melo MC, Silva EM. Critical pathway of women facing violence: an integrative review *Rev Panam Salud Publica*. 2019 Mar 27;43:e34. doi: 10.26633/RPSP.2019.34. PMID: 31093258; PMCID: PMC6438411.
  17. d'Oliveira AF, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, Couto MT, Valença O. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saude Publica*. 2009 Apr;43(2):299-311.
  18. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Women in situations of violence: between critical routes and intersectoral care networks. *Revista de Medicina*. 2013;92(2):134-40.
  19. Kwaramba T, Ye JJ, Elahi C, Lunyera J, Oliveira AC, Sanches Calvo PR, et al. Lifetime prevalence of intimate partner violence against women in an urban Brazilian city: A cross-sectional survey. *PLoS One*. 2019;14(11):e0224204.
  20. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385(9977):1567–1579. Doi:10.1016/S0140-6736(14)61837-7
  21. Surita FG, Sánchez ODR. Routine Enquiry for Domestic Violence during Antenatal Care: An Opportunity to Improve Women's Health. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022 Mar;44(3):211-213
  22. Brazil. Ministry of Health. Impact of violence on the health of Brazilians. Brasília: Ministry of Health, 2005.

## 5.4 Artigo 4 Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review.

Received: 23 July 2020 | Revised: 5 August 2020 | Accepted: 27 August 2020 | First published online: 23 September 2020

DOI: 10.1002/ijgo.13365



### REVIEW ARTICLE

Gynecology

WILEY



# Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review

Odette R. Sánchez | Diama B. Vale | Larissa Rodrigues | Fernanda G. Surita\*

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas, Campinas, Brazil

#### \*Correspondence

Fernanda G. Surita, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Science, University of Campinas, 101 Alexander Fleming Street, 13083-881, Campinas, SP, Brazil.  
Email: surita@unicamp.br

#### Funding Information

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

### Abstract

**Background:** During the COVID-19 pandemic, incipient data have revealed an increase in violence against women (VAW).

**Objective:** To analyze the existing scientific literature on strategies and recommendations to respond to VAW during the implementation of social distancing measures in response to the COVID-19 pandemic.

**Search strategy:** An integrative review was conducted based on articles published between December 2019 and June 2020. Suitable articles were identified from the PubMed, SciELO, and LILACS databases, using relevant terms.

**Selection criteria:** Eligible studies included opinion and primary research articles describing the dynamics of VAW during quarantine and in the context of the restrictive measures taken during the COVID-19 pandemic and proposing recommendations to respond to this issue.

**Data collection and analysis:** Data were extracted from eligible publications and qualitative synthesis was used.

**Main results:** The 38 articles included in the study showed that some factors increasing women's vulnerabilities to violence were exacerbated during the social distancing and lockdown period. Health professionals are essential for screening and responding to VAW during the pandemic.

**Conclusions:** Strategies must include integrated actions aiming to prevent and respond to violence during and after the COVID-19 pandemic. These must be designed based on lessons learned from previous public health emergencies.

#### KEYWORDS

COVID-19 pandemic; Intimate partner violence; Social distancing; Violence against women

## 1 | INTRODUCTION

After the statement of WHO characterizing the COVID-19 outbreak as a pandemic on March 11, 2020,<sup>1</sup> governments and authorities around the world have introduced or intensified restrictive social distancing measures to reduce the spread of the infection. These measures have impacted family dynamics through their effects on family income, interpersonal bonds, well-being, and mental health.<sup>2</sup>

Violence against women has also been recognized by the United Nations General Secretary as a "global pandemic".<sup>3</sup> The complexity

entailed by the coexistence of the two pandemics exacerbates the risks of negative outcomes in the health and well-being of those who were already living in vulnerable situations before the emergence of COVID-19. Hazards affect women and men in different ways. In particular, "pandemics make existing gender inequalities for women and girls worse, and can impact how they receive treatment and care".<sup>4</sup>

The increase in reports of domestic violence against women during the pandemic has alerted several organizations, researchers, and civil society representatives. By using formal and informal networks, they expressed their concern and affirmed the

need to establish effective interventions to prevent and combat the phenomenon. The urgency of the situation calls for analyzing the existing scientific literature on strategies and recommendations for facing domestic violence against women in the context of the social distancing measures adopted as a response to the COVID-19 pandemic.

## 2 | MATERIALS AND METHODS

The present study is an integrative literature review designed to summarize the existing empirical and/or theoretical literature in order to obtain a comprehensive understanding of the issue of interest.<sup>3</sup> Based on the proposal and concepts of Whittemore and Knafl,<sup>6</sup> five stages were designed and performed.

### 2.1 | First stage: Identification of the problem

The following research question was formulated: What have been the strategies and recommendations for addressing violence against women during the implementation of social distancing measures in response to the COVID-19 pandemic?

### 2.2 | Second stage: Literature search

The following databases were searched: PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), and Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS). The Medical Subject Headings (MeSH) descriptors used were "COVID-19" AND "domestic violence" OR "intimate partner violence" OR "gender-based violence," in English, Portuguese, and Spanish.

Primary research articles, editorials, perspective pieces, and commentaries (among others) published between December 2019 and June 2020 were considered. To be included, the material had to meet the following criteria: describe the phenomenon of violence against women during the implementation of social distancing measures due to the COVID-19 pandemic; address the dynamics of this phenomenon; and/or suggest recommendations for action. Guidelines and recommendations provided by international and national organizations or committees to combat violence in the context of the pandemic were excluded.

### 2.3 | Third stage: Evaluation of data

Titles, keywords, and abstracts were first examined by two independent researchers for the pre-selection of articles that would be read in full. When divergences arose, a third researcher evaluated the pertinence of inclusion or exclusion. The bibliographic references of the selected articles were perused to scout for potential studies meeting the inclusion criteria that had not been uncovered previously. A total of 85 articles were identified, of which 38 were read in full and selected for data extraction to create the synthesis matrix (Fig. 1).

### 2.4 | Fourth stage: Analysis of data

The collected data were organized in a synthesis matrix. This tool was useful in grouping and comparing data, resulting in the identification of thematic categories as well as the elaboration of considerations on the topic under study.

### 2.5 | Fifth stage: Presentation

The syntheses of the knowledge produced were made public, along with a description of the implications and limitations of the review.

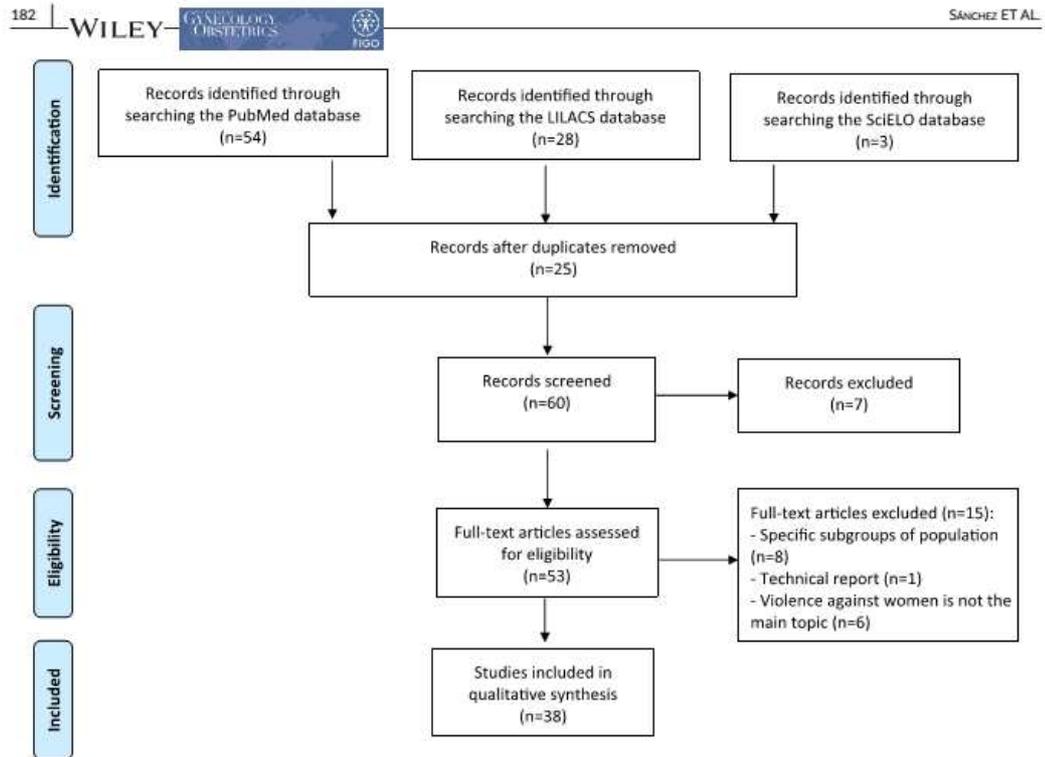
## 3 | RESULTS

A total of 38 articles were selected. A common perception among them is the key role of health workers, public security, and social services in screening, identifying, and addressing cases of violence. The articles use several terms referring to violence, such as intimate partner, domestic, family, and gender-based violence. The first two terms prevail in the papers analyzed (Fig. 2).

After the reading and critical analysis of the articles, categories were elaborated, revealing the occurrence of domestic, family, and intimate partner violence behaviors during the pandemic. Facilitating factors of violence from the perspective of individual, relational, community, and social dimensions were also identified.<sup>7</sup> The strategies suggested and implemented for prevention, screening, and interventions in cases of violence were also addressed (Fig. 3). The categories analyzed are displayed in Box 1.

The course of domestic and family violence during the COVID-19 pandemic are described by the authors. Assertions regarding the increase in violence are based on anecdotal evidence, police reports, increased demand for emergency services, shelters, and calls or contacts with help services.<sup>7-17</sup> Although the review's target population consisted of women in the domestic and family environment, the impact of violence on other family members (children, adolescents, and the elderly) is reported, which reveals the growing need for an intergenerational approach.<sup>18,19</sup> The articles show that the increase in violence has been observed not only in low- and middle-income countries, but in several regions where social distancing measures were adopted (Table S1).

The evidence showed an increase in calls to helplines and contacts with services and organizations intended for survivors, although many articles considered underreporting was possible.<sup>14,20</sup> The literature observes that some issues can affect the mode of complaint as well as demand for and access to help. Barriers in reporting include the aggressive and controlling behavior of the aggressor,<sup>7,8,15,16,21-27</sup> low privacy,<sup>28</sup> fear of contamination by COVID-19,<sup>23,24</sup> decreased social support and protection during the pandemic, and scarce availability of facilities (due to reduced work hours, funds, and personnel).<sup>7,9,14,22,29-32</sup> Additionally, survivors face difficulties in implementing security plans with friends and family due to fear of contagion.<sup>15,28</sup>

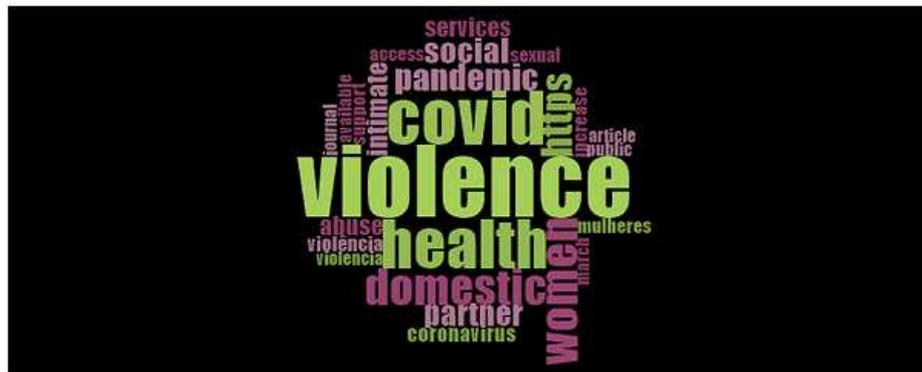


**FIGURE 1** PRISMA 2009 flowchart showing the inclusion of papers on integrative review about violence against women during the COVID-19 pandemic.

The link between violence against women and sexual and reproductive rights is another topic discussed by several authors, whose works reinforce the understanding of violence against women as a violation of human rights. Moreover, these studies highlight the need to maintain services that guarantee

women's right to sexual and reproductive health care during the pandemic.<sup>30,33,34</sup>

The health sector and its professionals are recognized as the cornerstone of the screening and identification of cases.<sup>8-10,12,14,18,21,25,27,31,35-37</sup> Because the health sector is an



**FIGURE 2** Word cloud based on NVivo analysis of word frequency. NVivo 11 (QSR International MA, USA).

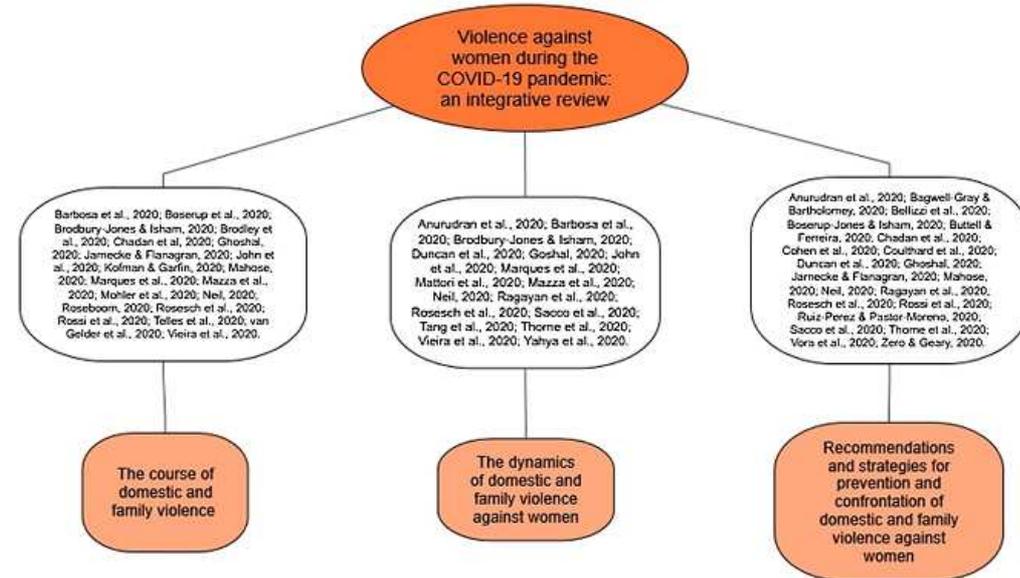


FIGURE 3 Relationship between authors and categories. NVivo 11 (QSR International MA, USA).

**BOX 1. Categories of domestic and family violence against women during the COVID-19 pandemic.**

**The course**

The tendencies in reports of domestic and family violence during social distancing measures

**The dynamics**

Factors or elements addressing the higher vulnerability experienced by women in situations of violence in the home, family, or linked with the intimate partner

**Recommendations and strategies for prevention and confrontation**

Strategies for prevention or intervention in situations of violence, as well as suggestions for those measures that need to be strengthened during and after the pandemic

essential service, contact with the population may encourage survivors to seek help. Several barriers limit the performance of the health sector, including insufficient technical training for health workers and fear of breaking patient confidentiality,<sup>22,25,37</sup> the priorities for care associated with the spread of COVID-19,<sup>7</sup> and the perception that this topic is not their responsibility.<sup>37</sup>

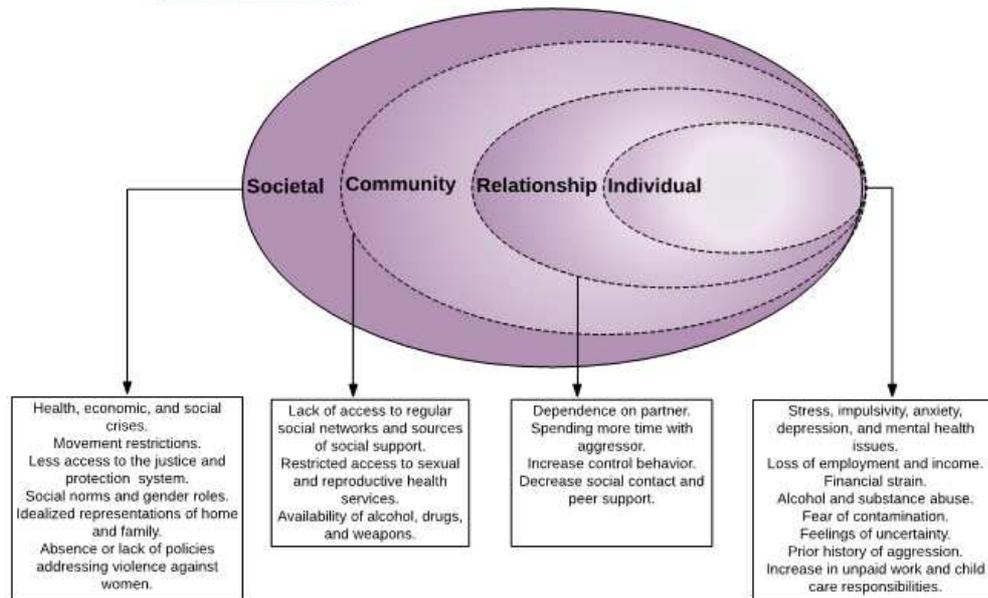
The dynamics of domestic and family violence against women have been addressed from different perspectives as individual, interpersonal, communal, and social in nature.<sup>7</sup> For this analysis, the ecological model of WHO<sup>38</sup> is a valuable resource for understanding

the complexity of the phenomenon, which is compounded by the experience of living through a global emergency. Using this model as a reference, one of the articles describes elements of both women and their aggressors that can put them at greater vulnerability during the current pandemic (Fig. 4).<sup>7</sup>

The home itself has been recognized as an unsafe space for women.<sup>7,11,18,26,39</sup> The presence of firearms and the increase in consumption of alcohol are also seen as catalysts for violence.<sup>18,26,35</sup> An interesting aspect addressed in the dynamics of violence is the use of fear of contagion as a tool to practice control over the victim, in addition to the typical coercive behavior of the aggressor.<sup>15,24</sup> In this sense, fear of exposure has been used as a resource to keep women isolated at home and away from social contact.<sup>15,27</sup>

The vulnerability of those who were already experiencing situations of violence before the pandemic has increased. Based on the articles analyzed, it is possible to assert that the pandemic has revealed several situations of rights violations in the life stories of women veterans,<sup>28</sup> migrants,<sup>25</sup> pregnant women,<sup>19,33</sup> puerperal women,<sup>33</sup> and adolescents and young people.<sup>7,18,30,31,40</sup> The pandemic and the measures taken to combat it did not create all observed inequality gaps in the societies.<sup>14,23,29,41</sup> Given this reality, it is necessary to transcend fragmented views of the link between violence and the pandemic to analyze the complexity of relationships within a patriarchal system.<sup>14,20,23</sup>

Authors formulate recommendations and strategies for the prevention and confrontation of domestic and family violence against women. Telemedicine has been used to maintain contact with patients while reducing the risk of exposure to COVID-19.<sup>9,15,25,27,28,40,42</sup> Its



**FIGURE 4** Ecological model for understanding violence during the COVID-19 pandemic. Source: Adapted from Krug et al.<sup>38</sup>

use can be recommended for screening and for the provision of support resources to survivors of violence, taking into account the need to ensure the women's privacy and security. The recommended resources include the verification of privacy,<sup>15</sup> the use of closed questions to verify security,<sup>15,25,28,37</sup> the use of specific colors or codes in case of danger,<sup>15</sup> and flexibility to take advantage of the aggressor's absences.<sup>9,15</sup>

Health professionals are recognized as essential actors in the identification and management of cases of violence, with the authors highlighting the importance of their training,<sup>8,9,17,21,23,27,28,36,37,41,43</sup> in addition to the need for support to deal with experiences during the pandemic and prioritize the well-being of the health professionals.<sup>8,40</sup> Specific recommendations have been launched for psychiatrists,<sup>16</sup> radiologists,<sup>41</sup> and dentists and maxillofacial surgery teams.<sup>37</sup>

The use of "traditional" paths, such as reaching out to shelters, victim support centers, police departments and helplines, and preparing a security plan, has been combined with the use of virtual channels, such as websites and messaging applications. Security precautions such as clearing history of use, calls, and messages should be taken when using them.<sup>9,13,21,28,29,31</sup>

Public campaigns to raise awareness and informative leaflets and handouts are identified as necessary for education on the topic and should be given on available services and facilities.<sup>7,8,10,20,21,28-30,36</sup> These materials send the message to survivors that they are not "alone" and contribute to deconstructing the idea of the aggressor's impunity.

In public spaces like pharmacies, the use of confidentiality codes has been established<sup>9,13,23</sup> in addition to the distribution of informative handouts in facilities considered essential services.<sup>28</sup> This initiative improves access for women who are prevented from using virtual channels. Maintaining and ensuring basic services for survivors in public spaces of health, safety, and justice are also indicated as relevant strategies, in addition to operating specialized centers and volunteer initiatives.<sup>7,8,11,18,20,23,26,27,29,31,35,39,42</sup>

Several authors emphasize the need for validated and culturally adapted screening instruments.<sup>8,10,25,42</sup> Collaborative and integrated work between organizations for the collection of data, indicator selection, impact assessment, and the design of actions against violence are also highlighted.<sup>10,12,22,38,44</sup> The multidisciplinary and intersectoral approach is presented as key in the analyzed articles.<sup>18,20,24,33,35,44</sup> In addition, many formulate questions regarding the role of local and national governments.<sup>9,11,21,27,45</sup>

Personal and community support networks and their role in denouncing and protecting survivors are another important topic in the literature.<sup>7,8,11,13,16,23,26</sup> It is crucial to think critically about the idealized representations of family and the home, to offer survivors the possibility of talking about the subject and creating actions to combat abuse and control within the family.<sup>11</sup>

The authors recommend conducting clinical, epidemiological, and psychosocial research related to COVID-19 and sexual and reproductive health.<sup>10,32,33</sup> They also underline the need to implement public policies for the prevention, protection, investigation, and punishment

of violence,<sup>45</sup> and to create opportunities for the economic independence of vulnerable women.<sup>9</sup> The integration of a gender perspective in statistics, impact assessments, and actions in crises are recommended,<sup>9,27,29,30</sup> as well as maintaining and ensuring access to services focused on women's sexual and reproductive health.<sup>30,33,34</sup> The long-term nature of the impact of the pandemic highlights the importance of implementing actions to prevent and confront domestic and family violence against women.<sup>8,21,24,41</sup>

#### 4 | DISCUSSION

Violence and its exacerbation during the COVID-19 pandemic have been identified as a global and public health issue that requires an urgent response.<sup>46</sup> The literature analyzed consists predominantly of primary research, comments, editorials, and letters to editors raising red flags to the scientific community and advocating for the elaboration of prevention strategies and integrated responses to violence in the domestic and family space.

The existence of publications on violence in the domestic context and within family ties denotes emerging concerns about the possible impacts of social distancing measures on the well-being and physical and mental health of vulnerable populations. These concerns are supported by the evidence of violations of the rights of girls and women during previous emergencies and disasters. The use of words such as "paradox," "hidden," or "tip of the iceberg" by the authors in reference to the topic reveals the complexity of the phenomenon.

Violence against women was already a global and public health issue before the COVID-19 pandemic. Evidence shows that one in three women has experienced physical and/or sexual violence from an intimate partner in her life.<sup>47</sup> The high prevalence of violence experienced by women throughout their lives in situations of "supposed normality" is an alert. In the current crisis, the coexistence of factors of a different nature intensifies the vulnerability in women.

The multiplicity of roles assigned to women in society increases their exposure to situations that deteriorate their physical and mental health. In the current pandemic, women represent 70% of health professionals, many of whom are working on the frontline.<sup>4</sup> These women usually assume the roles of both caregiver and family provider, facing situations of rights violation not only at work but also at home.

Some authors have promoted certain aspects over others in their analysis of the dynamics of violence in times of pandemic, especially by focusing on individual and relational factors.<sup>14</sup> This trend was observed when analyzing risk and protection factors associated with violence.<sup>48</sup> In general, the literature reveals that the elements identified as factors increasing vulnerability to violence have been exacerbated as a result of the impact of the pandemic and the social distancing measures on social, economic, and personal relationships. Nevertheless, the fact that this phenomenon is being analyzed and empirical data are collected as it unfolds brings to light the need to develop epidemiological studies.

The challenges posed to governments and healthcare systems by the COVID-19 pandemic have also impacted how violence against women is addressed. New protocols and approaches have been recommended to tackle violence, taking into account the complexity of the phenomenon. There is a concern, in several areas of healthcare, to adopt best practices when screening and assisting survivors of violence. In this sense, training and education for health professionals are key. They should include information on warning signs and technical knowledge as well as challenge the representations of health workers around violence against women.

A topic that should be discussed is the process of collecting and systematizing data on the course and dynamics of violence during the pandemic and on the extent to which health and safety systems are prepared to track cases of violence and to step in. In this sense, there is an urgent need to reinforce the joint work between public security and the health and social assistance sectors, in addition to civil society, in the prevention, identification, and confrontation of violence.

