

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

Ana Lúcia Couto Coronel

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:

Inter-relação e encaminhamentos

Volume I

Porto Alegre, 2017.

Ana Lúcia Couto Coronel

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:

Inter-relação e encaminhamentos

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Dra. Helena Terezinha Hubert Silva

Porto Alegre

2017

Catálogo na Publicação

Couto Coronel, Ana Lucia

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
: Inter-relação e Encaminhamentos / Ana Lucia Couto
Coronel. -- 2017.

64 p. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2017.

Orientador(a): Helena Terezinha Hubert Silva.

1. Constipação Intestinal. 2. Constipação intestinal
funcional. 3. Violência . 4. Violência doméstica. 5. Rede
de atenção. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Ana Lucia Couto Coronel

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, sob o título: CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: Inter-relação e Encaminhamentos. Aprovada em sua versão final pela banca examinadora:

Dra. Helena Terezinha Hubert Silva

UFCSPA

Dra. Simone Travi Canabarro

UFCSPA

Dr. José Vinicius Cruz

UFCSPA

Dra. Kelly Joziane de Mendonça Dorneles Gianezini

UNESC

Porto Alegre, agosto de 2017.

Dedico este trabalho ao meu filho Francisco, motivo principal dos meus esforços e dos meus sonhos, para que também sonhe e lute por seus próprios ideais.

AGRADECIMENTOS

Hoje, esta página me parece ser uma das mais importantes desta dissertação, pois só tenho a agradecer por cada pequeno passo e por todas as mãos abençoadas que me trouxeram até aqui.

Meus primeiros agradecimentos são para minha mãe, meu irmão, meu marido e meu filho, que sempre acreditaram em mim e me apoiaram incondicionalmente. Ao meu falecido pai, que, ao seu modo, me ajudou a entender esse caminho. A todos os membros da minha família, que participaram na construção desse trabalho. Pelo amor e paciência, obrigada.

Obrigada à minha orientadora, Dra. Helena Terezinha Hubert Silva, que abriu essa janela para uma nova área de conhecimento e me permitiu olhar a saúde e a vida por um novo prisma. Pelos ensinamentos e encorajamentos, obrigada.

Aos meus amigos e colegas, que me acolheram e compartilharam comigo todos os momentos dessa jornada. Por me fazerem “sorrir”, pelo companheirismo e apoio, obrigada.

Às pacientes que tiveram a coragem de expor seus sofrimentos, acreditando que poderiam ajudar na luta contra a violência. Pela confiança e colaboração, obrigada.

Aos membros da banca, Dra. Simone Canabarro, Dra. Kelly Gianezini e Dr. José Vinicius Cruz, que se dispuseram a examinar este trabalho e usar a sua jornada de conhecimento para enriquecer a minha. Pelo desprendimento e confiança, obrigada.

Divido com cada um o tanto que cresci e as conquistas que alcancei. Espero continuar contribuindo para uma vida social e familiar mais digna para todos, com mais saúde e menos violência.

Muito obrigada!

“Muitos que vivem com a violência dia após dia assumem que é uma parte intrínseca da condição humana. Mas não é assim. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser mudadas. Em meu próprio país e em todo o mundo, temos exemplos brilhantes de como a violência foi combatida. Os governos, comunidades e indivíduos podem fazer a diferença.”

Nelson Mandela, 2002.

RESUMO

Os distúrbios funcionais do aparelho digestivo são frequentemente relacionados a diversas formas de abuso e o atendimento integral a essas pessoas necessita de uma rede multidisciplinar de cuidados. Os objetivos deste estudo foram: avaliar a prevalência de violência doméstica em adultos portadores de constipação intestinal funcional (CIF) e identificar os serviços e normas disponíveis para atender as vítimas. Metodologia: o estudo foi desenvolvido em duas partes complementares. Parte I: estudo transversal, que avaliou a prevalência de violência doméstica em pacientes atendidos, de setembro a dezembro de 2016, no ambulatório de coloproctologia do Hospital Materno-infantil Presidente Vargas. Parte II: revisão narrativa, com pesquisa bibliográfica e documental, que buscou identificar os serviços e normas disponíveis para atender vítimas de violência doméstica no Brasil. Resultados: foram avaliadas 146 mulheres, das quais 65 confirmaram ser vítimas de violência doméstica, sendo 42 portadoras de CIF e, destas, 26 tinham histórico de violência doméstica ($p=0,020$), com *Odds Ratio* de 2,71 (IC95% OR: 1,29 – 5,67). Foi identificada uma rede de serviços para atender vítimas de violência, a Rede de Atenção à Violência, formada pelos serviços de saúde, assistência social, segurança pública, justiça, direitos humanos e sociedade civil organizada. Porém, não foi identificada uma norma sistematizada de funcionamento dessa rede. Conclusão: a prevalência de violência doméstica em mulheres portadoras de CIF é elevada e sugere-se a investigação cuidadosa dessa possível inter-relação na prática clínica. A partir dos componentes da Rede de Atenção à Violência, a autora apresenta um *Guia para o atendimento de vítimas de violência doméstica*, como proposta de sistematização na atenção integral às vítimas.

Palavras-chave: Violência doméstica. Constipação intestinal. Sistema digestório. Atenção à saúde.

ABSTRACT

Functional disorders of the digestive system are often related to various forms of abuse and the integral care of these people requires a multidisciplinary network. The objectives of this research were: to evaluate the prevalence of domestic violence in adults with functional constipation (FC) and to identify the services and standards available to care for the victims. Methodology: the study was developed in two complementary parts. Part I: a cross-sectional study, which evaluated the prevalence of domestic violence in patients attended, from September to December 2016, in the coloproctology outpatient clinic of the *Hospital Materno-infantil Presidente Vargas*. Part II: narrative review, with bibliographical and documentary research, that sought to identify the services and norms available in Brazil to assist victims of domestic violence. Results: 146 women were evaluated, which 65 confirmed that they were victims of domestic violence, 42 of whom had FC and, of these, 26 had a history of domestic violence ($p = 0.020$), with an Odds Ratio of 2.71 (CI95% O: 1.29-5, 67). A network of services has been identified to assist victims of violence, the Network of Attention to Violence, formed by the health services, social assistance, public security, justice, human rights and organized civil society. However, a standard system for the operation of this network has not been identified. Conclusion: the prevalence of domestic violence in women with FC is high and careful investigation of this possible interrelationship in clinical practice is suggested. Based on the components of the Violence Attention Network, the author presents a Guide for the care of victims of domestic violence, as a proposal to systematize the care for victims.

Key words: Domestic violence. Constipation. Digestive system. Health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

Figura 1- Modelo conceitual para os Doenças Funcionais do Aparelho Digestivo	19
Figura 2- Fluxograma da seleção de artigos na Revisão Integrativa.....	22
Figura 3- Escala de Bristol.....	33
Figura 4- Fluxograma de desenvolvimento da Parte II da pesquisa.....	35
Figura 5- Representação da busca por auxílio pelas vítimas de violência doméstica.....	38

LISTA DE QUADROS E TABELAS:

Quadro 1- Causas mais comuns de Constipação Intestinal Secundária.....	15
Quadro 2- Estudos selecionados na revisão integrativa.....	23
Quadro 3- Critérios de Roma III.....	32
Tabela 1- Distribuição absoluta e relativa por diagnóstico, cor, escolaridade e estado civil...	39
Tabela 2- Distribuição absoluta e relativa para violência doméstica e suas características específicas.....	40
Tabela 3- Distribuição absoluta e relativa para Diagnóstico, Escala Bristol e Diagnóstico segundo a Violência doméstica.....	41
Quadro 4- Instrumentos com orientações para o manejo da violência doméstica.....	47

SUMÁRIO:

Volume I

1- INTRODUÇÃO.....	14
1.1- Constipação Intestinal Funcional	
1.2- Violência Doméstica.....	16
1.3- Inter-relação e encaminhamentos.....	18
1.4- Hipótese.....	20
1.5- Justificativa	
1.6- Objetivos.....	21
1.6.1- Objetivos gerais	
1.6.2- Objetivos específicos	
2- REFERENCIAL TEÓRICO	
3- METODOLOGIA.....	29
3.1- Parte I	
3.1.1- Delineamento	
3.1.2- Justificativa do delineamento.....	30
3.1.3- Amostragem e cálculo amostral	
3.1.4- Critérios de inclusão e exclusão	
3.1.5- Coleta de dados e população-alvo	
3.1.6- Instrumentos de coleta de dados.....	31
3.1.7- Tratamento dos dados.....	33
3.2- Parte II.....	34
3.2.1- Delineamento	
3.2.2- Justificativa do delineamento	
3.2.3- Critérios de seleção	
3.2.4- Tratamento dos dados.....	35
4- RESULTADOS.....	36
4.1- Parte I	

4.1.1- Análise descritiva	
4.1.2- Análise inferencial.....	37
4.2- Parte II.....	42
4.2.1- Serviços para o atendimento de vítimas de violência doméstica	
4.2.2- Componentes da Rede de Atenção à Violência	
4.2.3- Atuação dos serviços da Rede de Atenção à Violência.....	46
4.2.2- Normas para os encaminhamentos na Rede de Atenção à Violência	
5- DISCUSSÃO.....	50
5.1- Parte I	
5.2- Parte II.....	52
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
7- REFERÊNCIAS.....	55

ANEXOS:

- 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- 2- Questionário

Volume II

APÊNDICES (Produtos):

- I- Artigo I: Violência doméstica e constipação intestinal: uma revisão integrativa da literatura
- II- Artigo II: Constipação intestinal funcional e violência doméstica: inter-relação e encaminhamentos
- III- Artigo III: *Lethality Assessment Program Maryland Model*: um exemplo a seguir?
- IV- Guia para o Encaminhamento de Vítimas de Violência Doméstica
- V- *Folder* para divulgação dos resultados da pesquisa
- VI- Site: <http://alccoronel.wixsite.com/violenciazero>

1 INTRODUÇÃO

1.1- Constipação intestinal funcional

A definição de constipação intestinal ainda é um tanto controversa, tendo em vista que é caracterizada por alguns como baixa frequência nas evacuações, como dificuldade para eliminar as fezes por outros ou, por vezes, como ambas ¹. Apresenta uma fisiopatologia multifatorial, podendo ser consequência dos hábitos do indivíduo, ser secundária a outras doenças ou aos seus tratamentos ou pode ser causada por disfunções do próprio intestino ². Nesse último caso, pode ser devida às alterações na motilidade intestinal, às disfunções do assoalho pélvico ou pode ser considerada um distúrbio funcional do intestino ³.

Entre os hábitos frequentemente relacionados à constipação intestinal, mesmo no subtipo funcional, está a dieta pobre em fibras ⁴ e a correção do consumo diário de fibras para uma quantidade preconizada de 20 a 30 g por dia ⁵ costuma ser uma das primeiras recomendações às pessoas constipadas ⁶. Muitas doenças e medicamentos podem resultar em constipação intestinal e os mais comumente encontrados estão apresentados no Quadro 1. Na diminuição da motilidade colônica, também chamada de constipação por trânsito lento, a passagem das fezes através dos cólons ocorre num tempo superior a 3 dias e, em geral, seus portadores referem perda do estímulo evacuatório e piora dos sintomas com o consumo de fibras ⁷. Quanto às disfunções do assoalho pélvico, as causas podem ser muitas, tais como descenso perineal, retocele, enterocele, discinesia evacuatória e doenças anais estenosantes ⁸.

A constipação intestinal caracterizada como funcional faz parte de um grupo de doenças digestivas, conhecidas como distúrbios funcionais do aparelho digestivo (DFAD), para os quais não se encontra uma causa durante a avaliação, sendo o diagnóstico firmado em bases clínicas ⁹. Para caracterizar esses distúrbios, em 2006 um grupo de especialistas se reuniu em busca de um consenso, revisou diretrizes prévias e estabeleceu critérios para cada diagnóstico, os quais receberam o nome de critérios de Roma III ¹⁰. Para o diagnóstico de constipação intestinal funcional, tais critérios levam em consideração o esforço evacuatório, a consistência das fezes, as sensações de esvaziamento intestinal incompleto ou obstrução à passagem das fezes, a necessidade de manipulação para expelir as fezes e o número de evacuações em uma semana, durante um período de seis meses. A partir dessa sistematização, houve uma maior concordância na conceituação dos DFAD e a comparação entre os resultados das pesquisas na área passou a ser possível ¹¹.

Quadro 1. Causas mais comuns de Constipação Intestinal Secundária

Medicamentos	Desordens musculares, metabólicas e neurológicas	Outras
Analgésicos: opioides, antiinflamatórios não-esteroides	Diabetes mellitus	Anorexia
Anticolinérgicos: antistamínicos, <i>belladonna</i>	Doença de Parkinson	Hipotireoidismo
Anticonvulsivantes: carbamazepina	Doenças do tecido conjuntivo	Gravidez
Anti-hipertensivos: bloqueadores dos canais de cálcio, diuréticos, agentes de ação central, β -bloqueadores	Lesões do sistema nervoso central	Desordens psicológicas e psiquiátricas
Antiparkinsonianos: dopaminérgicos, benztropina	Amiloidose	Síndromes para-neoplásicas
Antidepressivos: tricíclicos, inibidores da MAO	Doença de Hirschprung	Pseudo-obstrução
Agentes com íons metálicos: antiácidos, sucralfato, sulfato ferroso	Doenças autoimunes	_____
Antiespasmódicos	Doença de Chagas	_____

Fonte: *Clinics in geriatric medicine*, 30(1), 2014¹². Adaptado pela autora.

Em estudos epidemiológicos a constipação intestinal tem figurado como a principal queixa entre as pessoas que procuram atendimento médico por problemas digestivos, com uma prevalência média de 16% em adultos e de 33,5% em pessoas acima dos 60 anos de idade¹³. Um estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul, encontrou uma prevalência de 26,9% de constipação intestinal em adultos¹⁴ e um raro estudo epidemiológico, que distinguiu os diferentes tipos de constipação, encontrou que a constipação intestinal funcional é o subtipo mais frequente¹⁵. Em muitos estudos, constipação intestinal e constipação intestinal funcional são tratadas como sinônimos^{16; 17}, sendo necessário estimar a ocorrência do subtipo funcional, a partir das poucas referências disponíveis.

Pela elevada prevalência da constipação intestinal, o seu impacto econômico assume relevância, pois representa uma sobrecarga aos sistemas de saúde. Avaliações relacionadas aos custos diretos e indiretos consequentes à constipação intestinal, mostram um grande impacto desta sobre os sistemas de saúde¹⁸, tendo sido estimado que os custos diretos com a saúde de mulheres constipadas é o dobro daqueles relacionados às mulheres sem constipação¹⁹. Nos

Estados Unidos da América, um estudo realizado em 1997, em um serviço de nível terciário, que levou em consideração exames complementares e comorbidades na avaliação dos gastos com pacientes constipados, encontrou um gasto médio de 2.752 dólares por paciente, mostrando que o problema vem de longa data ²⁰. No Brasil, não foram encontrados estudos que avaliem o impacto econômico da constipação intestinal sobre os gastos com a saúde.

Quando analisada pelo prisma sociodemográfico, a constipação intestinal está presente em todos os grupos populacionais, porém, tem maior incidência em mulheres, idosos e populações com baixas condições socioeconômicas, sendo associada à queixa de má qualidade de vida e insatisfação com os resultados dos tratamentos ²¹. Um estudo multicêntrico que avaliou a qualidade de vida em indivíduos constipados, concluiu que estes apresentam maior comprometimento para o desempenho das atividades sociais e pior percepção do seu estado de saúde, quando comparados aos indivíduos não constipados ²². Os estudos que avaliam a constipação intestinal funcional, frequentemente a relacionam a um histórico de violência e salientam a intensidade, cronicidade e refratariedade dos sintomas ^{23; 24; 25}.

