

Artigo de Revisão de Literatura

Modelo dos sistemas de Betty Neuman no cuidado à mulher vítima de violência doméstica na gravidez e pós-parto

Betty Neuman's systems model in the care for women victims of domestic violence in pregnancy and post-partum care

Elisa Ferreira^{1*}, Maria Maceiras²

¹ Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, Lisboa. Elisa4ferreira@gmail.com

² Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa. mmaceiras@esscvp.eu

A violência doméstica é um grave problema de saúde pública que ameaça a estabilidade do sistema/cliente, com repercussões importantes na saúde física, mental e materno-infantil. Sendo o Modelo dos Sistemas um modelo dinâmico focado na relação do cliente e ambiente circundante, a sua aplicabilidade nesta área pode ser uma mais-valia para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Com o objetivo de mapear a evidência científica sobre a violência doméstica na grávida e na puérpera e refletir sobre a aplicabilidade do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman na intervenção junto da vítima de violência doméstica na gravidez e pós-parto, foi realizada pesquisa em bases de dados (MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Biblioteca Virtual da Saúde, PUBMED) com a equação de pesquisa *{(intimate partner violence OR domestic violence) AND (obstetric nurs* OR Midwife*)}*. Foram selecionados 16 artigos.

Este tipo de violência pode ter início, ocorrer ou agravar-se durante o período vulnerável da gravidez. A aplicabilidade deste modelo nesta área de intervenção é uma ferramenta útil para estruturação dos cuidados de enfermagem obstétrica na mulher em idade fértil, permitindo a atuação nos diferentes níveis de intervenção: prevenção, rastreio e intervenção junto das vítimas.

Domestic violence is a serious public health concern that threatens the stability of the system/client, and has a severe impact on physical, mental, maternal and infant health. Neuman's Systems Model is dynamic and focused on the relationship between the client and their respective environment, thus the applicability of this model in this setting could

be advantageous to enhance the quality of nursing intervention.

In order to map the scientific evidence on domestic violence in pregnant and postpartum women and reflect on the applicability of Betty Neuman's Systems Model in the intervention with the victim of domestic violence in pregnancy and postpartum, a search was carried out in databases (MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Virtual Health Library, PUBMED) with the search equation {(intimate partner violence OR domestic violence) AND (obstetric nurs OR Midwife*)}. Sixteen articles were selected.*

This type of violence can start, occur or worsen during the vulnerable period of pregnancy. The applicability of this model in this area of intervention is a useful tool for structuring obstetric nursing care for women of childbearing age, allowing action at different levels of intervention: prevention, screening and intervention with victims.

PALAVRAS-CHAVE: *Violência doméstica; violência por parceiro íntimo; enfermeiro obstetra; parteira; capacitação; gravidez; puerpério.*

KEY WORDS: *Domestic violence; intimate partner violence; obstetric nurse; midwife; empowerment; pregnancy; postpartum.*

Submetido em 10.05.2023; Aceite em 19.07.2023; Publicado em 28.07.2023.

* **Correspondência:** Elisa Ferreira

Email: elisa4ferreira@gmail.com

INTRODUÇÃO

A violência doméstica pode vitimizar homens e mulheres, porém, afeta desproporcionalmente mais mulheres¹⁻². Os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, referentes ao ano de 2021, contabilizam 23 632 casos reportados às entidades policiais de mulheres vítimas de violência doméstica em que o agressor é o cônjuge ou análogo³. A prevalência da violência doméstica em Portugal e em específico no período de particular interesse, a gravidez e pós-parto, mantém-se desconhecida considerando que os dados encontrados sobre a população portuguesa dizem respeito apenas aos casos reportados.

De salientar que violência doméstica engloba situações em que a vítima e o agressor são ou foram casados, vivem ou viveram em união facto, têm ou tiveram uma relação estável de namoro, têm filho(s)

em comum (mesmo que nunca tenham coabitado ou tenham tido relação de namoro) ou coabitam⁴⁻⁵.

A violência doméstica pode ser verbal, psicológica e/ou emocional (culpar de tudo o que corre mal⁶, gritar⁶, insultar^{1,6}, envergonhar^{1,6}, criticar⁶, ridicularizar⁶...); financeira (sabotar⁶ ou impedir tentativas de trabalhar⁶⁻⁷, interferir e questionar sobre gastos financeiros⁶⁻⁷); física (espancar⁸, esmurrar⁶, agarrar⁶, pontapear⁶, empurrar⁶, usar armas^{6,8} e atirar objetos^{6,8}); sexual (violar^{1,6,8-9}, agredir sexualmente^{1,5,9-10}, coagir para atos sexuais^{1,7-8}...); social (isolar de familiares e amigos)^{6-8,11}; assédio (visitar sem avisar⁶, perseguir⁶), privação ou negligência (privar de necessidades básicas⁷⁻⁸ e da liberdade⁵) e, por fim, pode tomar a forma de comportamentos coercivos (pressionar¹¹, intimidar^{6,9}, assustar⁶, controlar⁷).

O período de gravidez não é seguro para todas as mulheres¹², que têm menos probabilidade de se defenderem e maior probabilidade de sofrerem consequências mais danosas para si e para o feto⁶. As consequências adversas para a saúde e o potencial de intervenção têm resultado em atenção para este problema¹³. Estima-se que, a nível mundial, uma em cada três mulheres é exposta a violência física ou sexual durante a gravidez¹². Contudo, esta prevalência varia entre estudos realizados; nomeadamente, o país (realidade social), a metodologia de investigação e os conceitos sobre a temática utilizados⁸. Alguns estudos estimam esta prevalência na gravidez e pós-parto em 1,8% (Austrália)¹⁴, 15,1% (Brasil)¹⁵, 21,1% (Nigéria)¹⁶, 29,5% (Tanzânia)¹⁷ e 49,7% (Bangladesh)¹⁸. Um estudo português, realizado na região centro de Portugal, aponta para 41,6% de prevalência durante a gravidez¹⁹. A verdadeira prevalência da violência doméstica na gravidez é desconhecida⁶.

O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman é um modelo dinâmico, baseado na relação contínua entre o cliente e os fatores de stresse ambiental com potencial para causar uma reação, reação sintomática ao stresse ou que podem afetar a reconstituição do sistema após esta reação. Este modelo tem em consideração todas as variáveis que possam afetar o cliente e explica como alcançar a estabilidade do sistema²⁰. Este modelo será aplicado na abordagem deste problema de saúde pública, apoiando na sistematização, na prevenção e no planeamento dos cuidados à mulher vítima de violência doméstica, considerando que esta violência é uma problemática complexa, enraizada em relações desiguais entre géneros, em questões sociais e culturais.

Assim, enquanto objetivos pretende-se mapear a evidência científica sobre a violência doméstica na grávida e na puérpera e refletir sobre a aplicabilidade do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman na intervenção junto da vítima de violência doméstica na gravidez e pós-parto.

METODOLOGIA

Para a elaboração da presente revisão de literatura definimos a questão de investigação “Qual a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica quanto à violência doméstica na grávida e puérpera aplicando o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman?”. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados (MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Biblioteca Virtual da Saúde, PUBMED), utilizando os descritores em ciências da saúde (MeSH/DeCS): *intimate partner violence*, *domestic violence*, *obstetric nursing* (Obstetric nurs*) e *Midwifery* (Midwife*) com a equação de pesquisa $\{(intimate\ partner\ violence\ OR\ domestic\ violence)\ AND\ (obstetric\ nurs*\ OR\ Midwife*)\}$.