Intersectionality in prevention, screening, and intervention are essential to address domestic, family, and intimate partner violence, alongside the implementation of public policies and strategies focusing on gender and rights. Women should be included in the "decision-making and planning of interventions, security surveillance, detection and prevention mechanisms".<sup>4</sup>

The confinement situation forces women to spend most of their time at home with their aggressor, a reality that complicates both screening by professionals and the seeking of help by the women. During the pandemic, social media has seen an increase in complaints from third parties about situations of violence. In Brazil, the Brazilian Forum of Public Security observed a 431% increase in reports of fights among neighbors on social media between February and April 2020.<sup>49</sup> This reveals the role of community networks, friends, and family in identifying and taking action in cases of violence.

The strategies and recommendations presented by the authors expose the need to think about strategies before, during, and after the pandemic, given the probability that the vulnerable conditions of women will continue.

#### 5 | CONCLUSIONS

The use of different terms to describe the violence experienced by women reveals the multiplicity of scenarios where their rights can be violated. The already evident consequences of the COVID-19 pandemic on the physical and mental health of populations highlights the necessity of planning actions based on the experiences of previous crises and emergencies.

The health sector has a key role to play in identifying cases, providing support, and validating the experiences of survivors during this crisis. The scientific community should perform original studies to produce evidence on the dynamics of violence at this stage and to design strategies for preventing and confronting violence against women during and after the pandemic.

## AUTHOR CONTRIBUTIONS

ORS and FGS conceived the idea. ORS and FGS wrote the draft version. FGS, DV, LR, and ORS revised the manuscript. All authors provided feedback on the manuscript and approved the final version.

## ACKNOWLEDGMENTS

The authors ORS and LR received doctoral scholarships by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors have no conflicts of interest.

## REFERENCES

- World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [WHO website]. 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19--11-march-2020>. Accessed July 16, 2020.
- UN Women. Prevention: Violence against women and girls & COVID-19 [UN Women website]. 2020. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/05/brief-prevention-violence-against-women-and-girls-and-covid-19#view>. Accessed July 17, 2020.
- United Nations Secretary-General. Remarks on International Day for the Elimination of Violence against Women. [United Nations website]. 2018. <https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2018-11-19/international-day-for-elimination-of-violence-against-women-remarks>. Accessed July 17, 2020.
- United Nations Population Fund. Covid-19: a gender lens. Protecting sexual and reproductive health and rights, and promoting gender equality. Technical Brief. [UNFPA website]. 2020. <https://www.unfpa.org/resources/covid-19-gender-lens>. Accessed July 17, 2020.
- Whittemore R. Combining evidence in nursing research: Methods and implications. *Nurs Res*. 2005;54:56–62.
- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: Updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52:546–553.
- Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: overview, contributing factors, and mitigating measures. *Cad Saude Publica*. 2020;36:e00074420.
- van Gelder N, Peterman A, Potts A, et al. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine*. 2020;21:100348.
- Jarnecke AM, Flanagan JC. Staying safe during COVID-19: How a pandemic can escalate risk for intimate partner violence and what can be done to provide individuals with resources and support. *Psychol Trauma*. 2020;12(S1):S202–S204.
- Boserup B, McKenney M, Elkbuli A. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med*. 2020. S0735-6757(20)30307-7. [Online ahead of print]. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.077>
- Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs*. 2020;29:2047–2049.
- Chandan JS, Taylor J, Bradbury-Jones C, Nirantharakumar K, Kane E, Bandyopadhyay S. COVID-19: A public health approach to manage domestic violence is needed. *Lancet Public Health*. 2020;5:e309.
- Mahase E. Covid-19: EU states report 60% rise in emergency calls about domestic violence. *BMJ*. 2020;369:m1872.
- Barbosa JPM, Lima RdCD, Martins GDB, Lanna SD, Andrade MAC. Intersectionality and other views on violence against women in times of pandemic by Covid-19. 2020. [preprint].
- Neil J. Domestic violence and COVID-19: Our hidden epidemic. *Aust J Gen Pract*. 2020;49. [Online ahead of print]. <https://doi.org/10.31128/AJGP-COVID-25>
- Telles LEB, Valença AM, Barros AJ, da Silva AG. Domestic violence in the COVID-19 pandemic: A forensic psychiatric perspective. *Braz J Psychiatry*. 2020. S1516-44462020005015211. [Online ahead of print]. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1060>
- Mohler G, Bertozzi AL, Carter J, et al. Impact of social distancing during COVID-19 pandemic on crime in Los Angeles and Indianapolis. *J Crim Justice*. 2020;68:101692.
- Mazza M, Marano G, Lai C, Janiri L, Sani G. Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. *Psychiatry Res*. 2020;289:113046.
- Roseboom TJ. Violence against women in the covid-19 pandemic: We need upstream approaches to break the intergenerational cycle. *BMJ*. 2020;369:m2327.
- Ghoshal R. Twin public health emergencies: Covid-19 and domestic violence. *Indian J Med Ethics*. 2020;05:195–199.
- Bradley NL, DiPasquale AM, Dillabough K, Schneider PS. Health care practitioners' responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *CMAJ*. 2020;192:E609–E610.
- Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G. Measures to contain gender-based violence during the COVID-19 pandemic. *Gac Sanit*. 2020. S0213-9111. [Online ahead of print]. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>
- Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. The increase in domestic violence during the social isolation: what does it reveals? *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200033.
- Kofman YB, Garfin DR. Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma*. 2020;12(S1):S199–s201.
- Zero O, Geary M. COVID-19 and intimate partner violence: A Call to action. *RI Med J*. 2013;2020:57–59.
- Sacco MA, Caputo F, Ricci P, et al. The impact of the Covid-19 pandemic on domestic violence: The dark side of home isolation during quarantine. *Med Leg J*. 2020;88:71–73.
- Roesch E, Amin A, Gupta J, Garcia-Moreno C. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *BMJ*. 2020;369:m1712.
- Rossi FS, Shankar M, Buckholdt K, Bailey Y, Israni ST, Iverson KM. Trying times and trying out solutions: Intimate partner violence screening and support for women veterans during COVID-19. *J Gen Intern Med*. 2020;35:2728–2731.
- John N, Casey SE, Carino G, McGovern T. Lessons never learned: Crisis and gender-based violence. *Dev World Bioeth*. 2020;20:65–68.
- Thorne JG, Buitendyk M, Wawuda R, Lewis B, Bernard C, Spitzer RF. The reproductive health fall-out of a global pandemic. *Sex Reprod Health Matters*. 2020;28:1763577.
- Yahya AS, Khawaja S, Chukwuuma J. Association of COVID-19 with intimate partner violence. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2020;22(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.20com02634>
- Buttelf F, Ferreira RJ. The hidden disaster of COVID-19: Intimate partner violence. *Psychol Trauma*. 2020;12(S1):S197–S198.
- Tang K, Gaoshan J, Ahonsi B, et al. Sexual and reproductive health (SRH): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Reprod Health*. 2020;17:76.
- Schaaf M, Boydell V, Van Belle S, Brinkerhoff DW, George A. Accountability for SRHR in the context of the COVID-19 pandemic. *Sex Reprod Health Matters*. 2020;28:1779634.
- Duncan TK, Weaver JL, Zakrisson TL, et al. Domestic violence and Safe Storage Of Firearms in the COVID-19 era. *Ann Surg*. 2020;272:e55–e57.

36. Vora M, Malathesh BC, Das S, Chatterjee SS. COVID-19 and domestic violence against women. *Asian J Psychiatr*. 2020;53:102227.
37. Coulthard P, Hutchison I, Bell JA, Coulthard ID, Kennedy H. COVID-19, domestic violence and abuse, and urgent dental and oral and maxillo-facial surgery care. *Br Dent J*. 2020;228:923-926.
38. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland World Health Organization; 2002.
39. Anurudran A, Yared L, Comrie C, Harrison K, Burke T. Domestic violence amid COVID-19. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150:255-256.
40. Ragavan MI, Culyba AJ, Muhammad FL, Miller E. Supporting adolescents and young adults exposed to or experiencing violence during the COVID-19 pandemic. *J Adolesc Health*. 2020;67:18-20.
41. Matoori S, Khurana B, Balcom MC, et al. Intimate partner violence crisis in the COVID-19 pandemic: how can radiologists make a difference? *Eur Radiol*. 2020;1-4.
42. Cohen MA, Powell AM, Coleman JS, Keller JM, Livingston A, Anderson JR. Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(3):372-378. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.006>
43. Gibson J. Domestic violence during COVID-19: the GP role. *Br J Gen Pract*. 2020;70:340.
44. Bagwell-Gray ME, Bartholmey E. Safety and services for survivors of intimate partner violence: A researcher-practitioner dialogue on the impact of COVID-19. *Psychol Trauma*. 2020;12(S1):S205-S207.
45. Bellizzi S, Nivoli A, Loretto L, Farina G, Ramses M, Ronzoni AR. Violence against women in Italy during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150:258-259.
46. United Nations Population Fund. Gender Equality and Addressing Gender-based Violence (GBV) and Coronavirus Disease (COVID-19) Prevention, Protection and Response. [UNFPA website]. 2020. <https://www.unfpa.org/resources/gender-equality-and-addressing-gender-based-violence-gbv-and-coronavirus-disease-covid-19>. Accessed July 17, 2020.
47. UN Women. The Shadow Pandemic: Violence against women during COVID-19. [UN Women website] 2020. <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>. Accessed July 17, 2020.
48. Pan American Health Organization. Strategy and Action Plan on strengthening the health system to address violence against women. [PAHO website] 2015. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18386>. Accessed July 17, 2020.
49. Brazilian Forum of Public Security. Domestic Violence during Covid-19 pandemic. Technical Brief [FBSP website] April 16, 2020. <http://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>. Accessed July 17, 2020.

#### SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found online in the Supporting Information section at the end of the article.

## 5.5 Artigo 5. Routine Enquiry for Domestic Violence during Antenatal Care: An Opportunity to Improve Women's Health

Published online: 2022-05-16



Editorial 211

Editorial

### Routine Enquiry for Domestic Violence during Antenatal Care: An Opportunity to Improve Women's Health

Fernanda Garanhani Surita<sup>1</sup> Odette del Risco Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brazil

Rev Bras Ginecol Obstet 2022;44(3):211–213.

Violence against women has been recognized by the World Health Organization (WHO) as a health problem and a human rights violation with epidemic proportions which requires an urgent action.<sup>1,2</sup> Worldwide it is estimated that ~1 in 3 women have suffered physical and/or sexual violence by an intimate partner or non-partner sexual violence in their lifetime.<sup>3</sup> The United Nations considered as violence against women "any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual, or mental harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life."<sup>4</sup>

Domestic violence (DV), family violence (FV) and intimate partner violence (IPV) are terms frequently observed in the literature.<sup>5</sup> Unfortunately, domestic environment it is a place where many women might suffer violence perpetrated by relatives, former or current partner, showing that particularly their homes could be unsafe places from many women around the world.

In Brazil, recent statistics from Brazilian Forum of Public Security show that 230 160 women disclosed domestic violence and 1.350 feminicides occurred during 2020.<sup>6</sup> If we observed victims' sociodemographic characteristics it is appreciated a higher number of young women of reproductive health age which are particularly vulnerable to experience diverse forms of violence.

Throughout pregnancy violence episodes could be more frequent and DV might increase during the pregnancy course as well as in the postpartum period.<sup>7</sup> On the other hand, other authors have shown that women with history of violence reported an apparently decrease of DV episodes during pregnancy.<sup>3,8</sup> This variability suggest that some changes in severity and frequency of violence may occur during this period and pregnant woman could be experiencing forms less explicit of violence. However, identify those pregnant women might be suffered current or past experiences of DV contribute to understand the importance to be

awareness of this issue and the necessity to provide an appropriate approach during routine antenatal care (ANC). Accordingly, it has been recognized that DV might be more prevalent during pregnancy compared with other conditions such preeclampsia and gestational diabetes commonly screening during this period.<sup>9</sup>

There is a consensus regarding history of violence as a risk factor to experiences futures episodes and several evidence confirm that many forms of violence might be experienced during pregnancy and postpartum period.<sup>7,8,10–12</sup> Also, when observed these patterns, it is necessary highlight the importance to observe domestic violence as a continuum.<sup>7</sup> In this sense, it is important to recognize that violence can be perform as a cycle and episodes of violence could be recurrent through women's lifetime.

Regarding the prevalence of physical violence during pregnancy a WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women observed a variability among countries 1% in Japan city to 28% in Peru province.<sup>3</sup> A Brazilian study conducted among pregnant undergoing ANC in basic health care units of the Brazilian Health System (SUS), revealed that 19.1% ( $n = 263$ ) reported psychological violence and 6.5% ( $n = 89$ ) disclosed physical/sexual violence.<sup>11</sup> However, similarly to global estimates, the prevalence of DV among pregnant varied among studies conducted in Brazil.

Furthermore, a widely body of evidence has been shown serious consequences of DV to women wellbeing, particularly to sexual and reproductive health such as neonatal low-birth weight, unintended pregnancies, sexually transmitted infections, and preterm birth.<sup>13</sup> Also, mental health problems such as depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and adverse consequences in mother-child bond<sup>14</sup> are described as some consequences of DV experiences during pregnancy.

DV it is a complex phenomenon, and it is needed develop profounder analysis about their dynamics. In this sense, we highlight the importance to improve understanding about DV dynamic based on ecological perspective recognizing that

Address for correspondence  
Fernanda Garanhani Surita,  
Associate Professor, State  
University of Campinas, Cidade  
Universitária Zeferino Vaz - Barão  
Geraldo, Campinas - SP, 13083-  
970, Brazil  
(e-mail: surita@unicamp.br).

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742735>.  
ISSN 0100-7203.

© 2022, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. All rights reserved.

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution License, permitting unrestricted use, distribution, and reproduction so long as the original work is properly cited. (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)  
Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua do Matoso 170, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20270-135, Brazil

individual, relationship, community and society factors are necessary to achieve a comprehensive approach and consequently implementing strategies to respond and prevent violence in all their forms.<sup>3,15</sup>

Underreporting DV is common and most of survivors have fears, feel worried about safety and face barriers and difficulties to disclose DV experiences.<sup>1,16</sup> However, health system has been recognized as a key sector and those women who experienced DV might show clinical conditions associated with past and/or current DV experiences. Health services are often the first contact for survivors of violence and some clinical conditions associated with IPV experiences could be identified during obstetrics consultations such as unexplained reproductive symptoms, including pelvic pain, sexual dysfunction, repeated vaginal bleeding and sexually transmitted infections, unexplained genitourinary symptoms and chronic pain among others.<sup>17</sup>

Health sector response including strategies focused on primary, secondary and tertiary prevention undoubtedly requires a multidisciplinary approach. In the last years WHO have been developed strategies to strengthen the role of the health system including a multisectoral response to address interpersonal violence, especially against women and girls.<sup>2</sup> Women survivors of violence may have a safety, financial, psychosocial, legal protection and health needs<sup>1</sup> and for this reason it is important to recognize the role to addressing DV through implementing public policies, legal services, preventive health care services and psychosocial support.

Several international organizations, including the World Health Organization and International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), have developed statements, ethical guidance and recommendations regarding DV and IPV in healthcare settings. The 2013 WHO guideline included a series of minimum conditions to address violence in this context such as a protocol, training for providers, private setting, confidentiality and a system for referral.<sup>17</sup> In addition, particularly during pregnancy has been recognized that IPV it is a relevant issue to be address considering that implementing an appropriate enquiry during antenatal care contribute to a positive experience during this period.<sup>18</sup> In addition, professional organizations such as American Medical Association (AMA), American Academy of Family Physicians (AAFP), Emergency Nurses Association (ENA) and American Academy of Pediatricians (AAP) among others recognized the importance to screening for violence experiences. For instance, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) agreed that during pregnancy it is necessary to implementing a screening systematically. In this sense, they recommend routine enquiry during prenatal care and extended to postpartum period.<sup>19</sup> Similarly, FIGO has issued a publication entitled *Ethical guidance on healthcare professionals' responses to violence against women* reinforcing the consequences of DV experiences and the role of gynecologists and obstetricians to address this issue.<sup>20</sup>

Gynecologists and obstetricians should play an important role in identification, provide quality information, support, and referral survivors of DV. In this sense, routine enquiry

during ANC has been recognized as an opportunity to offer supporting and quality information, helping access resources and validating women's history.<sup>17,20</sup> The systematic contact between physicians and pregnant women should be considered as a possibility to create a confidential and trustness bond.

However, implementing a routine enquiry about DV during ANC it is not an easy task and requires several conditions and ethical principles that must be guarantee. Studies revealed that lack of time and knowledge about this topic were some barriers among health professionals to address DV.<sup>21</sup> Despite barriers and challenges evidences showed a positive attitude among women when questioned about DV experiences during ANC consultations.<sup>22</sup> For this reason, it is important implementing gender sensitive training among healthcare providers particularly obstetricians, gynecologists and residents, integrating DV education into medical school curricula and creating an institutional culture favorable to listen and offer an appropriate care to DV survivors. Technical preparation about how to ask and response is an essential knowledge, but DV is a sensitive topic that requires respectful of women's autonomy choices, non-judgmental, empathic, and confidential attitudes.

Additionally, it is observed an especial interest on examine effectiveness interventions to address DV during pregnancy. Thus, systematic reviews were conducted with this aimed showing a diversity of strategies including brief individualized consultation, referral to other professional and multiple therapy sessions.<sup>5,23</sup> Although the effectiveness of interventions still a literature gap due to lack of data and consistency in the outcomes<sup>5</sup> evidences suggest that not harmful effects were found due to interventions.<sup>23</sup> Furthermore, interventions for reducing and/or controlling DV among pregnant women conducted in low- and middle income countries were based in similar criteria such as women empowerment and contributing to identify resources and supporting women decisions to rise solutions according their particularly situation.<sup>5</sup> Hence, it is recommended that women centered-care response must to be the principal focus of interventions programs in healthcare settings.

Emergency and humanitarians' crises may present the risk of additional forms of violence and exacerbated conditions widely known as factors that increase women vulnerabilities.<sup>15,24</sup> Considering ANC as an essential service during Covid-19 pandemic context it is relevant to reinforce the importance of gynecologists and obstetricians to be aware to DV patterns and opportunities to offered first-line support to survivors.

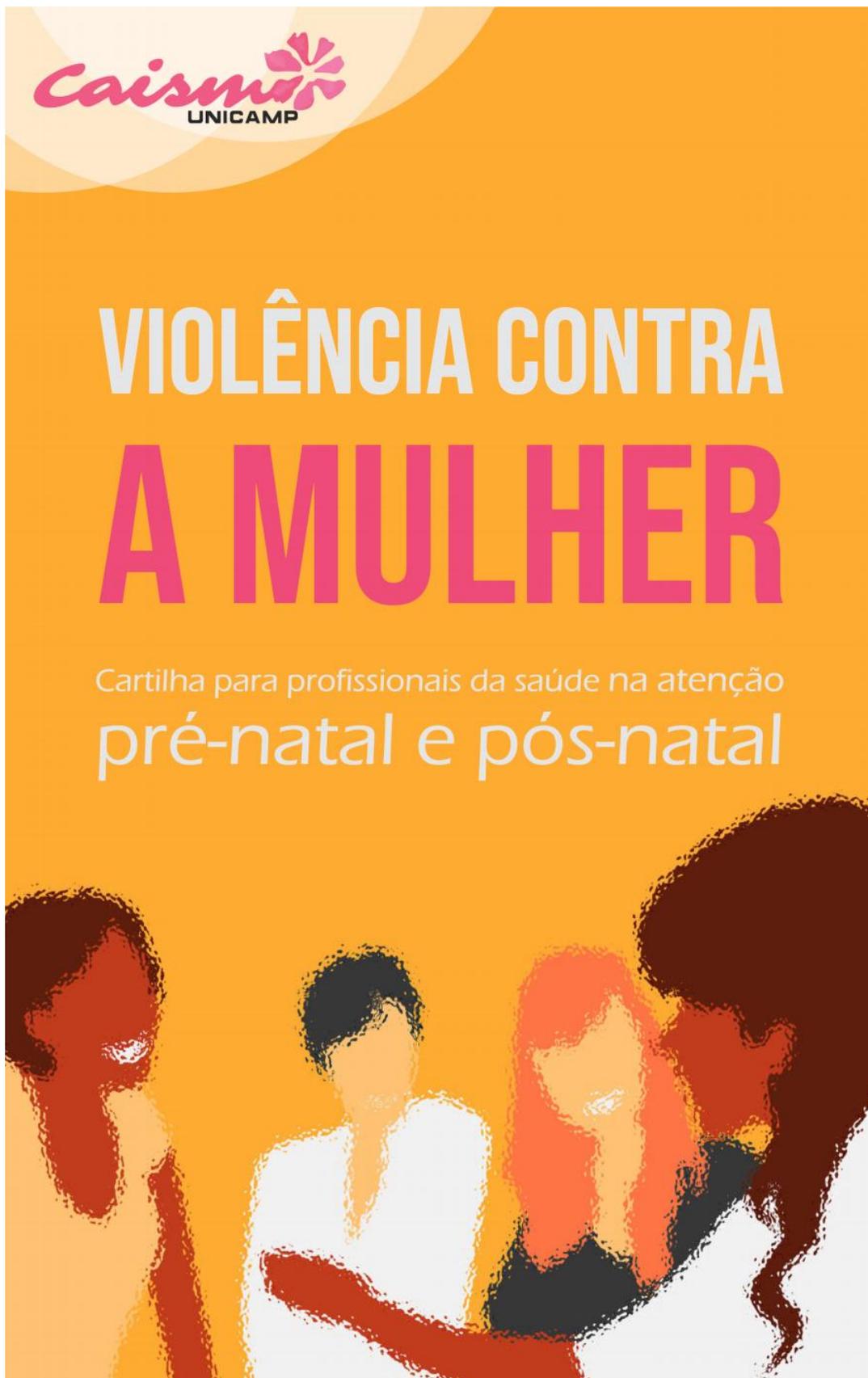
Challenges such as strengthen and build capacities to implementing strategies to prevent DV in healthcare settings and especially during ANC, training healthcare providers and stakeholders, strengthen the representation of health sector as safety places for women and their children, change cultural norms which maintenance different forms of violence against women as an acceptable behavior are some critical points to strengthen and encouragement gynecologist and obstetricians to implementing routine screening about DV during pregnancy.

Conflicts to interest  
None to declare.

## References

- García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385(9977):1567–1579. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7
- World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO; 2021
- 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 responses. Summary report. Geneva: WHO; 2005
- United Nations High Commissioner for Human Rights. Declaration on the elimination of violence against women: proclaimed by General Assembly resolution 48/104 of 20 December 1993 [Internet]. 1993 [cited 1993 Dec 20]. Available from: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- Sapkota D, Baird K, Saito A, Anderson D. Interventions for reducing and/or controlling domestic violence among pregnant women in low- and middle-income countries: a systematic review. *Syst Rev*. 2019;8(01):79. Doi: 10.1186/s13643-019-0998-4
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. São Paulo: FBSP; 2021 [cited 2022 Jan 3]. <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica>
- Finnbogadóttir H, Dykes AK. Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(01):327. Doi: 10.1186/s12884-016-1122-6
- Menezes TC, Amorim MM, Santos LC, Faúndes A. [Domestic physical violence and pregnancy: results of a survey in the postpartum period]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(05):309–316. Doi: 10.1590/S0100-72032003000500002Portuguese.
- Guedes A, Bott S, Cuca Y. Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: results of a baseline study by the International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;78(Suppl 1):S57–S63. Doi: 10.1016/S0020-7292(02)00045-0
- Silva EP, Ludermir AB, Araújo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2011;45(06):1044–1053. Doi: 10.1590/S0034-89102011005000074
- Audi CA, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MdaG, Pêrez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2008;42(05):877–885. Doi: 10.1590/S0034-89102008005000041
- Ludermir AB, Araújo TVB, Valongueiro SA, Muniz MLC, Silva EP. Previous experience of family violence and intimate partner violence in pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2017;51:85. Doi: 10.11606/S1518-8787.2017051006700
- Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JEJ II. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(02):141–144. Doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.042
- Mazza M, Caroppo E, Marano G, et al. Caring for mothers: a narrative review on interpersonal violence and peripartum mental health. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5281. Doi: 10.3390/ijerph18105281
- Sánchez OR, Vale DB, Rodrigues L, Surita FG. Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;151(02):180–187. Doi: 10.1002/ijgo.13365
- Lyus L, Masters T. Routine enquiry for domestic violence and abuse in sexual health settings. *Sex Transm Infect*. 2018;94(02):81–82. Doi: 10.1136/sextrans-2017-053411
- World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013
- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016
- Women's Preventive Services Initiative. Recommendations for preventive services for women: final report to the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources & Services Administration. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017
- Figo Committee For The Ethical Aspects Of Human Reproduction And Women's Health International Federation of Gynecology and Obstetrics. Ethical guidance on healthcare professionals' responses to violence against women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128(01):87–88. Doi: 10.1016/j.ijgo.2014.10.004
- Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cien Saude Colet*. 2011;16(03):1943–1952. Doi: 10.1590/S1413-81232011000300028
- Stöckl H, Hertlein L, Himsel I, et al. Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:77. Doi: 10.1186/1471-2393-13-77
- Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD009414. Doi: 10.1002/14651858.CD009414.pub3
- Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: overview, contributing factors, and mitigating measures. *Cad Saude Publica*. 2020;36(04):e00074420. Doi: 10.1590/0102-311X00074420

5.6 Material didático para profissionais da saúde. “Violência contra a mulher-  
Cartilha para profissionais da saúde na atenção pré-natal e pós-natal”



# VOCÊ *não* ESTÁ SOZINHA

Conflitos dentro de casa podem afetar nossa saúde. Os profissionais do Caism sabem disso e estão à disposição para ouvi-la e ajudá-la

## FALE COM A GENTE!



um ambiente  
**SEGURO**

UNICAMP  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
BIBLIOTECA

Ficha catalográfica elaborada por  
Maristella Soares dos Santos  
CRB8/8402

Sa55v Sánchez, Odette del Risco, 1989-

Violência contra a mulher : cartilha para profissionais da saúde na atenção pré-natal e pós-natal / autoras Odette del Risco Sánchez, Ândria Cléia Alves, Fernanda Garanhani de Castro Surita. - Campinas, SP : CAISM/Unicamp, 2021. 25 p. : il. PDF

Modo de acesso: World Wide Web:  
<https://www.caism.unicamp.br/index.php/assistencia/obstetricia>

1. Violência contra a mulher. 2. Violência doméstica. 3. Cuidado pré-natal. 4. Cuidado pós-natal. 5. Pessoal de saúde. I. Sánchez, Odette del Risco, 1989-. II. Alves, Ândria Cléia. III. Surita, Fernanda Garanhani de Castro, 1964-. IV. Universidade Estadual de Campinas. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. V. Título.