1.2- Violência Doméstica

A violência é, possivelmente, tão antiga quanto o próprio homem, podendo ser encontrada sob diversas formas ao longo da história e assumindo diferentes características no processo evolutivo e civilizatório da humanidade. É um fenômeno complexo, que diz respeito à política, à economia, à cultura, às leis, à saúde, às inter-relações humanas e institucionais e ao próprio indivíduo ²⁶.

Em 1996, em sua resolução WHA49.25, a 49ª Assembleia Mundial da Saúde considerou a violência como um grave problema de saúde pública, com reflexos imediatos e a longo prazo sobre o bem-estar das vítimas. Frente a isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a violência em diferentes categorias, propôs itens fundamentais para integrar as pesquisas de avaliação e monitoramento da violência, sugeriu medidas de prevenção em diferentes níveis e convocou os países integrantes à ação ²⁷. No Brasil, a aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) pela Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001, incluiu a violência na agenda da saúde no país, a partir de um conjunto de diretrizes: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, monitorização da ocorrência de acidentes e de violência, sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, assistência interdisciplinar e

intersetorial às vítimas de acidentes e de violência, estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas ²⁸.

Em 2002, no *World Report on Violence and Health* ²⁹, a OMS apresentou dados de mais de 70 países sobre a violência e suas consequências ao redor do mundo e definiu a violência como sendo “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em ferimento, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação”. Nesse relatório foram apresentados dados relacionados à violência auto-infligida, à violência interpessoal e à violência coletiva. Com relação à violência doméstica, entre outros dados, foi relatado que cerca de 10 a 69% das mulheres avaliadas nos estudos referiram ter sido agredidas por parceiros íntimos durante suas vidas, cerca de 20 % das mulheres e 5 a 10 % dos homens confirmaram abuso sexual na infância e que 4 a 6% dos idosos foram de algum modo abusados em seus lares.

Conceitualmente, violência doméstica ou intrafamiliar é aquela praticada dentro e fora dos lares, entre pessoas próximas, que mantém laços parentais, sociais ou consanguíneos. Compreende o abuso físico, o abuso sexual, o abuso psicológico, a negligência e o abandono e traz severas consequências para as vítimas, pois o perpetrador da violência é alguém que deveria cuidar e proteger ³⁰. As parcelas da população mais vulneráveis à violência doméstica são as crianças, os adolescentes, as mulheres, os idosos e os deficientes, principalmente quando em condições socioeconômicas desfavoráveis ^{31; 32; 33}. Um estudo brasileiro ³⁴, que buscou traçar o perfil das vítimas de violência doméstica, a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrados em 2014, encontrou que 16% dos casos ocorreram em crianças, 27% em adolescentes, 51 % em adultos e 6% em idosos, porém, em todas as faixas etárias houve predomínio do sexo feminino.

Até 2006, os dados relativos à violência no Brasil eram conhecidos somente a partir das Declarações de Óbito (DO) e das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que eram fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), respectivamente. Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde, dividido em dois componentes: vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo) e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA-Sentinela), visando aprimorar as informações referentes à violência no país ³⁵. Em 2011, a violência passou a ser

um agravo de notificação compulsória ³⁶ e o instrumento utilizado para o registro dos dados relativos à violência doméstica é a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências. Os dados coletados nos serviços de saúde e em outras fontes notificadoras são digitados no SINAN Net no nível municipal e transferidos para as esferas estadual e federal, a fim de compor a base de dados nacional ³⁷.

As pesquisas relacionadas à violência e suas consequências vêm sendo desenvolvidas com base em sistemas de registro e diretamente com as populações mais vulneráveis, como crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Os efeitos deletérios da violência sobre a saúde mental de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, são reconhecidos nos estudos, assim como a necessidade de aprimoramento na rede de proteção ³⁸. Nesse mesmo grupo, as consequências da violência doméstica se estendem também a doenças físicas ³⁹ e comportamentais ⁴⁰. Entre os idosos, vítimas de abusos e maus-tratos pela família e pessoas próximas, os tipos de violência mais frequentes são o abandono, e a violência psicológica e o agressor mais comumente implicado é o filho. Os reflexos disso sobre a saúde desses idosos, são identificados como depressão, quedas frequentes, traumas físicos e maior morbimortalidade ⁴¹. Os estudos relacionados às consequências da violência sobre a saúde de adultos que sofreram violência ao longo de suas vidas, referem maior prevalência de alterações como: dor crônica, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, infecções e problemas digestivos, quando comparadas a não-vítimas ⁴². Entre os problemas digestivos relatados, os DFAD são os mais implicados com a violência doméstica ⁴³. Contudo, são escassas as pesquisas sobre a prevalência de violência doméstica em adultos portadores constipação intestinal e nenhum estudo foi encontrado, que avaliasse a prevalência de violência doméstica em adultos portadores de constipação intestinal funcional ⁴⁴.

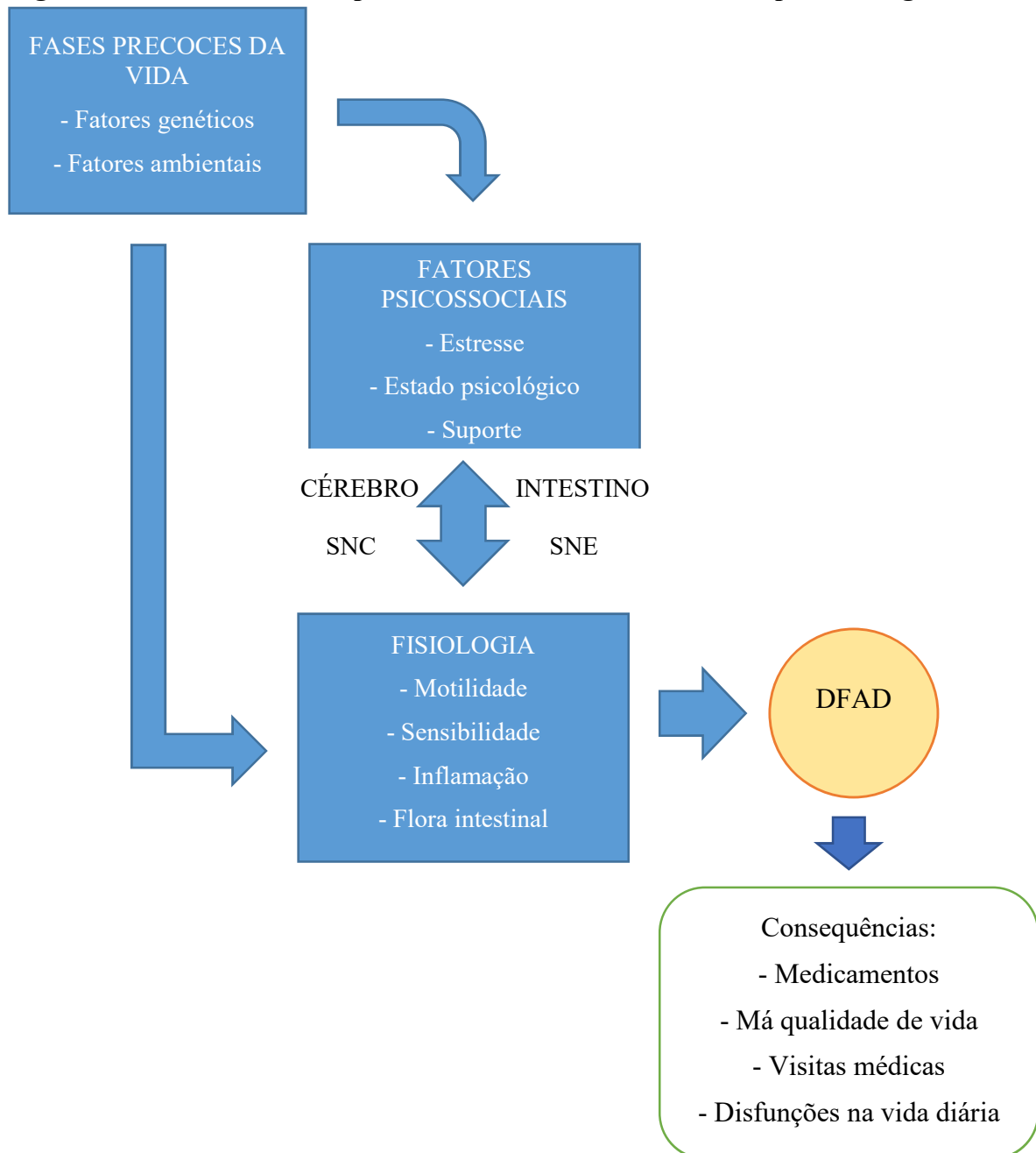
1.3- Inter-relação e encaminhamentos

Como pôde ser observado, existe uma intersecção entre os grupos mais suscetíveis à constipação intestinal e os grupos mais vulneráveis à violência doméstica, representada por mulheres, idosos, crianças e pessoas em situação de vulnerabilidade social ^{13; 30}.

Pesquisas têm investigado os mecanismos pelos quais a violência resulta em comprometimento da saúde das vítimas e, com relação às DFAD, têm demonstrado que a violência altera os mecanismos regulatórios no eixo “cérebro-intestino” e as respostas frente à diferentes estímulos ^{45; 46} (Figura 1). Estudos de neurofisiologia apontam que a exposição

crônica à violência, enquanto fator gerador de estresse, resulta em exaustão nos mecanismos de resposta e regulação/adaptação do organismo, resultando em desequilíbrio de vários sistemas 46; 47.

Figura 1- Modelo conceitual para os Distúrbios Funcionais do Aparelho Digestivo



Fonte: Adaptado pela autora de *Gastroenterology-Volume 130, Seção 5, Páginas 1377-1390. 2006*¹¹

SNC: Sistema Nervoso Central; SNE: Sistema Nervoso Entérico; DFAD: Distúrbios Funcionais do Aparelho Digestivo.

Apesar das evidências já apontadas, os profissionais da saúde não costumam investigar a ocorrência de violência doméstica na rotina clínica, seja por falta de preparo ou por tabus relacionados à essa questão ^{48; 49}. Do outro lado, as vítimas raramente referem espontaneamente a violência sofrida e somente a revelam quando adequadamente questionadas, mediante uma relação de confiança com o profissional assistente ²⁴. Como consequência, essas omissões fazem com que as vítimas deixem de receber a assistência integral de que necessitam.

Um estudo multicêntrico revelou que as vítimas de violência doméstica encontram dificuldades para receber o auxílio, percorrendo vários serviços e muitas vezes se deparando com profissionais despreparados para esse tipo de atendimento ⁵⁰. A violência doméstica requer uma abordagem multidisciplinar, tendo em vista que perpassa muitas questões, além das questões de saúde ⁵¹, de modo que se faz necessária a integração de diferentes serviços para cumprir o princípio da integralidade na assistência a essas pessoas ⁵².

Diante dessas exposições, considerando que a violência doméstica aparece frequentemente relacionada às doenças digestivas funcionais, tendo sido a constipação intestinal funcional apontada como o tipo de constipação de maior prevalência e considerando que é necessária uma abordagem multidisciplinar desses casos, surgiram as seguintes questões: qual a prevalência de violência doméstica em adultos portadores de constipação intestinal funcional e quais os serviços e as normas existentes para o encaminhamento das vítimas de violência doméstica no Brasil?

1.4- Hipótese

A prevalência de violência doméstica em adultos portadores de constipação intestinal funcional é elevada e não existem normas sistematizadas para o encaminhamento das vítimas aos serviços existentes para esse atendimento.

1.5- Justificativa

Durante a construção do referencial teórico para este estudo, não foram encontrados estudos que avaliassem, especificamente, a prevalência de violência doméstica em indivíduos adultos portadores de constipação intestinal funcional, embora as pesquisas apontem para essa associação ⁴⁴. Também não foram identificados claramente os serviços e normas sistematizadas para o atendimento das vítimas de violência doméstica.

Aprofundar o conhecimento sobre a possível inter-relação entre constipação intestinal funcional e violência doméstica, bem como identificar os serviços disponíveis para o atendimento das vítimas e suas normas de funcionamento, poderá contribuir para melhorar o cuidado prestado a essas pessoas, além de subsidiar os meios de monitoramento a avaliação da violência.

1.6- Objetivos

1.6.1- Objetivos gerais: determinar a prevalência de violência doméstica em portadores de constipação intestinal funcional e identificar os serviços e normas existentes para o atendimento das vítimas.

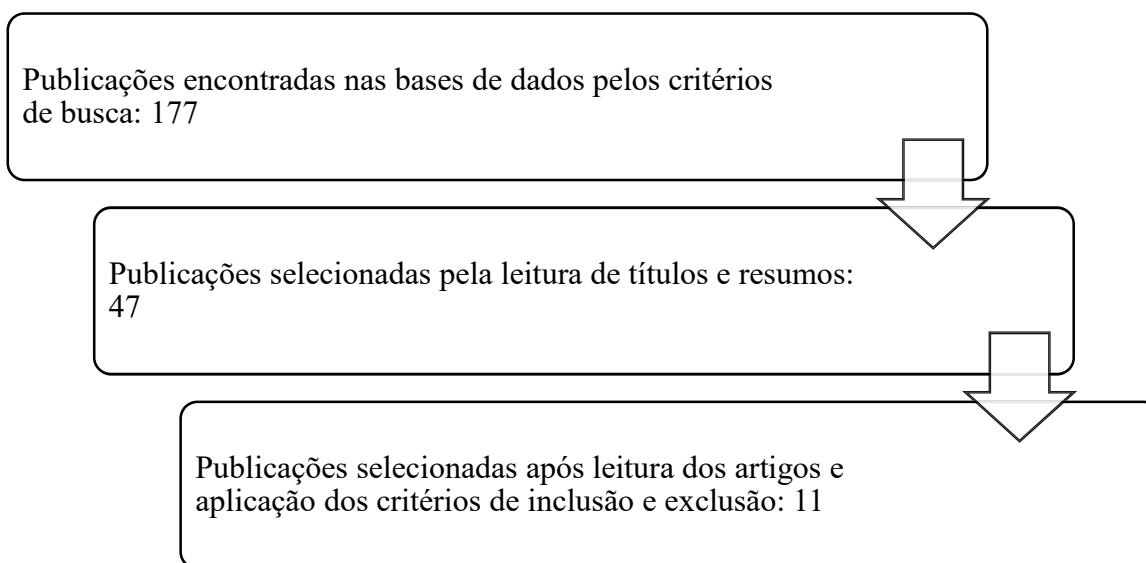
1.6.2- Objetivos específicos: avaliar a importância de incorporar o questionamento sobre violência doméstica na prática clínica, facilitar o encaminhamento das vítimas aos serviços assistenciais e desenvolver um instrumento para a orientação aos profissionais da saúde, quanto ao encaminhamento das vítimas de violência doméstica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a construção do referencial teórico deste estudo, foram realizadas: uma revisão integrativa da literatura, que investigou as evidências existentes na literatura sobre a inter-relação entre constipação intestinal e violência doméstica (Apêndice I) e uma revisão narrativa, que investigou os serviços e normas existentes para a assistência às vítimas.