A pesquisa foi realizada com limite temporal de bibliografia entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022, em português e inglês e foi realizada no mês de janeiro de 2023. Foram selecionados 16 artigos (Tabela 1). Enquanto critérios de elegibilidade, foram incluídos artigos em que o agressor era (ex)parceiro da vítima e que abordavam o período da gravidez e/ou puerpério.

A referida pesquisa foi complementada com literatura cinzenta^{6,21-23} e fontes oficiais de referência^{1,5,8-10,13,24-28}. Posteriormente, foi realizada pesquisa sobre o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman^{20,29,30}.

De referir que os termos enfermeira obstetra, parteira e enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) sejam distintos mediante a realidade de cada país e contexto, os termos serão utilizados enquanto sinónimos.

Tabela 1 – Artigos resultantes da pesquisa em bases de dados.

Título	Autores	Ano
The cyclical and intergenerational effects of perinatal domestic abuse and mental health ² .	Moncrieff G.	2018
Being awake to abuse ⁷ .	Mathews E.	2021
Midwives' experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study ¹² .	Finnbogadóttir H, Torkelsson E, Christensen CB, Persson E-K.	2020
Women's Experiences of Domestic Violence during Pregnancy: A Qualitative Research in Greece ²¹ .	Antonioni E, Iatrakis G.	2020
Can domestic abuse research inspire change ³⁶ ?	Newman L.	2018
Screening for domestic violence during pregnancy follow-up: evaluation of an intervention in an antenatal service ³⁸ .	Duchesne S, Donnadieu A-C, Chariot P, Louis-Sylvestre C.	2021
Domestic abuse ³⁹ .	Midwives	2021
Supporting midwives in asking women about domestic violence ⁴⁰ .	Baird K, Creedy D, Saito A, Eustace J.	2018
Intimate-partner violence and reproductive decision-making by women attending Victorian Maternal- and Child-Health services: a cross-sectional study ⁴¹ .	Bauleni EM, Hooker L, Vally HP, Taft A.	2018
Prevalence and related factors of postpartum depression among reproductive aged women in Ahvaz, Iran ⁴² .	Afshari P, Tadayon M, Abedi P, Yazdizadeh S.	2020
"Passing through difficult times": Perceptions of perinatal depression and treatment needs in Malawi - A qualitative study to inform the development of a culturally sensitive intervention ⁴³ .	Ng'oma M, Meltzer-Brody S, Chirwa E, Stewart RC.	2019
Partner violence and postnatal mental health: cross-sectional analysis of factors associated with depression and anxiety in new mothers ⁴⁴ .	Mandal SK, Hooker L, Vally H, Taft A.	2018
International Day of the Midwife: 5 May 2019 ⁴⁷ .	Fedele R.	2019
The Politics of Woman-centred Care ⁴⁸ .	Hawke M.	2019
Nursing and Midwifery Students' Attitudes towards Violence against Women and Recognizing Signs of Violence against Women ⁴⁹ .	Pinar SE, Sabanciogullari S.	2019
Addressing violence against women within the midwifery curriculum in Bangladesh. A focus group discussion inquiry ⁵⁰ .	Parveen S, Akter N, Zahan M, Erlandsson K, Byrskog U.	2021

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GRAVIDEZ

A gravidez altera a dinâmica relacional³¹. A gravidez e o parto deveriam ser uma altura de alegria para as mulheres e seus companheiros, mas, para algumas mulheres, tal não é a realidade⁶. A violência entre parceiros íntimos tem características específicas no período perinatal e múltiplas consequências na saúde materna, fetal e neonatal.

A violência doméstica pode, inclusive, começar^{6,8,10,32}, ocorrer^{5,8,32} ou sofrer alteração do seu padrão durante este período, nomeadamente, o tipo, frequência e gravidade da violência⁸ (podendo ocorrer agravamento da mesma³²). Este período pode, inclusive, aumentar o risco de homicídio, neste contexto⁸. As mulheres vítimas de violência, neste período, podem sentir que a experiência positiva de gravidez e nascimento lhes foi roubada ao sentirem-se excluídas, intimidadas e rebaixadas, por serem obrigadas a corresponder às exigências e por terem sido manipuladas e abusadas pelos parceiros num momento de grande vulnerabilidade e necessidade de apoio¹¹.

A violência doméstica tem impacto negativo na saúde física (lesões corporais⁵, mau estado de saúde¹⁰, dor crónica^{6,9,10} e outros sintomas, podendo causar a morte^{5,8,9} devido a homicídio^{8,13} ou suicídio^{8,13}), mental ou emocional (perturbações do sono^{5,9}, depressão^{5,9-10,13,24,33-35}, ansiedade^{5,6,9,10,24,33,35,36}, stresse pós-traumático^{1,5,9,10}, consumo de analgésicos, ansiolíticos⁶, antidepressivos³³, substâncias aditivas e/ou álcool^{6,9,10,24}, comportamentos auto-lesivos^{9-10,35} e falta de autocuidado⁹, falta de vigilância de saúde⁶) e na saúde sexual e reprodutiva com consequências graves para a saúde da mulher, para a gravidez, feto e recém-nascido (Tabela 2).

As características tanto da vítima quanto do agressor, a dinâmica relacional prévia e as

circunstâncias concepcionais são variáveis relacionadas com a violência neste período. A gravidez não desejada pelo parceiro pode potenciar a violência doméstica³¹. A expectativa de um filho do sexo masculino, da parte de um companheiro que considera o próprio sexo enquanto superior, poderá despoletar rejeição de uma criança do sexo feminino. Assim há a necessidade de atenção da dinâmica dos casais quando é revelado o sexo do feto⁸.

Para o homem, futuro pai, a gravidez é um período de stresse. Os homens são confrontados com um novo papel, podem sentir-se inseguros e incapazes de lidar com as transformações físicas da mulher e com a consciência que tais significam um compromisso permanente com a mulher e com a relação. Parte do stresse deve-se às expectativas irrealistas não correspondidas e às exigências da parentalidade. O homem poderá sentir raiva e/ou ciúmes da atenção devotada à gravidez e recém-nascido, da parte da mulher, de deixar de ser centro da atenção. A violência direcionada à mulher é indiretamente direcionada ao feto⁶.

A maioria dos estudos que abordam a violência doméstica durante a gravidez avaliam a violência física (potencial de comprometer a gravidez, especialmente se direcionada ao abdómen materno), porém, a violência sexual e emocional tem um papel igualmente prejudicial para o bem-estar materno-fetal ou infantil¹³. A violência doméstica afeta a mulher em várias dimensões. Algumas das formas de violência, como os comportamentos coercivos, em particular no período pré-natal, são impedir que a mulher recorra aos cuidados pré-natais, obrigá-la a manter a gravidez escondida, impedir que a mulher tome decisões por si própria e recusar em envolver-se na gravidez através de comportamentos arrogantes ou falta de interesse nas consultas pré-natais¹¹. A título de exemplo, as mulheres migrantes poderão ser

proibidas de aceder a cuidados pré-natais, inclusive para o parto pelas diferenças culturais e pela possibilidade dos cuidados de saúde serem prestados por um profissional de saúde do género masculino¹¹.