CDD. 362.1082



Universidade Estadual de Campinas  
Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas -  
Unicamp  
Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti  
Caism - Unicamp

**Autoras:**

Odette del Risco Sánchez. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação  
em Tocoginecologia FCM/Unicamp.  
Ândria Cléia Alves. Assistente Social do Caism.  
Fernanda Garanhani de Castro Surita. Professora Associada DTG/FCM/  
Unicamp.

**Colaboração:**

Grupo de Pesquisa SARHAS - Saúde Reprodutiva e Hábitos Saudáveis  
Claudinei dos Santos. ASTEC

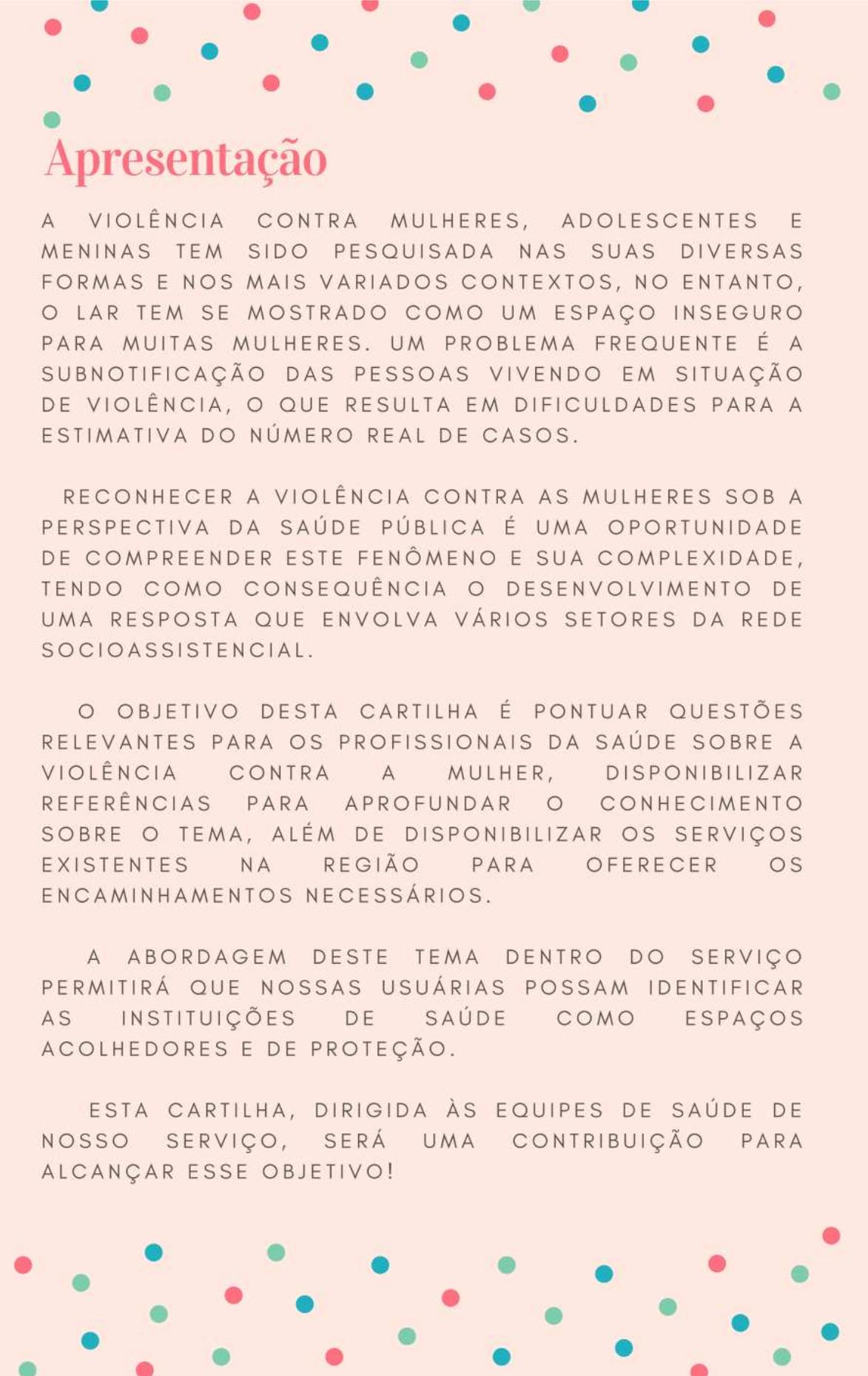
**Capa:**

Denis Barbosa Cacique

- 01** O que é a violência contra a mulher?
- 02** Violência doméstica e familiar
- 03** Tipos de violência
- 04** Ciclo da violência
- 05** A Lei Maria da Penha
- 06** Violência na gestação e no pós-parto
- 07** Papel das equipes de saúde
- 08** Avaliando o risco
- 09** Sintomas clínicos
- 10** Estratégias para o rastreamento da violência
- 11** Serviços especializados

# SUMÁRIO





## Apresentação

A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES, ADOLESCENTES E MENINAS TEM SIDO PESQUISADA NAS SUAS DIVERSAS FORMAS E NOS MAIS VARIADOS CONTEXTOS, NO ENTANTO, O LAR TEM SE MOSTRADO COMO UM ESPAÇO INSEGURO PARA MUITAS MULHERES. UM PROBLEMA FREQUENTE É A SUBNOTIFICAÇÃO DAS PESSOAS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, O QUE RESULTA EM DIFICULDADES PARA A ESTIMATIVA DO NÚMERO REAL DE CASOS.

RECONHECER A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE PÚBLICA É UMA OPORTUNIDADE DE COMPREENDER ESTE FENÔMENO E SUA COMPLEXIDADE, TENDO COMO CONSEQUÊNCIA O DESENVOLVIMENTO DE UMA RESPOSTA QUE ENVOLVA VÁRIOS SETORES DA REDE SOCIOASSISTENCIAL.

O OBJETIVO DESTA CARTILHA É PONTUAR QUESTÕES RELEVANTES PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, DISPONIBILIZAR REFERÊNCIAS PARA APROFUNDAR O CONHECIMENTO SOBRE O TEMA, ALÉM DE DISPONIBILIZAR OS SERVIÇOS EXISTENTES NA REGIÃO PARA OFERECER OS ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS.

A ABORDAGEM DESTA TEMA DENTRO DO SERVIÇO PERMITIRÁ QUE NOSSAS USUÁRIAS POSSAM IDENTIFICAR AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE COMO ESPAÇOS ACOLHEDORES E DE PROTEÇÃO.

ESTA CARTILHA, DIRIGIDA ÀS EQUIPES DE SAÚDE DE NOSSO SERVIÇO, SERÁ UMA CONTRIBUIÇÃO PARA ALCANÇAR ESSE OBJETIVO!

## **O QUE É A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER?**

“(…) QUALQUER ATO DE VIOLÊNCIA BASEADO NO GÊNERO DO QUAL RESULTE, OU POSSA RESULTAR, DANO OU SOFRIMENTO FÍSICO, SEXUAL OU PSICOLÓGICO PARA AS MULHERES, INCLUINDO AS AMEAÇAS DE TAIS ATOS, A COAÇÃO OU A PRIVAÇÃO ARBITRÁRIA DE LIBERDADE, QUE OCORRA, QUER NA VIDA PÚBLICA, QUER NA VIDA PRIVADA.”

Assembleia Geral da ONU. Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, 1993.

*Violência doméstica e familiar contra a  
mulher*

“(…) qualquer ação  
ou omissão baseada  
no gênero que lhe  
cause morte, lesão,  
sofrimento físico,  
sexual ou  
psicológico e dano  
moral ou  
patrimonial (…)”

Art. 5º Lei n. 11.340/2006 (Lei Maria da Penha)

***Violência doméstica e familiar contra a mulher  
pode acontecer***

I- no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II- no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III- em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual.

Art. 5º Lei n. 11.340/2006 (Lei Maria da Penha)

## TIPOS DE VIOLÊNCIA

Violência física

Violência psicológica

Violência moral

Violência sexual

Violência patrimonial



## A violência no ambiente doméstico e familiar pode manifestar-se como:

Violência física: atos que afetem a integridade ou saúde corporal da mulher. Por exemplo: bater, chutar, cortar, queimar, ferir, empurrar, atirar objetos, sacudir e apertar os braços, espancamento e provocar lesões com objetos.

---

Violência psicológica: atos que provoquem dano emocional e diminuição da autoestima, visem controlar e afetem o pleno desenvolvimento da mulher. Por exemplo: ameaças, ciúmes, constrangimento, chantagem, insultos, humilhações, vigilância constante, isolamento e violação da intimidade.

---

Violência moral: atos de calúnia, difamação ou injúria. Por exemplo: expor a vida privada e emitir juízos morais sobre a conduta.

---

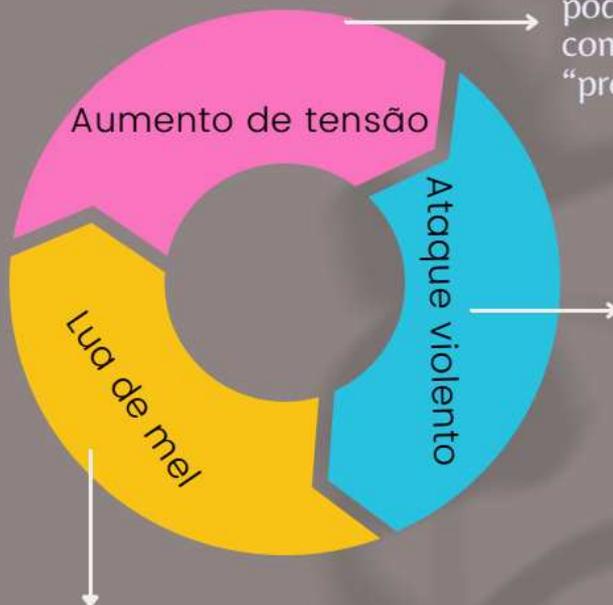
Violência sexual: qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força. Algumas delas são: estupro, limitar ou anular o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, obrigar a mulher a praticar atos sexuais que causem desconforto ou repulsa e impedir o uso de métodos contraceptivos.

---

Violência patrimonial: retenção, subtração, destruição de objetos, documentos e bens pessoais. Por exemplo: privar de bens, valores ou recursos econômicos, destruição de documentos pessoais e causar danos propositais a objetos da mulher ou dos quais ela goste.

---

# Ciclo da violência



Emergem agressões verbais, controle excessivo, humilhações, ameaças e destruição de objetos. A mulher minimiza a situação, pode ter atitude submissa e tenta controlar “fatores externos” que “provocam” os atos violentos.

Aqui, toda a tensão acumulada se materializa em violência verbal, física, psicológica, moral ou patrimonial. Explode a tensão em situações que variam em gravidade. A mulher pode ficar deprimida, oculta as lesões, teme, pode ter uma reação de procura de ajuda ou não.

Momento de arrependimento e perdão, até voltar a viver novamente momentos mais tensos. A mulher acredita no perdão, pode sentir culpa. Nessa fase pode acontecer a retirada das denúncias e abandono dos grupos de ajuda.

## *Importante*

Devemos reconhecer o ciclo da violência, suas diferentes fases e possíveis comportamentos dos profissionais de saúde em cada momento do ciclo, evitando estigmas e julgamento das histórias de vida das mulheres.



## A Lei Maria da Penha

Cria os mecanismos para prevenir e intervir nas situações de violência doméstica e familiar.

Facilita a elaboração de políticas públicas para a prevenção, atendimento humanizado e proteção às sobreviventes; institui medidas protetivas de urgência, além de programas com fins educativos.

Tem sido considerada uma das leis mais avançadas nessa área.



## Violência na gestação e no pós-parto

A gravidez, parto e puerpério envolvem uma série de mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Ser mãe vem acompanhado de novos desafios no âmbito da família, acontecendo mudanças nas relações entre seus membros.

---

A violência tem consequências para o binômio mãe-filho: aumenta o risco de gravidez não desejada, IST, óbito neonatal, baixo peso ao nascer, aborto espontâneo, afeções ginecológicas e da saúde mental.

---

Estudos apontam que, durante o ciclo gravídico-puerperal, aumenta a vulnerabilidade da mulher de sofrer violência doméstica, no entanto outros falam que diminuem os eventos de violência ao não ser socialmente aceito violentar a mulher durante essa etapa. As evidências mostram a importância de ficar alertas já que a violência neste período pode variar em gravidade e frequência.

---



## Papel das equipes de saúde

*As equipes de saúde desempenham um papel fundamental no oferecimento de tratamento oportuno para as sobreviventes da violência, mas também são muito importantes para o desenvolvimento de ações de prevenção.*

*O aumento de contatos das gestantes e puérperas com nossos serviços pode-se tornar uma oportunidade para acolhê-las, validar suas histórias, oferecer informação oportuna dos serviços disponíveis para cada situação e prover os encaminhamentos necessários.*

*Segundo a OMS, os requisitos que devem estar garantidos para o avaliar experiências de violência são: um protocolo/procedimento operacional padrão; formação sobre o modo de perguntar acerca da violência doméstica e familiar, e sobre o modo de dar a resposta mínima ou oferecer mais suporte; contar com um ambiente privado; garantia de confidencialidade; sistema de transferência instalado; e tempo para permitir a revelação apropriada.*

*WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016.*



# Avaliando o risco

ESTE TIPO DE  
CLASSIFICAÇÃO SUPÕE UM  
RECORTE DE UM FENÔMENO  
COMPLEXO

A classificação  
não é definitiva

Perceber-se em  
uma relação violenta  
pode demorar

O agressor pode  
transitar rapidamente de  
comportamentos de  
baixo para alto risco



## **BAIXO RISCO**

**"Quando não há indícios de risco iminente de graves lesões físicas e/ou feminicídio. É neste momento que as mulheres conseguem observar comportamentos indicativos de que seu companheiro(a) tem expressado uma relação de posse e pertencimento dentro do relacionamento.**

**Isto representa um sinal de alerta importante para que as mulheres se observem no contexto de violência, e consigam - em tempo hábil e com apoio dos poderes estatais - interromper o ciclo da violência.**

**Este momento deve ser considerado essencial para a prevenção de formas mais agravadas do comportamento violento.**

**Exemplos: Piadas ofensivas, culpar, desqualificar em público, chantagear, mentir, enganar, ignorar, ciúmes, ofender e humilhar, intimidar e ameaçar, proibir e controlar."**



## MÉDIO RISCO

**"Pode ser observado como a fase em que a violência física já está instaurada, podendo resultar em lesões graves para as mulheres.**

**Este estágio tem um papel fundamental de apresentar, de forma nítida, elementos que mostrem a urgência de romper com o ciclo da violência; e ainda de convocar os poderes públicos para a necessidade imediata de medidas para proteção das vítimas.**

***Exemplos: Destruição de bens pessoais, "brincar" de bater, machucar, agredir, beliscar, empurrar, chutar e golpear."***



## ALTO RISCO

**"Alerta para vida em perigo. Risco iminente de lesões graves e/ou feminicídio. É o momento em que ações deixam de ser indícios de violência iminente, tornando-se imperiosa a ação estatal imediata.**

**Este é um dos momentos mais delicados, tanto para as mulheres, quanto para os profissionais responsáveis pelas respostas às vítimas. É difícil mensurar o grau de vulnerabilidade psicológica e física das mulheres para que possam, autonomamente, sair do contexto de violência.**

**Para os profissionais, é necessário apoiar deliberações sobre medidas protetivas de urgência, buscar a rede de proteção e encaminhar para autoridades de segurança pública.**

***Exemplos: Ameaçar de morte, forçar relações sexuais, ameaçar com objetos ou armas, mutilar, confinar, prender, matar."***

## FIQUE

*Atento/a*

### Alguns sintomas clínicos associados à vivência de violência

- Transtornos crônicos, vagos e repetitivos;
- Entrada tardia no pré-natal;
- Companheiro muito controlador; reage quando separado da parceira;
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- Dor pélvica crônica;
- Síndrome do intestino irritável;
- Transtornos na sexualidade;
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;
- Depressão, Ansiedade;
- História de tentativa de suicídio;
- Lesões físicas que não se explicam de forma adequada

**PARA O RASTREAMENTO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PODEM SER EMPREGADAS VÁRIAS ESTRATÉGIAS:**

## **Acolher o relato espontâneo**

- Ataques a entes queridos, objetos pessoais, ou a animais de estimação;
- Restrição de liberdades individuais (impedimento de trabalhar fora; estudar; ou sair de casa, mesmo para visitas a familiares);
- Práticas que resultam em restrições de liberdades, como não disponibilizar dinheiro; ameaças de agressão ou brigas verbais associadas às saídas;
- Humilhação (maus-tratos, desqualificações públicas ou privadas) xingamentos e ofensas por conhecidos e/ou familiares;
- Discussões e brigas verbais frequentes;
- Ameaças de agressão; ameaças com armas ou instrumentos de agressão física;
- Relações sexuais forçadas;
- Submissão a práticas sexuais indesejadas;
- Agressão física de qualquer espécie.

**PARA O RASTREAMENTO DA SITUAÇÃO DE  
VIOLÊNCIA PELOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE PODEM SER EMPREGADAS VÁRIAS  
ESTRATÉGIAS:**

## **Perguntas diretas**

- Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isto aconteceu alguma vez com você?

## **Perguntas indiretas**

- Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro? ou  
Você está com problemas no relacionamento familiar? ou  
Você se sente humilhada ou agredida? ou  
Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde? ou  
Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito? ou  
Quando vocês discutem, ele fica agressivo?



## **Serviços especializados**

## SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DISPONÍVEIS NA REGIÃO

**CEAMO:** serviço público municipal que presta acolhimento, acompanhamento psicossocial e orientação jurídica às mulheres em situação de violência de gênero no âmbito doméstico, visando romper o ciclo da violência através de atendimento individual, familiar ou em grupo.

**Endereço:** Av. Francisco Glicério, 1269 - 6º andar - Vila Lúcia /Centro, Campinas - SP, 13012-100

**Horário de atendimento:** 08:00 às 17:00

**Telefone:** (19) 3236-3619 / 0800 777 1050

**Observação:** Durante o período da pandemia podem ocorrer mudanças no horário de funcionamento. Recomenda-se contatar o serviço antes de oferecer os encaminhamentos necessários.

**Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher:** unidades especializadas da Polícia Civil que realizam ações de prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência contra as mulheres. Entre suas ações, estão o registro de Boletim de Ocorrência e a solicitação ao juiz das medidas protetivas de urgência, nos casos de violência doméstica e familiar contra as mulheres.

### 1ª Delegacia de Defesa da Mulher de Campinas

**Endereço:** Av. Dr. Antônio Carlos Sales Júnior, 310 - Jardim Proença I, Campinas - SP, 13100-410

**Horário de atendimento:** 09:00-17:00

**Telefone:** (19) 3242-5003

### 2ª Delegacia de Defesa da Mulher de Campinas

**Endereço:** R. Ferdinando Panattoni, 590 - Jardim Pauliceia, Campinas - SP, 13060-090

**Horário de atendimento:** Aberto 24 horas

**Telefone:** (19) 3227-0080



## SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DISPONÍVEIS NA REGIÃO

**Ligue 180:** recebe denúncias de violência, informa e orienta as mulheres sobre seus direitos e sobre a legislação vigente, encaminhando-as para outros serviços, quando necessário. O Ligue 180 é um serviço gratuito que funciona 24 horas, todos os dias da semana.

**Polícia Militar:** disponível para situações de emergência acessível mediante o número 190.

**Guarda Amigo da Mulher (Gama):** possui uma equipe de guardas municipais qualificados para acompanhar e fiscalizar a situação de mulheres que possuem medidas de proteção por conta de violência doméstica, acessível mediante o número 153.

**Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual:** serviço de saúde do SUS, especializado no atendimento às mulheres que foram vítimas de violência sexual. Neles contamos com equipes multidisciplinares capacitadas para um atendimento humanizado que oferecem seguimento ambulatorial até o 6º mês após a data da violência. Este serviço está disponível no CAISM e funciona 24 horas oferecendo atendimento imediato.

**Endereço:** R. Alexander Fleming, 101-Cidade Universitária, Campinas - SP, 13083-881



## REFERÊNCIAS

---

1. Assembleia Geral da ONU. Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, 1993.
2. Lei Maria da Penha. Lei N.º11.340, de 7 de Agosto de 2006.
3. Instituto Maria da Penha. Tipos de Violência. <https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>
4. García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, et al. WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Summary report. Geneva: World Health Organization, 2005.
5. Medina ABC & Penna LHG. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. Esc. Anna Nery. 2008; 12(4):794-799.
6. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO, 2016.
7. SESC e UNFPA. Campanha "Você não está sozinha", 2020. <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/campanha-voce-nao-esta-sozinha-como-identificar-uma-relacao-de-violencia-de-genero>
8. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais. São Paulo: SMS, 2007.
9. Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres. Mulheres na COVID-19, 2020.



## 5.7. Artigo 6. Developing a strategy to address domestic violence in antenatal and postnatal care service: a quality improvement project

### Carta de Submissão

#### Journal of Advanced Nursing <onbehalf@manuscriptcentral.com>

para mim, julianavasfreitas, dlabre, i175387, surita

16-Dec-2022

JAN-2022-2446: Developing a strategy to address domestic violence in antenatal and postnatal care service: a quality improvement project

Dear Dr Surita:

This manuscript has been successfully submitted to the Journal of Advanced Nursing. You have been listed as an author. Please make a note of your manuscript ID:

JAN-2022-2446

Please note that all papers are subject to preliminary review by the Editor-in-Chief before being sent for review.

The review process is usually completed within 10 weeks, but can take longer, depending on reviewer availability (e.g. during holiday periods or if an alternative reviewer needs to be approached). This time frame includes selecting and inviting reviewers, awaiting their response to the request, consideration of the reviews by the assigned Editor and, finally, the Editor-in-Chief's decision and communication with the author. Please be patient during this process and it would be much appreciated if you would not email the Editorial Office to enquire about the status of your manuscript until a period of at least 10 weeks has lapsed. You can track the progress of your paper using the tracking facility in your author centre.

If there are any changes to your personal details or e-mail address, please login to ScholarOne Manuscripts at <http://mc.manuscriptcentral.com/jan> and edit your user information accordingly.

This journal offers a number of license options, information about this is available here: <https://authorservices.wiley.com/author-resources/Journal-Authors/licensing/index.html>. All co-authors are required to confirm that they have the necessary rights to grant in the submission, including in light of each co-author's funder policies. For example, if you or one of your co-authors received funding from a member of Coalition S, you may need to check which licenses you are able to sign. You can keep track of your manuscript at any time by logging on to your Author Centre at <http://mc.manuscriptcentral.com/jan>.

Thank you for submitting your manuscript to the Journal of Advanced Nursing.