A revisão integrativa se baseou no método preconizado em seis etapas e foi construída conforme a metodologia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). As buscas ocorreram por meio eletrônico, nos meses de setembro e outubro de 2015, através do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com consulta às bases de dados PubMed, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Scopus e Web of Science. Foram examinados artigos publicados entre 2005 e 2015 que relacionassem violência doméstica e constipação intestinal. A seleção compreendeu três etapas: busca, pré-seleção e seleção de artigos e, dos 177 artigos inicialmente identificados, 47 foram pré-selecionados e 11 foram selecionados (Figura 2). Os artigos selecionados estão apresentados no Quadro 2.

Figura 2- Fluxograma da seleção de estudos na Revisão Integrativa



Entre os estudos integrados, os resultados encontrados nas avaliações de crianças e adolescentes sugerem um impacto importante da violência doméstica sobre muitos aspectos da saúde das vítimas e ressaltam a necessidade de incluir esse questionamento nas avaliações desse grupo de pacientes. Sugerem também que a intervenção precoce tem papel preventivo na perpetuação da violência e nos danos decorrentes dela ^{33; 53; 54; 55}. Os estudos que avaliaram o conhecimento dos profissionais sobre a interação entre violência e constipação, identificaram a necessidade de maior capacitação para essa questão, envolvendo a integração da rede assistencial ^{49; 56}.

Naqueles estudos onde foram comparados resultados de exames diagnósticos e intervenções terapêuticas em constipados com e sem história de abusos, foi evidenciado que há pior resposta terapêutica, sintomatologia mais severa e mais resultados normais aos exames ^{57; 58}. Nos relatos de experiências de profissionais *experts* em doenças digestivas, há uma série de assertivas quanto a relação dos sintomas, gravidade e evolução desfavorável dos tratamentos, quando a intervenção não envolve a abordagem da violência ^{24; 59}.

Um único estudo teve os idosos como tema e abordou superficialmente a questão da violência doméstica e seus reflexos sobre a saúde ⁶⁰, o que denota uma possível lacuna a ser investigada.

Quadro 2- Estudos selecionados na revisão integrativa.

ESTUDO/ NE e GR *	TIPO	OBJETIVO	MATERIAL/ MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>Lisboa, VCA, Felizola, MCM, Martins, LAN, Tahan, S, Neto, UF, & de Morais, MB. Aggressiveness and hostility in the family environment and chronic constipation in children. Digestive diseases and sciences. 2008;53(9), 2458-2463.</p> <p>NE/ GR: 2b/C</p>	‘QT	Comparar aspectos emocionais de crianças com e sem constipação.	14 crianças constipadas, de 7 a 12 anos, foram comparadas a um grupo controle não constipado, com relação a aspectos emocionais, comportamentais, de desenvolvimento e familiares. As mães responderam questionários não estruturados sobre aspectos emocionais de seus filhos e as crianças foram estimuladas a contar histórias a partir de um painel com teste de percepção temática para crianças	O grupo de crianças constipadas apresentou mais distúrbios emocionais do que o grupo controle, com diferenças estatisticamente significativas; as mães das crianças constipadas tinham mais aspectos disfóricos e as famílias tinham mais agressividade e punições (P<0,05), que foi retratada nas histórias das crianças	A constipação nas crianças estava associada a agressividade e ambiente familiar hostil, intolerância a frustração, dificuldade na escola e depressão e ansiedade maternas. Mais estudos são necessários para aprofundar o conhecimento sobre os fatores biopsicossociais relacionados à constipação, para um atendimento integral aos pacientes.
<p>Whitehead, WE, Di Lorenzo, C, Leroi, AM, Porrett, T, & Rao, SS. Conservative and behavioral management of constipation. Neurogastroenterol& Motility.2009; 21(s2), 55-61. NE/ GR:5/D</p>	“QL	Contribuir para o entendimento e manejo das alterações psicológicas e evacuatórias em pacientes com histórico de abuso	Não relatado	O abuso físico e sexual é mais frequente em pessoas com distúrbios gastrointestinais do que na população em geral (40-50% vs 20%), é mais fortemente associado com queixas digestivas baixas e é mais comumente encontrada em constipados	Pacientes com distúrbios digestivos refratários, devem ser investigados quanto ao abuso. Quando o abuso for identificado, os pacientes devem ser encaminhados para tratamento psicológico, embora não existam estudos controlados mostrando os benefícios dessa abordagem

(Continua)

ESTUDO- NE e GR *	TIPO	OBJETIVO	MATERIAL/ MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
(Continuação)	-				
Devanarayana, NM, & Rajindrajith, S. Association between constipation and stressful life events in a cohort of Sri Lankan children and adolescents. Journal of tropical pediatrics. 2009; fmp077. NE/ GR: 1b/A	'QT	Avaliar a associação entre constipação e estresse emocional em crianças e adolescentes	Avaliados, prospectivamente, 2699 escolares de 10 a 16 anos, de quatro escolas selecionadas randomicamente. Foram submetidas a um questionário auto aplicado, que incluía dados demográficos e histórico de eventos estressantes nos últimos 3 meses e critérios de Roma III e escala de Bristol para constipação intestinal	416 (15,4%) tinham constipação. Constipação foi maior naqueles expostos a estresse emocional (OR 2,52, P< 0,0001)	Constipação foi significativamente maior em crianças e adolescentes expostos a estresse emocional (inclusive violência doméstica)
Drossman, DA. Abuse, Trauma, and GI Illness: Is There a Link&quest. The American journal of gastroenterology. 2011;106(1), 14-25. NE/GR: 5/D	"QL	Apresentar a história da compreensão do autor, quanto ao efeito do abuso e trauma na doença gastrointestinal, fornecer a justificativa científica para essa associação, oferecer orientações a respeito de quando e como obter informações sobre essa questão e orientar para implementar o cuidado adequado para o paciente.	Não relatado	O papel do abuso e do trauma na história médica, em particular na doença GI e a base científica para esta associação, têm evoluído ao longo das últimas três décadas	Para os gastroenterologistas a história de abuso pode ser altamente prevalente em seus pacientes e pode ter um importante impacto sobre o cuidado clínico que precisa de ser fornecido . Compreender esta associação e saber quando perguntar sobre história de abuso e como a prestação de cuidados direcionados é uma obrigação, particularmente para doentes com sintomas gastrointestinais mais severos .
(Continua)					

ESTUDO- NE e GR *	TIPO	OBJETIVO	MATERIAL/ MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>(Continuação)</p> <p>Zuchelli, T, & Myers, SE. Gastrointestinal issues in the older female patient. Gastroenterology Clinics of North America. 2011;40(2), 449-466.</p> <p>NE/ GR: 5/D</p>	“QL	Revisar questões gastrointestinais que comumente afligem a população idosa	Não relatado	Refere estudos que apontam para uma incidência de 22 a 48% de abuso sexual e 31 a 74% de abuso físico em adultos constipados	A terapia deve ser individualizada, começando por uma dieta rica em fibras, atividade física, líquidos laxativos, antagonistas de opioides, biofeedback e cirurgia para casos refratários. Através do reconhecimento dos sintomas, tratamento específico pode ser iniciado.
<p>Nicolai, MP, Fidler, HH, Beck, JJ, Bekker, MD, Putter, H, Pelger, R, ... & Elzevier, HW. Sexual abuse history in GI illness, how do gastroenterologists deal with it? The journal of sexual medicine.2012; 9(5), 1277-1284.</p> <p>NE/ GR: 3b/ B</p> <p>(Continua)</p>	‘QT	Avaliar se gastroenterologistas abordam abuso sexual (AS) em sua prática diária e avaliar os seus conhecimentos quanto ao alcance do AS na doença gastrointestinal, inclusive para constipação intestinal.	402 questionários foram enviados por correio eletrônico para os membros da Sociedade Holandesa de Gastroenterologistas, incluindo questões sobre a prática clínica, referente à investigação e conhecimento sobre a interação entre abuso sexual e doenças digestivas	169 questionários foram analisados: 4,7% referiu que questionava mulheres e 0,6% homens, quanto ao AS; antes de colonoscopia, essas taxas caíam para 2,4% e 0,6%. Quando havia queixas específicas, como dor abdominal, incontinência fecal e constipação, os índices aumentavam para 71,4% e 31,3%, respectivamente .	Gastroenterologistas não costumam perguntar sobre a história de Abuso Sexual e raramente perguntam sobre isso antes de realizar a colonoscopia . Há uma necessidade de melhor formação para adquirir as habilidades e conhecimentos para lidar com AS .

ESTUDO- NE e GR *	TIPO	OBJETIVO	MATERIAL/ MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>(Continuação)</p> <p>Hart, SL, Lee, J. W., Berian, J., Patterson, T. R., Del Rosario, A., & Varma, M. G. (2012). A randomized controlled trial of anorectal biofeedback for constipation. <i>International journal of colorectal disease</i>, 27(4), 459-466.</p> <p>NE/ GR: 2b/ B</p>	'QT	Avaliar a resposta ao tratamento de biofeedback para constipação intestinal e a influência do histórico de abuso físico e sexual	21 pacientes com discinesia do assoalho pélvico foram randomizados para o biofeedback: grupo A recebeu tratamento para o assoalho pélvico e grupo B recebeu tratamento para outros grupos musculares; todos foram submetidos aos questionários: *CSI, IBS-QOL, SF-36, PCS, MCS e Trauma History Questionnaire, antes e após o tratamento	No grupo não-abusado os escores CSI totais caíram 29% x grupo abusado: caíram 12,6%; aqueles sem histórico de abuso físico / sexual na infância relataram menos constipação, em média, do que aqueles com um histórico de abuso. Na escala CSI-defecação obstrutiva, os escores do grupo s/ abuso caíram 28,8% e os escores do grupo abusado caíram 22,3%. Finalmente, no MCS, o grupo sem abuso melhorou 12,3% em saúde mental x grupo com histórico de abuso, que mostrou uma diminuição de 21,6%.	Os dados sugerem que uma história de abuso sexual e físico na infância pode estar associada com melhoria diminuída na gravidade da dor e da qualidade de saúde mental, após biofeedback.
<p>Motta, C R., Iêgo, S., Oliveira, J., Castro, H., & Silva, L.R. (2013). What do pediatrics Residents know about the psychological factors in constipation? <i>Psicologia, Saúde & Doenças</i>, 14(1), 38-52.</p> <p>NE/ GR: 2b/B</p> <p>(Continua)</p>	'QT	Avaliar o conhecimento dos residentes de pediatria de Salvador, Bahia, sobre a relação entre a constipação intestinal e fatores psicológicos	Aplicação de um questionário a 42 médicos residentes de pediatria, dividido em cinco domínios, sendo nove questões objetivas e doze subjetivas, relacionadas ao tema de pesquisa	45,2% considerou de 6 a 12 meses o tempo necessário para tratamento da constipação intestinal e 33,3% até 6 meses e um, dois anos. A dieta foi apontada como causa por 95,2% e 38% referiu fatores psicológicos	O conhecimento dos entrevistados sobre fatores psicológicos envolvidos na constipação intestinal é inadequado e é necessária uma abordagem mais profunda e multidisciplinar, com educação médica continuada sobre constipação intestinal.

(Continuação)				(abuso, conflito familiar, agressão) como possível causa e 23,8%, como possível fator desencadeante	
ESTUDO/ NE e GR *	TIPO	OBJETIVO	MATERIAL/ MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Kashyap, A. S., Kohli, D. R., Raizon, A., & Olden, K. W. (2013). A prospective study evaluating emotional disturbance in subjects undergoing defecating proctography. World journal of gastroenterology: WJG, 19(25), 3990. NE/ GR: 2b/B	‘QT	Avaliar a prevalência de doenças psiquiátricas em indivíduos com sintomas gastrointestinais através de defecografia (DF) e questionários validados	Pacientes encaminhados para DF por distúrbio evacuatório, responderam questionários: ***HADS, STAI, PHQ-15, PTSD, questionário de ROMA III, questionário validado para abuso físico e sexual. Foram divididos em dois grupos: com e sem alterações na DF	45 indivíduos avaliados: 20 (44,4%) c/ DF normais: a incidência de abuso sexual > no grupo com DF normal (n= 9x5, P< 0,036); nos questionários HADS, STAI, PHQ-15 e PTSD, os escores do grupo DF normal foram maiores: P=0,04- ansiedade/0,01- depressão, P=0,027, P=0,038, P=0,045.	Significativo aumento de doenças psiquiátricas em indivíduos com evacuação alterada e DF normal, os quais devem ser investigados para histórico de abuso sexual e desordens psiquiátricas
Rajindrajith S, Devanarayana NM, Lakmini C, Subasinghe V, de Silva DGH, Benninga MA. Association between child maltreatment and constipation: a school-based survey using Rome III criteria. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2014;58(4):486 NE/ GR: 1b/A (Continua)	‘QT	Avaliar a relação entre abuso infantil e constipação, em escolares do Distrito de Gampaha, Sri Lanka	Foram selecionadas, randomicamente, 4 escolas, entre 427. Avaliados 1792 estudantes, com idades de 13 a 17 anos, através de um questionário auto administrado, incluindo os critérios de Roma III	975 (54,4%), idade média 14,4 anos; 138(7,7%) constipados; 438(24,4%) c/ abuso físico, 396 (22,1%) abuso emocional e 51 (2,8%) abuso sexual. Nos constipados a incidência foi maior: abuso físico = 41,6x 23,2- P< 0,0001, abuso emocional 40,9x20,8- P< 0,0001, abuso sexual= 5,8 x 2,6-P<0,03. Somatização	A constipação na infância e adolescência mostra associação significativa com histórico de abuso físico, emocional e sexual. Quando abusados, as crianças e adolescentes constipados apresentam mais queixas físicas e intestinais

(Continuação)				>em constipados abusados; abusados tinham percepção de maior severidade dos sintomas.	
ESTUDO NE e GR *	TIPO	OBJETIVO	MATERIAL/ MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Devanarayana, N. M., Rajindrajith, S., Perera, M. S., Nishanthanie, S. W., Karunanayake, A., & Benninga, M. A. (2014). Association between functional gastrointestinal diseases and exposure to abuse in teenagers. <i>Journal of tropical pediatrics</i> , fmu035. NE/ GR: 1b/A	‘QT	Identificar a relação entre Doenças Gastrointestinais Funcionais, com Dor Predominante (DGIF-DP)	Os adolescentes foram recrutados de quatro escolas selecionadas aleatoriamente na província ocidental de Sri Lanka. Os dados foram coletados por de um questionário auto-administrado validado. DGIF foram diagnosticados usando critérios de Roma III .	1850 adolescentes com 13-18 anos, foram incluídos; 305 (16,5%) tiveram DGIF e foram significativamente maiores em pessoas expostas a abuso sexual (34,0%), emocional (25,0%) e físico (20,2%), do que em não expostos (13,0% , p <0,001). Aqueles com DGIF expostos a abusos tiveram uma pontuação maior na gravidade dos sintomas intestinais (30,8% vs. 24,7% em não abusado, p < 0,05).	Este estudo destaca a importância de identificar a exposição a abusos no manejo de adolescentes com DGIF-DP.

Fonte: Pesquisa direta. Elaborado pela autora ⁴⁴.

*NE: Nível de Evidência -**GR: Grau de Recomendação- ***HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, STAI: State Trait Anxiety Inventory, PHQ-15: Patient Health Questionnaire 15-item somatic symptom severity scale, validated questionnaires for sexual or physical abuse; PTSD: Post-traumatic Stress Disorder questionnaire

Visando investigar a base teórica da segunda questão de pesquisa, que é identificar os serviços e normas para o atendimento das vítimas de violência doméstica, uma revisão narrativa foi realizada por meio de pesquisa exploratória, bibliográfica e documental, no período de

setembro a dezembro de 2016, através do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Portal da Saúde do Ministério da Saúde e pela busca manual das referências dos artigos e documentos selecionados. Foram incluídos artigos científicos, diretrizes, leis, normas e protocolos, relacionados aos serviços e normas para a atenção às vítimas de violência doméstica, que estivessem disponíveis para a leitura na íntegra através dos canais de pesquisa.