Acrescentam-se comportamentos relacionados com o nascimento, nomeadamente, culpar a mulher por não lhe proporcionar uma experiência positiva de parto, recusar-se a estar presente, não apoiar a grávida/parturiente e desrespeitar o plano de nascimento. Após o nascimento podem demonstrar comportamentos de exibicionismo e orgulho em tornarem-se pais, o que pode significar que a vítima sinta que ninguém vai acreditar se revelar ser vítima de violência da parte daquele parceiro. Destaca-se que os comportamentos que começam durante a gravidez tendem a continuar na transição de papel e a tornar-se focados nas capacidades enquanto “mãe” e no isolamento da mesma, ao serem impedidas de comunicar com família e amigos. As mulheres tendem a tentar fazer o dobro para provar que são “boas mães”¹¹.

A APLICABILIDADE DO MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO

O cliente é um ser holístico e, independentemente do estado de bem-estar ou doença, é o resultado da inter-relação de variáveis, especificamente, a variável fisiológica (funções corporais e estruturais), a variável psicológica (processos mentais e relações), a variável sociocultural (funções sociais e culturais), a variável de desenvolvimento (processos de desenvolvimento do ciclo de vida) e a variável espiritual (crenças espirituais e sua influência). O ambiente interno é constituído pela combinação destas variáveis²⁹. A última destaca-se por influenciar estritamente as restantes³⁰ e é

fundamental para cuidados de enfermagem verdadeiramente individualizados e holísticos²⁹.

Cada cliente é diferente e cada sistema é composto de fatores comuns ou inatos constituindo uma variedade de respostas contidas na estrutura básica. O sistema (o cliente) é dinâmico e está em constante troca com o ambiente. O sistema-cliente tem vários elementos, do ponto mais externo para o ponto mais interno: a linha de defesa flexível, a linha de defesa normal, as linhas de resistência e o centro do sistema (estrutura básica e recursos de energia)²⁹.

Existem *stressors* conhecidos, desconhecidos e universais que afetam o cliente de formas distintas, possivelmente perturbando a sua estabilidade, denominada, linha normal de defesa. Mais do que um *stressor* pode acontecer em simultâneo e o seu impacto depende do sistema do cliente²⁹. Ou seja, as relações das variáveis acima mencionadas afetam como o cliente é protegido pela linha flexível de defesa contra possíveis *stressors* ou a combinação de múltiplos *stressors*²⁹. Se não ocorrer proteção da parte das linhas de defesa flexíveis, que têm uma natureza de mudança rápida e são consideradas a reação inicial ao *stressor*, não existirá moderação dos *stressors* e haverá invasão da linha normal de defesa³⁰.

O bem-estar é um contínuo de energia disponível para apoiar o sistema a manter um estado ótimo de estabilidade. Fatores internos de resistência conhecidos como linhas de resistência têm como função estabilizar o cliente e apoiar no regresso ao estado habitual de bem-estar (linha normal de defesa) ou possivelmente um melhor estado de estabilidade, e proteger o centro. O centro é a fonte de energia e proteção do sistema do cliente (temperatura normal, estrutura genética, padrão de resposta, forças e fraquezas, estrutura do ego, fatores conhecidos e atributos comuns)²⁹.

A linha normal de defesa é o estado estável e habitual do cliente e é utilizada para avaliar desvios

de saúde e bem-estar. Se os sistemas de defesa da linha flexível não forem eficazes então os *stressors* irão invadir o sistema. As variáveis supramencionadas determinam a forma e nível de reação causada pelo *stressor*. Quando ocorre esta transgressão do estado de bem-estar do cliente aparecem os primeiros sintomas, esta é a resposta inicial ao stresse. A linha de resistência atua aquando da invasão do sistema, com o intuito de proteger o seu centro³⁰. A mediação dos *stressors*, a reação e a reconstituição do sistema dependem dos fatores intra (ambiente interno), inter (ambiente externo) e extrapessoais (ambiente externo) do cliente²⁹.

A gravidez e o nascimento são momentos únicos a nível biológico (variável fisiológica), psicológico (variável psicológica), social (variável sociocultural)⁶, espiritual (variável espiritual)²¹, por fim, a gravidez e o nascimento marcam a transição para a parentalidade (variável de desenvolvimento)¹¹. A experiência durante este período, incluindo os cuidados do EESMO, vão influenciar as suas experiências futuras com os serviços de saúde⁶.

A gravidez constitui um *stressor* para a grávida e para o companheiro, sabe-se que o stresse é um *trigger* para a violência doméstica, porém, esta realidade nunca deve ser desculpada pelas circunstâncias e a culpa nunca é da vítima. Deste modo, para algumas mulheres, a gravidez é um período de ameaça crescente, abuso e violência doméstica mais agressiva, acelerada e mais ameaçadora da sua vida⁶. Ou seja, esta mulher é sujeita a múltiplos *stressors* que são inicialmente mediados pelas linhas flexíveis de defesa, poderão atingir a linha normal de defesa e as linhas de resistência e, dada a natureza da violência interpessoal, invadem, posteriormente, o seu centro do sistema, ou seja, causam dano, e inclusive prejudicam a gravidez.

Em termos da variável fisiológica, a gravidez é marcada por mudanças corporais e grandes exigências físicas^{6,32}. Pode também ser considerada

um *stressor* positivo e uma oportunidade para mudanças positivas a nível da saúde, como por exemplo: deixar de fumar e adotar uma alimentação mais saudável em prol de melhorar a sua saúde e do feto/filho⁶. A gravidez é também um período de expectativas, entusiasmo, amor, afeto, desejos alimentares peculiares⁶ (variável psicológica) e de alterações das necessidades psicológicas^{6,32} e emocionais³². Parte do stresse deriva dos desafios decorrentes da parentalidade⁶.

A violência doméstica, em especial neste período, vai fazer a mulher sentir-se traída, abusada, violada, isolada e perturbada, para além de sentimentos de raiva e baixa autoestima⁶ (variável psicológica). Na mulher que lida com violência doméstica, a transição para a parentalidade é perturbada pelas críticas às suas competências, pelo isolamento social, pela falta de apoio, pela culpa que sentem ao não cumprirem a expectativa social de florescer durante a gravidez, o que por sua vez, significa vergonha em abordar o assunto e os seus sentimentos. Ou seja, a violência afeta, negativamente, a experiência de gravidez destas mulheres¹¹.

O parto e o nascimento são fenómenos socioculturais^{21,32} e englobam crenças, práticas padronizadas, rituais e comportamentos (variável sociocultural)²¹. Como tal, a experiência que a mulher tem depende das relações sociais que a rodeiam neste período, incluindo a nível da família⁶. Esta vertente exige ao EESMO um grande conhecimento²¹. Por fim, e fulcral, é a variável espiritual no sentido em que a religião molda os valores, as crenças, os comportamentos em saúde, o relacionamento interpessoal e hábitos alimentares²¹. E, por conseguinte, tal como descrito anteriormente, influencia a forma como a gravidez e as restantes variáveis são vividas.