Best wishes,

Emma Jones  
Journal of Advanced Nursing

## **Developing a strategy to address domestic violence in antenatal and postnatal care service: a quality improvement project**

Odette del Risco Sánchez<sup>1</sup>, Juliana Vasconcellos Freitas-Jesus<sup>1</sup>, Daniela Machado Labre<sup>1</sup>, Isabelle Monteiro<sup>1</sup>, Fernanda Garanhani Surita<sup>1\*</sup>

\* Correspondence: [surita@unicamp.br](mailto:surita@unicamp.br)

<sup>1</sup> *Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas, Campinas, SP, Brazil. R. Alexander Fleming, 101, ZIP code: 13083-881.*

### **Abstract**

**Background:** Violence against women has been considered by the World Health Organization to be a public health problem and a serious violation of human rights. The strategies for its eradication should include efforts to improve the response of health systems to violence against women supported from a health promotion perspective. Some recommendations are available regarding the importance of including domestic/intimate partner violence screening in antenatal and postnatal care consultations, however, little evidence is reported on how to implement a routine screening in healthcare settings.

**Methods:** This is a quality improvement based on the PDSA cycle. The evidence-based intervention is part of a project that has been conducted within an antenatal and postnatal care service at a university hospital in Campinas, São Paulo, Brazil. As part of the four stages cycles, we designed a strategy based on five steps 1) identification of a strategy for screening domestic violence; 2) identification of the scale for risk assessment; 3) system for recording information and referrals; 4) meetings with multidisciplinary teams; and 5) development of informative and educational materials for users and health professionals. The implementation of this intervention aims to develop a strategy focused on including a domestic violence approach in antenatal and postnatal care. This strategy is being developed by a multidisciplinary team, supported by intersectoral work with the social assistance network of the community, and facilitated by researchers of the hospital.

**Discussion:** The inclusion of this topic in antenatal and postnatal care services is an opportunity to identify women in situations of vulnerability to violence and thus facilitate their access to domestic violence resources. The approach that is presented will

contribute that women recognize health institutions as welcoming, safe and protective environments.

**Keywords:** Domestic Violence; Antenatal Care, Postnatal Care; Health professionals; Quality Improvement.

## **Background**

Violence against women (VAW), adolescents, and girls is a public health problem and a serious violation of human rights (1). Despite it has been developed many efforts to eradicate violence against women, a home is still an unsafe place for many women. According to statistics from the World Health Organization, 1 in 3 women has experienced physical and/or sexual violence by their partner (2). In the Americas, it is estimated that 25% of women between 15 and 49 years of age experience physical and/or sexual violence by an intimate partner at some point in their lives (3).

In Brazil, some statistics collected during the COVID-19 pandemic show that 230.861 women reported a case of domestic violence (DV) in 2021 increasing by 0.6% when compared with the previous year (4). Unfortunately, beyond public health emergencies violence against women is a persistent issue. Lessons learned from previous emergencies have shown a trend of violence increase, especially in those countries with weak health and legal systems, and already high rates of VAW and gender inequality (5). This context added challenges to developing actions to reduce and prevent DV. Despite this, it was observed that greater difficulties to report violence and a reduction of available resources for violence survivors increased this group's vulnerability (6). Also, other forms of violence such as patrimonial or psychological violence are part of the life experiences of women, but there are historically less visible.

Pregnant and postpartum women are not except for domestic/intimate partner violence. A systematic review collected studies that revealed intimate partner violence

(IPV) prevalence among pregnant women demonstrated that the worldwide prevalence rate of any type of IPV in pregnancy was 25.0% (95% CI 20.4–30.7) showing a variation within countries and continents (7).

Physical and sexual violence have an impact on sexual and reproductive health, thus increasing the risk of unwanted pregnancy, sexually transmitted infections, miscarriage, as well as gynecological disorders, and mental health conditions, among other issues (2). These outcomes reveal the importance of being alert to violence during the pregnancy-puerperal cycle due to the serious maternal and perinatal health consequences.

Although the effects of violence are recognized, difficulties in estimating the actual number of survivors due to underreporting is a common problem, especially among the women most at risk for experiencing violence (8). Despite this, antenatal care has been recognized as a relevant entry point (9). Some studies have revealed high support for routine or case-based screening for intimate partner violence in antenatal care among pregnant women (10, 11).

Therefore, it is necessary to strengthen the capacities of health systems for both the development of actions aimed at the prevention of violence and the rehabilitation of survivors. In this sense, to address violence against women, it is necessary to develop a multisectoral response (2).

The development of a strategy to address domestic violence (DV) within antenatal and postnatal care service is justified by the opportunities that health professionals have to establish a bond of trust during systematic contact with women. Some recommendations are available reinforcing the importance to include domestic/intimate partner violence screening in antenatal and postnatal care

consultations. Despite these recommendations, little evidence reported how to implement a routine screening in healthcare settings through a formal protocol. Within this context, we aim to develop a strategy focused on including a domestic violence approach in antenatal and postnatal care.

## Methods/Design

The project will address four phases that function as a cycle. Figure 1 shows the different elements that compound the project.

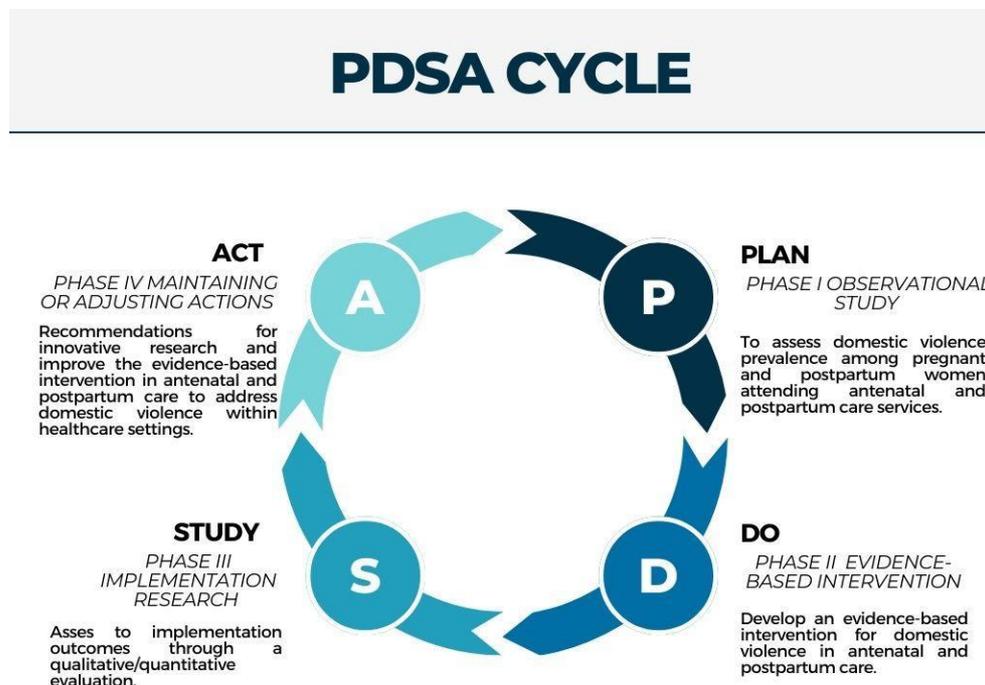


Fig.1 The PDSA model.

From the perspective of quality improvement in healthcare, the conception of this project was based on Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycle. Thus, this article presents the main elements that compound an evidence-based strategy to address domestic violence within an antenatal and postnatal care service (Fig. 2).

The objective of this phase is to support a multi-disciplinary team to address domestic violence routine screening among pregnant and postpartum women.

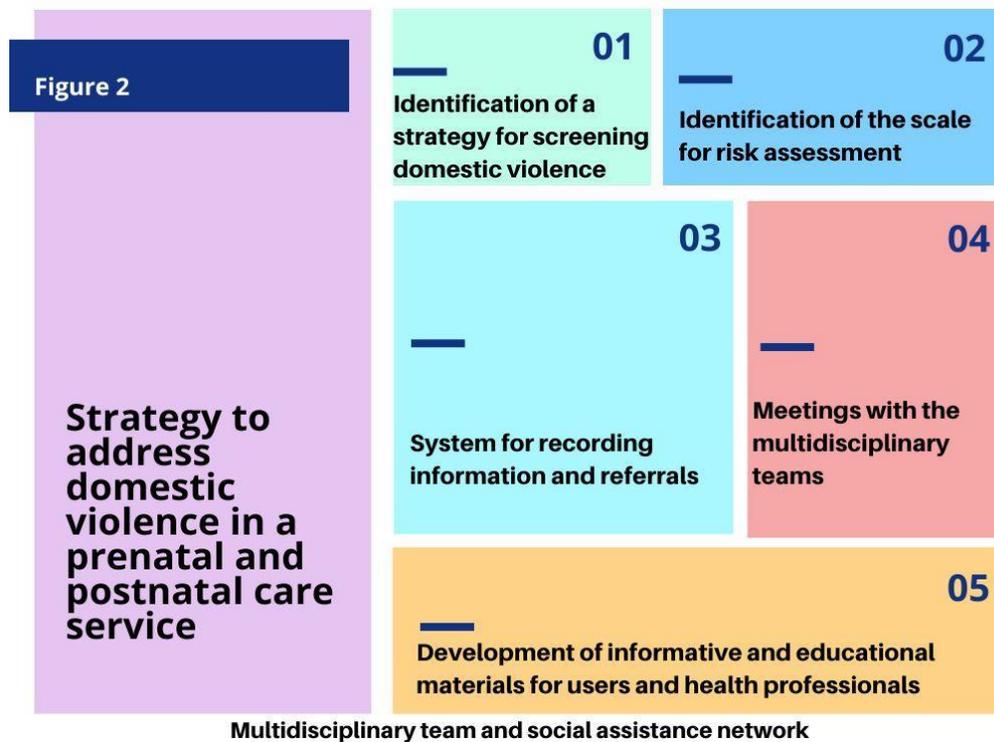


Fig. 2 Strategy for addressing domestic violence in antenatal and postnatal care services.

### ***PDSA cycles and quality improvement in healthcare services***

Quality improvement involves a “commitment to continuously improving the quality of healthcare, focusing on the preferences and needs of the people who use services” (12). The promotion of changes in healthcare institutions through a quality improvement project was an important step conceived by the researcher’s team to introduce new approaches that strengthen a women’s center-care in antenatal and postnatal care services.

Commonly, some basic questions guide this process (12)

- What are we trying to accomplish? We aim the implementation of DV routine inquiry among women who attend regularly outpatient antenatal and postnatal care.
- How will we know if a change has been an improvement? It will be developed implementation research that measures some indicators such as the local that implemented the screening, the number of women screened, the type of violence identified, and the risk classification collected through 6 months, 12 months, and 18 months assessments.
- What changes can we make that will result in improvement? It will be implemented actions for stakeholders such as:
  - a) Put posters in waiting rooms for clinic attendees.
  - b) Provide support materials for multidisciplinary teams.
  - c) Conduct brief training sessions for medical staff and meetings with the multidisciplinary team.

One way to implement changes is using PDSA cycles that allow organizing, testing, and implementing interventions based on a framework that functions through continual stages. This is the most commonly used approach and includes four stages such as 1) definition of the problem and planning of the change based on the available evidence (Plan); 2) changes are implemented detailing their effects or consequences (Do); 3) identifies and analyze if the change denotes the expected improvements measuring the results achieved (Study); and 4) identify if any modification or adjusting is needed, and consequently, prepared new cycles of PDSA according to lessons learned (Act) (12-14). PDSA cycles have been considered a model that contributes to decreasing the resistance to changes due to their interaction with stakeholders (14).

### ***Context of intervention***

This project is developed at the Women's Hospital of the University of Campinas (CAISM), an institution located in the Campinas region, São Paulo, Brazil. The Women's Hospital is a reference university hospital belonging to the Brazilian Unified Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS* in Portuguese).

This unit offers specialized care to approximately five million inhabitants of 42 municipalities in the Metropolitan Region of Campinas. Obstetrics consultations are part of the services offered to women. Weekly the service receives approximately 200 pregnant and 40 postpartum women who attend regularly outpatient antenatal and postnatal care. The antenatal and postnatal care is conducted by a multidisciplinary team composed of physicians, nurses, psychologists, and social assistance professionals.

This hospital is committed to healthcare professionals' education and receives students from diverse specialties. At the moment of the intervention, 38 medicals are completing their residency training in Obstetrics and Gynecology specialties, and 6 in Family and Community Medicine Residency.

This research was approved by the Research Ethics Committee of the University of Campinas, Brazil under number CAAE: 59282322.0.0000.5404.

### ***Phase I: Observational study***

The care proposal originated from the doctoral project entitled *Violence against women during pregnancy and the postpartum period: a mixed methods study*, whose aim is to evaluate the prevalence of violence against women and the types and degree of kinship of aggressors, as well as to explore the perceptions about violence among women seen in antenatal and postnatal services (15).

During the data collection, the researchers found a participatory multidisciplinary team that was sensitized to the topic addressed, in addition to users of the service needing listening, guidance, and support. Most parts of this phase were conducted during the COVID-19 pandemic. Consequently, the period around the COVID-19 pandemic, also considered a specific context of exacerbation of economic and social vulnerabilities, makes actions in this scope even more necessary (6).

In this phase, we recognized domestic/intimate partner violence as a problem presented among pregnant and postpartum women. During this phase, we identified that of the 600 pregnant and postpartum women interviewed, 138 (23%) had suffered any abuse, 2.3% had suffered physical violence during pregnancy, and 5.3% of the women experienced an episode of physical violence during the last 12 months (16).

### ***Phase II: The evidence-based intervention***

The strategy developed involved five steps, described below: 1) identification of a strategy for screening domestic violence; 2) identification of the scale for risk assessment; 3) system for recording information and referrals; 4) meetings with multidisciplinary teams; and 5) development of informative and educational materials for users and health professionals.

#### **First step: Identification of a strategy for screening domestic violence**

Developing actions in the health sector to support survivors of violence is a necessary practice due to the different consequences resulting from exposure to violence at different times of the life cycle. Identifying the relevance of this sector is essential because not all women in situations of violence seek specialized services, but they will likely access the health system at some point in life with various health needs (17).

To identify the most convenient and effective strategy for the detection of domestic violence among pregnant women and postpartum women in tertiary health care, scientific literature was consulted for theoretical and technical support. The databases and technical manuals of international and Brazilian organizations were consulted to enable the subsequent development of a tool appropriate to the context. The main findings are described below.

In a literature review on the response of the health sector to intimate partner violence in low- and middle-income contexts, the existence of several models was identified, among which are those focused on the levels of secondary and tertiary care, such as services emergency services, or those located at the primary level focused on reproductive health services and family planning (17).

In turn, the World Health Organization published a series of recommendations for addressing intimate partner violence in health services, which indicate the need to ensure conditions, such as the existence of a standard operating protocol/procedure; training on how to ask about intimate partner violence and how to give the minimum response or offer more support; the private environment; the guarantee of confidentiality; the referral system installed; and the time to allow appropriate disclosure (18).

Furthermore, professional organizations such as *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recognize the importance of including the issue of domestic and interpersonal violence in the routine care provided to women during pregnancy and the puerperium period. In the case of obstetric consultations, it is recommended that they occur from the first antenatal care visit, at least once per trimester, and during the postpartum care (19).

Universal screening as a practice for the detection of domestic violence has been the subject of wide discussion (20). Although some health organizations recommend the implementation of this evaluation for all women, others consider that it should be aimed at high-risk populations, including pregnant women attending antenatal care clinics (21). The adoption of strategies to include the detection of domestic violence in the care received by users requires changes in health professionals and the institutions themselves so that these approaches are lasting. Despite the challenges, it is important to consider that routine benefits include increased surveillance, detection of survivors, prevention of new episodes, provision of guidance, and referral to specialized services.

To detect a reference model to offer a comprehensive response from the health sector, the research team identified an alternative developed in Brazil, which was evaluated by the multidisciplinary and adapted team to the context of antenatal and postnatal care offered at the institution. This care proposal, which focuses on severe domestic conflicts (CONFAD), constitutes a model of action in primary care based on detection, listening, and qualified guidance as part of professional practice (22).

According to the manual *Women in situations of domestic and sexual violence: general guidelines (Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais* in Portuguese), developed by the Coordination for the Development of Health Programs and Policies, resources can be used within the services that facilitate the identification of women in situations of violence, such as accepting the spontaneous report, using indirect questions or direct questions in case of suspicion (23). In the case of the experience developed in our service, it was suggested to the teams the introduction of these questions as part of the consultation routine offered to women during the antenatal and postnatal periods.

Similarly, the evidence mentions the impact of violence on health, where in addition to the appearance of lesions, there is a wide variety of clinical conditions to be observed in the users' histories (17). Considering the diversity of clinical manifestations that may be associated with the experience of violence, it was recommended to the teams to observe issues such as chronic, vague, and repetitive disorders; late entry into antenatal care; bond with the partner; mental health conditions; disorders in sexuality; injuries that are not adequately explained; repeated abortions, and complications in previous pregnancies (23).

### **Second step: Identification of the scale for risk assessment**

To offer resources to professionals to evaluate exposure to violence in users, a scale proposal for preliminary risk assessment was presented (24). With the help of a resource such as the "violentometer", different gradients of violence are represented, to contribute to the recognition of implicit and explicit forms of violence. Currently, the use of this format has been promoted in the campaign *You are not alone (Você não está sozinha in Portuguese)*, developed by Sesc and the United Nations Population Fund (24). Similarly, validated instruments have been developed to provide an educational technology that contributes to identifying and preventing diverse forms of VAW (25).

The risk classification proposed is based on exposure to different forms of violence, including:

- 1) Low risk: behaviors that may reveal a relationship of possession in the bond with the partner, representing an important warning sign to develop actions aimed at the prevention of acute episodes of violence. Examples: offensive jokes, guilt, disqualification in public, blackmail, control, and jealousy, among others.

2) Medium risk: stage in which physical violence is present, and severe injuries can be identified in women, indicating the urgency to break the cycle of violence. Examples: the destruction of personal property, offenses, and shoving, among other various forms of aggression.

3) High risk: phase in which an imminent risk of femicide or situations that put personal integrity at risk is identified, which requires immediate intervention and the execution of measures to ensure the protection of exposed people. Examples: death threats, forced sexual relations, and confinement, among others.

The purpose of this type of scale is to support the multidisciplinary team in the identification of possible behaviors to be followed in terms of referrals to external services and/or within the hospital itself. For the approach to domestic violence, it is recommended that the classifications should not be used as a means of minimizing the situations of violence identified because the behaviors present in each phase should put the health teams on alert.

This type of scale assumes that domestic violence is a complex phenomenon that can worsen and become cyclical, so the preliminary assessment of the perception of risks experienced by women is not definitive (24). In this sense, this tool can be used as a resource to offer a welcoming and initial guidance to women in situations of violence. Some important aspects should be taken into account when using this type of resource. Women self-identifying in a violent relationship is a difficult process and can take a long time; in turn, the aggressor can move quickly from low to high risk, without necessarily manifesting behaviors that respond to a predetermined logic (24).

**Third step: System for recording information and referrals**

For the identification of women at risk and their monitoring by the multidisciplinary team, changes were made to the electronic information record system of the institution. The records included aspects such as the question about domestic and family violence, the types of violence identified, and the preliminary risk assessment.

The evidence shows that women who reveal situations of domestic violence may receive a response from professionals that includes support in the development of a safety plan, emotional support, referral to specialized services, or information about appropriate local/national network resources (26). In this sense, a referral system was implemented to facilitate the provision of the necessary services according to the needs of the users (Fig. 3).

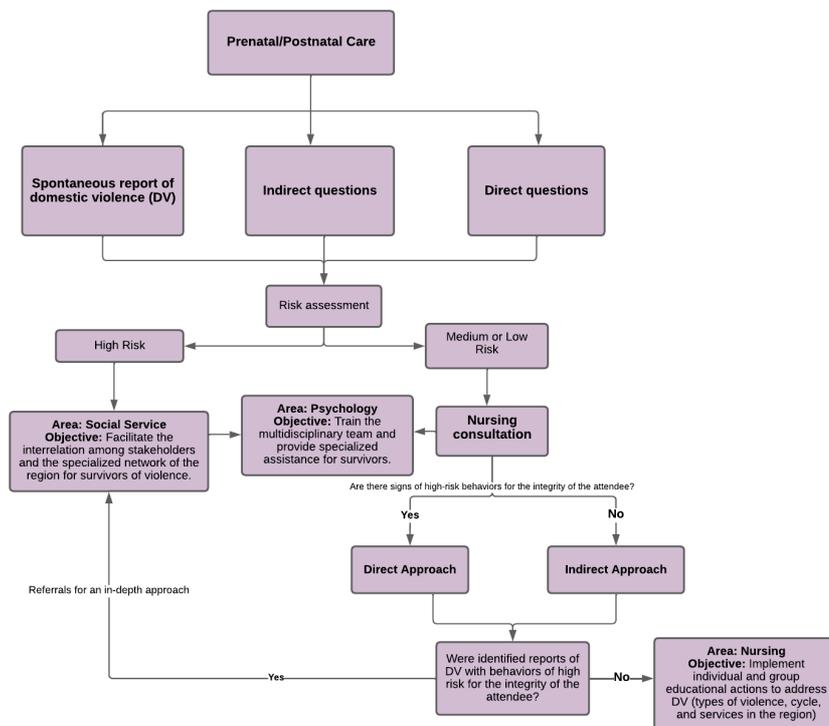


Fig. 3 Service flowchart.

#### **Fourth step: Meetings with the multidisciplinary teams**

As part of the experience, a series of activities were conceived with health professionals that facilitated awareness and preparation for addressing the topic. In this sense, meetings were held with the various areas that participated in the strategy: Obstetrics, Resident Physicians, Nursing, Psychology, and Social Work of the institution. These meetings, conceived as brief training, have the following objectives:

1- Sensitize multidisciplinary teams on the importance of implementing a strategy to address violence in antenatal and postnatal care services that would allow the identification of women in vulnerable situations from a comprehensive, intersectoral, and humanized perspective.

2- To present the definition of domestic and family violence, the cycle of violence, associated clinical manifestations, strategies for its address in consultation, preliminary risk assessment, a flowchart of care within the hospital, and specialized services available in the region.

#### **Fifth step: Development of informative and educational materials for users and health professionals**

Another of the actions developed was the development of support materials for multidisciplinary teams. The document entitled *Violence against women: A primer for health professionals in prenatal and postnatal care* aims to present relevant content for health professionals, synthesize information, and show various references to deepen knowledge about the care of women in situations of domestic violence, in addition to providing the services available in the region to provide the necessary referrals.

For the users, the strategy was based on the design of an informative video with content on the definition of domestic and family violence, types and cycles of

violence, and specialized services available in the region. Another of the actions designed was the development of posters with a clear, direct message and easy-to-understand language. The same was prepared with the purpose of encouraging the speech of users in situations of violence and showing the willingness of professionals to listen, accept and validate their stories.

### ***Phase III Implementation research***

During this phase, the research team will conduct a study to assess the implementation of a strategy for addressing DV screening in antenatal and postnatal care services in obstetrics consultations. As part of this stage, some indicators will be measured to evaluate the adoption of this strategy. Through the analysis of qualitative and quantitative data, the research team will explore the knowledge, attitudes regarding DV, and the adoption of routine inquiry for the medical staff within antenatal and postnatal consultations.

The medical records will contribute to access measurements such as the local that implemented the screening, the number of women screened, the type of violence identified, and the risk classification, as well as some sociodemographic characteristics, maternal outcomes, and reproductive history of outpatient clinic attenders.

Although, some brief training will be conducted in this stage using educational material, videos, and face-to-face intervention to promote routine screening among the medical staff. Pre and post-intervention measures will be assessed during this phase.

### ***Phase IV Proposals for maintaining or adjusting actions***

In this stage, using findings from the study phase the research team will suggest new PDSA cycles to improve the screening of DV in this service. As part of the

implementation, users will be in contact with information about types of violence, the cycle of violence, and resources for victims of violence in their communities. Women who are identified as victims of violence will be offered access to resources focused on support and follow-up services such as hospital social services, or specialized centers such as a Referral Center for victims of domestic violence.

Recommendations for further research based on barriers and limitations identified, as well as new educative activities to implement within the hospital would be planned. This phase is relevant to communicating the main findings to the multidisciplinary team and designing with the stakeholders new actions to improve and maintain the implementation of DV screening in the hospital.

## **Discussion**

The inclusion of a strategy to confront domestic violence in an antenatal and postnatal care service is an opportunity to identify women in vulnerable situations, provide the necessary referrals, and contribute to the health institutions being recognized by users as spaces where they can receive the care they need according to their needs.