A fim de ilustrar aspectos relacionados às normas existentes para o atendimento das vítimas de violência doméstica, dez instrumentos contendo diretrizes assistenciais para esse tipo de atendimento, publicados de 2007 a 2016, foram registrados em uma matriz de coleta de dados, onde foram listados: nome do instrumento, ano de publicação, objetivo, público-alvo, número de páginas e abrangência no território nacional. O quadro com esses dados, assim como a metodologia e os resultados obtidos serão apresentados adiante.

3 METODOLOGIA

A instituição proponente do presente estudo foi a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e a instituição coparticipante foi o Hospital Materno-infantil Presidente Vargas (HMIPV). A pesquisa foi aprovada pelos conselhos de ética e pesquisa de ambas as instituições: pela UFCSPA, através do Parecer nº 1.686.260, sob registro CAAE 52245615.4.0000.5345 e pelo HMIPV, através do Parecer nº 1.715.512, sob registro CAAE 52245615.4.3001.5329.

A pesquisa foi desenvolvida simultaneamente em duas partes complementares, que serão descritas como Parte I e Parte II. A apresentação dessas duas partes da pesquisa será feita separadamente em cada seção que compõe esta dissertação, a fim de facilitar a apreciação dos dados obtidos e a análise. Ao final, os dois componentes serão integrados nas considerações que concluem o trabalho.

3.1- Parte I: Estudo de prevalência.

Esta parte da pesquisa foi revisada, a partir das recomendações do *TREND Statement Checklist*, que contém diretrizes para avaliar estudos não-randomizados em saúde pública ⁶¹.

3.1.1- Delineamento

A investigação da hipótese relacionada à prevalência de violência doméstica em portadores de constipação intestinal funcional, ocorreu por meio de um estudo quantitativo, com delineamento transversal.

3.1.2- Justificativa do delineamento

Sendo o objetivo deste segmento do trabalho estimar a prevalência de violência doméstica em portadores de constipação intestinal funcional, optou-se pelo delineamento transversal, por ser considerado o mais indicado para avaliação desse tipo de medida de ocorrência. O estudo transversal é estático e permite a observação simultânea de fator e efeito em um mesmo momento no tempo. As vantagens inerentes a este tipo de estudo são: o baixo custo, a rapidez da sua realização e seu alto potencial descritivo, que pode subsidiar o planejamento de futuras intervenções na população alvo.

3.1.3- Amostragem e cálculo amostral

O tipo de amostragem foi não-probabilística, por conveniência e a amostra calculada, com base na média de 60 atendimentos mensais realizados no referido ambulatório, para uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%, foi de 123 participantes. Foram acrescentados 10% para possíveis perdas e desistências, totalizando o número mínimo de 135 participantes. A amostragem não-probabilística foi adotada por permitir um número maior de respondentes em curto espaço de tempo ⁶².

3.1.4- Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: pessoas maiores de 18 anos, atendidas no ambulatório de Coloproctologia do HMIPV, durante o período de recrutamento.

Critérios de exclusão: pessoas com limitações intelectuais para a compreensão da proposta do estudo e de responder os questionários de pesquisa.

3.1.5- Coleta de dados e população alvo

A coleta de dados ocorreu no ambulatório de Coloproctologia, localizado no 6º andar do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), situado na Av. Independência, nº 661, em Porto Alegre, RS, no período de setembro a dezembro de 2016.

A população alvo consistiu de todos os pacientes atendidos no referido ambulatório durante o período recrutamento e coleta de dados, que atenderam os critérios de inclusão. Após terem recebido atendimento médico relacionado ao motivo da consulta médica, estes pacientes foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos quanto à natureza do estudo, métodos, objetivos, riscos e garantia de sigilo. Aqueles que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1).

Os participantes foram classificados quanto ao diagnóstico principal, definido neste estudo como aquele que, depois da avaliação do paciente, foi considerado responsável pelo seu encaminhamento e admissão no ambulatório de Coloproctologia ⁶³. Em seguida, responderam à pergunta: “Em algum momento da sua vida você já sofreu agressão física, agressão psicológica, abuso sexual, negligência ou abandono, praticado por algum membro da sua família ou pessoa próxima, dentro ou fora de casa? ”. Foram oferecidas as alternativas: sim ou não.

A inclusão de todos os indivíduos atendidos no ambulatório de Coloproctologia e não somente os portadores de constipação intestinal funcional, visou ampliar a população estudada, possibilitando a estratificação da ocorrência de violência doméstica entre todas as patologias atendidas durante o período de coleta de dados. Dessa forma, foi possível a comparação entre os grupos.

3.1.6- Instrumentos de coleta de dados

Todos os participantes responderam um questionário estruturado, baseado na *Ficha de Notificação/Investigação Individual: Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais* ^a (Anexo 2), composto por quatro seções: dados pessoais e demográficos, dados relacionados à violência sofrida, dados relacionados ao agressor e dados referentes à assistência recebida. Aqueles que negaram a ocorrência de violência doméstica responderam somente a primeira seção do questionário.

Os participantes que apresentavam queixa de constipação intestinal também foram avaliados pelos critérios de Roma III (Quadro 3)¹⁰ e Escala de Bristol (Figura 3)⁶⁴. Foram

^a A *Ficha de Notificação/Investigação Individual: Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais* é o instrumento criado pelo Ministério da Saúde para notificação compulsória de casos de violências interpessoais.

consideradas portadoras de constipação intestinal funcional, pessoas nas quais não foi identificada uma causa para a constipação durante a avaliação clínica e que apresentaram dois ou mais critérios de Roma III em, pelo menos, 25% das evacuações, durante um período de, pelo menos, três meses nos últimos seis meses e que apontassem na Escala de Bristol os tipos 1, 2 ou 3, que são formas fecais características de constipação ¹⁶. Para determinar a frequência de ocorrência de cada critério de Roma III foram apresentadas as seguintes alternativas: a fim de caracterizar a frequência das ocorrências: nunca ou raramente, algumas vezes, frequentemente, maior parte das vezes ou sempre. A opção “frequentemente”, foi considerada equivalente a 25% das vezes, conforme consenso descrito na literatura ¹⁴.

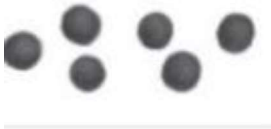






Quadro 3- Critérios de Roma III para diagnóstico de Constipação Intestinal Funcional

Critério ^a	Pergunta	Opções de resposta ^b
Esforço evacuatório	Nos últimos seis meses, quantas vezes você teve de fazer força ou esforço para fazer cocô?	(0) Nunca ou raramente (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Maior parte das vezes (4) Sempre
Fezes endurecidas ou fragmentadas	Nos últimos seis meses, quantas vezes você evacuou fezes duras, endurecidas ou como se fossem bolinhas?	(0) Nunca ou raramente (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Maior parte das vezes (4) Sempre
Sensação de evacuação incompleta	Nos últimos seis meses, quantas vezes você teve a sensação de evacuação incompleta, ou seja, mesmo após ter feito cocô, permaneceu com vontade?	(0) Nunca ou raramente (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Maior parte das vezes (4) Sempre
Sensação de bloqueio anorretal	Nos últimos seis meses, quantas vezes você sentiu que as fezes não passavam, ou estavam presas no ânus?	(0) Nunca ou raramente (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Maior parte das vezes (4) Sempre
Manobras manuais para expulsão das fezes	Nos últimos seis meses, quantas vezes você precisou ajudar com as suas mãos para a saída das fezes?	(0) Nunca ou raramente (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Maior parte das vezes (4) Sempre
Número de evacuações	Quantas vezes por semana você evacua?	

Fonte: *Cadernos de saúde pública*, 26(7), 1391-402. 2010. Adaptado pela autora.

^a dois ou mais critérios, presentes em 25% das evacuações, em, pelo menos, três dos últimos seis meses, caracterizou a presença de constipação intestinal funcional; ^b a opção 2 (frequentemente) foi considerada equivalente a 25% das vezes ¹⁴.

Figura 3- Escala de Bristol

Tipo	Aspecto	Descrição
Tipo 1		Pequenas, duras, em forma de bolinhas separadas
Tipo 2		Forma cilíndrica, dura, fragmentada
Tipo 3		Forma cilíndrica, dura, com fissuras na superfície
Tipo 4		Forma cilíndrica, superfície lisa, pastosa
Tipo 5		Pedaços amolecidos, mas com forma
Tipo 6		Fezes amolecidas, sem forma
Tipo 7		Fezes líquidas

Fonte: *World Gastroenterology Organization, 2010*. Adaptado pela autora.

O tempo de cada atendimento foi estendido, sempre que necessário, a fim de evitar prejuízos na rotina e na assistência médica do ambulatório, além de garantir maior suporte aos respondentes, considerando-se a natureza delicada do tema. A todos foi assegurada a livre escolha e garantido o atendimento das questões de saúde que os motivaram a consulta médica.

3.1.7- Tratamento dos dados

Os dados coletados foram revisados e duplamente digitados no software Epidata 3.0 (*Epidata Association, Odense, Dinamarca*), com posterior processamento no programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 23.0. Para a análise estatística

descritiva, foi realizada a distribuição relativa e absoluta dos dados (%- n), bem como, a média e desvio padrão (DP), sendo que o estudo da distribuição de dados das variáveis contínuas ocorreu pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para a análise bivariada, entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e, nas tabelas de contingência 2x2, foi utilizada a correção de continuidade com estimativa da medida de efeito, o *Odds Ratio* (OR) bruto, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Nas tabelas de contingência em que pelo menos 25% das células (caselas) apresentaram frequência esperada menor do que 5, foi utilizado o teste exato de Fisher, sendo que, nas situações onde, pelo menos, uma variável tinha característica politômica, foi utilizada a simulação de Monte Carlo. Sobre as variáveis contínuas, na comparação entre dois grupos independentes, foi aplicado o teste t-*Student*.

3.2- Parte II: revisão narrativa.

3.2.1- Delineamento

A investigação para identificar os serviços e normas existentes para o atendimento das vítimas de violência doméstica, foi realizada por meio de uma revisão narrativa, com pesquisa exploratória, bibliográfica e documental, mediante análise qualitativa dos dados encontrados (Figura 4).

3.2.2-Justificativa do delineamento

A diversidade das fontes de informação contendo o tema proposto limitou a sistematização da revisão e forjou a necessidade de se utilizar uma metodologia que permitisse buscar e extrair a informação dessas fontes, a partir de uma análise subjetiva dos dados. A revisão narrativa permite a inclusão e análise qualitativa de artigos científicos e documentos, atendendo aos objetivos desse componente do estudo ⁶⁵.

3.2.3- Critérios de seleção

O material foi selecionado com base na temática, a qual deveria versar sobre os serviços e normas para o atendimento de vítimas de violência doméstica no Brasil.

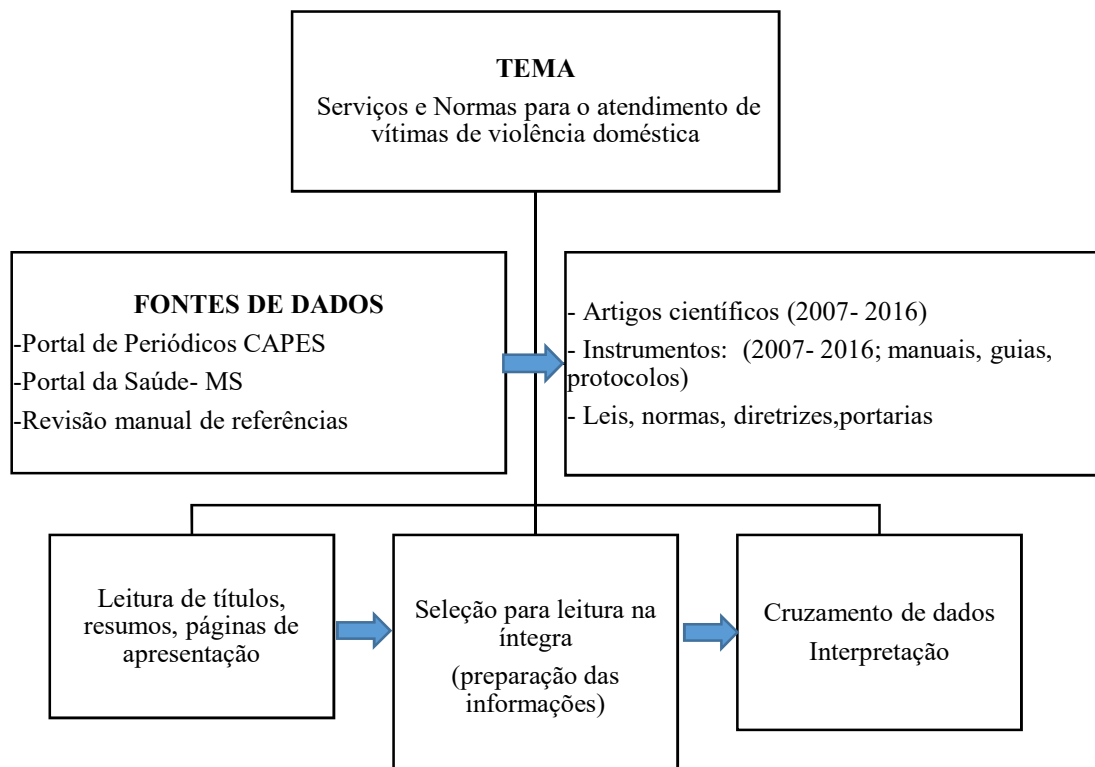
Foram selecionados: artigos científicos, publicados de 2007 a 2016, em periódicos revisados por pares, em língua portuguesa, disponíveis para leitura na íntegra nos canais pesquisados; instrumentos de orientação para a prática (guias, manuais, protocolos) desenvolvidos no período de 2007 a 2016 e documentos (portarias, leis, diretrizes e normas)

relacionados ao tema. Os canais utilizados foram o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Portal da Saúde do Ministério da Saúde.

3.2.4- Tratamento dos dados

A análise dos dados levou em consideração o conceito de que a análise qualitativa se ocupa da “presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração” (Bardin, 1977-p 21) ⁶⁶. Dessa forma, foi realizada a leitura crítica dos artigos, instrumentos e documentos selecionados, feito o cruzamento e interpretação subjetiva dos dados, a qual buscou ser dedutiva, verificatória, enumerativa e objetiva ⁶⁷.

Figura 4- Fluxograma do desenvolvimento da Parte II da pesquisa



4 RESULTADOS

4.1- Parte I: Estudo de prevalência.

4.1.1-Análise Descritiva

De setembro a dezembro de 2016, foram atendidos 154 pacientes no ambulatório de coloproctologia do HMIPV, dos quais 152 eram do sexo feminino e 2 eram do sexo masculino. Deste total, duas mulheres não aceitaram participar da pesquisa, duas eram menores de 18 anos, uma tinha limitações intelectuais para compreender as propostas do estudo e uma retirou o consentimento em consulta subsequente. Dos homens, um era menor de 18 anos e o outro não concordou em participar do estudo. Portanto, os resultados que seguem se referem a uma amostra de 146 mulheres investigadas^b.