Um exemplo concreto do impacto da violência doméstica enquanto um *stressor*, num sistema totalmente interligado, relaciona-se com a

depressão e ansiedade, que, aliado à violência doméstica contribuiu para stresse pré-natal, adiamento da procura de serviços de saúde e comportamentos de risco na gravidez (consumo de álcool, tabaco, etc). Em particular, o stresse perinatal, definido como o efeito dos *stressors* maternos no feto em desenvolvimento, causa libertação de adrenalina e cortisol (vasoconstritores), conseqüentemente causando constrição dos vasos uterinos e alterando o fluxo placentar. Tal significa redução da oxigenação e nutrição fetal e o potencial desfecho de um parto pré-termo ou baixo peso à nascença. O parto pré-termo e o baixo peso à nascença podem também ser diretamente causados pela violência doméstica do tipo físico, por exemplo, trauma direto ao abdómen materno e potencial dano placentar ou ser conseqüência de infeções sexualmente transmissíveis, também relacionadas com esta problemática².

De seguida serão apresentados os três níveis de intervenção adaptados ao contexto da violência doméstica na gravidez e puerpério, de acordo com o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.

Intervenção primária

A intervenção primária relaciona-se com a promoção da saúde. Para além da avaliação do cliente, intervenção na identificação, redução ou atenuação de possíveis fatores de risco relacionados com *stressors* ambientais para prevenir uma reação²⁹. Este nível de intervenção relaciona-se com a redução da possibilidade de encontrar *stressors* e a fortificação da linha flexível de defesa²⁹ e no contexto da violência doméstica com educar sobre violência doméstica, incluir o tema da violência doméstica em cursos sobre parentalidade e preparação para o parto, promover alterações legislativas para aumentar as punições para quem cometer este crime, diminuir desigualdades sociais das mulheres, criar programas para famílias em risco

para violência doméstica, investigar e pesquisar sobre a violência doméstica²² (Tabela 3).

Intervenção secundária

A intervenção secundária está relacionada com a sintomatologia apresentada após contacto com *stressors* e a priorização de intervenções e tratamentos para reduzir os seus efeitos nocivos²⁹. Assim, deve haver deteção precoce^{22,29} e tratamento de sintomas²⁷, rastreios de violência doméstica^{22,23}, deve-se discutir abuso com clientes do sexo masculino (e referenciar para psicologia se perpetradores de violência), intervir junto das mulheres e crianças vítimas de violência doméstica e realizar voluntariado em refúgios para estas populações vulneráveis²² (Tabela 3, Tabela 4).

O rastreio deve ser universal²⁵, garantindo a confidencialidade e privacidade^{10,25} (Tabela 5). A prevalência de rastreio é baixa³⁷. Por vezes, as parteiras têm relutância em questionar sobre violência doméstica, o que está relacionado com falta de à-vontade com a temática³⁸, falta de conhecimento^{39,40}, formação^{12,39} e treino⁴⁰ em como abordar esta questão sensível e responder a relatos de abuso e/ou como referenciar³⁹, portanto, medo de lidar com a confirmação de violência doméstica⁴⁰. Poderá haver também medo de ofender a mulher ou o pensamento que o rastreio não é do âmbito da sua profissão⁴⁰.

A evidência científica não suporta a crença que as mulheres ficam ofendidas por questões sobre violência doméstica, pelo contrário, as mulheres vítimas de violência doméstica podem sentir-se desapontadas por não ter tido uma oportunidade para abordar a sua experiência⁴⁰. Outras barreiras são as condições organizacionais¹², a pressão do trabalho⁶, a falta de protocolos^{6,12}, limites económicos⁶, falta de uma abordagem multidisciplinar⁶ e cooperação com outros profissionais de saúde³⁷, falta de mentores³⁷ e, também, considerarem que outros profissionais já

rastrearam as mulheres. Para além da influência de sentimentos do próprio profissional de saúde¹², são barreiras a falta de consciencialização, o receio de quebrar a confidencialidade, tornar a situação pior, medo pela sua própria segurança⁶ e da reação do parceiro da mulher³⁷ ou a presença do mesmo³⁸.

As grávidas procuram profissionais competentes e carinhosos⁶ e as vítimas têm maior tendência de revelar o abuso a profissionais de saúde⁷. Dois exemplos nacionais de programas de rastreio incluem um na Administração Regional de Saúde do Norte e o projeto Violência Doméstica e Gravidez, com o intuito de promover o rastreio e deteção, da parte dos profissionais, deste tipo de violência na gravidez⁸ e outro na Câmara Municipal de Cascais e a criação de um plano de ação com objetivos idênticos, nomeadamente, alertar para a identificação precoce e efetivá-la e desenvolvimento de um projeto denominado Iceberg³².

Intervenção terciária

A intervenção terciária diz respeito aos processos de adaptação durante a reconstituição do sistema e a mediação dos fatores de manutenção, que guiam o cliente na direção de necessidade de intervenção primária²⁹. Portanto, o último nível de intervenção engloba a readaptação, a reeducação para prevenir futuras ocorrências e a manutenção da estabilidade²⁹, tal como, referenciar mulheres a abrigos; conferenciar com famílias, polícia, serviços de psicologia e serviços legais; incentivar os *media* a abordar mitos sobre violência doméstica, advogar pelas vítimas em processos legais e cuidados de enfermagem de *follow-up*²² (Tabela 3).

No contexto português, alguns recursos disponíveis para vítimas deste crime são os Gabinetes de Apoio à Vítima da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (116 006), a Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (Linha SMS 3060 ou chamada para 800 202 148), a Linha Nacional de

Emergência Social (LNEs – 144) e o Número Europeu de Emergência (112).

Afastar-se do agressor, é um processo e não um evento isolado e poderão ser necessárias várias tentativas para deixar o parceiro agressor¹⁰. É importante lembrar e frisar que este é dos momentos mais perigosos para a mulher^{6,8,10} e que sair de casa sem dizer ao parceiro é a opção mais segura para a mulher¹⁰.

É fundamental que seja a mulher a decidir que ação tomar¹⁰. A mulher tem o direito de recusar o plano delineado, mesmo que isso seja o que pareça mais sensato para o profissional. O EESMO deve advogar e capacitar a utente: respeitar a confidencialidade, validar a sua experiência, reconhecer a injustiça, respeitar a sua autonomia, apoiar a fazer planos para promover a sua segurança e no acesso a recursos da comunidade⁶. Os profissionais de saúde não devem exercer o seu poder profissional e perpetuar o ciclo de violência, ao qual estas mulheres já estão sujeitas (por exemplo: quebrar confidencialidade ao abordar a situação com outros colegas desnecessariamente, chamar a polícia, falar com familiares ou com o companheiro, discutir as circunstâncias num espaço público; minimizar a experiência de abuso; culpar a vítima; desrespeitar a sua autonomia; ignorar a sua necessidade de segurança e normalizar a frequência). A tendência de encontrar soluções rápidas, da parte dos profissionais de saúde (avaliar a situação da mulher, dar sugestões como procurar um refúgio, abandonar o parceiro ou tornar-se mãe solteira, com todas as consequências financeiras e emocionais...) pode prejudicar o sentimento de falta de controlo, aumentar a culpa e o seu sentimento de falta de capacidade⁶. Também, não se deve transmitir falsa esperança, considerando não ser uma situação de fácil resolução, não se deve criticar as decisões da mulher ou adotar uma atitude paternalista/maternalista⁸.