The approach to this topic within a specialized service aimed at assisting women during pregnancy and postpartum needs to be supported by the commitment of the multidisciplinary teams to ensure respect for sexual and reproductive rights and the decisions of the users. The creation of a welcoming, private and confidential environment is one of the basic conditions that should be considered by teams, as the establishment of a bond of trust between professionals and users is central to providing humanized care. The integration between professionals and the articulated work of the

social assistance network is one of the strengths of this type of approach, which aims to offer a comprehensive view of women's health.

Similarly, this strategy values the potential of health systems to identify the demands of users and, consequently, provides the necessary referrals to specialized services, ensuring respect for the autonomy and confidentiality of survivors. In addition to the responsibility of the multidisciplinary teams in providing timely treatment and in the development of health promotion actions, the proposed approach expects to allow women to identify health institutions as welcoming and safe spaces.

One of the challenges of this project is that it requires changes in cultural norms and modification of stereotypes about VAW among stakeholders. Nevertheless, we propose to identify the barriers and facilitators to the implementation of this approach, as well as increase awareness among health providers about the importance of addressing this topic during antenatal and postpartum care. Consequently, further cycles of action to improve quality will be designed.

The inclusion of a DV routine screening within Obstetrics outpatient clinics is supported by the need to implement approaches centered on women's needs and focused on ensuring the well-being of service users and newborns. It is urgent to encourage practices that favor comprehensive care for women's health during pregnancy and postpartum. The proposed project represents an opportunity to strengthen the capacities of the teams to receive, identify, and refer women in situations of violence to specialized services of the intersectoral network in their communities. Regular contact between health professionals and women during pregnancy and postpartum is an opportunity to identify clinical symptoms that might be associated with the experience of violence.

The study presented is relevant from a social point of view, as it proposes an ethical and humanist approach that contributes both to complementing the care currently offered as well as contributing to the training of professionals and their qualification for addressing a topic of social relevance. Therefore, the study will contribute to the visibility of violence against women, train professionals, and emphasize their role in addressing this phenomenon.

#### **Abbreviations:**

VAW: Violence against women; DV: Domestic Violence; PDSA: Plan, Do, Study, Act; IPV: Intimate Partner Violence.

#### **Declarations**

**Ethics approval and consent to participate:** This research was approved by the Research Ethics Committee of the University of Campinas, Brazil under number CAAE: 59282322.0.0000.5404.

**Consent for publication:** Not applicable.

**Availability of data and material:** The data that support the findings of this study are available from the corresponding author, FGS, upon reasonable request.

**Competing interests:** The authors declare that they have no competing interests.

**Funding:** Not applicable.

**Authors' contributions:** ORS and FGS conceived the idea. ORS, FGS, JVF, DML and IM wrote the draft version. FGS, JVF and ORS revised the manuscript. All authors approved the final version.

**Acknowledgements:** This research was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

#### **References**

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2013
2. WHO multi-country study on 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.

3. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. Brazilian Forum on Public Safety. Brazilian Public Security Yearbook. São Paulo, Brazil: Brazilian Forum of Public Security; 2022.
5. Bastos G, Carbonari F, Tavares, P. Addressing Violence against Women under COVID-19 in Brazil. 2020.
6. Sánchez OR, Vale DB, Rodrigues L, Surita FG. Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;151(2):180-7.
7. Román-Gálvez RM, Martín-Peláez S, Fernández-Félix BM, Zamora J, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. Worldwide Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Public Health.* 2021;9:738459.
8. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior.* 2010;15(1):14-35.
9. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet.* 2015;385(9977):1567-79.
10. Stöckl H, Hertlein L, Himsl I, Ditsch N, Blume C, Hasbargen U, et al. Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: A mixed method study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2013;13.
11. Kataoka Y, Imazeki M. Experiences of being screened for intimate partner violence during pregnancy: A qualitative study of women in Japan. *BMC Women's Health.* 2018;18(1).
12. Royal College of General Practitioners. Quality improvement for General Practice: A guide for GPs and the whole practice team. London (UK): Royal College of General Practitioners; 2015.
13. Varkey P, Reller MK, Resar RK. Basics of quality improvement in health care. *Mayo Clin Proc.* 2007;82(6):735-9.
14. Crowfoot D, Prasad V. Using the plan–do–study–act (PDSA) cycle to make change in general practice. *InnovAiT.* 2017;10(7):425-30.

15. Sánchez ODR, Bonás MK, Grieger I, Baquete AGL, Nogueira Vieira DA, Contieri Bozzo Campos B, et al. Violence against women during pregnancy and postpartum period: a mixed methods study protocol. *BMJ Open*. 2020;10(10):e037522.
16. Sánchez ODR, Tanaka Zambrano E, Dantas-Silva A, Bonás MK, Grieger I, Machado HC, et al. Domestic violence: A cross-sectional study among pregnant and postpartum women. *J Adv Nurs*. 2022.
17. Colombini M, Mayhew S, Watts C. Health-sector responses to intimate partner violence in low- and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Bull World Health Organ*. 2008;86(8):635-42.
18. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.
19. Women's Preventive Services Initiative. Recommendations for preventive services for women: final report to the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources & Services Administration. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2016.
20. Gracia E, Lila M. Role of health professionals in the prevention of domestic violence against women. *Revista Medica de Chile*, 2008;136(3):394-400.
21. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(7): CD007007.
22. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1037-50.
23. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. Women in situations of domestic and sexual violence: general guidelines. [Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais]. São Paulo, Brazil: SMS; 2007.
24. SESC, UNFPA. Campaign: You are not alone [Você não está sozinha] 2020 Available from: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/campanha-voce-nao-esta-sozinha-como-identificar-uma-relacao-de-violencia-de-genero>
25. Sousa EKS, Morais EJdSd, Amorim FCM, Oliveira ADdS, Sousa KHJF, Almeida CAPL. Elaboration and validation of an educational technology about violence against women [Elaboração e validação de uma tecnologia educacional acerca da violência contra a mulher]. *Escola Anna Nery*. 2020;24(4).

26. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.

## 6. DISCUSSÃO

A presente tese avaliou a VD e VPI a partir da abordagem da atenção pré-natal e pós-natal. Partindo do pressuposto do direito das mulheres de viver uma vida livre de violência, esta tese focou as oportunidades para estabelecer estratégias que permitam resposta multiprofissional da área do cuidado pré-natal e pós-natal na detecção e medidas de enfrentamento.

Dentre os principais achados, constatou-se que durante a gravidez e o puerpério as mulheres podem vivenciar violência física e psicológica no ambiente doméstico, perpetrada especificamente por parceiros íntimos. Nossos achados demonstram que 23% das participantes têm antecedentes de violência física ou psicológica, e para 2,3% delas, a violência física aconteceu durante a gestação. Por outro lado, 3,3% das entrevistadas relatam ter medo do parceiro ou familiares, resultado que pode oferecer informações sobre a situações de insegurança às quais as mulheres se encontram expostas.

Em relação a prevalência da violência na gestação, uma revisão de estudos de dezenove países de baixa e média renda mostrou uma variação de 2% a 13,5% (86). Contudo, outro estudo revelou que a prevalência mundial de violência física, psicológica e sexual durante a gravidez foi de 9,2%, 18,7% e 5,5%, respectivamente (87).

Igualmente, no Brasil estudos também mostram variações na prevalência da violência neste período (31, 33, 67, 88). No entanto, nossos resultados sobre a prevalência da violência física nesta população foram menores comparados a alguns estudos realizados em ambientes de saúde brasileiros, tais como os resultados mostrados em estudos conduzidos em Cariacica (7,6%) (37), Recife (7,4%) (29), Campinas (6,5%) (33) e Vitória (4,6%) (38), e ainda menor comparado com achados entre puérperas do Rio de Janeiro (30%) (39).

As divergências no comportamento da violência entre regiões também precisam ser avaliadas considerando a diversidade socioeconômica e cultural do Brasil, as desigualdades no acesso a condições de educação, capacitação profissional e emprego na população. Igualmente, autores apontam que as análises das relações entre violência e condições socioeconômicas é um campo

no qual é necessária a articulação dos estudos de gênero, a compreensão das relações entre violência e saúde, assim como das desigualdades e os custos econômicos gerados pela violência (89).

Diferentes estimativas de violência devem ser analisadas com cautela. Alguns autores também observaram que essa variação pode ser causada por diversos tamanhos de amostra (29), divergências nas técnicas para o recrutamento dos participantes do estudo (90), nos instrumentos de avaliação e tipos de técnicas de coleta de dados (33, 90).

Da mesma forma, características populacionais e diferentes definições de violência podem influenciar na diferença observada ao longo dos estudos (29, 33). Por exemplo, foi observado que nos estudos consultados para a elaboração da presente tese são utilizados diversos termos referente à violência, como violência por parceiro íntimo, violência doméstica, familiar e de gênero.

Além disso, as normas socioculturais presentes em cada contexto devem ser consideradas para analisar as diferenças entre a frequência e a gravidade dos tipos de violência vivenciados pelas mulheres durante a gravidez entre as regiões e países (11). Nesse sentido, conhecer a representação social da violência contra a mulher pode ser um elemento útil para compreender estas estatísticas. Em algumas culturas, a gravidez e o puerpério podem ser fatores de proteção, pois não seria socialmente aceito agredir fisicamente as mulheres nesse período; no entanto, em outras sociedades, estar grávida pode ser um fator de risco (11).

Além disso, as evidências sobre a gravidez como fator de risco ainda não são conclusivas (29). Apesar de que nosso estudo não permite avaliar a gravidez e o puerpério como fatores de risco, nossos achados mostraram que as mulheres são vulneráveis a sofrer violência ao longo da vida, assim como vivenciar episódios de violência doméstica e por parceiro íntimo durante esses períodos. A violência doméstica é um fenômeno complexo, e são necessárias pesquisas que permitam compreender sua dinâmica antes, durante e após a gravidez, incluindo estudos qualitativos que propiciem uma abordagem em profundidade.

Por outro lado, homogeneidade nas características sociodemográficas da população poderia explicar por que vários fatores de risco não foram significativamente associados à violência doméstica. Somado a ampla variação na

prevalência de violência doméstica entre os contextos, é possível encontrar achados inconsistentes entre os estudos sobre as características sociodemográficas como fatores de risco para a violência doméstica (11, 77).

Segundo a OMS com base em dados de vários países, alguns fatores, como abuso de álcool, coabitação com o parceiro, ser jovem, presença de atitudes que apoiam o comportamento violento em relacionamentos conjugais, sofrer abuso na infância, histórico de violência doméstica e vivenciar ou perpetrar outras formas de violência na idade adulta, aumentam os riscos de VPI (91).

Igualmente, vários estudos confirmam a associação de alguns desses fatores à vivência de diferentes formas de violência entre gestantes, como a baixa escolaridade (4, 28, 29, 33, 37, 40, 92), experiência anterior de violência (29, 32, 33, 67, 88), ser jovem (32, 37, 39, 92), uso de substâncias lícitas ou ilícitas pela mulher e/ou companheiro (28, 29, 33), gravidez não planejada (28, 92) e vulnerabilidades econômicas (37, 39).

No entanto, nossos achados contrastam com os relatados e sugerem que as experiências de violência doméstica são independentes de algumas características sociodemográficas. Da mesma forma, outro estudo que estimou a prevalência de VPI ao longo da vida entre mulheres de uma cidade urbana do sul do Brasil mostrou que escolaridade, renda familiar, idade e cor da pele/raça não foram fatores significativamente associados à violência (93).

De maneira geral, estudos que exploram fatores de risco em relação às características das vítimas têm demonstrado algumas inconsistências sobre a associação entre violência na gravidez e idade, raça/etnia, nível de renda, escolaridade, estado civil e escolaridade devido às associações mostraram significância durante a análise bivariada e muitas vezes se tornarem não significativas em análises multivariadas (77).

Especificamente em relação as características dos perpetradores, tem sido descrito vários fatores que acrescentam os riscos de violência. Alguns deles incluem, abuso de álcool, baixa tolerância à frustração, déficit de assertividade, personalidade antissocial, diferencia enquanto a orientação religiosa e de nível de escolaridade do casal, agressividade contra crianças e histórico de violência familiar (94).

Alguns estudos sugerem que perpetradores de violência não devem ser entendidos como um grupo homogêneo (94). A presença de determinados fatores não constituem preditores irredutíveis de um comportamento violento ou da condição de vítima. É preciso transcender uma visão que indica que estar em risco de ser perpetrador ou vítima de violência responde a um perfil específico. Ao estarmos tratando com um fenômeno complexo, a intersecção de fatores individuais, sociais e culturais precisam ser compreendidos como elementos explicativos a instauração da violência nos relacionamentos e nas dificuldades para quebrar o ciclo de violência. Segundo Saffioti (2015), a patologização do agressor, associar violência à pobreza ou ao consumo de drogas lícitas ou ilícitas são elementos que limitam a compreensão das hierarquias e contradições sociais que envolvem este fenômeno (95).

Nesse sentido, concordamos que alguns grupos podem ser mais vulneráveis à vivência da violência doméstica e por parceiro íntimo. No entanto, é importante estar ciente de que a violência contra a mulher está presente em todos os ambientes e entre todas as classes socioeconômicas (51). Estudos populacionais com amostras maiores, poderiam contribuir na nossa compreensão da associação entre características sociodemográficas com a violência doméstica.

Por outra parte, o uso do modelo ecológico resultaria em uma abordagem apropriada para o desenvolvimento de pesquisas que estudam o fenômeno da violência desde uma análise multidimensional incluindo fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais (11). A dinâmica da violência doméstica e familiar contra a mulher tem sido abordada a partir de diferentes perspectivas, no entanto o modelo ecológico é um recurso valioso para a compreensão da complexidade de um fenômeno, que é agravado pela experiência de viver uma situação de emergência global.

Igualmente, é fundamental pensar criticamente sobre as representações idealizadas da família e do lar, oferecer aos sobreviventes a possibilidade de falar sobre o assunto, e criar ações que desconstruam o abuso e controle dentro da família como formas legítimas de se relacionar (49). Compreender melhor os significados que essas mulheres atribuem à violência, bem como suas atitudes em relação às suas experiências diretas ou indiretas com este fenômeno, é um importante direcionamento para as pesquisas que abordam este tema.

Notavelmente, no nosso estudo o período de coleta de dados foi significativamente associado às experiências de violência doméstica e por parceiro íntimo. Foi observada maior frequência de violência ao longo da vida, violência física recente e violência física durante a gravidez antes da pandemia de COVID-19. Nesse sentido, um estudo realizado no Canadá mostrou que 24,07% das mulheres que tiveram seus partos durante a pandemia de COVID-19 relataram alguma forma de VPI (96).

Alguns dados disponíveis de países de baixa e média renda mostram a prevalência da violência doméstica durante a pandemia de COVID-19 entre mulheres grávidas. Por exemplo, a violência VPI durante a gravidez foi relatada entre 7,1% das mulheres grávidas etíopes (97). Em contraste, um estudo realizado no sudoeste da Etiópia revelou que a prevalência de VPI foi de 39,2% entre as mulheres grávidas (98). Dados de um estudo populacional realizado na República Democrática do Congo mostraram que 11,7% das mulheres relataram ter sofrido violência, e estar grávida aumentou significativamente as chances de relatar VPI (99). Por outro lado, países de renda média alta, como o Irã, relataram uma prevalência de 35,2% durante o surto de COVID-19 (100).

Um elemento que pode ter influenciado nossos achados está relacionado ao acesso de mulheres que se encontravam em situação de violência aos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva para receber atendimento especializado durante o período da pandemia. Por exemplo, durante a pandemia de COVID-19, especialistas do Serviço de Violência Sexual e Doméstica em Milão, Itália, observaram uma redução de 50% na demanda por assistência (101).

Similar aos nossos achados, um estudo realizado na Jordânia entre mulheres grávidas revelou que o nível de VPI durante a quarentena foi menor do que antes da quarentena (79). Isso não significa redução dos episódios de violência doméstica; de fato, esses dados provocam uma discussão sobre as oportunidades reais das vítimas de acessar a serviços especializados durante esse período específico.

Assim, um achado relevante da presente tese em relação aos dados sobre violência doméstica, é a importância de destacar o contexto em que os dados foram coletados. Nesse sentido, ressaltamos que conhecer a prevalência da

violência doméstica em um contexto específico de emergência deve ser alcançada por meio de dados representativos e estudos epidemiológicos que analisem a acessibilidade aos serviços de saúde, e seu impacto na saúde materna e perinatal (102).

Entretanto, através da revisão de literatura conduzida foi possível observar vários trabalhos que mostraram o curso da violência doméstica e familiar durante a pandemia de COVID-19. As afirmações sobre o aumento da violência em um começo foram baseadas em evidências anedóticas, relatórios policiais, relatos do aumento da procura por serviços de emergência, abrigos e ligações ou contatos com serviços de ajuda (49, 55, 103-106). Os dados aportados por estes trabalhos mostraram que o aumento da violência tem sido observado não apenas em países de média e baixa renda, mas em várias regiões onde foram adotadas medidas de distanciamento social.

As evidências mostraram um aumento de ligações para linhas de ajuda e contatos com serviços e organizações destinadas a sobreviventes de violência, porém é considerada um possível a subnotificação dos casos (107, 108). Algumas questões podem interferir na procura dos serviços especializados e o acesso à ajuda, incluindo o comportamento agressivo e controlador do agressor (55, 108-110), o medo de contaminação por COVID-19 (110, 112), e a escassa disponibilidade de serviços especializados incidindo na diminuição do apoio social e proteção durante a pandemia (53, 55, 103, 106, 113-116). Além disso, os sobreviventes enfrentaram dificuldades na implementação de planos de segurança junto às redes de apoio como amigos e familiares, sobretudo causado pelo medo de contágio por COVID-19 (106).

Além disso, reconhece-se que a subnotificação de casos de violência tem sido um problema recorrente na abordagem desse tema devido ao estigma que as mulheres podem sentir ao revelar a violência durante a gravidez (11). O medo de retaliação e de ser descoberta afeta a denúncia (93). Além de preocupações com a segurança, as sobreviventes enfrentam diversas barreiras e dificuldades para denunciar os episódios de violência (1, 117).

Nesse sentido, compreender a magnitude e o impacto da violência sobre as mulheres e seu entorno resulta imperativo, reconhecendo a existência de outras

formas de violência menos visíveis e difíceis de mensurar. Isso requer da colaboração intersetorial, de consensos sobre as definições dos termos, e da utilização de metodologias que permitam uma melhor compreensão de um assunto tão complexo.

Os estudos sugerem que, a vulnerabilidade de quem já vivia situações de violência antes da pandemia aumentou neste período. No entanto, devemos apontar que a pandemia e as medidas tomadas para combatê-la não criaram todas as brechas de desigualdade observadas na sociedade (107, 110, 115). Esta afirmação reforça que é necessário transcender visões fragmentadas do vínculo entre violência e pandemia para analisar a complexidade das relações dentro de um sistema patriarcal e de desigualdades socioeconômicas (107, 108, 110).

A pluralidade de manifestações da violência que as mulheres vivenciam nos distintos âmbitos da vida, precisa ser entendida desde a perspectiva de gênero. Isto, provoca reflexões sobre a dinâmica da violência com um olhar crítico as relações desiguais e de dominação que historicamente tem sido construídas, e que colocam a condição feminina desde a representação de submissão e suposta fragilidade.

Resultados sobre a relação entre religião e atitudes sobre a violência doméstica e por parceiro íntimo, trazem reflexões sobre como o universo simbólico religioso e suas representações sobre as relações familiares e do vínculo conjugal legitimam a cultura patriarcal (118,119). Atitudes permissivas podem gerar silêncios sobre a violência no ambiente doméstico e familiar, e conseqüentemente, limitar a procura de ajuda e a ruptura do ciclo da violência.

A articulação entre violência contra a mulher e direitos sexuais e reprodutivos tem sido um tema amplamente discutido, reforçando assim o entendimento da violência contra a mulher como violação dos direitos humanos. Vários autores destacam a necessidade de manutenção de serviços que garantam o direito das mulheres à atenção à saúde sexual e reprodutiva durante períodos de emergência sanitária (53, 120, 121). No entanto, diversas barreiras limitam a atuação do setor de saúde, incluindo o insuficiente treinamento técnico dos profissionais de saúde e o medo de quebrar a confidencialidade do paciente (113), as prioridades de atendimento associadas à disseminação da COVID-19 (55), e a

percepção de que este tópico não é de sua responsabilidade ou competência (122).

Nesta etapa, o uso de rotas “tradicionais”, como acessar a abrigos, centros de apoio a vítimas, departamentos de polícia e linhas de ajuda, foi combinado com o uso de canais virtuais, como sites e aplicativos de mensagens e o uso da telemedicina. Em alguns contextos seu uso pode ser recomendado para a triagem e o fornecimento de recursos de apoio a sobreviventes de violência, levando em consideração a necessidade de garantir a privacidade e a segurança das mulheres no seu uso (104, 109, 114, 115, 123).

Em síntese, este período evidenciou a necessidade de realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas e psicossociais relacionadas ao COVID-19 e à saúde sexual e reprodutiva (116, 120), assim como a urgência de implementar políticas públicas de prevenção, proteção, investigação e punição da violência (124). Além da necessidade de integração da perspectiva de gênero nas estatísticas, avaliações de impacto e nas ações a serem conduzidas em situações de crises (53, 104, 111, 115).

Assim mesmo, tornou-se evidente a necessidade de manter e garantir o acesso a serviços voltados à saúde sexual e reprodutiva da mulher durante este período (53, 120, 121). As consequências no longo prazo do impacto da pandemia ressaltam a importância de implementar e manter ações para prevenir e enfrentar a violência doméstica e familiar contra as mulheres (103, 109, 112).

Em geral, a literatura revela que os elementos identificados como fatores de aumento da vulnerabilidade à violência foram exacerbados em decorrência do impacto da pandemia e das medidas de distanciamento social nas relações sociais, econômicas e pessoais. Por sua vez, a multiplicidade de papéis atribuídos às mulheres na sociedade aumenta sua exposição a situações que deterioram sua saúde física e mental, pelo que nesse contexto, a coexistência de fatores de diversa natureza intensificam as vulnerabilidades das mulheres.

Os desafios impostos aos governos e sistemas de saúde pela pandemia do COVID-19 também impactaram na forma como a violência contra as mulheres é abordada. Novos protocolos e abordagens têm sido recomendados para o enfrentamento da violência, levando em conta a complexidade do fenômeno. Há

uma preocupação, em diversas áreas da saúde, em adotar as melhores práticas no rastreamento e atendimento aos sobreviventes de violência. Nesse sentido, a formação e a educação dos profissionais de saúde são fundamentais, devendo incluir informações sobre os determinantes sociais da saúde, as sinais de alerta e conhecimento técnico para abordar este tema, bem como mudar as representações dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher.

Um tema que deve ser discutido é o processo de coleta e sistematização de dados sobre o curso e a dinâmica da violência durante a pandemia e até que ponto os sistemas de saúde e os órgãos de segurança pública estão preparados para acompanhar os casos de violência, e intervir segundo as demandas das sobreviventes. Nesse sentido, é urgente reforçar o trabalho conjunto entre a segurança pública e os setores de saúde e assistência social, além da sociedade civil, na prevenção, identificação e enfrentamento da violência.

Os relatos observados sobre o comportamento da violência neste contexto expõem a necessidade de pensar estratégias antes, durante e após situações de emergência sanitária, dada a probabilidade de que as condições de vulnerabilidade das mulheres sejam mantidas.

Por esse motivo, consideramos que é necessário incentivar a triagem de rotina sobre VD como prática entre os profissionais de saúde na assistência oferecida a mulheres durante a gestação e o pós-parto. Os serviços de atenção pré-natal e pós-natal podem ser uma oportunidade para identificar, encaminhar, oferecer informações de qualidade, assistência e apoio às sobreviventes (5).

A promoção de mudanças na instituição de saúde, por meio de um projeto de melhoria da qualidade, foi um importante passo para introduzir no serviço um enfoque orientado a fortalecer uma abordagem centrada na mulher nos serviços de pré-natal e pós-natal.

Os principais achados da presente tese podem auxiliar na implementação de políticas públicas e no desenvolvimento de estratégias para reduzir e prevenir a ocorrência da violência. Considerando os serviços de saúde como serviços essenciais no contexto de emergência, os serviços voltados à atenção à saúde sexual e reprodutiva têm um papel importante na identificação e apoio às mulheres

em situação de violência, sobretudo para aquelas que podem ter perdido o contato com as redes de apoio.

Compreender os fatores preditivos e melhorar as estratégias de rastreamento da violência durante a gravidez, deve ser o foco dos profissionais de saúde, já que parte das mulheres que sofrem violência durante a gravidez tornam-se vítimas de violência no pós-parto.

O pré-natal é uma oportunidade para que as mulheres e os profissionais de saúde formem vínculos sólidos, o que pode facilitar a denúncia de algumas formas de violência por parte das mulheres (125). Um grande desafio é que as mulheres que vivem em situação de violência podem atrasar e, conseqüentemente, não receber o pré-natal adequado. Como tal, as intervenções devem ocorrer em vários níveis estratégicos para alcançar todas as gestantes impactadas (44).

