



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Aline Gaudard e Silva

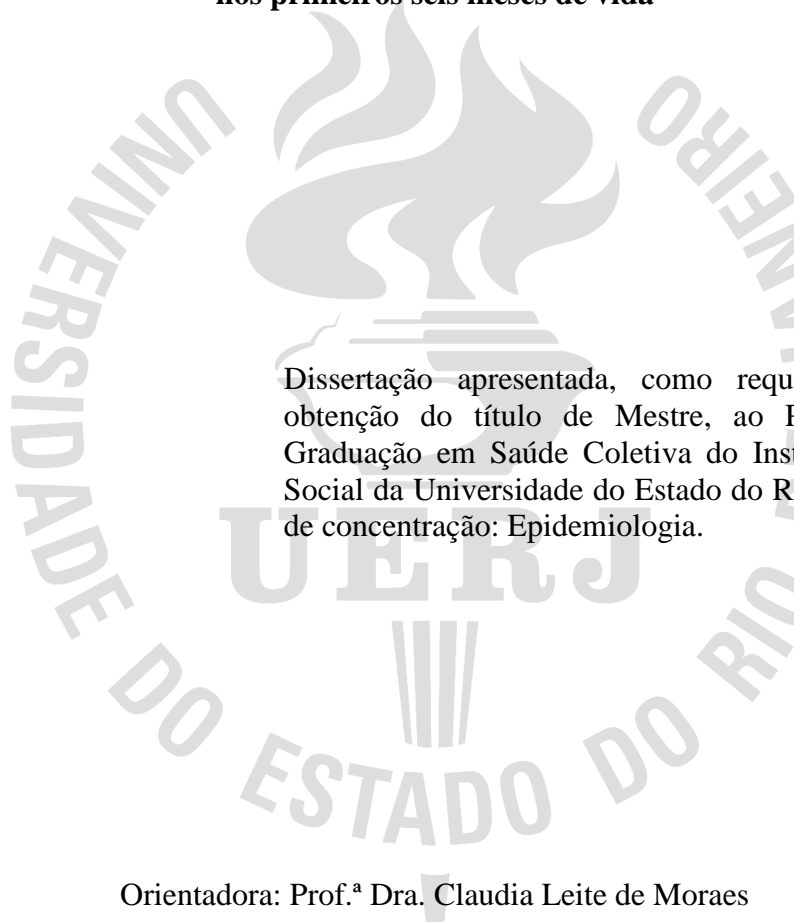
**As repercussões da violência entre parceiros íntimos na utilização de
serviços de saúde nos primeiros seis meses de vida**

Rio de Janeiro

2012

Aline Gaudard e Silva

**As repercussões da violência entre parceiros íntimos na utilização de serviços de saúde
nos primeiros seis meses de vida**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

S586 Silva, Aline Gaudard e.

As repercussões da violência entre parceiros íntimos na utilização de serviços de saúde nos primeiros seis meses de vida / Aline Gaudard e Silva. – 2012.

119 f.

Orientadora: Claudia Leite de Moraes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Violência familiar – Teses. 2. Serviços de saúde – Teses. 3. Saúde materno-infantil – Teses. 4. Cuidado da criança – Teses. 5. Estudos transversais – Teses. I. Moraes, Claudia Leite de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89-008.444.9-055.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Aline Gaudard e Silva

**As repercussões da violência entre parceiros íntimos na utilização de serviços de saúde
nos primeiros seis meses de vida**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 02 de março de 2012.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes (orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Michael Eduardo Reichenheim
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Ana Lúcia Ferreira
Faculdade de Medicina – UFRJ

Prof.^a Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

A todos os brasileirinhos e brasileirinhas, com a certeza de que é preciso fazer muito mais por vocês.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, porque sonharam comigo e de forma impagável, incansável e incomparável cuidaram de mim.

À Carol, minha companheira de aventuras e meu orgulho.

Ao André, afinal, pra que ser Mestre em Saúde Coletiva se eu não for O Grande Amor da Vida Dele?!

Aos meus avós, tios, primos, “parentes” e amigos, pela torcida, pelo apoio e pelas orações.

À Claudia, pela orientação tão atenciosa, tão dedicada e tão competente, e por ter me ensinado a buscar os “pra quês” mais nobres em qualquer objetivo a ser alcançado.