Embora seja importante encontrar um equilíbrio entre as responsabilidades de confidencialidade à

vítima e a saúde pública¹⁰ e a parteira considere frustrante que a mulher não pretenda apoio policial, não deve ir contra os desejos da mulher¹². Em caso de dúvidas, o EESMO deve recorrer a um profissional de saúde sénior e abordar questões sobre confidencialidade e como prosseguir¹⁰. O sigilo profissional é um pilar da relação terapêutica de confiança entre um profissional de saúde e o utente, portanto, o sigilo deve ser mantido se a vítima não permitir a revelação dos factos. O sigilo é um direito reconhecido no artigo 3º da Lei nº15/2014 de 21 de março. A violação deste direito é crime (Código Penal, Artigo 195º - Violação de Segredo)⁸. Os agressores podem ser muito persuasivos, e a informação pessoal nunca deve ser divulgada¹⁰.

Assim, o apoio dos profissionais de saúde deve partir da nomeação de comportamentos abusivos, do encorajamento da capacitação da mulher, da promoção da mudança, da preocupação com o bem-estar e o envolvimento da equipa multidisciplinar¹¹. O papel do EESMO não é convencer a mulher a deixar o parceiro¹⁰, as mulheres devem ter conhecimento das suas opções e ter tempo de decidir, com paz e sossego⁶. Os EESMOs devem respeitar e potenciar a sua segurança¹⁰, inspirar confiança e empoderá-las⁶ através do reforço do seu valor e capacidades e, por conseguinte, produzir uma mudança positiva na vida da mulher¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mulher, a grávida ou a puérpera, vítima de violência doméstica, tem a sua segurança, vida e saúde condicionadas pela vivência deste tipo de violência. No período da gravidez e pós-parto, existem consequências múltiplas e desfechos negativos para mãe, feto e recém-nascido, a nível do decorrer da gravidez (mais patologia, sintomatologia e comportamentos de risco durante a gravidez), vinculação (refletindo-se em problemas infantis) e

inclusive redução da adesão ao aleitamento materno.

O EESMO tem um papel fundamental na defesa dos direitos das mulheres enquanto direitos humanos e a missão de promover a autonomia e consentimento, consequentemente promovendo a capacitação das mulheres para a tomada de decisão, em todas as vertentes das suas vidas. A promoção da autonomia da mulher pressupõe a consideração pelas suas decisões individuais e ainda o respeito pela confidencialidade, ou seja, tais não devem ser substituídas na tomada de decisão por terceiros, inclusive pelos profissionais de saúde, mesmo que pareçam ser as decisões mais adequadas. Não obstante, a intervenção do EESMO deve ter em consideração diretrizes para a atuação em caso de suspeita, risco e perigo, tendo em conta que a última pressupõe a sinalização e o apoio imediato.

A capacitação da vítima de violência doméstica significa a possibilidade de interromper o ciclo de violência, prevenir as consequências para gerações futuras de forma intergeracional, cíclica e recorrente, ou seja, o impacto da atuação junto de uma mulher não é exclusivo à própria, prevenindo ou minimizando a perceção da descendência da violência no seio familiar enquanto algo aceitável. A intervenção deve também basear-se no planeamento da segurança da mulher e promoção do acesso a recursos comunitários, quando necessário. Outras medidas específicas deverão ser desenvolvidas em função das necessidades e da realidade de cada um dos contextos.

A aplicabilidade deste modelo facilita a intervenção do EESMO numa perspetiva primária, secundária e terciária, ou seja, prevenção, rastreio e intervenção junto de vítimas de violência doméstica. Sugere-se a aplicação nas mulheres em idade fértil e nas mulheres que sofrem de violência doméstica e posterior a avaliação do mesmo, considerando que esta aplicação parece permitir uma sistematização

dos cuidados de enfermagem baseados na evidência científica adequados em cada nível de intervenção.

Este artigo promove uma maior consciencialização para esta temática, alertando para as várias barreiras existentes e orientando para a prática clínica de uma forma estruturada nos diferentes níveis de intervenção.

Deparámo-nos com pouca evidência científica sobre a realidade portuguesa de uma forma geral em relação à violência doméstica e em particular à violência doméstica na gravidez e pós-parto. Também de salientar que os dados do Instituto Nacional de Estatística não fazem referência à violência doméstica durante a gravidez.

REFERÊNCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey 2016/2017 Report on Intimate Partner Violence. Georgia: CDC; Oct 2022 [cited 2023 Jan 3] Disponível em: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs/nisvsreportonipv_2022.pdf
- Moncrieff G. The cyclical and intergenerational effects of perinatal domestic abuse and mental health. *Br. J. Midwifery*. 2018; 26(2):85–93.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] 2021 [cited 2022 Dec 29]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indica_dores&indOcorrCod=0008156&contexto=bd&selTab=tab2
- Diário da República Eletrónico. Decreto-Lei n.º 48/95: Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. 1995 Mar 15 [cited 2021 Dec 20]; 48(95). Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. Manual ALCIPE – Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência. (2.ª ed.). Lisboa: APAV; 2010. [cited 2021 Dec 20]. Disponível em: https://www.apav.pt/apav_v2/images/pdf/ManualAlcipe.pdf
- Hunt S, Martin A. Pregnant women, violent men: what midwives need to know. Oxford: Books for Midwives; 2000.
- Mathews E. Being awake to abuse. *World Ir Nurs*. 2021; 29(2):42–43.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. Violência Interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de Saúde. (2ª ed.). Lisboa: DGS; 2016 [cited 2020 Dec 29]. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
- Royal College of Nursing. Guidance for nurses and midwives to support those affected by domestic abuse. England: Royal College of Nursing; 2020 [cited 2021 Dec 3]. Disponível em: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/rcn-support-for-domestic-abuse-uk-pub-009301>
- National Health Service [NHS] Health Scotland. Gender based violence: domestic abuse, what health workers need to know about gender-based violence. Scotland: NHS Health Scotland; 2019 [cited 2021 Dec 3]. Disponível em: <http://www.healthscotland.scot/media/2099/gbv-domestic-abuse-march2019.pdf>
- Buchanan F, Humphreys C. Coercive control during pregnancy, birthing and postpartum: women’s experiences and perspectives on health practitioners’ responses. *J Fam Violence*. 2021; 36(3):325–335.
- Finnbogadóttir H, Torkelsson E, Christensen CB, Persson E-K. Midwives experiences of meeting pregnant women who are exposed to intimate-partner violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study. *Eur J Midwifery*. 2020; 4:35.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. Intimate partner violence during pregnancy: Information Sheet. 2011 [cited 2021 Dec 3]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70764/WHO_RHR_11.35_eng.pdf
- Chaves K, Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Jalaludin B, Khanlari S, et al. Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019; 19(1):357.
- Caprara GL, Bernardi JR, Bosa VL, da Silva CH, Goldani MZ. Does domestic violence during pregnancy influence the beginning of complementary feeding? *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2020; 20(1):1–7.
- Ariyo T, Jiang Q. Intimate partner violence and exclusive breastfeeding of infants: analysis of the 2013 Nigeria demographic and health survey. *International Breastfeeding Journal*. 2021; 16(1):1–11.
- Kjerulff Madsen F, Holm-Larsen CE, Wu C, Rogathi J, Manongi R, Mushi D, et al. Intimate partner violence and subsequent premature termination of exclusive breastfeeding: A cohort study. *PLOS ONE*. 2019; 14(6):e0217479.
- Tran LM, Nguyen PH, Naved RT, Menon P. Intimate partner violence is associated with poorer maternal mental health and breastfeeding practices in Bangladesh. *Health Policy Plan*. 2020;35(Supplement_1):i19-i29.
- Dos Santos RM. Violência por parceiro íntimo na gravidez e consequências perinatais [Doctoral Thesis]. Lisboa (Portugal): Universidade Católica Portuguesa, Departamento;