Embora a efetividade das intervenções ainda seja uma lacuna na literatura devido à falta de dados e consistência nos resultados (5), evidências sugerem que não foram encontrados efeitos nocivos causados pelas intervenções implementadas (126).

Neste sentido a inclusão de uma estratégia de enfrentamento à violência doméstica em um serviço de pré-natal e pós-natal é uma oportunidade para identificar mulheres em situação de vulnerabilidade, fornecer os encaminhamentos necessários e contribuir para que as instituições de saúde sejam reconhecidas pelas usuárias como espaços onde podem receber os cuidados que necessitam de acordo com suas necessidades.

A abordagem desse tema dentro de um serviço especializado voltado à assistência à mulher na gestação e no puerpério precisa estar respaldada pelo empenho das equipes multidisciplinares em garantir o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e às decisões das usuárias. No entanto, identificar mulheres em situação de violência é um desafio para os profissionais de saúde nos serviços de atenção pré-natal e pós-natal.

A criação de um ambiente acolhedor, privativo e sigiloso é uma das condições básicas que deve ser considerada pelas equipes, pois o estabelecimento de vínculo de confiança entre profissionais e usuárias é central

para oferecer uma assistência humanizada. A integração entre os profissionais e o trabalho articulado da rede socioassistencial é um dos pontos fortes desse tipo de abordagem, que visa oferecer uma visão integral da saúde da mulher.

Neste sentido, transcender a visão da violência como natural, instintiva ou associado a nossa condição humana, conduz as discussões no campo da educação e seu papel na transformação da sociedade. Este é um eixo fundamental para o estabelecimento de relações humanas baseadas na equidade e no respeito aos direitos humanos. Nessa linha, é preciso pensar estratégias para enfrentar as violências contra as mulheres com um olhar crítico às instituições, sua função educativa e os processos de socialização.

Da mesma forma, a estratégia apresentada como parte desta tese, valoriza o potencial dos sistemas de saúde para identificar as demandas das usuárias e, conseqüentemente, proporcionar os encaminhamentos necessários para serviços especializados, garantindo o respeito à autonomia e sigilo das usuárias.

É de notar que as tipologias da violência que têm sido usadas na presente tese têm um caráter instrumental que permitem observar uma série de comportamentos e os danos que sua vivência provoca na saúde. No entanto, não esgotam a diversidade de sentidos que a violência tem para as mulheres e seus agressores, reforçando, assim, a necessidade de estudos qualitativos que permitam aprofundar nos significados atribuídos à violência por ambos.

Por outro lado, embora a existência de políticas públicas no país para a abordagem da violência contra as mulheres, este tem sido um tema objeto de marcados retrocessos nos últimos anos. Evidência disto tem sido apontada por autores que destacam a extinção em 2016 da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres tanto no nível Federal como em alguns municípios (19), assim como a precarização ao longo dos anos de recursos materiais e humanos dos serviços especializados, tais como Delegacias Especializadas e serviços de assistência psicossocial (127). Mais recentemente, tem sido noticiados cortes no orçamento do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, questão que incide diretamente nas políticas focadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres. Além disso, o discursivo misógino e discriminatório, ainda presente na

sociedade, impacta na desvalorização da relevância deste tema, e dificulta o desenvolvimento de ações efetivas do Estado para seu enfrentamento.

O estudo apresentado abre novas rotas de investigação encaminhadas a identificar as barreiras e facilitadores para a implementação dessa abordagem, bem como aumentar a conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância de abordar esse tema durante a assistência pré-natal e pós-natal. Conseqüentemente, isso implica a realização de novos ciclos para melhorar a qualidade do serviço.

Conhecer os significados atribuídos à violência doméstica pode contribuir na identificação de possíveis vulnerabilidades das mulheres de sofrer violência, os obstáculos que enfrentam ao acessar aos serviços especializados e na procura de suporte das redes de apoio. Futuras pesquisas nesta área requerem analisar criticamente as barreiras e facilitadores para a implementação de estratégias para o enfrentamento da violência doméstica, considerando a perspectiva tanto das mulheres no seu papel de usuárias dos serviços especializados como dos profissionais que atuam na rede de proteção e cuidado.

O trabalho apresentado propõe uma abordagem ética e humanista que contribui tanto para complementar a assistência ofertada atualmente quanto para a formação dos profissionais e sua qualificação para a abordagem de um tema de relevância social. Portanto, a tese apresentada contribuirá para a visibilidade da violência contra a mulher, capacitar profissionais e enfatizar seu papel no enfrentamento desse fenômeno.

## 7. CONCLUSÃO

1. A violência contra a mulher foi mais frequentemente relatada antes da pandemia de COVID-19 por mulheres de cor da pele não branca, grávidas no primeiro trimestre gestacional e no puerpério. Nossos dados reforçam que experiências de violência atuais e passadas estão presentes entre mulheres em idade reprodutiva.
2. As percepções de gestantes e puérperas brasileiras sobre a violência doméstica demonstram as dificuldades que as mulheres enfrentam para interromper o ciclo da violência e acessar às redes de apoio. As políticas públicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres precisam estar acompanhadas de serviços acolhedores e pessoal qualificado para evitar situações de vitimização e culpabilização.
3. As publicações produzidas durante a pandemia por COVID-19 sobre a violência no contexto doméstico e familiar, denotaram diversas preocupações sobre os impactos das medidas de distanciamento social no bem-estar, saúde física e mental das populações vulneráveis. Essas preocupações são apoiadas pela evidência de violações dos direitos de meninas e mulheres durante emergências e desastres anteriores. A utilização de diferentes termos para descrever a violência vivenciada pelas mulheres revela a multiplicidade de cenários onde direitos desta população são continuamente violados. As consequências já evidentes da pandemia de COVID-19 na saúde física e mental das populações, evidenciam a necessidade de planejar ações com base nas experiências e lições aprendidas de crises e emergências anteriores.
4. O setor da saúde e os profissionais que oferecem serviços especializados para atenção à saúde sexual e reprodutiva têm um papel fundamental a desempenhar na identificação dos casos, no apoio e na validação das experiências das sobreviventes de violência. Nesse sentido, os ambientes destinados a atenção à saúde reprodutiva e sexual podem ser espaços apropriados para desenvolver estratégias para reduzir a violência e prevenir que estas experiências se tornem recorrentes na vida das mulheres.

## 8. REFERÊNCIAS

1. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385(9977):1567-79.
2. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. United Nations High Commissioner for Human Rights. Declaration on the elimination of violence against women: proclaimed by General Assembly resolution 48/104 of 20 December 1993. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
4. Torres S, Campbell J, Campbell DW, Ryan J, King C, Price P, et al. Abuse during and before pregnancy: prevalence and cultural correlates. *Violence Vict*. 2000;15(3):303-21.
5. Sapkota D, Baird K, Saito A, Anderson D. Interventions for reducing and/or controlling domestic violence among pregnant women in low- and middle-income countries: a systematic review. *Syst Rev*. 2019;8(1):79.
6. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.
7. Miura PO, Silva ACdS, Pedrosa MMMP, Costa ML, Nobre Filho JN. Violência doméstica ou violência intrafamiliar: análise dos termos. *Psicologia & Sociedade*. 2018;30.
8. Brasil. Presidência da República. Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006. *Diário Oficial da União*. 2006;13.
9. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(suppl 2):s205-s16.
10. Minayo MCdS, Souza ERd. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 1997;4(3):513-31.
11. García- Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results

on prevalence, health outcomes and women's responses. Summary report. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.

12. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(suppl):1163-78.

13. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994;10:S135-S45.

14. de Araújo Madeira MZ, da Costa RG. Desigualdades de gênero, poder e violência: uma análise da violência contra a mulher. *O público e o privado*. 2012;10 (19 jan. jun):79-99.

15. Martinelli A. Violência contra a mulher: uma abordagem histórica. *Teoria Jurídica Contemporânea*. 2020; 5(2):11-43.

16. Kiss L, Lucas d'Oliveira AF, Zimmerman C, Heise L, Schraiber LB, Watts C. Brazilian policy responses to violence against women: government strategy and the help-seeking behaviors of women who experience violence. *Health Hum Rights*. 2012 Jun 15;14(1):E64-77.

17. Simões BH, da Luz CK. A Questão de Gênero como Vulnerabilidade da Mulher: da Convenção de Belém do Pará à Lei Maria da Penha. *Revista de Direitos Humanos em Perspectiva*. 2016;2(1):265-78.

18. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Revista de Medicina*. 2013;92(2):134-40.

19. d'Oliveira AFPL, Pereira S, Bacchus LJ, Feder G, Schraiber LB, Aguiar JMd, et al. Are We Asking Too Much of the Health Sector? Exploring the Readiness of Brazilian Primary Healthcare to Respond to Domestic Violence Against Women. *International Journal of Health Policy and Management*. 2022; 11(7), 961-972.

20. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-15/>

21. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Terceira edição da pesquisa "Visível e Invisível". Disponível em: [https://forumseguranca.org.br/publicacoes\\_posts/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-3ed/](https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-3ed/).

22. Finnbogadóttir H, Dykes AK. Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):327.

23. Walker LE. *The Battered Woman*. New York: Harper & Row; 1979.

24. Walker LE. Looking back and looking forward: Psychological and legal interventions for domestic violence. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2015;1(1):19-32.
25. McCauley M, Head J, Lambert J, Zafar S, van den Broek N. "Keeping family matters behind closed doors": healthcare providers' perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):318.
26. Burch R. Pregnancy as a Stimulus for Domestic Violence. *Journal of Family Violence*. 2004;19:243-7.
27. Bowen E, Heron J, Waylen A, Wolke D, Team AS. Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG*. 2005;112(8):1083-9.
28. Charles P, Perreira K. Intimate Partner Violence During Pregnancy and 1-Year Post-Partum. *Journal of Family Violence*. 2007;22.
29. Menezes TC, Amorim MMRd, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003;25:309-16.
30. Guedes A, Bott S, Cuca Y. Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: results of a baseline study by the International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;78 Suppl 1:S57-63.
31. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2011;45(6):1044-53.
32. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2007;10(3):310-22.
33. Audi CA, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MaG, Pèrez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):877-85.
34. Monteiro C, Costa N, Nascimento S, Aguiar Y. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007;60: 373-6.

35. Moraes CL, de Oliveira AS, Reichenheim ME, Lobato G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. *Public Health Nutr.* 2011;14(12):2148-55.
36. Audi CA, Correa AM, Turato ER, Santiago SM, Andrade Mda G, Rodrigues MS. Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo. *Cien Saude Colet.* 2009;14(2):587-94.
37. Silva RP, Leite FMC. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica.* 2020;54:97.
38. Fiorotti KF, Amorim MHC, Lima EdFA, Primo CC, Moura MAV, Leite FMC. Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. *Texto & Contexto-Enfermagem.* 2018;27: e0810017.
39. Moraes CL, Oliveira AGES, Reichenheim ME, Gama SGND, Leal MDC. Prevalence of physical intimate partner violence in the first six months after childbirth in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2017;33(8):e00141116.
40. Steiner ML, Vieira de Lima Veloso AB, Castrucci Ingold C, Martinelli Sonnenfeld M, Sousa LVdA, Aparecida Giovanelli S, et al. Characterisation of pregnant women in a maternity hospital in Brazil who ever suffered domestic violence. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.* 2022;27(2):136-41.
41. Feltner C, Wallace I, Berkman N, Kistler C, Middleton JC, Barclay C, Higginbotham L, Green JT, Jonas DE. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018 Oct. Report No.: 18-05240-EF-1.
42. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;133(3):269-76.
43. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HA, Heise L, Ellsberg M, Watts C, et al. 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.* 2013;120(1):3-9.
44. Jain S, Varshney K, Vaid NB, Guleria K, Vaid K, Sharma N. A hospital-based study of intimate partner violence during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;137(1):8-13.

45. Mazza M, Caroppo E, Marano G, Chieffo D, Moccia L, Janiri D, Rinaldi L, Janiri L, Sani G. Caring for Mothers: A Narrative Review on Interpersonal Violence and Peripartum Mental Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 16;18(10):5281
46. Crombie N, Hooker L, Reisenhofer S. Nurse and midwifery education and intimate partner violence: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(15-16):2100-25.
47. World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [WHO website]. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>.
48. UN Women. Prevention: Violence against women and girls & COVID-19 [UN Women website]. 2020. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/05/brief-prevention-violence-against-women-and-girls-and-covid-19#view>.
49. Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs*. 2020;29(13-14):2047-2049.
50. United Nations Secretary-General. Remarks on International Day for the Elimination of Violence against Women. [United Nations website]. 2018. Disponível em: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2018-11-19/international-day-for-elimination-of-violence-against-women-remarks>.
51. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence (No. WHO/RHR/12.36). World Health Organization; 2012
52. UNFPA. COVID-19: Um olhar para gênero. Proteção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e promoção da igualdade de gênero. Resumo técnico: UNFPA; 2020. Disponível em: <https://www.unfpa.org/resources/covid-19-gender-lens>.
53. Thorne JG, Buitendyk M, Wawuda R, Lewis B, Bernard C, Spitzer RF. The reproductive health fall-out of a global pandemic. *Sex Reprod Health Matters*. 2020 Dec;28(1):1763577.
54. Sánchez OR, Vale DB, Rodrigues L, Surita FG. Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;151(2):180-7.
55. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic:

overview, contributing factors, and mitigating measures. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):e00074420.

56. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.

57. Women's Preventive Services Initiative. Recommendations for preventive services for women: final report to the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources & Services Administration. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017.

58. Figo Committee For The Ethical Aspects Of Human Reproduction And Women's Health International Federation of Gynecology and Obstetrics. Ethical guidance on healthcare professionals' responses to violence against women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128(01):87–88. Doi: 10.1016/j.ijgo.2014.10.004

59. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1943-52.

60. Stöckl H, Hertlein L, Himsl I, Ditsch N, Blume C, Hasbargen U, et al. Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:77.

61. Kataoka Y, Imazeki M. Experiences of being screened for intimate partner violence during pregnancy: A qualitative study of women in Japan. *BMC Women's Health*. 2018;18(1):75.

62. Schraiber LB, d'Oliveira AFP. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea Digital*. 2008:229-36.

63. Jansen HAFMH. Measuring prevalence of violence against women: Key terminology. UNFPA Asia and the Pacific Regional Office; 2016.

64. Reichenheim M, Moraes C, Helena H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saude Publica*. 2000 Dec;34(6):610-6.

65. Pinheiro RT, da Cunha Coelho FM, da Silva RA, de Ávila Quevedo L, de Mattos Souza LD, Castelli RD, et al. Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: social, obstetric and psychiatric correlates. *J Affect Disord*. 2012;136(3):520-5.

66. Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI, Pinheiro AP, Soares RM, Giacomello A, et al. Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(10):983-8.

67. Lima LH, Mattar R, Abrahão AR. Domestic Violence in Pregnant Women: A Study Conducted in the Postpartum Period of Adolescents and Adults. *J Interpers Violence*. 2016;34(6):1183-97.
68. Yut-Lin W, Othman S. Early detection and prevention of domestic violence using the Women Abuse Screening Tool (WAST) in primary health care clinics in Malaysia. *Asia Pac J Public Health*. 2008;20(2):102-16.
69. Garcia-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, et al. [Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health-care setting]. *Med Clin (Barc)*. 2011;137(9):390-7.
70. Basile KC, Hertz MF, Black SE. Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings. Version 1. CDC; 2007. Disponível em: <https://vawnet.org/material/intimate-partner-violence-and-sexual-violence-victimization-assessment-instruments-use>
71. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med*. 1998;30(7):508-12.
72. Chen PH, Rovi S, Vega M, Jacobs A, Johnson MS. Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting. *Fam Pract*. 2005;22(6):617-23.
73. Shakil A, Donald S, Sinacore JM, Krepcho M. Validation of the HITS domestic violence screening tool with males. *Fam Med*. 2005;37(3):193-8.
74. Caldentey C, Tirado Muñoz J, Ferrer T, Fonseca Casals F, Rossi P, Mestre-Pintó JI, et al. Intimate partner violence among female drug users admitted to the general hospital: screening and prevalence. *Adicciones*. 2017;29(3):172-9.
75. da Fonsêca LdMA, da Silva ÉGC, dos Santos Silva MdF, de Sá FD, Arias AV, dos Santos DN, et al. HITS-Brasil: Tradução e adaptação para o contexto de violência doméstica contra idosos. *Research, Society and Development*. 2020;9(9):e278996729-e.
76. Guedes DT, Alvarado BE, Phillips SP, Curcio CL, Zunzunegui MV, Guerra RO. Socioeconomic status, social relations and domestic violence (DV) against elderly people in Canada, Albania, Colombia and Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;60(3):492-500.
77. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*. 2010;15(1):14-35.

78. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MC, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health*. 2007;7:209.
79. Abujilban S, Mrayan L, Hamaideh S, Obeisat S, Damra J. Intimate Partner Violence Against Pregnant Jordanian Women at the Time of COVID-19 Pandemic's Quarantine. *J Interpers Violence*. 2022;37(5-6):NP2442-NP64.
80. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2): 77–101.
81. Whittmore R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. *Nurs Res*. 2005;54(1):56-62.
82. Whittmore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
83. Royal College of General Practitioners. Quality improvement for General Practice: A guide for GPs and the whole practice team. London (UK): Royal College of General Practitioners; 2015.
84. Varkey P, Reller MK, Resar RK. Basics of quality improvement in health care. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(6):735-9.
85. Crowfoot D, Prasad V. Using the plan–do–study–act (PDSA) cycle to make change in general practice. *InnovAiT*. 2017;10(7):425-30.
86. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010;18(36):158-70.
87. Román-Gálvez RM, Martín-Peláez S, Fernández-Félix BM, Zamora J, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. Worldwide Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Public Health*. 2021;9:738459.
88. Ludermir AB, Araújo TVB, Valongueiro SA, Muniz MLC, Silva EP. Previous experience of family violence and intimate partner violence in pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2017;51:85.
89. Carvalho, JR, Oliveira VH. PCSVDF mulher: pesquisa de condições socioeconômicas e violência doméstica e familiar contra a mulher. Violência doméstica e seu impacto no mercado de trabalho e na produtividade das mulheres. Relatório II-Primeira Onda–2016. Fortaleza: UFC/IMP; 2017.

90. Fekadu E, Yigzaw G, Gelaye KA, Ayele TA, Minwuye T, Geneta T, et al. Prevalence of domestic violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service at University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):138.
91. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011;11:109.
92. Nasir K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence. *Eur J Public Health*. 2003;13(2):105-7.
93. Kwaramba T, Ye JJ, Elahi C, Lunyera J, Oliveira AC, Sanches Calvo PR, et al. Lifetime prevalence of intimate partner violence against women in an urban Brazilian city: A cross-sectional survey. *PLoS One*. 2019;14(11):e0224204.
94. Paulino M. Domestic Violence: Psychological Issues Related to the Victim and Offender. In: *The Psychology of Criminal and Antisocial behavior*. Academic Press; 2017. p. 343-359.
95. Saffioti H. *Gênero, patriarcado, violência*. 2.ed. São Paulo Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo; 2015. 160p.
96. Muldoon KA, Denize KM, Talarico R, Boisvert C, Frank O, Harvey ALJ, et al. COVID-19 and perinatal intimate partner violence: a cross-sectional survey of pregnant and postpartum individuals in the early stages of the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*. 2021;11(5):e049295.
97. Teshome A, Gudu W, Bekele D, Asfaw M, Enyew R, Compton SD. Intimate partner violence among prenatal care attendees amidst the COVID-19 crisis: The incidence in Ethiopia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;153(1):45-50.
98. Fetene G, Alie MS, Girma D, Negesse Y. Prevalence and its predictors of intimate partner violence against pregnant women amid COVID-19 pandemic in Southwest Ethiopia, 2021: A cross-sectional study. *SAGE Open Med*. 2022;10:20503121221079317.
99. Ditekemena JD, Luhata C, Mavoko HM, Siewe Fodjo JN, Nkamba DM, Van Damme W, et al. Intimate Partners Violence against Women during a COVID-19 Lockdown Period: Results of an Online Survey in 7 Provinces of the Democratic Republic of Congo. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10): 5108.

100. Naghizadeh S, Mirghafourvand M, Mohammadirad R. Domestic violence and its relationship with quality of life in pregnant women during the outbreak of COVID-19 disease. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):88.
101. Viero A, Barbara G, Montisci M, Kustermann K, Cattaneo C. Violence against women in the Covid-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies. *Forensic Sci Int*. 2021;319:110650.
102. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2021;18(1):10.
103. van Gelder N, Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, et al. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine*. 2020;21:100348.
104. Jarnecke AM, Flanagan JC. Staying safe during COVID-19: How a pandemic can escalate risk for intimate partner violence and what can be done to provide individuals with resources and support. *Psychol Trauma*. 2020;12(S1):S202-s4.
105. Chandan JS, Taylor J, Bradbury-Jones C, Nirantharakumar K, Kane E, Bandyopadhyay S. COVID-19: a public health approach to manage domestic violence is needed. *Lancet Public Health*. 2020 Jun;5(6):e309.
106. Neil J. Domestic violence and COVID-19: Our hidden epidemic. *Aust J Gen Pract*. 2020;49.
107. Barbosa JPM, Lima R de CD, Martins G de B, Lanna SD, Andrade MAC. Intersectionality and other views on violence against women in times of pandemic by covid-19 [Internet]. *SciELO Preprints*. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/328>
108. Ghoshal R. Twin public health emergencies: Covid-19 and domestic violence. *Indian J Med Ethics*. 2020;(-):1-5.
109. Bradley NL, DiPasquale AM, Dillabough K, Schneider PS. Health care practitioners' responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *CMAJ*. 2020 Jun 1;192(22):E609-E610.
110. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev Bras Epidemiol*. 2020 Apr 22;23:e200033.
111. Roesch E, Amin A, Gupta J, García-Moreno C. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *BMJ*. 2020 May 7;369:m1712.

112. Kofman YB, Garfin DR. Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma*. 2020;12(S1):S199-s201.
113. Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19 [Measures to contain gender-based violence during the COVID-19 pandemic]. *Gac Sanit*. 2021 Jul-Aug;35(4):389-394. Spanish.
114. Yahya AS, Khawaja S, Chukwuma J. Association of COVID-19 With Intimate Partner Violence. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2020 May 7;22(3):20com02634.
115. John N, Casey SE, Carino G, McGovern T. Lessons Never Learned: Crisis and gender-based violence. *Dev World Bioeth*. 2020 Jun;20(2):65-68.
116. Buttell F, Ferreira RJ. The hidden disaster of COVID-19: Intimate partner violence. *Psychol Trauma*. 2020;12(S1):S197-s8.
117. Lyus L, Masters T. Routine enquiry for domestic violence and abuse in sexual health settings. *Sex Transm Infect*. 2018;94(2):81-2.
118. Perales F, Bouma, G. Religion, religiosity and patriarchal gender beliefs: Understanding the Australian experience. *Journal of Sociology*. 2019; 55(2): 323–341.
119. Xavier ET, Xavier NP. Violência à mulher: uma proposta cristã para um novo olhar de cuidados. *Revista Iberoamericana de Teología*. 2019; 15(29): 91-124.
120. Tang K, Gaoshan J, Ahonsi B, Ali M, Bonet M, Broutet N, Kara E, Kim C, Thorson A, Thwin SS. Correction to: Sexual and reproductive health (SRH): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID- 19) outbreak. *Reprod Health*. 2020 May 26;17(1):76.
121. Schaaf M, Boydell V, Van Belle S, Brinkerhoff DW, George A. Accountability for SRHR in the context of the COVID-19 pandemic. *Sex Reprod Health Matters*. 2020;28(1):1779634.
122. Coulthard P, Hutchison I, Bell JA, Coulthard ID, Kennedy H. COVID-19, domestic violence and abuse, and urgent dental and oral and maxillofacial surgery care. *Br Dent J*. 2020;228(12):923-6.
123. Rossi FS, Shankar M, Buckholdt K, Bailey Y, Israni ST, Iverson KM. Trying Times and Trying Out Solutions: Intimate Partner Violence Screening and Support for Women Veterans During COVID-19. *J Gen Intern Med*. 2020:1-4.
124. Bellizzi S, Nivoli A, Loretto L, Farina G, Ramses M, Ronzoni AR. Violence against women in Italy during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150(2):258-9.