A média de idade entre as participantes foi de 52,5 anos (DP=13,2), com predomínio das faixas etárias de 50 a 59 anos (36,3%; n=53) e de 60 a 69 anos (21,9%; n=32). A maioria (70,8%; n=102) era residente no município de Porto Alegre.

A distribuição quanto ao diagnóstico principal ocorreu como segue: Constipação Intestinal Funcional (CIF) (28,8%; n=42); outras causas de constipação, agrupadas como “Constipação secundária” (CS) (17,6%- n=9); doenças do ânus, agrupadas como “Doenças orificiais” (17,8%- n=26); consultas para avaliação de risco de câncer intestinal, agrupadas como “Rastreamento” (17,8%- n=26); Diarreia (8,2%- n=12); Doença diverticular (6,2%- n=9); Incontinência anal (6,2%- n=9); Síndrome do Intestino Irritável (SII) (6,2%- n=9); Dor pélvica (1,4%- n= 2); Câncer intestinal (0,7%- n=1) e Doença Inflamatória Intestinal (DII) (0,7%- n=1). Como pode ser observado, a constipação intestinal foi o diagnóstico de maior prevalência na amostra (34,9%- n=51) e o subtipo funcional foi o mais frequente. As causas identificadas para os casos de CS foram: bloqueio evacuatório por retocele, uso de antidepressivos tricíclicos, hipotireoidismo, doença neurológica e diabetes. Esses dados, assim como a distribuição por cor da pele, escolaridade e situação conjugal podem ser visualizados na Tabela 1.

^b Apesar de não haver restrição ao atendimento de pessoas do sexo masculino no serviço de Coloproctologia, o fato de o Hospital Materno-infantil Presidente Vargas ser uma referência para o atendimento de mulheres e crianças contribuiu para que a maioria dos pacientes atendidos no local seja do sexo feminino.

Entre as 35 mulheres que sofreram violência sexual, o sexo contra a vontade^c foi o tipo mais frequente (42,9%; n=15), seguido pelo estupro (34,3%; n=12) e pelo assédio sexual (17,1%; n=6). Duas participantes (5,7%) relataram ter sofrido mais de um tipo de abuso sexual.

Nas informações referentes ao número de agressores, pouco mais da metade (53,8%-n=35) relatou um único agressor e o restante (46,2%; n=30) apontou mais de um. Sobre a identificação dos agressores, as maiores ocorrências foram para ex-companheiro (41,5%; n=27), pai (35,4%; n=23), mãe (18,5%- n=12) e cônjuge (18,5%- n=12). Amigos da família, que frequentavam a residência, foram os agressores em 9 casos (13,8%) e o padrasto foi o agressor em 4 casos (6,2%). A maior parte dos agressores era do sexo masculino (81,5%; n=53) e o uso de álcool foi relacionado a 72,3% (n=47) dos agressores (Tabela 2).

4.1.2-Análise inferencial

Não houve diferença na média de idade entre os grupos que sofreram ou não violência doméstica (Violência doméstica: Sim: 51,9±12,6 vs. Não: 53,1±13,6; p=0,590), mas a ocorrência de violência doméstica foi admitida com mais frequência nas faixas etárias de 30 a 39 anos (21,5%; n=14) e de 40 a 49 anos (16,9%; n=11), p=0,194.

Com relação à escolaridade, foi encontrado um perfil semelhante entre o grupo que sofreu e o que não sofreu violência doméstica (p=0,648), indicando que as diferenças observadas não foram significativas. No grupo de investigadas que sofreu violência doméstica, prevaleceram os níveis de instrução: ensino médio completo (26,2%; n=17) e ensino fundamental completo (20,0%; n=13). Já, entre aquelas que não sofreram violência estas proporções foram de 30,9% (n=25) para o ensino médio completo e de 22,2% (n=18) para o ensino fundamental completo.

A situação conjugal diferiu de forma estatisticamente significativa na comparação com a violência (p<0,001), onde o grupo que sofreu violência se mostrou associado a situação de separação (23,1%; n=15), enquanto entre as investigadas sem histórico de violência, a associação ocorreu com os estados civis solteira (13,6%; n=11) e casada/união estável (74,1%; n=60).

Buscando identificar se algum diagnóstico específico estava associado à violência doméstica, foram criadas variáveis independentes para cada diagnóstico estudado (Tabela 3).

^c O sexo contra a vontade, que não consta entre os tipos de violência sexual na *Ficha de Notificação/Investigação Individual: Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais*, foi referido espontaneamente pela primeira investigada e, então, incluído no questionário utilizado.

O estudo das variáveis independentes mostrou associação da violência doméstica somente com CIF ($p=0,007$) e a estimativa de risco apontou que as investigadas que sofreram violência doméstica tiveram 2,71 vezes (IC95% OR: 1,29 – 5,67) mais chance de apresentar constipação intestinal funcional, quando comparadas àquelas que não sofreram violência. Na comparação das demais variáveis independentes (diagnósticos) presentes na amostra com a violência doméstica, não foram encontradas associações estatisticamente significativas.

Analisando-se especificamente o grupo portador de CIF, foi realizada a comparação entre violência doméstica e a Escala de Bristol e o resultado foi significativo ($p<0,001$), apontando que o grupo que sofreu violência se mostrou relacionado às formas fecais Tipo 1 (57,7%; $n=15$) e Tipo 2 (42,3,5%; $n=11$).

Do total de vítimas de violência doméstica na amostra estudada, somente 32,3% ($n=21$) buscou auxílio após ter sofrido violência doméstica e os locais mais procurados foram a rede de saúde (18,5%; $n=12$) e delegacias não especializadas (15,4%; $n=10$) (Figura 5).

Figura 5- Representação quanto à busca por auxílio pelas vítimas de violência doméstica.

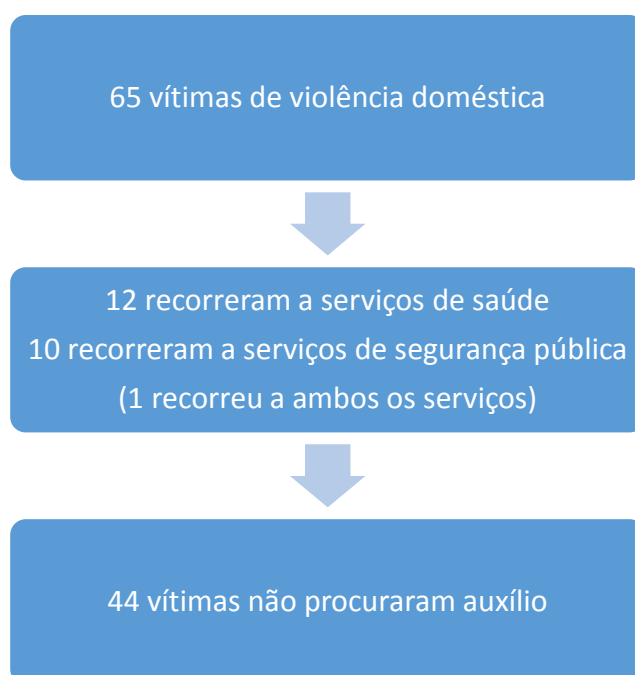


Tabela 1: Distribuição absoluta e relativa por diagnóstico, cor, escolaridade e estado civil.

Variáveis	Total Amostra (n= 146) *	
	n	%
Diagnóstico		
Constipação Intestinal Funcional (CIF)	42	28,8
Diarreia	12	8,2
Doença orifical	26	17,8
Rastreamento	26	17,8
Câncer intestinal	1	0,7
Dor pélvica	2	1,4
Doença diverticular	9	6,2
Doença Inflamatória Intestinal (DII)	1	0,7
Incontinência anal	9	6,2
Síndrome do Intestino Irritável (SII)	9	6,2
Constipação secundária (CS)	9	6,2
Cor		
Branca	116	79,5
Preta	18	12,3
Parda	12	8,2
Escolaridade		
Analfabeto	1	0,7
1ª a 4ª série	22	15,1
4ªsérie completa	24	16,4
Ensino Fundamental Completo	31	21,2
Ensino Médio Incompleto	13	8,9
Ensino Médio Completo	42	28,8
Ensino Superior Incompleto	7	4,8
Ensino Superior Completo	6	4,1
Situação conjugal		
Solteiro	13	8,9
Casado /União estável	99	67,8
Viúvo	17	11,6
Separado	17	11,6

Fonte: pesquisa direta. Elaborada pela autora. 2017.

*Percentuais obtidos com base no total da amostra.

Tabela 2: Distribuição absoluta e relativa para violência doméstica e suas características específicas

Variáveis	Total Amostra (n=146)	
	n	%
Violência doméstica*		
Não	81	55,5
Sim	65	44,5
Violência por fase da vida^A		
Infância	30	46,2
Adolescência	31	47,7
Adulto	40	61,5
Idoso	6	9,2
Mais de uma fase	34	52,3
Agressores^A		
Pai	23	35,4
Mãe	12	18,5
Padrasto	4	6,2
Madrasta	1	1,5
Cônjuge	12	18,5
Ex-companheiro	27	41,5
Ex-namorado	6	9,2
Filho	4	6,2
Amigo	9	13,8
Outro	6	9,2
Local de ocorrência^A		
Residência	64	98,5
Habitação coletiva	6	9,2
Via pública	7	10,8
Outra	1	1,5
Tipo de violência^A		
Física	53	81,5
Psicológica	62	95,4
Tortura	4	6,2
Sexual	35	53,8
Negligência/abandono	8	12,3
Trabalho infantil	2	3,1
Outro	3	4,6

Fonte: pesquisa direta. Elaborada pela autora.2017.

*Percentuais obtidos com base no total da amostra; ^A: Percentuais obtidos com base no número de ocorrência de casos.

Tabela 3: Distribuição absoluta e relativa para Diagnóstico, Escala Bristol e Diagnóstico segundo a Violência doméstica.

Variáveis	Violência doméstica*				p
	1Sim (n=65)		2Não (n=81)		
	n	%	n	%	
Diagnóstico					0,020‡
CIF	26	40,0	16	19,8	
Diarreia	7	10,8	5	6,2	
Doença orifical	10	15,4	16	19,8	
Rastreamento	8	12,3	18	22,2	
Câncer intestinal			1	1,2	
Dor pélvica			2	2,5	
Doença diverticular	2	3,1	7	8,6	
DII			1	1,2	
Incontinência anal	6	9,2	3	3,7	
SII	5	7,7	4	4,9	
CS	1	1,5	8	9,9	
Constipação					0,007ξ
CIF	26	40,0	16	19,8	
Outros diagnósticos	39	60,0	65	80,2	
Diarreia					0,483ξ
Diarreia	7	10,8	5	6,2	
Outros diagnósticos	58	89,2	76	93,8	
Orifical					0,640ξ
Orifical	10	15,4	16	19,8	
Outros diagnósticos	55	84,6	65	80,2	
Rastreamento					0,181
Rastreamento	8	12,3	18	22,2	
Outros diagnósticos	57	87,7	63	77,8	
Doença diverticular					0,297ξ
Doença diverticular	2	3,1	7	8,6	
Outros diagnósticos	63	96,9	74	91,4	
Incontinência anal					0,187ξ
Incontinência anal	6	9,2	3	3,7	
Outros diagnósticos	59	90,8	78	96,3	
SII					0,512ξ
SII	5	7,7	4	4,9	
Outros diagnósticos	60	92,3	77	95,1	
Escala de Bristol (casos constipação)					<0,001§
Tipo 1	15	23,1			
Tipo 2	11	16,9	1	1,2	

Fonte: pesquisa direta. Elaborada pela autora.2017.

*Percentuais obtidos com base no total de cada classificação da violência doméstica;

§Teste Qui-quadrado de Pearson; ξ Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; ‡ Teste exato de Fisher (simulação de Monte Carlo).

4.2- Parte II: revisão narrativa.

4.2.1- Serviços para o atendimento de vítimas de violência doméstica

Foi identificada uma rede de serviços, formada por componentes intrasetoriais e intersetoriais, denominada Rede de Atenção à Violência ^{68; 69}. Essa rede tem abrangência nacional e capacidade para atender todos os tipos de violência, entre elas a violência doméstica.

Alguns dos serviços identificados são destinados a atender grupos ou tipos específicos de violência doméstica, como, por exemplo, violência sexual, violência contra mulheres, violência contra crianças e adolescentes. Esses serviços, que estão presentes apenas em determinadas localidades, tendo sido criados por necessidades específicas ou por iniciativas individuais de alguns gestores ^{70; 71; 72}, não foram incluídos neste estudo como componentes da Rede de Atenção à Violência. Os serviços listados neste estudo, são aqueles disponíveis na maior parte das regiões do país e serão aqui adotados como os componentes principais da Rede de Atenção à Violência.

4.2.2- Componentes da Rede de Atenção à Violência ⁷³

O componente (ou rede) intrasetorial é formado pelos serviços de saúde:

- **Agentes Comunitários (AC):** exercem atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas conforme as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local. São o elo entre a comunidade e a equipe de saúde.
- **Unidade Básica de Saúde (UBS):** unidades assistenciais, vinculadas a, pelo menos, uma USF/ESF, que presta atendimento em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, podendo oferecer ainda outros serviços de saúde (nutrição, terapia ocupacional, psicologia, etc).
- **Unidades de (Estratégia) Saúde da Família (USF/ESF):** são equipes multiprofissionais, formadas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser incorporados dentistas e técnicos em saúde bucal. Destina-se ao atendimento geral de famílias em áreas geográficas determinadas.

- Unidades de Pronto Atendimento 24h (**UPA**): são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, que, em conjunto com estas, compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências.
- Núcleos de Atendimento à Saúde da Família (**NASF**): Equipes multiprofissionais que servem de apoio às ESF (Estratégia de Saúde da Família) e AB (Assistência Básica) específicas (atendimento de rua, populações ribeirinhas, ESF fluvial).
- Centros de Atenção Psicossocial (**CAPS**): são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.
- Centro de Atenção Psicossocial infantil (**CAPSi**): oferece atenção psicossocial a crianças e adolescentes em situação de intenso sofrimento psíquico e estabelece Projetos Terapêuticos Singulares para casa usuário/a.
- **CAPS Álcool e Drogas**: é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas.
- Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (**NUPREV/PS**): instituídos pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 936, de 20 de maio de 2004) e implantados nos serviços de Vigilância em Saúde/Vigilância Epidemiológica das Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e em universidades federais e estaduais. Os Núcleos têm como objetivos principais: a) articular a gestão e as ações de prevenção de violências e promoção da saúde e cultura de paz, mediante a definição de estratégias e intervenções intersetoriais; b) implantar e implementar o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), visando promover a qualidade da informação para o planejamento das ações de enfrentamento da violência com as demais áreas do setor saúde (criança, adolescente, mulher, saúde mental, urgência/emergências, etc) e com os demais setores e instituições de promoção de direitos, proteção e defesa; (c) qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; d) capacitar os profissionais, movimentos sociais e conselhos de direito dentre outros para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os polos de educação permanente.
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (**SAMU**): integra a rede de atenção especializada para os casos de violência de maior gravidade, a exemplo da violência sexual, tentativas de suicídio e agressão física.

- Pronto Atendimento (**PA**): conjunto de elementos destinados a atender urgências dentro do horário de serviço do estabelecimento de saúde.
- Pronto Socorro (**PS- hospitalar**): estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação.
- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (**VIVA**): divide-se em dois componentes: vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, (VIVA - Contínuo) e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA - Sentinela). A implementação do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do VIVA Contínuo é responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O registro dos dados no módulo do SINAN-Net é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas e o perfil das vítimas e dos (as) prováveis autores (as) de agressão. Essas informações possibilitam que o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos Federal, Estadual, Distrito Federal e Municipal, definam prioridades e estabeleçam políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde e da cultura de paz, o que deve ser feito articulando-se os diversos integrantes da rede de cuidado e proteção, tanto intrasetorial como intersetorialmente.