2017. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/27683>
20. Neuman B, Fawcett J. The Neuman Systems Model. 5ª ed. Londres: Pearson; 2010.
21. Parreira V, Coutinha E, Néné M. A competência cultural e a Prática de Enfermagem no Processo da Maternidade. IN Néné M, Marques R, Batista MA. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: LIDEL; 2016.
22. Helton AS, Snodgrass FG. Battering During Pregnancy: Intervention Strategies. Birth. 1987; 14(3):142-147.
23. Torgal AL. Assistência do 1º Trimestre da Gravidez. In Néné M, Marques R, Batista MA. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: LIDEL; 2016.
24. World Health Organization [WHO]. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: WHO. 2018 [cited 2023 Jan 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136101>
25. The [American College of Obstetricians and Gynecologists](#) [ACOG], [Society for Maternal-Fetal Medicine](#). Interpregnancy care: Obstetric Care Consensus number 8. Obstet Gynecol. 2019; 133(1):e51-e72. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/obstetric-care-consensus/articles/2019/01/interpregnancy-care.pdf/02/01/2022>
26. The [American College of Obstetricians and Gynecologists](#) [ACOG]. Intimate Partner Violence: Committee Opinion Number 518. 2012 [cited 2021 Dec 20]. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2012/02/intimate-partner-violence>
27. The [American College of Obstetricians and Gynecologists](#) [ACOG], American Society of Reproductive Medicine [ASRM]. Prepregnancy Counseling: ACOG COMMITTEE OPINION number 762. Obstet Gynecol. 2019; 133(1):e78-e89.
28. Direção Geral da Saúde [DGS]. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: DGS; 2015 [cited 2020 Dec 20]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
29. Smith CM, Parker ME. Nursing Theories & Nursing Practice. 4ª Ed. Philadelphia: y F. A. Davis Company; 2015.
30. McClure M, Gigliotti E. A medieval metaphor to aid use of the Neuman systems model in simulation debriefing. Nurs Sc. Q. 2012; 25(4):318-324.
31. Antoniou E, Iatrakis G. Women's experiences of domestic violence during pregnancy: a qualitative research in Greece. Int J Environ. 2020; 17(19).
32. Belo MJ, Freire MC, Pereira A, et al. Projecto "Iceberg": Estratégias de abordagem no rastreio e/ou intervenção precoce no âmbito da violência doméstica. 2015; [cited 2021 Dec 15]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfemagem/USFArtemisa_Parede_Projetolceberg_ViolenciaDomestica.pdf
33. Tomasdottir MO, Kristjansdottir H, Bjornsdottir A, Getz L, Steingrimsdottir T, Olafsdottir OA, et al. History of violence and subjective health of mother and child. Scand J Prim Health Care. 2016; 34(4):394-400.
34. Rao D, Kumar S, Mohanraj R, Frey S, Manhart L, Kaysen D, et al. The impact of domestic violence and depressive symptoms on preterm birth in South India. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016; 51(2):225-232.
35. Research Briefs. Midwifery News. 2018 [cited 2022 Jan 7]; (89):36-37. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=130165521&lang=pt-br&site=ehost-live>
36. Newman L. Can domestic abuse research inspire change? Br J Midwifery. 2018; 26(11):697.
37. Githui SN, Chege M, Wagoro MC, Mwaura J. Barriers to screening pregnant women for domestic violence: a cross-sectional study. J Community Health Nurs. 2018; 4(1).
38. Duchesne S, Donnadieu A-C, Chariot P, Louis-Sylvestre C. Screening for domestic violence during pregnancy follow-up: evaluation of an intervention in an antenatal service. Archives of women's mental health. 2021; 24(2):293-301.
39. Fyle J. Domestic abuse. Midwives. 2021; 24:36-43.
40. Baird K, Creedy D, Saito A, Eustace J. Supporting midwives in asking women about domestic violence. Midwives. 2018 ;21(1):32-3.
41. Bauleni EM, Hooker L, Vally HP, Taft A. Intimate-partner violence and reproductive decision-making by women attending Victorian Maternal- and Child-Health services: a cross-sectional study. Aust J. Prim Health. 2018; 24(5):422-427.
42. Afshari P, Tadayon M, Abedi P, Yazdizadeh S. Prevalence and related factors of postpartum depression among reproductive aged women in Ahvaz, Iran. Health Care Women Int. 2020; 41(3):255-265.
43. Ng'oma M, Meltzer-Brody S, Chirwa E, Stewart RC. "Passing through difficult times": Perceptions of perinatal depression and treatment needs in Malawi - A qualitative study to inform the development of a culturally sensitive intervention. PLoS One. 2019; 14(6):e0217102.
44. Mandal SK, Hooker L, Vally H, Taft A. Partner violence and postnatal mental health: cross-sectional analysis of factors associated with depression and anxiety in new mothers. Aust J Prim Health. 2018; 24(5):434-440.
45. Metheny N, Stephenson R. Is intimate partner violence a barrier to breastfeeding? An analysis of the 2015 Indian national family health survey. Journal of Family Violence. 2020; 35(1):53-64.
46. Caleyachetty R, Uthman OA, Bekele HN, Martín-Cañavate R, Marais D, Coles J, et al. Maternal exposure to intimate partner violence and breastfeeding practices in 51 low-

income and middle-income countries: A population-based cross-sectional study. *PLoS medicine*. 2019; 16(10):e1002921.

47. Fedele R. International day of the midwife: 5 May 2019. *Aust Nurs Midwifery J*. 2019; 26(6):42–43.

48. Hawke M. The politics of woman-centred care. *Australian Midwifery News*. 2019; 19(2):29–30.

49. Pinar SE, Sabanciogullari S. Nursing and midwifery students' attitudes towards violence against women and recognizing signs of violence against women. *Int J Caring Sci*. 2019; 12(3):1520–1529.

50. Parveen S, Akter N, Zahan M, Erlandsson K, Byrskog U. Addressing violence against women within the midwifery curriculum in Bangladesh. A focus group discussion inquiry. *Journal of Asian Midwives*. 2021; 8(1):15–34.

51. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Alarga a proteção das vítimas de violência doméstica, alterando a Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro, o Código Penal e o Código de Processo Penal. 2009 [cited 2022 Jan 19]. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3422&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=

Tabela 2 – Impacto da violência doméstica na saúde sexual e reprodutiva, gravidez e pós-parto.