125. Kita S, Chan KL, Tobe H, Hayashi M, Umeshita K, Matsunaga M, Uehara N, Kamibeppu K. A Follow-Up Study on the Continuity and Spillover Effects of Intimate Partner Violence During Pregnancy on Postnatal Child Abuse. *J Interpers Violence*. 2021 Jul;36(13-14):NP6904-NP6927.
126. Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 12;2014(11):CD009414.
127. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mudanças históricas na rede intersetorial de serviços voltados à violência contra a mulher – São Paulo, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e190486 <https://doi.org/10.1590/Interface.190486>

## Anexo 1. Parecer Consubstanciado do Comitê de Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da violência contra a mulher em serviço de atenção pré-natal e pós-natal

**Pesquisador:** Fernanda Garanhani de Castro Surita

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 13426819.1.0000.5404

**Instituição Proponente:** Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.455.150

#### Apresentação do Projeto:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 13 a 61% das mulheres com idade entre 15 e 49 anos já sofreram violência física por um parceiro íntimo pelo menos uma vez na vida, sendo que de 1 a 28% delas o episódio violento ocorreu durante a gestação (1). Esses dados corroboram para o entendimento de que a violência contra a mulher é um grave problema de saúde global e de violação dos direitos humanos. Há, ainda, dados de que a violência contra a mulher pode aumentar de frequência e severidade durante a gestação e após ela (2). No Brasil esse cenário ocupa um papel importante na discussão e planejamento de políticas públicas de enfrentamento a violência contra a mulher. Um importante passo nesse caminho foi a criação da Lei Maria da Penha (2006), que visa criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A criminalização abrange várias modalidades de violência, como: física (qualquer conduta que ofenda sua saúde ou integridade), psicológica (dano emocional, diminuição da autoestima, controle de ações, ameaça, constrangimento, chantagem ou qualquer outro prejuízo psicológico), sexual (relação indesejada, impedimento de uso de contraceptivos ou que a force ao casamento, gravidez, aborto ou prostituição), patrimonial (retenção, subtração, destruição de documentos, objetos, bens, valores e recursos) e moral (calúnia, difamação ou injúria)(3). Ainda na Lei Maria da Penha, há o entendimento da necessidade de medidas integradas de prevenção, como a promoção de estudos e pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes, com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia, concernentes às causas, às consequências e à frequência da violência

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.455.150

doméstica e familiar contra a mulher, para a sistematização de dados, a serem unificados nacionalmente, e a avaliação periódica dos resultados das medidas adotadas (3). Diante disso, o pré-natal se apresenta como uma importante oportunidade para a equipe de saúde detectar esses casos, possibilitando um aconselhamento e intervenção adequada para o problema(4). A atenção pré-natal deve ser feita por profissionais qualificados e com a finalidade de promover as melhores condições de saúde para a mulher e seu filho. Dentre os componentes desse acompanhamento encontramos: educação em saúde, identificação de riscos, prevenção de complicações da gestação, gestão de doenças prévias e promoção da saúde (4). A OMS recomenda, a fim de obter uma experiência positiva na gestação, além de toda a rotina clínica e laboratorial do pré-natal, que haja uma investigação a respeito da possibilidade de violência por parceiro íntimo. Se rastreada a equipe poderá fornecer apoio adequado para a gestante(5). A violência na gestação pode afetar seu desfecho por meio de respostas neuroendócrinas ao estresse, incluindo a liberação de catecolaminas, - endorfina e cortisol e a desregulação do sistema imunológico, afetando substancialmente a liberação de prostaglandinas (6). As consequências negativas desses episódios de violência afetam tanto a saúde materna como a fetal, incluindo os problemas de saúde mental no pós-parto e frequentes hospitalizações durante a infância (6). As repercussões podem se manifestar tanto no período gestacional como após o parto. São desfechos frequentes: baixa adesão a assistência pré-natal, anemia, sangramentos vaginais, infecções, hipertensão, descolamento prematuro de placenta, restrição de crescimento fetal, prejuízos a saúde mental e abortos. Já no caso das crianças, podemos encontrar má nutrição, alteração no desenvolvimento e abuso infantil (7). Determinadas condições podem justificar o rastreamento para a violência, dentre elas: lesão traumática (particularmente as repetidas, acompanhadas de explicações vagas), parceiro intrusivo nas consultas, sintomas genitourinários repetitivos, uso de álcool e outras substâncias, sintomas de depressão e ansiedade, automutilação entre outros (5). A presença dessas situações, acompanhada por uma relação de confiança entre a gestante e o profissional de saúde, pode permitir a identificação da situação de violência. O abuso infantil é uma questão bastante relevante nesses casos, amplificando e perdurando os impactos causados pela violência nessas famílias. Entende-se como abuso infantil além do abuso físico e psicológico, a negligência. As taxas de abuso infantil em até 1 mês, nas mulheres que foram vítimas de violência no período gestacional é de 32,9%. Quando analisado o período de 6 meses de pós-parto essa taxa se eleva para 49,3% 8. Esse comportamento, pode ser entendido pelo sentimento de rejeição e raiva que algumas mães alimentam pelos bebês, em decorrência da experiência traumática de violência experimentada por elas durante a gestação (8). Nota-se que há uma grande concentração de

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.455.150

estudos em relação à violência contra a mulher por parceiro íntimo, porém a violência pode se dar na relação com outros indivíduos como familiares e colegas de trabalho. A compreensão a respeito dos fatores preditivos e aperfeiçoamento das estratégias de rastreamento de situações de violência gestacional devem ser alvo de atenção dos profissionais de saúde, uma vez que cerca de 70% dessas mulheres continuam sendo vítimas de violência no pós-parto e o pré-natal é uma oportunidade para a formação de vínculos sólidos entre a mulher e a equipe, facilitando dessa forma o relato da mulher sobre alguma forma de violência (8). Um grande desafio nesses casos é que mulheres que vivem em situação de violência, além de ter uma assistência pré-natal inadequada, podem atrasar sua entrada no pré-natal. Diante disso, é importante que a intervenção ocorra em vários níveis estratégicos, para atingir todas as gestantes imersas nesse cenário. Dentre as ferramentas importantes para esse enfrentamento, podemos ressaltar as campanhas de conscientização dos direitos civis das mulheres em situação de violência, fortalecimento da legislação, serviço de intervenção precoce em lares de risco, triagem de rotina nos pré-natais (7). Por fim, no Brasil, nota-se uma carência de dados que permitam aos profissionais de saúde entender o perfil de vítimas e agressores, bem como um entendimento mais profundo da prevalência e tipo de violência sofrido por essas mulheres. Muitas vezes o direcionamento do rastreio diante de determinadas condições, como vulnerabilidade econômica e social, fazem com que um número significativo de mulheres não seja incluído no rastreamento e mesmo assim, possam estar sendo vítimas de violência (9).

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Avaliar a prevalência da violência contra a mulher, tipos e grau de parentesco dos agressores entre mulheres que frequentam um serviço de atenção pré-natal e pós-natal e explorar as percepções das mulheres sobre a violência.

##### **Objetivo Secundário:**

- Conhecer a prevalência de casos de violência entre mulheres que frequentam o serviço de atenção pré-natal e pós-natal.
- Identificar os tipos de violência descritos pelas mulheres gestantes e puérperas.
- Identificar o grau de parentesco dos agressores descritos pelas mulheres gestantes e puérperas.
- Identificar as percepções das mulheres sobre a violência, âmbitos, agressores, causas e ações ante a vivência de violência contra a mulher.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.455.150

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com as pesquisadoras, tanto a aplicação dos questionários quanto a realização da entrevista grupal não apresentam riscos para a saúde física das participantes. Ambas etapas contarão com uma pesquisadora que é profissional treinada e tem recursos para fazer encaminhamentos de atenção na área da saúde em caso de eventual necessidade. Serão garantidas as condições do local para realizar as atividades tais como: ausência de ruído, ventilação e iluminação adequadas. Ademais, consta no TCLE e TALE a informação acerca do teor de algumas perguntas, as quais podem trazer à tona sentimentos e emoções intensas, lembranças de vivências que possuem carga emocional forte, como por exemplo, raiva, choro e constrangimento. Se isso acontecer, as pesquisadoras garantem a possibilidade de interrupção da participação na pesquisa, ou finalizar a entrevista em uma ocasião posterior. Em relação aos benefícios, as pesquisadoras afirmam que não haverá benefícios diretos aos voluntários desta pesquisa. Entretanto, a sensibilização da participante com o tópico abordado o pode ser o início de uma mudança na vida das mulheres para fomentar uma vivência positiva da gravidez e o puerpério. Assim como haverá a possibilidade de obter informações acerca dos tipos de violência e as instituições que as mulheres podem recorrer diante deste tipo de experiências.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este protocolo se refere aos Projeto de Pesquisa intitulado "Avaliação da violência contra a mulher em serviço de atenção pré-natal e pós-natal", cuja Pesquisadora Responsável é a Professora Livre Docente Fernanda Garanhani de Castro Surita do Departamento de Tocoginecologia, FCM/UNICAMP, orientadora do projeto de Doutorado em Tocoginecologia da aluna Odette del Risco Sánchez e do projeto de Iniciação Científica da aluna de graduação em medicina na FCM/UNICAMP Mariana Kerche Bonás.

Trata-se de um estudo que visa avaliar a prevalência e explorar as percepções sobre a violência contra a mulher entre gestantes e puérperas, que frequentam um serviço de atenção pré-natal e pós-natal. O estudo apresenta um desenho misto para o estabelecimento de meta-inferências, produto da combinação dos enfoques qualitativo e quantitativo (corte transversal). As técnicas utilizadas serão questionários para o estudo da prevalência da violência em as usuárias do serviço e grupos focais para aprofundar no imaginário das mulheres sobre o objeto de estudo. A amostragem é probabilística e o tamanho da amostra é de 700 mulheres, que frequentam os serviços de ambulatórios para gestantes e puérperas.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.455.150

As mulheres serão convidadas para participar da pesquisa nos próprios ambulatórios do hospital. De acordo com as pesquisadoras, para garantir que esteja sozinha durante o convite, a mulher será chamada para entrar na sala sem companhia. Se a mulher por qualquer motivo se encontra perto do acompanhante, o convite não será feito em esse momento aguardando sempre a situação oportuna para conversar com a mulher garantindo sua privacidade. O convite será para participar nos preenchimentos das técnicas quantitativas e para posterior participação nos grupos focais, se assim elas desejarem. A solicitação para participar do grupo focal será feita durante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Por isso as mulheres que passaram na etapa qualitativa terão preenchido os questionários anônimos que serão empregados na primeira etapa da pesquisa o que contribuirá em que elas fiquem mais sensíveis ao tema permitindo aprofundar na discussão dele no espaço grupal. Para a fase quantitativa a amostra é probabilística sendo representativa para mulheres grávidas e puérperas em idade reprodutiva e que frequentam o serviço hospitalar. No componente qualitativo da pesquisa a amostra é intencional, estimando-se a realização de 6 grupos formados entre 8-12 participantes, procurado sua homogeneidade baseada na idade das participantes. Serão previstos três grupos para adolescentes e três grupos adultas. Não obstante os pesquisadores seguirão o critério de saturação teórica sendo definido quando "as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados". Os critérios de inclusão são:

- Grávidas e puérperas que frequentam o serviço de pré-natal e pós-natal.
- Usuária regular do serviço pré-natal ou pós-natal que comparece pela segunda vez ao atendimento.

Os critérios de exclusão

- Diagnóstico de patologias com comprometimento da saúde mental da gestante e puérpera que impeçam sua participação no grupo ou comprometam suas respostas aos questionários.

Para a realização dos grupos focais serão convidadas 72 mulheres, tendo sido previstos três grupos com adolescentes e três com adultas. Para o processamento dos dados serão apresentados valores de média, desvio-padrão e mediana para as variáveis quantitativas como idade e tempo de gestação. Para as demais variáveis (qualitativas) serão avaliados prevalência e intervalos de confiança das mesmas. Será assumido confiabilidade de 95% ( $\alpha = 0,05$  (5%)). Os dados qualitativos serão analisados mediante análise de conteúdo temático para a compreensão das percepções das mulheres sobre o fenômeno estudado. Serão estabelecidas meta-inferências o que oferece a

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.455.150

oportunidade de identificar possíveis vulnerabilidades das usuárias a partir dos significados atribuídos à violência contra a mulher durante a gravidez e o puerpério.

De acordo com o documento "Informações Básicas do Projeto", o orçamento do projeto está estimado em R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) por meio de financiamento da CAPES. O cronograma apresentado menciona as atividades a serem desenvolvidas entre maio de 2019 e abril de 2020.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória abaixo listados.

**Recomendações:**

No quesito "Sigilo e Privacidade", tanto no TCLE quanto no TALE há um erro de digitação que necessita de correção, pois a palavra "não" está digitada "no":

"Durante o preenchimento dos questionários e na entrevista grupal não haverá gravação em áudio ou vídeo, só constará registro escrito".

"quarto questionários sobre violência"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após as alterações realizadas nos documentos apresentados, o protocolo pode ser considerado APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.455.150

terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1342208.pdf	02/07/2019 10:25:27		Aceito
Outros	RespostaPendencias.pdf	02/07/2019 10:22:12	Fernanda Garanhani de Castro Surita	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoViolencia.pdf	02/07/2019 10:19:55	Fernanda Garanhani de Castro Surita	Aceito

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.455.150

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/07/2019 10:18:33	Fernanda Garanhani de Castro Surita	Aceito
Outros	Parecer.pdf	09/05/2019 18:47:04	Fernanda Garanhani de Castro Surita	Aceito
Outros	Identidade.pdf	09/05/2019 18:39:39	Fernanda Garanhani de Castro Surita	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEP.pdf	03/05/2019 12:44:26	Fernanda Garanhani de Castro Surita	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	03/05/2019 12:35:53	Fernanda Garanhani de Castro Surita	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINAS, 15 de Julho de 2019

Assinado por:  
Renata Maria dos Santos Celeghini  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

## **Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título da pesquisa: Avaliação da violência contra a mulher em serviço de atenção pré-natal e pós-natal**

**Nome do(s) responsável(is):** Dra. Fernanda Garanhani de Castro Surita  
MSc. Odette del Risco Sánchez

**Número do CAAE:** 13426819.1.0000.5404

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: “Avaliação da violência contra a mulher em serviço de atenção pré-natal e pós-natal”, sob responsabilidade dos pesquisadores Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Garanhani de Castro Surita (Professora Livre-Docente de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP), MSc. Odette del Risco Sánchez (Doutoranda em Tocoginecologia FCM/UNICAMP)

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Você terá o direito de não aceitar participar se não desejar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Rotineiramente este termo é feito em 2 vias, uma para o pesquisador e outra para a participante, porém pelo tema envolvido, para não colocar qualquer participante em risco de violência pela participação no estudo, sugerimos que ambas as vias fiquem arquivadas com as pesquisadoras e se você a qualquer momento desejar poderá entrar em contato para retirá-la. Você receberá um papel com os telefones de contato do CEP- UNICAMP (Comissão de Ética em Pesquisa da UNICAMP) se tiver queixas sobre esta pesquisa.

Participando do estudo você está sendo convidada a responder quatro questionários sobre violência: Abuse Assessment Screen; Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed (HiTS); Domestic violence Screening Tool; Partner Violence Screen (PVS) e Woman Abuse Screen Tool. Todos eles têm o objetivo de avaliar experiências de violência contra a mulher.

A aplicação destes questionários terá a duração de aproximadamente 20 minutos no total e será efetuada antes ou após a consulta no próprio ambulatório, em um local privativo, com a presença de uma pesquisadora.

Após essa etapa, algumas mulheres serão convidadas pelas pesquisadoras para participar de uma entrevista grupal, que será agendada em momento oportuno, ou seja, após a consulta no próprio ambulatório, na sala de grupo do pré-natal. A entrevista grupal terá duração média de 45 minutos e tem como objetivo conhecer as ideias que as participantes tem sobre a violência contra a mulher.

Os questionários e a entrevista grupal formarão o material de estudo para posterior análise e compreensão científica dos dados obtidos.

**OBS: Caso tenha sido convidada para participar do estudo em formato de entrevista grupal com duração média de 45 minutos, assinale o item abaixo. Lembre-se que a participação da entrevista é voluntária, e caso não queira participar, não terá problema**

**algum, não havendo comprometimento em relação ao atendimento ambulatorial e nem em relação a participação da etapa dos questionários. Se por ventura houver necessidade de suspender a entrevista, não haverá problema, ela poderá ser remarcada ou se a paciente desejar, ela poderá retirar sua participação desta etapa:**

- ( ) Eu aceito participar do estudo em formato de entrevista grupal que será agendado em momento oportuno pelo pesquisador após a consulta no ambulatório do CAISM.
- ( ) Eu não aceito participar do estudo em formato de entrevista grupal.

Após sua participação em qualquer etapa do estudo a pesquisadora fornecerá orientações e esclarecerá dúvidas sobre os tipos de violência e as instituições que a participante pode recorrer ante este tipo de experiência.

Caso esse procedimento cause algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.

A pesquisa será realizada de acordo com o seguinte cronograma, nos locais e horários indicados onde o participante deve estar presente.

**Ano:** 2019

**Local e período:** Ambulatórios de Obstetrícia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), que acontecem de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira no horário comercial (manhã 8:00-12:00 e tarde 13:00-17:00). Você não terá que retornar em outro dia para participar da pesquisa.

A qualquer momento você pode desistir da participação neste estudo sem nenhum prejuízo.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos e após esse tempo serão destruídos.

**Desconfortos e riscos:** Você **\*\_não\_\*** deve participar deste estudo caso sinta-se prejudicada ou ameaçada por qualquer razão, tendo o direito de interromper sua participação em qualquer momento que julgar necessário e sem nenhum prejuízo ao seu atendimento ambulatorial. Algumas perguntas podem trazer à tona sentimentos e emoções intensas, e você poderá lembrar vivências que possuem carga emocional forte, como por exemplo, raiva, choro e constrangimento. Se isso acontecer, ressaltamos a possibilidade de ser interrompida sua participação na pesquisa se você o deseja ou finalizar a entrevista em uma ocasião posterior. Tanto a aplicação dos questionários quanto a realização da entrevista grupal não apresentam riscos para a sua saúde física. Ambas as etapas contaram com uma pesquisadora que é profissional treinada e tem recursos para fazer encaminhamentos de atenção à sua saúde em caso de eventual necessidade. Serão garantidas as condições do local para realizar as atividades tais como: ausência de ruído, ventilação e iluminação adequadas.

**Benefícios:** Não haverá benefícios diretos aos voluntários desta pesquisa. Entretanto, a sensibilização da participante com o tópico abordado pode ser o início de uma mudança na vida das mulheres para fomentar uma vivência positiva da gravidez e o puerpério. Assim como haverá a possibilidade de obter informação dos tipos de violência e as instituições que a mulheres podem recorrer ante este tipo de experiências.

**Acompanhamento e assistência:** Caso haja a necessidade de uma intervenção especializada a pesquisadora que acompanha a entrevista tem condições e conhecimento para o seu encaminhamento. O CAISM dispõe de um serviço de atendimento psicológico, de

assistência social e de atenção frente aos casos de violência para as mulheres atendidas no ambulatório e que ocorre em horário comercial, e se houver necessidade, a participante será encaminhada para este serviço.

**Sigilo e privacidade:** Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Dados deste estudo não serão registrados em prontuários de qualquer natureza. Durante o preenchimento dos questionários e na entrevista grupal não haverá gravação em áudio ou vídeo, só constará registro escrito.

**Ressarcimento e Indenização:** O estudo será realizado durante o horário comercial. A aplicação dos questionários e a entrevista grupal acontecerão em recinto privativo nos próprios ambulatórios do CAISM, no dia em que as participantes terão consulta ambulatorial, portanto não haverá necessidade de ressarcimento às participantes da pesquisa, tais como transporte, alimentação ou ajudas de custo. Caso tenha gastos para participar da pesquisa fora da rotina assistencial, você será integralmente ressarcida de suas despesas. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da sua participação na pesquisa.

#### **O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas. Consentimento livre e esclarecido:

Declaro que concordo em participar voluntariamente desse estudo. E que, em caso de dúvidas, ou qualquer outra necessidade, poderei entrar em contato com o mesmo.

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Contato telefônico \_\_\_\_\_ e-mail (opcional): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(nome e assinatura da participante)

Responsabilidade do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado o motivo de não fornecimento de uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_. (assinatura do pesquisador)

### **Anexo 3. Termo de Assentimento Livre e Esclarecido**

#### **TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)**

##### **Título da pesquisa: Avaliação da violência contra a mulher em serviço de atenção pré-natal e pós-natal**

Termo de Assentimento é um termo usado e obrigatório para pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução N° 466 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, especificamente para participantes de 07 a 17 anos.

**Número do CAAE:** 13426819.1.0000.5404

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: “Avaliação da violência contra a mulher em serviço de atenção pré-natal e pós-natal”, sob responsabilidade dos pesquisadores Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Garanhani de Castro Surita (Professora Livre-Docente de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP), MSc. Odette del Risco Sánchez (Doutoranda em Tocoginecologia FCM/UNICAMP)

Este documento, chamado Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Você terá o direito de não aceitar participar se não desejar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Rotineiramente este termo é feito em 2 vias, uma para o pesquisador e outra para a participante, porém pelo tema envolvido, para não colocar qualquer participante em risco de violência pela participação no estudo, sugerimos que ambas as vias fiquem arquivadas com as pesquisadoras e se você a qualquer momento desejar poderá entrar em contato para retirá-la. Você receberá um papel com os telefones de contato do CEP- UNICAMP (Comissão de Ética em Pesquisa da UNICAMP) se tiver queixas sobre esta pesquisa.

Também rotineiramente para menores de 18 anos, um responsável legal deveria assinar um termo de consentimento para participação de qualquer pesquisa, porém pelo tema envolvido, para não colocar qualquer participante em risco de violência pela participação no estudo também solicitamos dispensa da autorização do responsável legal para menores de 18 anos

##### **Justificativa e objetivos:**

Este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência e explorar as percepções sobre a violência contra a mulher entre gestantes e puérperas que frequentam o serviço de atenção pré-natal e pós-natal do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas. (CAISM-UNICAMP). A realização deste estudo é importante para avaliar a presença de experiências de violência em mulheres que frequentam o serviço e as ideias delas sobre o esse tema, o que é útil para melhorar o atendimento oferecido na instituição e assim contribuir em ter uma vivência positiva durante etapas relevantes como a gravidez e puerpério.

### **Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidada a responder quatro questionários sobre violência: Abuse Assessment Screen; Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed (HiTS); Domestic violence Screening Tool; Partner Violence Screen (PVS) e Woman Abuse Screen Tool. Todos eles têm o objetivo de avaliar experiências de violência contra a mulher.

A aplicação destes questionários terá a duração de aproximadamente 20 minutos no total e será efetuada antes ou após a consulta no próprio ambulatório, em um local privativo, com a presença de uma pesquisadora.

Após essa etapa, algumas mulheres serão convidadas pelas pesquisadoras para participar de uma entrevista grupal, que será agendada em momento oportuno, ou seja, após a consulta no próprio ambulatório, na sala de grupo do pré-natal. A entrevista grupal terá duração média de 45 minutos e tem como objetivo conhecer as ideias que as participantes tem sobre a violência contra a mulher.

Os questionários e a entrevista grupal formarão o material de estudo para posterior análise e compreensão científica dos dados obtidos.

**OBS: Caso tenha sido convidada para participar do estudo em formato de entrevista grupal com duração média de 45 minutos, assinale o item abaixo. Lembre-se que a participação da entrevista é voluntária, e caso não queira participar, não terá problema algum, não havendo comprometimento em relação ao atendimento ambulatorial e nem em relação a participação da etapa dos questionários. Se por ventura houver necessidade de suspender a entrevista, não haverá problema, ela poderá ser remarcada ou se a paciente desejar, ela poderá retirar sua participação desta etapa:**

( ) Eu aceito participar do estudo em formato de entrevista grupal que será agendado em momento oportuno pelo pesquisador após a consulta no ambulatório do CAISM.

( ) Eu não aceito participar do estudo em formato de entrevista grupal.

Após sua participação em qualquer etapa do estudo a pesquisadora fornecerá orientações e esclarecerá dúvidas sobre os tipos de violência e as instituições que a participante pode recorrer ante este tipo de experiência.

Caso esse procedimento cause algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.

A pesquisa será realizada de acordo com o seguinte cronograma, nos locais e horários indicados onde o participante deve estar presente.

**Ano:** 2019.

**Local e período:** Ambulatórios de Obstetrícia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), que acontecem de 2ª a 6ª feira no horário comercial (manhã 8:00-12:00 e tarde 13:00-17:00). Você não terá que retornar em outro dia para participar da pesquisa.

A qualquer momento você pode desistir da participação neste estudo sem nenhum prejuízo.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos e após esse tempo serão destruídos.

**Desconfortos e riscos:** Você \*\_não\_\* deve participar deste estudo caso sinta-se prejudicada ou ameaçada por qualquer razão, tendo o direito de interromper sua participação em qualquer momento que julgar necessário e sem nenhum prejuízo ao seu atendimento ambulatorial. Algumas perguntas podem trazer à tona sentimentos e emoções intensas, e você poderá lembrar vivências que possuem carga emocional forte, como por exemplo, raiva, choro e constrangimento. Se isso acontecer, ressaltamos a possibilidade de ser interrompida sua participação na pesquisa se você o deseja ou finalizar a entrevista em uma ocasião posterior. Tanto a aplicação dos questionários quanto a realização da entrevista grupal não apresentam riscos para a sua saúde física. Ambas as etapas contaram com uma pesquisadora que é profissional treinada e tem recursos para fazer encaminhamentos de atenção à sua saúde em caso de eventual necessidade. Serão garantidas as condições do local para realizar as atividades tais como: ausência de ruído, ventilação e iluminação adequadas.