O componente (ou rede) intersetorial é formado pela integração dos serviços de saúde com o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), Sistema de Justiça e Direitos Humanos, Sistema de Segurança Pública e com a Sociedade Civil Organizada e rede de ensino:

- Sistema Único da Assistência Social (**SUAS**): integra uma política pactuada nacionalmente, que prevê uma organização participativa e descentralizada da assistência social, com ações e serviços voltados para o fortalecimento da família, entre eles, dois são fundamentais para o cuidado e proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: Centro de Referência Especializado de Assistência Social e Centro de Referência de Assistência Social (CREA / CRAS).
- Delegacia de Polícia da Criança e do Adolescente (**DECA**): delegacia especializada em atender crianças e adolescentes vítimas de violência.
- Delegacia Especializada na Proteção ao Idoso (**DEPI**): Atendimento a pessoas com mais de 60 anos, que demandem auxílio e orientação.

- Delegacia da Mulher (**DM**): delegacia especializada em assegurar tranquilidade à população feminina vítima de violência, através das atividades de investigação, prevenção e repressão dos delitos praticados contra a mulher.
- Instituto Médico Legal (**IML**): compreende o Departamento de Criminalística, que realiza exames periciais, exames e experiências no campo da criminalística, levantamentos topográficos e papiloscópicos nos locais de crimes; e o Departamento Médico-Legal, que realiza exames periciais clínicos e radiológicos, pesquisas no campo da medicina e odontologia legais, autopsias e necropsias pós-exumação.
- **Conselhos Tutelares**: são conselhos permanentes, autônomos, não jurisdicionais, eleitos através de votação pela sociedade, encarregados de proteger os direitos de crianças e adolescentes. Atuam no âmbito do Município, atendendo e dando os encaminhamentos pertinentes à cada situação. Assim, o Conselho Tutelar recebe denúncias de violação de direitos, tais como violência física, psicológica e sexual, negligência, abandono ou a própria conduta, apurando e encaminhando aos órgãos competentes, para prestarem o atendimento necessário.
- Ministério Público (**MP**): é uma instituição permanente, com função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.
- **Varas da Infância e da Juventude**: têm competência para julgamento de todos os adolescentes que praticam atos infracionais e também para controlar as medidas impostas a crianças infratoras (art. 105 da Lei 8069/90) executadas pelos Conselhos Tutelares (art. 136, I, da Lei 8069/90) e aos próprios adolescentes infratores (art. 112 da mesma Lei), após o devido processo legal (art. 171 e seguintes do mesmo diploma legal).
- **Disque 100**: recebe denúncias de violação de direitos humanos, além de prestar orientações sobre os serviços e redes de atendimento e proteção nos Estados e Municípios.
- **Disque 180**: foi criado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR), em 2005, para servir de canal direto de orientação sobre direitos e serviços públicos para a população feminina em todo o país (a ligação é gratuita).
- **Abrigos, Casas Lares, Casas de Passagem**: instituições destinadas ao acolhimento de indivíduos ou famílias em situação de violência. Diferem entre si, quanto ao tempo de permanência dos acolhidos, sendo as casas de passagem destinadas a períodos breves e os abrigos e lares, para períodos de até dois anos.

- Organizações Não Governamentais (**ONG**): sociedade civil organizada em diversos setores. Participam como rede de apoio e fiscalização.
- Instituições de ensino: são parte importante desse sistema, pois podem identificar e encaminhar pessoas em situação de violência.

4.2.3- Atuação dos serviços da Rede de Atenção à Violência ⁶⁹

Cada componente da rede de serviços tem papéis específicos, sendo os serviços de saúde responsáveis pela identificação e acolhimento das vítimas, tratamento dos agravos agudos e crônicos decorrentes das agressões, notificação das ocorrências e encaminhamento aos demais serviços de saúde, assistência social, segurança pública, justiça e proteção ⁷⁴.

No âmbito da Assistência Social, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), define como objetivos desse segmento: a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, com importante foco na família ⁷⁵. Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) são sistemas governamentais responsáveis pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica, nas áreas de maior vulnerabilidade e risco social. Os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) oferecem serviços especializados e continuados, com acompanhamento às famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, tais como: violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas e cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto.

Os serviços de Segurança Pública participam dessa rede através do atendimento e registro de ocorrências de violências, avaliação das lesões decorrentes das agressões e, em determinadas circunstâncias, cerceando a liberdade dos agressores. Nos setores de Justiça, Direitos Humanos e organizações sociais, muitos avanços ocorreram nas últimas décadas, com a criação de leis específicas e abrigos para pessoas em situação de risco ^{76; 77; 78}. Estes serviços participam da rede intersetorial através da cobrança e aplicação das leis, determinando a punição legal dos agressores e também com medidas de proteção às vítimas.

4.2.2- Normas para os encaminhamentos na Rede de Atenção à Violência

Nesta revisão, embora tenham sido encontrados instrumentos que visam orientar as ações dos profissionais envolvidos no atendimento às vítimas de violência, não foi encontrada uma norma sistematizada para o funcionamento em rede dos serviços.

Leis criadas no país para compor mecanismos de enfrentamento à violência doméstica^{79; 80; 81}, caracterizam e circunscrevem os atos e consequências relativos a tipos específicos de violência e indicam a articulação dos componentes da Rede de Atenção. Entretanto, a efetiva articulação dessa rede depende de políticas públicas, oriundas de ações integradas entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Segundo dados encontrados nesta pesquisa, em geral, os encaminhamentos das vítimas de violência doméstica ocorrem de diferentes maneiras, com critérios estabelecidos por cada serviço que recebe as vítimas, conforme a realidade local⁸². Dessa forma, como a maior parte dos serviços não é especializada no atendimento a vítimas de violência⁸³, o encaminhamento depende, basicamente, do entendimento do gestor local e da capacitação dos prestadores de serviços. Para exemplificar essa análise, foram destacados dez instrumentos, publicados entre 2007 e 2016, destinados a orientar práticas profissionais no atendimento às vítimas de violência, cujos dados foram registrados em uma matriz de coleta (Quadro 4).

Quadro 4- Instrumentos com orientações para o manejo da violência doméstica.

Instrumentos	Ano	Objetivo	Público-alvo	Número de páginas	Abrangência
Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de Risco para a Violência ⁸⁴	2008	Implantação da rede de proteção à criança e ao adolescente em risco de violência em Curitiba	Profissionais da saúde, educação, justiça, conselheiros tutelares e outros	157	Curitiba
Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF ⁸⁵	2009	“Orientar e sistematizar as condutas dos profissionais para a identificação dos diversos tipos de violência – física, sexual, psicológica e negligência –, a fim de que o atendimento, a notificação, o encaminhamento, o acompanhamento e a realização da profilaxia das doenças resultantes da violência sexual sejam adequados.”	Profissionais da saúde	67	Destinado à rede de saúde pública do Distrito Federal
(Continua)					

(Continuação) Manual de Rotinas e Estruturação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher ⁸⁶	2010	“Propõe procedimentos para o funcionamento dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, servindo de orientação para magistrados e servidores que atuam tanto na unidade especializada como em Varas de competência comum que cumulam a competência para processar e julgar os feitos afetos à Lei Maria da Penha”	Magistrados e servidores que atuam em Varas e Juizados de Violência Doméstica Contra a Mulher	56	Nacional
Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e Violência ⁸⁷	2011	Resgatar a Casa-abrigo como espaço de segurança, proteção, (re) construção da cidadania, resgate da autoestima e empoderamento das mulheres, a partir de valores feministas	Gestores municipais e Estaduais	44	Nacional
Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência ⁸⁸	2011	“Apoiar tanto o médico residente quanto o pediatra no atendimento de seus pacientes, no exercício da profissão, nos serviços públicos ou privados”	Pediatras e Médicos residentes em pediatria	170	Nacional
Normas e Rotinas Para o Atendimento das Vítimas de Violência Sexual ⁸⁹	2012	Padronizar as ações na prática profissional de quem atende vítimas de violência sexual	Profissionais da saúde	49	Hosp. Municipal e Maternidade Esc. Dr. Mário, de Moraes Altenfelder Silva Vila Nova Cachoeirinha PMSP-SMS
Diretrizes gerais e Protocolos de Atendimento-Programa (Continua)	2013	“Apresenta as Diretrizes Gerais da Casa da Mulher Brasileira e o Protocolo de Atendimento às	Profissionais que atuam no atendimento às mulheres vítimas de violência	66	Nacional

(Continuação) Mulher, Viver sem Violência ⁹⁰		mulheres em situação de violência, de forma a garantir humanização e integração da assistência”			
Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência sexual ⁹¹	2015	Sistematizar o atendimento de Vítimas de violência sexual dentro da rede de atenção	Profissionais da saúde	28	Paraná
Manual de Processos e Procedimentos para a Proteção Integral à Mulher em Situação de Violência Doméstica ⁹²	2016	“criação de protocolo interinstitucional de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e a consequente articulação do Ministério Público com os demais parceiros integrantes da rede de atendimento”	MPDFT, Poder Judiciário, Conselho Tutelar, Delegacias de Polícia, Polícia Militar, SPM Ministério da Justiça e Cidadania, à SEDESTMIDH (CRAS, REAS, NAFVD, CEAM) à SES, PAV e Serviços de Saúde Mental, SEE DRE), faculdades com atuação local, Escolas e a ONGs.	30	Nacional
Manual de Boas Práticas- Juizado de Violência Doméstica e Familiar- Circunscrição de Sobradinho-DF ⁹³	2016	“Cooperar de forma efetiva para o combate à violência doméstica, oferecendo às vítimas segurança e empoderamento, identificando as causas e as formas de preveni-la”	Profissionais do judiciário do DF, que atuam no Juizado de Violência Doméstica e Familiar	17	Circunscrição de Sobradinho-Distrito Federal

Fonte: Pesquisa direta. Elaborado pela autora. 2017.

Através dos registros apresentados, é possível observar que tais instrumentos são relacionados à violência praticada contra parcelas específicas da população, direcionados a determinados grupos profissionais, tipos específicos de violência doméstica ou têm abrangência local/regional. Em alguns casos, observa-se que a extensão do conteúdo pode ser um fator limitador para o uso na prática diária. Ressalta-se, porém, que todos são materiais muito importantes em seus contextos e com excelente conteúdo, sendo apresentados neste estudo

somente para expor o fato observado de que não há um protocolo unificado para direcionar o fluxo dentro da Rede de Atenção à Violência.

5 DISCUSSÃO

5.1- Parte I

A prevalência de constipação intestinal e de constipação intestinal funcional encontradas na amostra estudada é compatível com os dados da literatura ^{14; 15}. Do mesmo modo, a prevalência de violência doméstica contra mulheres descrita em outros estudos, se aproxima da prevalência de violência doméstica encontrada neste estudo ⁹⁴. Contudo, a partir de todas as bases pesquisadas, este é o primeiro estudo a avaliar especificamente a prevalência de violência doméstica em portadores de constipação intestinal funcional ⁴⁴.

O fato da presente amostra ter sido constituída apenas por mulheres constitui uma das limitações desta parte da pesquisa. Embora não haja restrição ao atendimento de pessoas do sexo masculino no serviço onde se desenvolveu o estudo, nem o gênero tenha sido um critério de inclusão ou exclusão adotado pela pesquisadora, o fato de o HMIPV ser um hospital de referência para o atendimento de mulheres e crianças, contribuiu para essa característica da população investigada. Sabendo-se que o sexo feminino é um fator de risco para a violência doméstica ⁹⁵, a generalização dos resultados fica limitada a esse grupo.

Os critérios adotados para estabelecer o diagnóstico de constipação intestinal funcional seguiram as diretrizes recomendadas para a padronização da sua definição nas pesquisas e estes têm sido largamente utilizados por grande parte dos pesquisadores ¹¹. Entretanto, é necessário ressaltar que novas recomendações e revisões estão surgindo ^{6; 96}, sendo esta outra limitação deste estudo. A *American Gastroenterological Association* (AGA), considera que muitos pacientes que preenchem os critérios de Roma III para constipação intestinal funcional, quando avaliados por métodos específicos, se revelam portadores de constipação por trânsito lento ¹³. O próprio grupo de especialistas que formulou o consenso utilizado nesta pesquisa, está em fase de revisão e prepara os Critérios de Roma IV ⁹⁶.

Além das limitações supracitadas, há o fato de que os estudos observacionais, com questionários recordatórios, são incapazes de comprovar uma relação de temporalidade entre causa e efeito, com variáveis não controladas, que permitem vieses ⁹⁷. Ainda assim, o presente estudo faz importantes inferências a serem consideradas e aprofunda uma importante discussão sobre a violência doméstica e suas implicações sobre o estado de saúde das vítimas.

Com relação às fases da vida em que a violência doméstica ocorreu na amostra estudada, apesar das agressões terem sido mais frequentes na fase adulta, chama a atenção o fato de que, em mais da metade dos casos, elas ocorreram em mais de uma fase da vida. Esse dado remete aos mecanismos de repetição da violência, onde as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, tendem a repetir o modelo em seus próprios núcleos familiares quando atingem a vida adulta ⁹⁸. Um agressor, em geral, atinge mais de um membro da família e, além disso, quando um membro da família é agredido por outro, tende a ser agressivo com os demais. Por exemplo, a mulher agredida pelo companheiro, tende a ser violenta com os filhos, num comportamento denominado “perpetrador sequencial” ⁹⁹. Do mesmo modo, o dado encontrado de que em muitos casos houve mais de um agressor para a mesma vítima, reafirma observações feitas em outros estudos de que a violência doméstica é um fenômeno recorrente, particularmente a violência por parceiro íntimo e a violência de gênero ¹⁰⁰. Segundo dados da literatura, estima-se que uma em cada quatro mulheres será vítima desse tipo de violência ao longo da vida ¹⁰¹.

Uma questão importante, descrita em outros estudos e consonante com os dados encontrados nesta pesquisa, é que o consumo abusivo de álcool pelo agressor está frequentemente associado ao episódios de violência doméstica ¹⁰².

Embora a violência psicológica tenha sido predominante entre as investigadas, fato que também aparece em outras pesquisas ¹⁰³, a concomitância de mais de um tipo de violência sobre a maioria das vítimas estudadas e a elevada frequência do abuso sexual, expõe o terror possivelmente vivenciado por uma parcela significativa da população. O exame dos dados relacionados à busca por auxílio após as agressões, corrobora estudos que afirmam que a violência é um terror vivido em silêncio ¹⁰⁴.

Com relação aos fatores associados ao desfecho dessa parte da pesquisa, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre violência doméstica e constipação intestinal funcional, sendo que a estimativa de risco calculado (*OR*) para a ocorrência de constipação intestinal funcional em vítimas de violência doméstica foi quase três vezes maior do que naquelas que não sofreram violência. Estudos vêm tentando explicar essa associação através de modelos conhecidos como “*brain-gut*” ⁴⁵ e através da utilização de biomarcadores ⁴⁶, que consideram que a violência determina alterações no sistema imunológico e nos mecanismos cerebrais e bioquímicos de resposta ao estresse. Também foi encontrada neste estudo uma associação entre a característica das fezes e o histórico de violência doméstica, sugerindo maior severidade dos sintomas naqueles que sofreram algum tipo de agressão ao longo da vida.

Sintomas mais severos e persistentes já foram relacionados em outros estudos às consequências da violência sobre a saúde das vítimas ¹⁰⁵.