- Gravidez não planeada^{6,9,10,19,41} e /ou não desejada^{6,8,24,41}, vigilância tardia da gravidez^{8,9}, gravidez não revelada^{9,11}; interrupções da gravidez^{6,9,13} sem condições de segurança¹³;
- Maior sintomatologia durante o início da gravidez³³;
- Complicações obstétricas^{8,13} e desfechos da gravidez adversos⁹, pior estado de saúde³³, maior incidência de aborto espontâneo^{6,8-10,13}, baixo peso à nascença^{2,8,10,13}, restrição do crescimento fetal⁶, descolamento de placenta¹⁰, equimoses, fraturas ou hematomas fetais¹⁰, ameaça de parto pré-termo³⁵, parto pré-termo^{6,9,10,13,25,34}, redução dos movimentos fetais¹² e nado-morto^{6,9};
- Maior taxa de parto por cesariana³³;
- Dificuldade na vinculação e consequências infantis¹³ como pior estado de saúde (avaliado pelas mães)³³;
- Impacto negativo no aleitamento materno^{14,16-18,45,46}.
- Abuso de álcool^{12,13,19,33}, substâncias aditivas^{12,13,33} e tabaco durante a gravidez^{12,13,19,37};
- Aumento ponderal insuficiente¹³;
- Depressão pós-parto^{35,42-44}, ansiedade pós-natal⁴⁴;
- Hiperémese gravídica¹²;
- Dificuldades ginecológicas¹⁰, dor pélvica crônica^{6,9,10,24} e sintomas geniturinários como infeções do trato urinário^{6,9-10}, pielonofrite⁹, disfunção sexual^{5,10,24}, infeções sexualmente transmissíveis^{9,10,13,24}, hemorragia vaginal⁹, doença inflamatória pélvica⁸, infeção uterina¹⁰.

Tabela 3 – Níveis de intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.

Nível de intervenção	Intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica
Primária	<ul style="list-style-type: none"> -Defender os direitos das mulheres⁴⁷; -Atuar na prevenção na infância e adolescência considerando serem períodos chave de intervenção e a primeira experiência de violência da parte de parceiro íntimo ocorrer antes dos 25 anos⁴; -Dar opção de escolha e a opção de dizer “não” em todas as interações; o consentimento é um elemento-chave na capacitação das mulheres⁴⁸; -Promover a autonomia corporal de todas as mulheres, tendo em consideração que esta autonomia está afetada nas mulheres submetidas a abuso pelo parceiro íntimo⁴⁸; -Empoderar as mulheres através do conhecimento sobre o seu próprio corpo, aumentando a sua literacia em saúde e autonomia corporal⁴⁸; -Reconhecer e abordar a violência doméstica nos cuidados de saúde primários³³;

	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver estratégias e programas para prevenir violência e identificar o problema em questão³³; -Estabelecer e manter relação com os recursos da comunidade²⁶; -Entregar informação aos casais sobre violência doméstica e abordar a temática como um problema da comunidade²²; -Investir em formação enquanto equipa multidisciplinar sobre violência doméstica, de forma regular²⁶; -Formar futuros profissionais de saúde sobre violência doméstica⁴⁹: <i>workshops, role-playing</i>, interagir com vítimas, conhecer a história das mesmas e refletir, aumentar a sua confiança e capacidades interpessoais⁵⁰.
<p>Secundária</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Reconhecer que a violência doméstica é uma possibilidade e os respetivos sinais de alarme¹⁰ (Tabela 4); -Construir uma relação terapêutica⁵⁰, investir na comunicação, fazer recurso à escuta ativa⁵⁰ e criar um ambiente de apoio para estimular que o abuso seja revelado¹⁰; -Treinar a colocação de questões^{6,10,26}; -Rastrear as mulheres para violência doméstica⁴⁰, assédio sexual e violação²⁵ através da colocação de questões de forma rotineira para ajudar a quebrar o silêncio e dar oportunidade à mulher para falar⁴⁰ (Tabela 5); -Garantir as condições necessárias à colocação de questões: questionar com sensibilidade¹⁰, escolher um espaço seguro, ausência de interrupções, garantir completa privacidade^{6,10,26} e a ausência do companheiro potencialmente abusivo^{6,12}. (Porém, pedir tempo sozinha com a mulher, na presença de um parceiro do qual se suspeita violência, poderá não ser seguro)¹⁰; -Incluir questões sobre as crianças dependentes, mas nunca realizar questões em frente destas¹⁰; -Documentar a avaliação de risco¹⁰ e ter em consideração que a existência de crianças em risco sobrepõe-se à obrigação da confidencialidade¹⁰; -Avaliar o impacto da violência doméstica na saúde da mulher¹⁰ (Tabela 2); -Ter especial atenção ao impacto da violência doméstica na saúde mental, considerando o risco aumentado de depressão pós-parto^{35,42-44} e de ansiedade no período pós-natal⁴⁴; -Questionar sobre a violência doméstica para intervir adequadamente e aumentar a compreensão dos eventos¹⁰, sobre as necessidades e preocupações a curto e a longo prazo¹⁰ e se a mulher pretende avaliação por médico forense (se adequado)¹⁰; -Avaliar padrões de lesões (hematomas, equimoses, lacerações, entorses, edema) e a consistência da explicação²², documentar as lesões¹⁰ (tamanho, padrão, descrição, desenho do corpo humano para indicar a localização exata da lesão)⁶, registar danos (roupa, posses/pertences, cabelo, dentes)⁶, se já ocorreram incidentes anteriormente ou se é o primeiro e registar o estado psicológico da mulher⁶; -Escrever em detalhe o que é dito pela mulher (sem interpretação, julgamentos ou opiniões)^{6,10}, como uma alegação e não como um facto¹⁰ e incluir detalhes nos registos, mantendo-os atualizados (falta a consultas e chamadas telefónicas não atendidas)¹⁰; -Explicar à mulher os benefícios dos registos (procedimentos legais futuros, ajudar a avaliar risco para crianças^{6,10} e continuidade dos cuidados). Esta informação não deve constar nos documentos que acompanham a mulher¹⁰ (por exemplo, no boletim de saúde da grávida)⁶; -Referenciar para outros profissionais, se adequado^{10,25} e indicar à vítima que outros elementos da equipa multidisciplinar participaram nos cuidados⁶ e com quem a informação está a ser partilhada¹⁰; -Seguir protocolos nacionais⁸ e/ou dos serviços hospitalares, que devem estar disponíveis para os profissionais⁶.
<p>Terciária</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Estabelecer uma relação sólida e empática⁸, falando num tom de voz calmo⁵⁰; -Validar o seu relato^{8,10}, evitar julgamentos de valor¹⁰ e/ou culpabilização da vítima⁸; -Parar, escutar e ouvir com atenção⁶; evitar interromper a vítima⁶; -Oferecer apoio a curto e longo prazo⁶, evitando dar conselhos diretos ou insistir que termine a relação com o abusador⁶; -Tratar a mulher com respeito e dignidade, ter em consideração que revelar ser vítima de violência doméstica envolve sentimentos de vergonha, humilhação e stresse¹⁰; abordar outros sentimentos como