**Benefícios:** Não haverá benefícios diretos aos voluntários desta pesquisa. Entretanto, a sensibilização da participante com o tópico abordado pode ser o início de uma mudança na vida das mulheres para fomentar uma vivência positiva da gravidez e o puerpério. Assim como haverá a possibilidade de obter informação dos tipos de violência e as instituições que as mulheres podem recorrer ante este tipo de experiências.

**Acompanhamento e assistência:** Caso haja a necessidade de uma intervenção especializada a pesquisadora que acompanha a entrevista tem condições e conhecimento para o seu encaminhamento. O CAISM dispõe de um serviço de atendimento psicológico, de assistência social e de atenção frente aos casos de violência para as mulheres atendidas no ambulatório e que ocorre em horário comercial, e se houver necessidade, a participante será encaminhada para este serviço.

**Sigilo e privacidade:** Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Dados deste estudo não serão registrados em prontuários de qualquer natureza. Durante o preenchimento dos questionários e na entrevista grupal não haverá gravação em áudio ou vídeo, só constará registro escrito.

**Ressarcimento e indenização:** O estudo será realizado durante o horário comercial. A aplicação dos questionários e a entrevista grupal acontecerão em recinto privativo nos próprios ambulatórios do CAISM, no dia em que as participantes terão consulta ambulatorial, portanto não haverá necessidade de ressarcimento às participantes da pesquisa, tais como transporte, alimentação ou ajudas de custo. Caso tenha gastos para participar da pesquisa fora da rotina assistencial, você será integralmente ressarcida de suas despesas. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da sua participação na pesquisa.

### **O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas. Consentimento livre e esclarecido:

Declaro que concordo em participar voluntariamente desse estudo. E que, em caso de dúvidas, ou qualquer outra necessidade, poderei entrar em contato com o mesmo.

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Contato telefônico \_\_\_\_\_ e-mail (opcional): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(nome e assinatura da participante)

Responsabilidade do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguo, também, ter explicado o motivo de não fornecimento de uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_. (assinatura do pesquisador)

**Anexo 4. Modelo de Ficha de Dados Sociodemográficos**

Ficha no \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora de Início: \_\_\_\_\_ Hora de Término: \_\_\_\_\_

Duração total: \_\_\_\_\_ min

Local (ambulatório) \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de nascimento: Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Cidade de residência: \_\_\_\_\_

**Escolaridade:**

\_\_\_\_\_ Ensino fundamental completo/incompleto

\_\_\_\_\_ Ensino médio completo/incompleto

\_\_\_\_\_ Ensino superior completo/incompleto

\_\_\_\_\_ Pós-graduação completa/incompleta

**Ocupação atual** \_\_\_\_\_**Trabalho remunerado:** \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não**Tempo trabalhado:** \_\_\_\_\_ (horas por semana)**Cor de pele:** \_\_\_\_ branca \_\_\_\_ parda \_\_\_\_ preta \_\_\_\_ amarela \_\_\_\_ indígena**Tempo de gestação:** \_\_\_\_\_ semanas completas**Tempo após o nascimento da criança** \_\_\_\_\_ dias**Situação conjugal:** \_\_\_\_\_ com companheiro (a) \_\_\_\_\_ sem companheiro(a)**Religião:** \_\_\_\_\_ adepta Qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ não adepta

**Número de pessoas com as quais convive:** \_\_\_\_\_**Grau de parentesco com os conviventes:** \_\_\_\_\_**Entrevistador responsável:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

## Anexo 5. Abuse Assessment Screen (AAS)

### Abuse Assessment Screen (AAS)

1. Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente o fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você? Sim ( ) Não ( )

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

Sim ( ) Não ( )

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

Marido Ex-Marido Namorado Estranho Outro Quem? \_\_\_\_\_

**Número de vezes** \_\_\_\_\_

**Frequência:** Nunca Raramente Às vezes Com certa frequência Frequentemente

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

Sim ( ) Não ( )

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

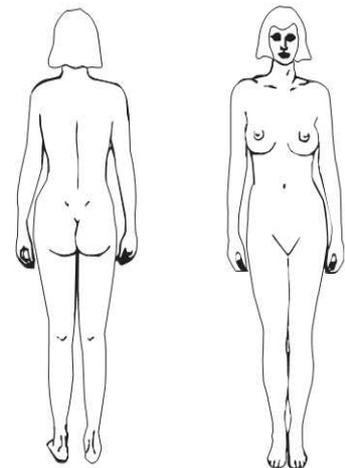
Marido Ex-Marido Namorado Estranho Outro Quem? \_\_\_\_\_

**Número de vezes** \_\_\_\_\_

**Frequência:** Nunca Raramente Às vezes Com certa frequência Frequentemente

3. Marque a área traumatizada no diagrama do corpo humano. Marque cada episódio de acordo com na escala a seguir

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



4. Neste último ano (12 meses) alguém forçou você a realizar atividades sexuais? Sim ( ) Não ( )

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

Marido Ex-Marido Namorado Estranho Outro Quem? \_\_\_\_\_

**Número de vezes** \_\_\_\_\_

**Frequência:** Nunca Raramente Às vezes Com certa frequência Frequentemente

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

## Anexo 6. Woman Abuse Screening Tool (WAST)

1. No geral, como você descreve seu relacionamento?
  - Muita tensão
  - Alguma tensão
  - Nenhuma tensão
  
2. Você e seu parceiro resolvem as discussões com:
  - Grande dificuldade
  - Alguma dificuldade
  - Sem dificuldade
  
3. As discussões já terminaram com você se sentindo para baixo ou mal consigo mesma?
  - Frequentemente
  - As vezes
  - Nunca
  
4. As discussões resultam em bater, chutar ou empurrar?
  - Frequentemente
  - As vezes
  - Nunca
  
5. Você já se sentiu assustada pelo que seu parceiro disse ou fez?
  - Frequentemente
  - As vezes
  - Nunca
  
6. O seu parceiro já abusou fisicamente de você?
  - Frequentemente
  - As vezes
  - Nunca
  
7. O seu parceiro já abusou emocionalmente de você?
  - Frequentemente
  - As vezes
  - Nunca
  
8. O seu parceiro já abusou sexualmente de você?
  - Frequentemente
  - As vezes
  - Nunca

## Anexo 7– Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed (HITS)

### Gritos, Insultos, Feridas e ameaças de Violência (HITS)

Por favor, leia cada uma das seguintes atividades e selecione a opção do quadro abaixo que melhor indica a frequência com que o seu parceiro ou sua parceira, ou algum membro da família age de maneira relatada.

Com qual frequência o seu (a) parceiro (a) ou algum membro da família?					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Com certa frequência	Frequentemente
Te machuca fisicamente					
Te insulta ou humilha					
Ameaça prejudicar a você					
Te grita, xinga ou roga praga					
	1	2	3	4	5
Escore total					

Cada item é pontado de 1-5 e pode variar entre 4-20 pontos, uma pontuação superior a 10 pontos significa que você está em risco de violência doméstica e deve procurar aconselhamento ou ajuda de um centro de referência em violência doméstica, como o disque 100 de direitos humanos do Ministério da Saúde, centros de saúde e redes de apoio.

## Anexo 8– Roteiro de Entrevistas

### Roteiro para entrevistas semiestruturadas

Hora de início\_\_\_\_\_ Hora de Término\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

Pergunta inicial: Quando você escuta a palavra violência o que é o primeiro que vem na sua mente?

- O que você conhece sobre a violência e as formas de violência contra a mulher?
- Quais são as formas de violência que você considera são vivenciadas pelas mulheres brasileiras?
- Em sua opinião, na gestação e no pós-parto aumenta ou diminui o risco de vivenciar violência?
- Por que você acha que acontece a violência contra as mulheres?
- O que você acha que a violência pode mudar na vida das mulheres? E o que você acha que não muda?
- Quais pessoas, profissionais ou instituições você acha que podem ajudar as mulheres frente a essas situações?

O que você achou de ter participado desta pesquisa?

Há mais alguma coisa que você gostaria de comentar ou explicar que considera importante?

**Anexo 9– Capítulo de livro "Avaliação da violência doméstica em serviço de atenção pré-natal e pós-parto" Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia (PROAGO)**

**“Avaliação da violência doméstica em serviço de atenção pré-natal e pós-parto”**

Odette del Risco Sánchez

Amanda Dantas Silva

Fernanda Garanhani Surita

**Resumo**

A violência contra a mulher ocasiona consequências adversas para a saúde das mulheres. Gestantes e puérperas são vulneráveis à vivência de violência doméstica e por parceiro íntimo, e durante o ciclo grávido-puerperal, os episódios podem variar nas suas formas e frequência. Devido aos impactos negativos da violência na vida das mulheres, suas famílias e comunidades, esta é uma questão que precisa ser abordada de forma integral e sistemática com a articulação de vários setores da sociedade.

Os serviços de pré-natal e de consultas pós-parto são espaços onde a violência pode ser abordada pelas equipes multiprofissionais, de acordo com princípios éticos, sob a perspectiva da integralidade do cuidado. Neste sentido, os ginecologistas e obstetras são fundamentais na identificação de mulheres em situação de violência, no oferecimento de apoio e informações de qualidade às mulheres usuárias destes serviços.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher; Violência doméstica; Gestação; Puerpério, Cuidado integral.

## Anexo 10– Apresentação em eventos



59º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia  
Temas Livres – Obstetrícia

MULTIDISCIPLINAR

ESTUDO ORIGINAL

### AValiação DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO ID: 6222

Amanda Dantas Silva<sup>1</sup>, Erika Zambrano Tanaka<sup>1</sup>, Fernanda Garanhani Surita<sup>1</sup>, Isabella Grieger<sup>1</sup>, Mariana Kerche Bonás<sup>1</sup>, Odette del Risco Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM)/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil.

**OBJETIVO:** Avaliar a prevalência, tipos de violência doméstica e grau de parentesco dos agressores entre mulheres no pré-natal e período pós-parto, e se houve diferença antes e durante a pandemia do COVID-19. **MÉTODOS:** Estudo transversal, amostra probabilística, incluídas mulheres que frequentam ambulatórios de pré-natal e revisão pós-parto de hospital universitário do Sistema Único de Saúde. Foram empregados questionários validados: Abuse Assessment Screen (AAS); Woman Abuse Screening Tool (WAST); Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed (HITS). Dois períodos de coleta: antes e durante a pandemia foram comparados. Os dados foram analisados usando estatística descritiva e análise bivariada. O nível de significância adotado foi de 5%. **RESULTADOS:** Entrevistamos 500 mulheres, 87% gestantes e 13% no período do pós-parto. Foram 183 entrevistas antes e 317 durante a pandemia. A média de idade foi 26,8 anos (±8,7 DP), 64,4% não tinham trabalho remunerado e 92,8% tinham parceiro. Entre as entrevistadas, 104 (20,8%) relataram experiências de violência física ou emocional ao longo da vida, 28 (5,6%) sofreram violência física nos últimos 12 meses e 13 (2,6%) referiram episódio de violência na gravidez. Entre as que viveram violência física foram identificados como agressores: cônjuge (42,9%), ex-parceiro (28,9%), namorado (10,7%) e outro familiar/conhecido (17,4%). Apresentar antecedentes de violência ( $p < 0,001$ ) e ter parceiro (0,013) foram variáveis associadas à violência física nos últimos 12 meses. Os questionários HITS e WAST mostraram que 17 (3,4%) relataram violência doméstica e 30 (6,5%) violência por parceiro íntimo. Foram mais acometidas mulheres não brancas ( $p = 0,016$ ), sem trabalho remunerado ( $p = 0,038$ ) e com antecedentes de violência física ou emocional ao longo da vida ( $p = 0,001$ ). A comparação entre os dois períodos de coleta, mostrou que a exposição à violência doméstica foi mais frequente antes da pandemia ( $p = 0,001$ ). **CONCLUSÕES:** Mulheres não brancas, com antecedentes de violência e sem trabalho remunerado apresentaram maior exposição à violência doméstica. Os episódios de violência física tiveram como principais agressores os parceiros íntimos. Nesta amostra não houve aumento dos episódios durante a pandemia. Os serviços de atenção pré-natal e pós-parto podem contribuir na identificação, orientação e encaminhamento de mulheres em situação de violência independente de estarmos ou não em tempos de crise como a pandemia.

**PALAVRAS-CHAVE:** VIOLÊNCIA DOMÉSTICA; GESTAÇÃO; PUERPÉRIO



### P0867 | ADDRESSING VIOLENCE AGAINST WOMEN DURING PREGNANCY-PUERPERAL CYCLE

THEME: AB 10 SPECIAL TOPICS/SUB-THEME: AB 10.3 ADDRESSING STIGMA AND VIOLENCE AGAINST WOMEN

Odette del Risco Sánchez, Erika Zambrano Tanaka, Amanda Dantas Silva, Mariana Kerche Bonás, Isabella Grieger, Aline Geovanna Lima Baquete, Daniella Aparecida Nogueira Vieira, Bianca Contieri Bozzo Campos, Carla Grazielle Guerazzi Pousa Pereira, Fernanda Garanhani Surita  
University of Campinas, Campinas, SP, Brazil

**Objectives:** To assess the prevalence and type of violence against women during the pregnancy-puerperal cycle.

**Methods:** Cross-sectional study with women attending antenatal and postpartum care services in a public tertiary hospital. We collected data through interviewers-administered questionnaires previously used in healthcare settings: Abuse Assessment Screen (AAS); Woman Abuse Screen Tool (WAST); Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed (HITS). Univariate and bivariate analyses were conducted.

**Results:** Among the 300 pregnant and postpartum women who participated in the study, 75 (25%) experienced lifetime violence. In addition, 5.3% of women reported domestic violence and 9% disclosed intimate partner violence experiences in pregnancy-puerperal cycle. Physical violence during pregnancy (3%) and during the last 12 months (7%) was a type of violence faced by participants. Lifetime violence experiences ( $P < 0.001$ ) and non-paid work ( $P = 0.030$ ) were associated with physical violence during pregnancy. Partner was identified as an aggressor in 66.67% of cases. Reports of physical violence are more frequent among women during first and third trimester. Lifetime violence was also significantly associated with domestic violence ( $P < 0.001$ ) and intimate partner violence ( $P < 0.001$ ).

**Conclusions:** Lifetime violence and different forms of violence are issues faced by pregnant and postpartum women. Violence experiences are more frequent among women at the beginning and in the last stages of pregnancy. This issue is more prevalent among those women who experienced lifetime violence and who do not have paid employment. Antenatal and postpartum care services could be safe places to identify domestic violence and intimate partner violence survivors.



## AVALIAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PÓS-NATAL

**Autores:** Sanchez, O.R.; Tanaka, E.Z.; Silva, A.D.; Bonas, M.K.; Grieger, I.; Surita, F.G.C.

**Síglia:** 0029

**Objetivo:** Avaliar a prevalência da violência contra a mulher, tipos e grau de parentesco dos agressores entre mulheres que frequentam um serviço de atenção pré-natal e pós-natal. **Métodos:** Estudo transversal, incluídas mulheres que frequentam serviços ambulatoriais para gestantes e puérperas em um hospital universitário. Para o rastreamento da violência doméstica e pelo parceiro íntimo, foram empregados os questionários Abuse Assessment Screen (AAS), Woman Abuse Screening Tool (WAST), Hurt, Insults, Threatened with Harm and Screamed (HITS). Para a análise foram utilizados os testes Qui-quadrado, exato de Fisher e Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5%. CAE: 13426819.1.0000.5404. **Resultados:** Participaram da pesquisa 300 mulheres, delas 84.7% gestantes e 15.3% puérperas. A média de idade foi de 26.4 anos ( $\pm$  8.7 DP) e 65.7% declaram não ter trabalho remunerado. A maioria (92%) das participantes com parceiros e 76% convivem com ele. Entre as entrevistadas, 75 (25%) relataram experiências de violência no longo da vida, 21 (7%) sofreram violência física nos últimos 12 meses, e 9 (3%) referem que o episódio de violência ocorreu na gravidez. Violência ao longo da vida ( $p<0.001$ ) e não ter trabalho remunerado ( $p=0.030$ ) foram variáveis associadas a violência física durante o ciclo gravídico-puerperal. Entre os principais agressores foram identificados o parceiro (66.7%) e ex-parceiro (11.1%). Os relatos de violência foram mais frequentes entre gestantes que se encontravam no primeiro e último trimestre ( $p=0.049$ ). Conforme as pontuações dos questionários HITS e WAST, entre as participantes 16 (5.3%) relataram violência doméstica e 27 (9%) violência pelo parceiro íntimo. **Conclusão:** Experiências passadas e recentes de violência doméstica e familiar são problemáticas presentes entre gestantes e puérperas. Os principais agressores são os parceiros e mulheres com antecedente de violência e sem trabalho remunerado têm maior risco. Os serviços de atenção pré-natal e pós-natal podem ser espaços para a identificação, orientação e encaminhamento de mulheres em situação de violência.

**Instituição:** CAISM - Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - Campinas - SP

## 27º CONGRESSO PAULISTA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

11 a 13 de agosto de 2022  
Transamerica Expo Center

# ANAIIS



### OBSTETRÍCIA

Internadas no Hospital Universitário de Jundiaí realizaram testes RT-PCR para SARS-CoV-2. Para a detecção molecular foram utilizadas amostras respiratórias da cavidade oral e nasal obtidas através de swabs combinados. **Resultados:** 15 gestantes foram notificadas com SRAG e 7 tiveram resultado positivo para COVID-19 pelo teste RT-PCR. Das gestantes com COVID-19 5 apresentaram sintomas no 3º trimestre (71.43%). A prevalência de comorbidades entre as gestantes foi de 71.43%. Os sintomas mais prevalentes foram febre elevada ( $n=5$ ; 71.43%) e tosse seca ( $n=5$ ; 71.43%), e 3 gestantes apresentaram desconforto respiratório importante (42.86%). Das 7 pacientes, 6 fizeram tomografia de tórax e todas apresentaram opacidades bilaterais em vidro fosco compatível com o padrão por infecção viral (85.7%). Apenas 1 das gestantes precisou de intubação orotraqueal (14.29%). **CONCLUSÃO:** Os sintomas da COVID-19 são semelhantes entre as gestantes e mulheres adultas não grávidas e a prevalência de comorbidades foi alta na amostra obtida. 71.43% das gestantes sintomáticas internadas tinham alguma doença prévia associada. Entretanto, sem a testagem universal das gestantes devido à ausência de financiamento temos um furo triestrate para entender a prevalência da COVID-19 e seus sintomas entre as gestantes. O estudo faz parte da REBRACO uma rede de estudos multicêntricos relacionados a COVID-19. Os dados aqui apresentados podem-se somar aos dos demais 15 centros envolvidos, que estão desenvolvendo mais estudos com diferentes abordagens e métodos, e que contribuirão com os conhecimentos acerca da infecção pelo SARS-CoV-2 nas gestantes.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Jundiaí - Jundiaí - SP

#### FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ENTRE GESTANTES E PUÉRPERAS

**Autores:** Silva, A.D.; Sanchez, O.R.; Tanaka, E.Z.; Bonas, M.K.; Grieger, I.; Surita, F.G.C.

**Síglia:** 0048

**OBJETIVO:** Identificar a prevalência e as principais características sociodemográficas associadas à exposição à violência doméstica em gestantes e puérperas. **Métodos:** Estudo de corte transversal em gestantes e puérperas durante consulta ambulatorial através dos questionários Abuse Assessment Screen (AAS) e Woman Abuse Screening Tool (WAST). Foi realizada análise descritiva, bivariada (qui-quadrado ou exato de Fisher) e regressão logística com estimativa de odds ratio (OR) para estudar os fatores associados à violência doméstica. **Resultados:** Foram entrevistadas 600 mulheres, 79.7% gestantes e 20.3% no período do pós-parto. Entre as entrevistadas, 138 (23%) relataram ter vivenciado violência física e/ou psicológica alguma vez na vida, 5.3% sofreram violência física nos últimos 12 meses, 2.3% referiram que episódio de violência ocorreu na gravidez e 3.3% sentem medo do parceiro

ou familiares. Conforme os scores do questionário WAST, entre as participantes 37 (6.7%) sofreram algum tipo de violência exercida pelo atual parceiro íntimo. A idade média das participantes foi de 27.0 anos ( $\pm$  8.58 DP), a maioria autodeclarada não-branca (60.7%), professava alguma religião (75.2%), e não exercia atividade remunerada (64.3%). Entre as participantes 53.2% concluiu o ensino médio, o medo foi mais comum em adolescentes e adultas maiores de 35 anos ( $p=0.025$ ), puérperas ( $p=0.023$ ) e que não moram com parceiro ( $p=0.030$ ). Mulheres não brancas ( $OR=1.53$ , IC 95% 1.01-2.34;  $p=0.048$ ), com idade gestacional  $\leq 33$  semanas ( $OR=3.41$ , IC 95% 1.03-11.25;  $p=0.044$ ) e no pós-parto ( $OR=2.81$ , IC 95% 1.32-5.95;  $p=0.008$ ) mostraram maior chance de ter vivenciado violência doméstica alguma vez na vida. **CONCLUSÃO:** Mulheres não brancas, no primeiro trimestre da gestação e no pós-parto apresentaram maior exposição à violência doméstica. Nossos achados apontam que mulheres grávidas e puérperas podem estar expostas à violência doméstica e que a consulta pré-natal e pós-natal é um momento oportuno para rastrear experiências passadas e recentes de violência. Os ginecologistas-obstetras podem contribuir na detecção, assistência e encaminhamento a serviços especializados a sobreviventes de violência doméstica.

**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Campinas - SP

#### RELATO DOS DESFECHOS MATERNO E PERINATAIS EM UMA POPULAÇÃO OBSTÉTRICA COM COVID-19 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

**Autores:** Fernandes, K.G.; Corradin, J.D.

**Síglia:** 0049

**OBJETIVO:** este estudo busca descrever casos de 6 gestantes que apresentaram síndrome respiratória aguda grave devido à infecção por SARS-CoV-2 e os desfechos maternos e perinatais desses casos. **Métodos:** foram incluídas as gestantes com quadro de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) internadas e notificadas no Hospital Universitário de Jundiaí (HUNIJ). A coleta dos dados ocorreu após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os quadros de SRAG atendem aos critérios: febre ou infecção respiratória (pneumonia) e um dos seguintes sinais ou sintomas – frequência respiratória  $> 30$  ipm, desconforto respiratório grave ou saturação  $\leq 93\%$  em ar ambiente, piça dos sintomas respiratórios, RX ou TC de tórax com opacidades bilaterais sem outras causas; alteração da oxigenação; sepsis; choque séptico. Para a detecção molecular foram utilizadas amostras respiratórias da cavidade oral e nasal obtidas através de swab combinados. As informações clínicas, sociodemográficas, desfechos maternos e perinatais foram obtidos através do atendimento, durante revisão dos prontuários médicos e

## Anexo 11–Prêmio Adolfo Lutz

CoMAU
XXXI CONGRESSO MÉDICO ACADÊMICO DA UNICAMP
FCM UNICAMP
Início
Normas para submissão
Anais
Eventos realizados
Contato

XXXI CoMAU – 04 e 05 de novembro de 2022

### PRÊMIO ADOLFO LUTZ

O CoMAU entrega os prêmios Adolfo Lutz, nas categorias de Saúde da Criança e do Adolescente, Cirurgia, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psiquiatria, Fonoaudiologia, Ciência Básica e Gestão, Qualidade e Tecnologias de atenção à saúde.

TÍTULO	AUTORES	ÁREA
AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM COLELITÍASE	Matheus Guedes da Silva, Maria Angela Bellomo Brandão	Saúde da Criança e do Adolescente
VIOLÊNCIA EM GESTANTES E PUÉRPERAS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS	Mariana Kerche Bonás, Isabella Grieger, Odette del Risco Sánchez, Isabelle Monteiro, Fernanda Garanhani de Castro Surita	Ginecologia e Obstetrícia
INCIDÊNCIA DE FEMINICÍDIO EM CAMPINAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	EDUARDA DE CASTRO MARINS JERONIMO, Ricardo Carlos Cordeiro	Saúde Coletiva

comauunicamp Faculdade de Ciências Médicas [Ver perfil](#)

XXXI CONGRESSO MÉDICO ACADÊMICO DA UNICAMP

**CoMAU**

*Inscrições abertas*

**17/10 até 03/11**

**PARTICIPE CONOSCO EM NOSSO RETORNO PRESENCIAL**

[Ver mais no Instagram](#)

comauunicamp