A associação da violência doméstica com a síndrome do intestino irritável e com a incontinência anal já foi sugerida em outras pesquisas ^{106; 107}. Contudo, após a análise por variáveis independentes, essa associação não foi observada neste estudo.

Um percentual pequeno de vítimas referiu ter buscado auxílio após ser agredida, reforçando aspectos já encontrados na literatura ¹⁰⁸, de que as vítimas omitem a violência sofrida e que os profissionais assistentes também evitam tocar no assunto.

5.2- Parte II

Através da revisão narrativa realizada, foram identificados os principais serviços existentes no Brasil para o atendimento das vítimas de violência doméstica, que integram a Rede de Atenção à Violência. Porém, não foi identificada uma norma unificada para o funcionamento em rede desses serviços.

O caráter não sistemático da revisão narrativa é uma das limitações desta parte da pesquisa, pois estudos ou documentos importantes sobre o tema buscado podem, inadvertidamente, não ter sido incluídos. Contudo, foi possível analisar qualitativamente diversas fontes com diferentes metodologias ¹⁰⁹.

Durante a fase de preparação e análise dos dados, um dos primeiros fatores identificados, foi a fragmentação da violência doméstica em suas diferentes tipologias, tanto nas pesquisas ^{110; 111; 112}, quanto nas diretrizes ^{90; 113} e formulações jurídicas ^{76; 78; 81}. Isso é facilmente compreendido pela complexidade inerente à violência doméstica e a necessidade de particularizar o cuidado. Entretanto, abre lacunas identificadas neste estudo como a falta de integração na rede de cuidados às vítimas e a falta de rotina assistencial nos diferentes níveis de atenção.

Uma das diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) ¹¹⁴, que incluiu a violência na agenda da saúde no país, é a capacitação de recursos humanos. Em vários estudos encontrados, fica claro que essa é outra importante lacuna na Rede de Atenção à Violência ^{48; 115; 116; 117; 118}. A experiência de serviços especializados no cuidado às vítimas de violência doméstica mostram a importância do preparo profissional para enfrentar essa questão e o impacto positivo que a capacitação confere ao atendimento ⁷¹.

Durante a investigação dos serviços e mecanismos de assistência às vítimas de violência doméstica, foi identificada outra lacuna, que diz respeito a identificação dos fatores de risco e prevenção de letalidade. Os índices de óbitos relacionados a esse tipo de violência são altos e crescem a cada ano, sendo necessário implementar abordagens preventivas ¹¹⁹.

Mesmo observando as especificidades relacionadas às parcelas populacionais mais vulneráveis à violência doméstica, a integralização do cuidado deve obedecer a uma sistemática, que favoreça a ação multidisciplinar e a melhor utilização dos recursos disponíveis, com adequações necessárias a cada realidade. Com esse propósito, a partir dos dados encontrados, foi desenvolvido o *Guia para o Encaminhamento de Vítimas de Violência Doméstica*. O conteúdo do Guia apresenta os conceitos básicos relacionados à violência doméstica no contexto da saúde, os serviços que compõe a Rede de Atenção à Violência e propõe um fluxo para integralizar o cuidado às vítimas. Sobretudo, esse instrumento busca alertar os profissionais da saúde para a ocorrência da violência doméstica e para a necessidade de incluir essa questão na rotina assistencial (Apêndice III).

Um site (<http://alccoronei.wixsite.com/violenciazero>) com acesso público foi desenvolvido, onde estão disponibilizadas informações relacionadas à violência doméstica e suas repercussões, além de *links* para acesso ao conteúdo completo deste estudo e para a página do Programa de Extensão Enfrentamento à Violência da UFCSPA. A atualização do site será mantida pela equipe de pesquisa do referido programa, inscrito no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da qual a autora é integrante.

Como forma de ampliar a divulgação deste estudo, também foi elaborado um *folder* com o resumo da pesquisa, contendo informações de acesso ao conteúdo total e aos demais produtos resultantes deste trabalho (Apêndice IV), para ser distribuído entre os profissionais da saúde da Rede Municipal de Saúde de Porto Alegre, através da Secretaria Municipal de Saúde.

Outros produtos resultantes deste estudo foram: dois artigos científicos com temas diretamente relacionados ao estudo (Apêndices I e II) e dois artigos científicos com temas “satélites” ^{119; 120}.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou contribuir para uma maior compreensão sobre a inter-relação entre constipação intestinal funcional e a violência doméstica e também sobre as normas e encaminhamentos possíveis e necessários para a assistência às vítimas.

No seu processo de construção, este estudo trouxe à tona outras importantes lacunas, tais como: a necessidade de unificar os padrões para o diagnóstico de constipação intestinal

funcional nas pesquisas; explorar os mecanismos que explicam os efeitos da violência sobre a saúde das vítimas; desenvolver estudos com delineamentos capazes de conferir maior robustez e confiabilidade aos resultados relativos aos efeitos da violência sobre o indivíduo; aprofundar a investigação sobre os efeitos da violência doméstica sobre a população idosa; realizar pesquisas e intervenções que mobilizem e capacitem os profissionais envolvidos na assistência às vítimas; desenvolver um sistema de avaliação de risco de letalidade para as ocorrências de violência doméstica; desenvolver estudos para subsidiar programas e políticas públicas que venham a unificar as normas de funcionamento da rede de atenção à violência e criar maior integração entre os serviços da Rede de Atenção à Violência.

É um grande desafio para a comunidade científica, especialmente em momentos de recursos escassos e baixo investimento em ciência, saúde e educação, investigar temas tão complexos e abrangentes como estes apresentados. Entretanto, é papel primordial dos pesquisadores devolver à população respostas capazes de melhorar a vida das pessoas e comunidades. Nessa questão, os programas de mestrado profissional representam um modelo de comunhão entre a academia e a sociedade.

Espera-se que outros estudos surjam para responder as lacunas encontradas e para apontar caminhos para prevenir a ocorrência da violência doméstica e assistir integralmente as vítimas.

A partir dos dados encontrados, sugere-se a incorporação cuidadosa da investigação de violência doméstica na prática clínica, especialmente em portadores de constipação intestinal funcional. O estudo também propõe a normatização do atendimento às vítimas, com melhor aproveitamento dos serviços disponíveis e maior integralização do cuidado.

Finalmente, este estudo aponta para a importância da capacitação profissional e integração da rede assistencial destinada ao cuidado das pessoas em situação de violência, pois o descaso também é uma forma de violência.

REFERÊNCIAS

- ¹ BHARUCHA, A. E. et al. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. **Gastroenterology**, v. 144, n. 1, p. 211-217, 2013. ISSN 0016-5085.
- ² NORTH, E. O. C. C. I. An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America. **American journal of gastroenterology**, v. 100, n. S1, 2005. ISSN 1572-0241.
- ³ ANDRE, S. B.; RODRIGUEZ, T. N.; MORAES FILHO, J. P. P. Constipação intestinal. **RBM Rev. Bras. Med.[Internet]**, 2000.
- ⁴ ADRIANA CRUZ, L.; CARLOS ROBERTO, V. Ingestão de fibra alimentar e tempo de trânsito colônico em pacientes com constipação funcional Fiber intake and colonic transit time in functional constipated patients. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 45, n. 1, p. 58, 2008. ISSN 0004-2803.
- ⁵ TURANO, W. et al. Estimativa de recomendação diária de fibra alimentar total e de seus componentes na população adulta. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, v. 11, n. 1, 2009. ISSN 2179-4448.
- ⁶ FORD, A. C. et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. **The American journal of gastroenterology**, v. 109, p. S2-S26, 2014. ISSN 0002-9270.
- ⁷ GALLEGOS-OROZCO, J. F. et al. Chronic constipation in the elderly. **The American journal of gastroenterology**, v. 107, n. 1, p. 18-25, 2012. ISSN 0002-9270.
- ⁸ FOXX-ORENSTEIN, A. E.; MCNALLY, M. A.; ODUNSI, S. T. Update on constipation: one treatment does not fit all. **Cleve Clin J Med**, v. 75, n. 11, p. 813-24, 2008.
- ⁹ THOMPSON, W. G. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. **Gut**, v. 45, n. suppl 2, p. II43-II47, 1999. ISSN 1468-3288.
- ¹⁰ DROSSMAN, D. A.; DUMITRASCU, D. L. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. **Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases**, v. 15, n. 3, p. 237, 2006. ISSN 1841-8724.
- ¹¹ DROSSMAN, D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. **gastroenterology**, v. 130, n. 5, p. 1377-1390, 2006. ISSN 0016-5085.

- 12 COSTILLA, V. C.; FOXX-ORENSTEIN, A. E. Constipation: understanding mechanisms and management. **Clinics in geriatric medicine**, v. 30, n. 1, p. 107-115, 2014. ISSN 0749-0690.
- 13 BHARUCHA, A. E.; PEMBERTON, J. H.; LOCKE, G. R. American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation. **Gastroenterology**, v. 144, n. 1, p. 218-238, 2013. ISSN 0016-5085. 1528-0012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3531555/>(Acessado em 02/07/17) .
- 14 COLLETE, V. L.; ARAUJO, C. L.; MADRUGA, S. W. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 7, p. 1391-1402, 2010.
- 15 STEWART, W. F. et al. Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features. **The American journal of gastroenterology**, v. 94, n. 12, p. 3530-3540, 1999. ISSN 0002-9270.
- 16 LONGSTRETH, G. F. et al. Functional bowel disorders. **Gastroenterology**, v. 130, n. 5, p. 1480-1491, 2006. ISSN 0016-5085.
- 17 PEPPAS, G. et al. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. **BMC gastroenterology**, v. 8, n. 1, p. 5, 2008. ISSN 1471-230X.
- 18 SONNENBERG, A.; KOCH, T. R. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. **Digestive diseases and sciences**, v. 34, n. 4, p. 606, 1989. ISSN 0163-2116.
- 19 CHOUNG, R. S. et al. Longitudinal direct medical costs associated with constipation in women. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, v. 33, n. 2, p. 251-260, 2011. ISSN 1365-2036.
- 20 RANTIS, P. C. et al. Chronic constipation—is the work-up worth the cost? **Diseases of the colon & rectum**, v. 40, n. 3, p. 280-286, 1997. ISSN 0012-3706.
- 21 HIGGINS, P. D.; JOHANSON, J. F. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. **The American journal of gastroenterology**. 99: 750-759 p. 2004.
- 22 WALD, A. et al. The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, v. 26, n. 2, p. 227-236, 2007. ISSN 1365-2036.

- 23 LESERMAN J, T. T., DROSSMAN DA. Medical consequences in women of sexual and physical abuse. **Hum Med.** 11: 23-28 p. 1995.
- 24 DROSSMAN, D. Abuse, Trauma and GI Illness: There is a link & quest? **The American journal of gastroenterology.** 106: 14-25 p. 2011.
- 25 DROSSMAN, D. A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. **Gastroenterology**, v. 150, n. 6, p. 1262-1279.e2, 2016. ISSN 0016-5085.
- 26 MINAYO, M. C. D. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de saúde pública**, v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994.
- 27 World Health Organization- WHO. 1996. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf?ua=1 (Acessado em 02/07/17).
- 28 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União, Brasília**, 18 maio 2001. Seção 1e. 2001.
- 29 KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002. ISSN 0140-6736.
- 30 DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. supl 1, p. 9, 2003.
- 31 GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1260-1269, 2006. ISSN 0140-6736.
- 32 YOUNT, K. M.; DIGIROLAMO, A. M.; RAMAKRISHNAN, U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. **Social Science & Medicine**, v. 72, n. 9, p. 1534-1554, 2011. ISSN 0277-9536.
- 33 DEVANARAYANA, N. M. et al. Association between functional gastrointestinal diseases and exposure to abuse in teenagers. **Journal of tropical pediatrics**, v. 60, n. 5, p. 386, 2014.
- 34 MASCARENHAS, M. D. M. et al. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil–2014. **Revista Saúde em Foco**, v. 1, n. 1, 2016. ISSN 2525-4383.

- 35 XAVIER VELOSO, M. M. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, 2013. ISSN 1413-8123.
- 36 BRASIL. Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em Saúde Pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União** 2011; 26 jan.
- 37 MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde-Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012. ISSN 1413-8123.
- 38 HILDEBRAND, N. A. et al. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 2, p. 213-221, 2015. ISSN 0102-7972.
- 39 DEVANARAYANA, N. M.; RAJINDRAJITH, S. Association between constipation and stressful life events in a cohort of Sri Lankan children and adolescents. **Journal of tropical pediatrics**, v. 56, n. 3, p. 144, 2010.
- 40 HUSSEY, J. M.; CHANG, J. J.; KOTCH, J. B. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. **Pediatrics**, v. 118, n. 3, p. 933-942, 2006. ISSN 0031-4005.
- 41 VIEIRA DE SOUZA, J. A.; FREITAS, M. C. D.; ALMEIDA DE QUEIROZ, T. Violência contra os idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, 2007. ISSN 0034-7167.
- 42 CAMPBELL, J. et al. Intimate partner violence and physical health consequences. **Archives of internal medicine**, v. 162, n. 10, p. 1157-1163, 2002. ISSN 0003-9926.
- 43 LESERMAN, J.; DROSSMAN, D. Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms - Some possible mediating mechanisms. **Trauma Violence & Abuse**, v. 8, n. 3, p. 331-343, 2007. ISSN 1524-8380.
- 44 CORONEL, A. L. C.; SILVA, H. T. H. Violência Doméstica e constipação intestinal: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 41: e19 p. 2017.
- 45 JONES, M. P. et al. Brain-gut connections in functional GI disorders: anatomic and physiologic relationships. **Neurogastroenterology & Motility**, v. 18, n. 2, p. 91-103, 2006. ISSN 1365-2982.

- 46 COELHO, R. P. S. Copeptina como marcador de estresse em crianças vítimas de maus-tratos. 2014. Disponível em: http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/20/TDE-2015-02-09T130840Z-5494/Publico/465110.pdf(Acessado em 19/06/2017).
- 47 BAUER, M. E. Estresse. **Ciência hoje**, v. 30, n. 179, p. 20-25, 2002.
- 48 GOMES, N. P. et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 2, p. 173-178, 2012. ISSN 0104-3552.
- 49 NICOLAI, M. P. J. et al. Sexual Abuse History in GI Illness, How Do Gastroenterologists Deal with It? **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 5, p. 1277-1284, May 2012. ISSN 1743-6095. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000303197800006 >.
- 50 SAGOT, M.; CARCEDO, A. La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. **Pan American Health Org**, 2000. ISBN 9275323348.
- 51 MINAYO, M. C. D. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. supl, p. 1259-1267, 2006. ISSN 1413-8123.
- 52 BRASIL, M. S. ABC DO SUS. Doutrinas e Princípios. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf.1990. (Acessado em 15/07/17).
- 53 LISBOA, V. et al. Aggressiveness and hostility in the family environment and chronic constipation in children. **Digestive Disease and Sciences**. 53: 2458-2463 p. 2008.
- 54 DEVANARAYAMA, N.; RAJINDRAJITH, S. Association between constipation and stressful life events in a cohort of Sri Lankan children and adolescents. **Journal of tropical pediatrics**. fmp077 2009.
- 55 RAJINDRAJITH, S. et al. Association between child maltreatment and constipation: a school-based survey using Rome III criteria. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 58, n. 4, p. 486, 2014.
- 56 MOTTA, C. et al. **What do pediatrics Residents know about psychological factors in constipation?** *Psicologia, Saúde & Doenças*. 14: 38-52 p. 2013.
- 57 RAO, S. S. C. et al. Dyssynergic defecation: demographics, symptoms, stool patterns, and quality of life. **Journal of clinical gastroenterology**, v. 38, n. 8, p. 680, 2004. ISSN 0192-0790.