- o medo⁸;
- Avaliar o risco iminente²⁷, potenciar a segurança¹⁰;
 - Avaliar os comportamentos do parceiro e determinar se está a tornar-se mais violento¹⁰. A existência de armas em casa deve também ser questionada, tal como a possibilidade da sua remoção¹⁰;
 - Perguntar se querem apoio da polícia^{10,12} e/ou uma associação¹⁰, apoiando no primeiro contacto¹⁰,
 - Registar o recurso da comunidade contactado (se o contacto for realizado)¹⁰;
 - Fornecer o contacto de organizações ou linhas de apoio a vítima de violência doméstica^{6,10} e questionar se querem documentos de apoio, num formato ao qual possam aceder em segurança¹⁰;
 - Ajudar a vítima a ponderar ações adequadas para a sua proteção em situações de alto risco¹⁰, delineando o plano de segurança e rotas disponíveis para escapar do agressor, identificando família/amigos¹⁰ ou outros recursos locais que possam ajudar de forma emergente^{10,27} (guardar uma mala com roupa, dinheiro, documentos, medicação, números de telefone importantes, itens pessoais, no caso de precisarem de sair de casa e guardar com uma pessoa de confiança^{6,10}, ponderar um abrigo/acomodação de emergência¹⁰);
 - Avaliar a pertinência de outras medidas (mudar a fechadura, colocar alarme, contactar a polícia para abordar medidas de segurança para a mulher e crianças; falar com vizinhos e abordar medidas como chamar a polícia se virem o ex-companheiro, falar com escolas ou creches sobre não permitir a saída da escola com o agressor, guardar mensagens e chamadas para usar como prova do assédio¹⁰);
 - Esclarecer a mulher quanto ao seu direito à confidencialidade⁸, respeitar a sua autonomia⁶ e o sigilo⁸, sempre que possível.
 - Manter-se atualizado no que diz respeito às leis em relação à violência doméstica⁵¹.

Tabela 4 – Sinais de alarme relacionados com a violência doméstica.

Mulher / Grávida / Puérpera	<ul style="list-style-type: none"> -Adiar a procura dos serviços de saúde após uma lesão¹⁰, evitar contacto com profissionais de saúde⁹; faltar às consultas programadas, não adesão à terapêutica^{6,10-12,24}; -Consultar profissionais de saúde frequentemente, sem diagnóstico claro^{9,24,33}; -Procurar vários serviços de saúde distintos¹²; -Pedir alta precocemente, antes de ser recomendado¹².
Parceiro	<ul style="list-style-type: none"> -Preocupação excessiva^{8,10}, presença constante^{8,10} e insistente⁸, comportamento intrusivo em consultas^{6,9,24}, retificação do discurso da vítima⁸, dominação da conversa, apoderamento da tomada de decisão¹¹; -Despreocupação e minimização dos seus sintomas, banalização dos factos, recurso à ironia e comportamentos depreciativos⁸, desinteresse pela gravidez; recusa em estar presente em ecografias, consultas e aulas de preparação para o nascimento¹¹; -Arrogância¹⁰, cólera, hostilidade e atitude contestatária dirigida à vítima e/ou profissionais de saúde⁸; -Abusos verbais dirigidos à vítima²²: gozar com a grávida e/ou em relação à gravidez, menosprezar a mulher⁶, mesmo em frente dos profissionais de saúde¹¹; -Comparação da vítima com outras grávidas, pressionar para melhorar a sua <i>performance</i> e ridicularizar à frente do grupo (cursos de preparação para o nascimento e parentalidade)²²; -Exibicionismo e demonstração de orgulho em se tornar pai¹¹.
Crianças	<ul style="list-style-type: none"> -Crianças ao cuidado de serviços de proteção de menores ou referenciadas para especialistas por alterações do comportamento, emocionais ou de desenvolvimento¹⁰; -Alterações de comportamento dos filhos^{9,24}.

Tabela 5 – Rastreo de violência doméstica.

<p>Rastreo deve ser realizado nas consultas pré-concepcionais e ao longo de todo o decurso da gravidez e pós-parto (consultas de saúde materna, cursos de preparação para o nascimento, serviço de internamento, bloco de partos, serviço de urgência e consultas do puerpério)^{8,22,25,27,28}.</p>	
<p>Estratégias de rastreo 6,10,12,25-26</p>	<p>-Através de uma afirmação (explicação que todas as mulheres são rastreadas ou que mulheres com problemas semelhantes aos que as próprias referem tinham problemas em casa, questão direta simples ou abordagem cuidadosa do assunto);</p> <p>-Utilizar linguagem inclusiva (não deve ser assumida heterossexualidade ou que apenas as mulheres são vítimas de abuso);</p> <p>-Utilizar intérprete profissional para pessoas surdas ou para pessoas que não têm fluência na língua (nunca familiares ou amigos);</p> <p>-Mediante a resposta à questão colocada, realizar <i>follow-up</i> (perguntas mais diretas) se através das questões colocadas surgir suspeita de violência doméstica;</p> <p>-Questões sobre violência doméstica não devem ser abordadas como uma <i>checklist</i> ou uma tarefa a concluir e a atenção tem de estar focada na mulher e não no computador ou teclado.</p>
<p>Exemplos de questões para rastreo^{8,13,32}</p>	<p>-“Existem conflitos familiares que estejam a preocupá-la?”</p> <p>-“Sente-se segura em casa ou alguma vez se sentiu insegura em casa? Tem receio do seu parceiro? Sente-se segura na sua relação?”</p> <p>-“Alguma vez alguém a agrediu, bateu, prendeu ou magoou fisicamente? E emocionalmente? E a alguém de quem cuida? E durante a gravidez?”</p> <p>-“Tem tido problemas no seu relacionamento com o seu companheiro/a?”</p> <p>-“O seu parceiro gosta de controlá-la? Já foi forçada a fazer algo com o qual não estava confortável? Se o seu parceiro não tem o que quer, como reage?”</p> <p>-“Já alguma vez foi forçada a fazer sexo ou outros atos sexuais com os quais estava desconfortável?”</p> <p>-“Em discussões com o seu parceiro, ele ameaça magoá-la, maltratar as crianças ou outra pessoa?”</p> <p>-“O seu parceiro alguma vez a impediu de sair de casa, visitar família ou amigos, ir ao trabalho ou escola?”</p> <p>-“O seu parceiro decide como gasta o seu dinheiro?”</p> <p>-“Alguma das coisas está a acontecer atualmente?”</p> <p>-“Conhece os recursos disponíveis para pessoas que sofrem de violência doméstica? Sabe a quem pedir ajuda?”</p> <p>-“Nesta gravidez, alguém a agrediu fisicamente? Alguém lhe bateu, deu pontapés ou estaladas?”</p>
<p>Exemplos de respostas a rastreios¹⁰</p>	<p>-“Ninguém merece sofrer violência”;</p> <p>-“Não há desculpa para a violência doméstica”;</p> <p>-“Nem sempre é fácil saber o que fazer. Podemos procurar respostas em conjunto”;</p> <p>-“Sentir-se sobrecarregado emocionalmente e não saber como procurar ajuda é comum, a culpa não é sua.”</p> <p>-“A responsabilidade de parar o abuso é do (ex)-companheiro e não sua”.</p>