- 58 KASHYAP, A. S. et al. A prospective study evaluating emotional disturbance in subjects undergoing defecating proctography. **World journal of gastroenterology : WJG**, v. 19, n. 25, p. 3990, 2013.
- 59 WHITEHEAD, W. E. et al. Conservative and behavioural management of constipation. **Neurogastroenterology & Motility**, Oxford, UK, v. 21, p. 55-61, 2009. ISSN 1350-1925.
- 60 ZUCHELLI, T.; & MYERS, S. **Gastrointestinal issues in the older female patients**. *Gastroenterology Clinics of North America*. 40: 449-466 p. 2011.
- 61 TREND Statement Checklist. Disponível em: <http://www.cdc.gov/trendstatement/>. (Acessado em 02/07/17).
- 62 MAROTTI, J. et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 186-194, 2008.
- 63 BRASIL. MS- Manual do Codificador. Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Diagn%C3%B3stico_principal. (Acessado em 12/06/2017).
- 64 LEWIS, S. J.; HEATON, K. W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. **Scandinavian journal of gastroenterology**, v. 32, n. 9, p. 920-924, 1997. ISSN 0036-5521.
- 65 CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. 2007. **Comunicação Científica**, v. 34, n. 6, p. 428-431.2007.
- 66 BARDIN, L. Análise de conteúdo. **Lisboa: edições**, v. 70, p. 225, 1977.
- 67 MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação, Porto Alegre**, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.
- 68 MALTA, D. C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 45-55, 2007. ISSN 1679-4974.
- 69 OLIVEIRA, C. S. D.; DELZIOVO, C. R.; LACERDA, J. T. D. Redes de atenção à violência- ares.unasus.gov.br. 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1882>. (Acessado em: 15/07/2017).
- 70 HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Estudos Feministas**, v. 18, n. 1, p. 33-59, 2010.

- 71 VILLELA, D. C. **Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil**. Disponível em: http://portalantigo.mpba.mp.br/atuacao/infancia/violencia/mobilizacao/CRAI_RS_apresentacao_seminario_2015.pdf 2015 (Acessado em 02/07/2017)
- 72 BRASIL. Portal da saúde. Rede de enfrentamento à violência contra a mulher. Disponível em: https://sistema3.planalto.gov.br//spm/atendimento/atendimento_mulher.php (Acessado em 13/06/2017).
- 73 Rede de atenção a pessoas em situação de violência. Disponível em: http://www.telessaude.uft.edu.br/images/downloads/REDE%20DE%20ATENCAO%20A%20PESSOA%20EM%20SITUACAO%20DE%20VIOLENCIA_pdf.pdf. (Acessado em 13/06/2017).
- 74 MOURA, A.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1124-33, 2005.
- 75 BRASIL. Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993- Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.**Diário Oficial da União**.1993.
- 76 BRASIL. Senado Federal. Estatuto do idoso. Brasília (DF), 2003.Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.(Acessado em 15/07/2017).
- 77 ALVES, L. B. M. O Reconhecimento Legal do Conceito Moderno de Família: O Art. 5º, II e Parágrafo Único, da Lei Nº 11.340/2006 (Lei Maria Da Penha). **De jure: Revista Jurídica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, n. 8, p. 329-34, 2007.
- 78 ISHIDA, V. K. Estatuto da criança e do adolescente: doutrina e jurisprudência. 2013. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/59612>.(Acessado em 19/06/17)
- 79 BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei Federal 8- Governo Federal**, 1990.Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.(Acessado em 15/07/2017)
- 80 BRASIL.Senado Federal.Estatuto do Idoso.Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2010.741-2003?OpenDocument. (Acessado em 13/06/2017).
- 81 BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da

Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

- 82 MOYSÉS, S. J.; KREMPEL, M. C. Dialogando sobre a implementação da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1650-1656, 2009.
- 83 SOUSA, R. R. E. D. Lei de violência doméstica e familiar, seus aspectos e sua aplicabilidade-dspace.bc.uepb.edu.br. 2016.
- 84 MURARO, H. M. S. Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência. **Org: Hedi Martha Soeder Muraro**, v. 3, 2008.
- 85 VILELA, L. F.; CASTRO, A. L. C.; MORI, M. P. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF. **Secretaria Estadual do DF. Brasília**, 2009.
- 86 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Manual de rotinas e estruturação dos Juizados de Violência e Doméstica e Familiar contra a mulher. Brasília: CNJ, 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/programas/mutiroes-da-cidadania/manualmariadapenha.pdf>. (Acessado em 15/07/2017).
- 87 BRASIL Secretaria de Políticas para as Mulheres. Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e Violência- 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/diretrizes-nacionais-para-o-abrigamento-de-mulheres-em-situacao-de-risco-e-de-violencia>.(Acessado em 15/07/2017).
- 8 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA- Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência-2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/manual%20atendimento%20crianca%20adolescente.pdf> (Acessado em: 15/07/2017).
- 89 SMS-SP. Normas e Rotinas para o Atendimento das Vítimas de Violência Sexual Coleção Protocolos HMEC 2012. Disponível em: <sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3448>.(Acessado em: 15/07/2017).
- 90 MINISTÉRIO DAS MULHERES-DF. Diretrizes Gerais e Protocolos de Atendimento-Programa mulher, Viver sem Violência-2013. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/diretrizes-gerais-e-protocolo-de-atendimento-cmb.pdf>. (Acessado em 15/07/2017).

- 91 SECRETARIA DO ESTADO-Paraná-Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência sexual-2015. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf. (Acessado em 15/07/2017)
- 92 MPDFT- MANUAL DE PROCESSOS E PROCEDIMENTOS Proteção Integral à Mulher em Situação de Violência Doméstica-2016. Disponível em:
http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/nucleos/nucleo_genero/processos_trabalho/manual_processos_procedimentos_protecao_integral_mulher_situacao_violencia_domestica_MPDFT.pdf.(Acessado em:15/07/2017)
- 93 BRASÍLIA, DF-Circunscrição Judiciária de Sobradinho- Juizado de Violência Doméstica e Familiar.Manual de Boas Práticas-2016. Disponível em:
<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/09/3e7055e277daf8b375ca3146e196bda8.pdf>.(Acessado em:15/07/2017).
- 94 MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. D. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 604-10, 2006.
- 95 DE SOUZA VIEIRA, L. J. E. et al. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 113-125, 2008. ISSN 1984-0470.
- 96 DROSSMAN, D. A.; HASLER, W. L. Rome IV—functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. **Gastroenterology**, v. 150, n. 6, p. 1257-1261, 2016. ISSN 0016-5085.
- 97 FRONTEIRA, I. Estudos observacionais na era da medicina baseada na evidência: breve revisão sobre a sua relevância, taxonomia e desenhos. **Acta Med Port**, v. 26, n. 2, p. 161-70, 2013.
- 98 BÉRGAMO, L. P. D.; BAZON, M. R. Experiências infantis e risco de abuso físico: Mecanismos envolvidos na repetição da violência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 4, p. 710-719, 2011. ISSN 0102-7972.
- 99 COOHEY, C. Battered mothers who physically abuse their children. **Journal of interpersonal violence**, v. 19, n. 8, p. 943-952, 2004. ISSN 0886-2605.
- 100 SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface comun saúde educ**, v. 3, n. 5, p. 11-27, 1999.
- 101 BOSTOCK, J. A. N.; PLUMPTON, M.; PRATT, R. Domestic violence against women: Understanding social processes and women's experiences. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, v. 19, n. 2, p. 95-110, 2009. ISSN 1099-1298.

- 102 ZALESKI, M. et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 53-59, 2010. ISSN 0034-8910.
- 103 DA FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012. ISSN 0102-7182.
- 104 ARAÚJO, M. D. F. Violência e Abuso Sexual em Família. **Psicologia em Estudo**. 7: 3-11 p. 2002.
- 105 PICO-ALFONSO, M. A. et al. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. **Journal of women's health**, v. 15, n. 5, p. 599-611, 2006. ISSN 1540-9996.
- 106 KO, C. Y. et al. Biofeedback is effective therapy for fecal incontinence and constipation. **Archives of Surgery**, v. 132, n. 8, p. 829-834, 1997. ISSN 0004-0010.
- 107 HOBBS, I. C. A.; TURPIN, G.; READ, N. W. A re-examination of the relationship between abuse experience and functional bowel disorders. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v. 37, n. 4, p. 423-430, Apr 2002. ISSN 0036-5521.
- 108 DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A. D.; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 287-299, 2009. ISSN 1414-3283.
- 109 ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. ISSN 0103-2100.
- 110 MILITÃO, R. M. D. S. A. O sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente: análise da trajetória e do processo de resolubilidade dos casos de violência doméstica sexual em Recife PE (2007-2011). 2013.
- 111 DA SILVA, E. B.; DE MELLO PADOIN, S. M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015. ISSN 1413-8123.
- 112 MINAYO, M. C. D. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003. ISSN 0102-311X.
- 113 WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**: Conselho Federal de Medicina e Sociedade de Pediatria de São Paulo Brasília 2011.

- 114 BRASIL. Ministério da Saúde: Política nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência-Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01 Publicada no **DOU n.º 96 Seção 1E – de 18/5/01**.
- 115 LIMA, M. A. D. D. S. et al. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 30, n. 4 (dez. 2009), p. 625-632**, 2009. ISSN 0102-6933.
- 116 VIEIRA, E. M.; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n. ahead, p. 0-0, 2016. ISSN 1414-3283.
- 117 ADRIANA DEWES, P.; STELA NAZARETH, M.; ÉLIDA AZEVEDO, H. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais Women facing violence: the voice of social workers. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 126-137, 2008. ISSN 0104-1290.
- 118 SOARES, L. E. Segurança pública: presente e futuro. **Estudos avançados**, v. 20, n. 56, p. 91-106, 2006. ISSN 1806-9592.
- 119 CORONEL, A. L. C. C.; SILVA, H. T. H. Lethality Assessment Program-Maryland Model: um exemplo a seguir? **Desenvolvimento Socioeconômico em Debate**, v. 2, n. 2, p. 48-60, 2017. ISSN 2446-5496.
- 120 CORONEL, A. L. C. et al. **Sistema único de Saúde (SUS): Quando vai começar?** Interdisciplinary Journal of Health Education. 2: 83-90 p. 2017.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

O (A) Sr. (a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa:

Constipação Intestinal Funcional e Violência Doméstica: inter-relação e encaminhamento.

Esta pesquisa tem como objetivos verificar a relação entre a ocorrência de violência doméstica e o desenvolvimento de constipação intestinal e identificar os meios disponíveis para o atendimento às vítimas de violência doméstica, no sistema de saúde. Este é um estudo baseado em uma abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando como método de investigação, questionários para diagnosticar constipação intestinal e violência doméstica. A pesquisa terá duração de 18 meses, com o término previsto para agosto de 2017. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição em que está sendo feita a pesquisa. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionários, que serão guardados por cinco (05) anos.

O (A) Sr. (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Pode haver risco de constrangimento durante a entrevista ou risco de dano emocional pela natureza do tema. A pesquisadora compromete-se em abordá-lo da melhor maneira e atender dificuldades que possam surgir, relacionadas ao estudo.

Com este trabalho entendemos contribuir para o enfrentamento à violência.

A responsabilidade do estudo fica a cargo da pesquisadora Prof.^a Helena Terezinha Hubert Silva. Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa o Sr. (a) poderá contatar a qualquer momento a Prof.^a Helena Terezinha Hubert Silva, pelo e-mail: hubert@ufcspa.edu.br ou pelo telefone 3303 8723. Caso tenha dúvidas o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/UFCSA) também estará à disposição no endereço Rua Sarmento Leite, 245, Porto Alegre/RS ou pelo telefone (51) 3303 9000, assim como o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas: hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br, Av. Independência, 661- 7º and. Ambos os contatos podem ser feitos entre 9 e 17h. A pesquisadora assistente e responsável pela aplicação deste termo e coleta de dados no HMIPV é a médica Ana Lucia Couto Coronel.

Eu, _____,

atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) e concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável
pela aplicação do TCLE e coleta de dados

Questionário (elaborado a partir da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais- Ministério da Saúde)

1-Dados pessoais:

Nº do atendimento:

Diagnóstico principal:

Idade:

Sexo: a) feminino b) masculino

Gestante: a) sim b) não

Cor: a) branca b) preta c) parda d) amarela e) indígena f) ignorada

Escolaridade: a) analfabeto b) ensino fundamental incompleto c) e.f. completo d) ensino médio incompleto e) e.m. completo f) ensino superior incompleto g) e.s. completo h) pós-graduação.

Situação conjugal: a) solteiro b) casado c) união estável d) viúvo e) separado

Possui alguma deficiência: a) sim b) não qual _____

Dados residenciais:

Cidade:

2-Dados relacionados à violência doméstica:

Sofreu violência doméstica: a) sim b) não

Quando? a) infância b) adolescência c) adulto d) idoso

Onde? a) residência b) residência coletiva c) via pública d) outro _____

Tipo: a) abuso físico b) psicológico c) sexual d) negligência/abandono e) trabalho infantil f) tortura g) outro _____

3-Dados relacionados ao suposto agressor:

Quem praticou? a) pai b) mãe c) padrasto d) madrasta e) cônjuge f) ex-cônjuge g) namorado

h) ex-namorado i) avô j) avó l) irmão m) irmã n) tios o) primo p) prima q) amigo

r) outro _____

Uso de álcool pelo agressor a) sim B) não

Se houve abuso sexual, qual o tipo:

a) assédio sexual b) estupro c) atentado ao pudor d) sexo contra a vontade

4-Dados relacionados à assistência:

Procurou auxílio?

a) sim b) não

Onde?

a) hospital b) posto de saúde c) delegacia e) delegacia da mulher f) ministério público g) casa de proteção h) outro _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

Ana Lúcia Couto Coronel

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:

Inter-relação e encaminhamentos

Volume II

Porto Alegre, 2017.

SUMÁRIO

- 1- Artigo I: Violência doméstica e constipação intestinal: uma revisão integrativa da literatura
- 2- Artigo II: Constipação intestinal funcional e violência doméstica: inter-relação e encaminhamentos
- 3- Artigo III: *Lethality Assessment Program Maryland Model*: Um exemplo a seguir?
- 4- Artigo IV:
- 5- Guia para o encaminhamento de vítimas de violência doméstica. Disponível em (<http://alccoronel.wixsite.com/violenciazero>)
- 6- Folder para divulgação dos resultados da pesquisa. Disponível em: (<http://alccoronel.wixsite.com/violenciazero>)

Artigo I

Violência doméstica e constipação intestinal: uma revisão integrativa da literatura

Publicado no periódico: *Pan American Journal of Public Health*

Coronel ALC, Silva HTH. Violência doméstica e constipação intestinal: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e19.

Artigo II

Constipação Intestinal Funcional e Violência Doméstica: Inter-relação e encaminhamentos

Submetido ao *Journal of Coloproctology* em setembro de 2017: em avaliação.

Artigo III

Lethality Assessment Program Maryland Model: um exemplo a seguir?

Publicado na Revista Desenvolvimento Socioeconômico em Debate

Coronel, A. L. C. C., & Silva, H. T. H. (2017). Lethality Assessment Program-Maryland Model: um exemplo a seguir? *Desenvolvimento Socioeconômico em Debate*, 2(2), 48-60.