Ao Michael, por todas as ideias e críticas e por deixar a Epidemiologia cheia de “sutilezas” “elegantíssimas”.

Ao pessoal do PIEVF, “o que seria do meu mestrado sem vocês?!”.
Aos colegas, professores e funcionários do IMS.

Ao meu Deus, porque dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas.

Quem não consegue enxergar o poder contido em uma semente nunca mudará o mundo que o envolve, nunca influenciará o ambiente social e profissional que o cerca. Uma mudança de cultura só será legítima e consistente se ocorrer por intermédio das singelas e ocultas sementes plantadas na mente dos homens e não por intermédio da imposição de pensamentos.

Augusto Cury em O Mestre da Sensibilidade

RESUMO

GAUDARD E SILVA, Aline. *As Repercussões da Violência Entre Parceiros Íntimos na Utilização de Serviços de Saúde nos Primeiros Seis Meses de Vida*. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

O objetivo principal desta Dissertação foi avaliar as relações entre a Violência Física entre Parceiros Íntimos (VFPI) nos primeiros seis meses após o parto e a utilização de serviços de saúde entre crianças menores de seis meses de idade. Para estudar o construto “utilização de serviços de saúde” utilizou-se o momento de início do acompanhamento e o número de consultas da criança em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Adicionalmente, estimou-se a prevalência de VFPI nos primeiros seis meses após o parto entre mães de crianças desta faixa etária assistidas nas UBS do Rio de Janeiro.

As informações que subjazem a pesquisa originaram-se de um estudo transversal realizado em 27 UBS do Município do Rio de Janeiro, entre junho e setembro de 2007. A população de estudo foi selecionada por meio de amostragem por conglomerado em dois estágios. As UBS – unidades primárias de amostragem – foram amostradas com probabilidade de seleção proporcional ao volume de consultas pediátricas realizadas conduzindo a uma amostra geograficamente representativa do município. As crianças – unidades secundárias de amostragem – foram selecionadas de forma sistemática, obedecendo à ordem de saída das consultas. A amostra incluiu 927 crianças nos primeiros seis meses de vida cujas mães relataram ter companheiro na ocasião da entrevista dentre aquelas que buscaram consulta pediátrica ou de puericultura. As informações foram obtidas por meio de entrevista com a mãe da criança utilizando-se um questionário estruturado, contendo escalas previamente validadas, como a *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) para a mensuração da VFPI.

O artigo inicial apresenta a prevalência de VFPI nos primeiros seis meses após o parto na população estudada e em certos subgrupos de acordo com características sociodemográficas e de saúde de mães e bebês. Elevadas frequências de violência conjugal foram evidenciadas, em especial entre mães em situação socioeconômica desfavorável e que apresentavam falhas no cuidado pré-natal, na amamentação e na utilização do serviço de saúde. Os outros dois artigos apontam que a VFPI após o parto apresenta um sério risco ao acompanhamento regular da criança nos serviços de saúde. O segundo artigo revelou que a VFPI é um fator de risco independente para o início tardio do acompanhamento da criança em UBS em mulheres que possuíam emprego informal ou não trabalhavam e entre aquelas que não haviam realizado um adequado acompanhamento pré-natal. Já o terceiro artigo mostrou que a VFPI aumenta o risco de crianças filhas de mães que não exerciam trabalho remunerado após o parto terem um número de consultas aquém do esperado para a idade nos seus primeiros seis meses de vida.

Espera-se que a divulgação dos resultados desta Dissertação possa contribuir para aumentar a sensibilização de profissionais de saúde e dos planejadores de políticas públicas do Setor Saúde para a importância de ações de combate à violência e, assim, colaborar para a promoção da saúde no seu sentido mais amplo.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Serviços de saúde, Saúde Materno-Infantil, Cuidado da Criança, Prevalência, Estudos Transversais.

ABSTRACT

The main objective of this thesis was to evaluate the relationship between Physical Intimate Partner Violence (PIPV) in the first six months after birth and use of health services among children under six months old. To study the construct “use of health services” the initiation of the child’s monitoring and the number of visits at Primary Health Care (PHC) were used. Additionally, we estimated the prevalence of PIPV in the first six months after birth among mothers of children in this age group assisted at PHC in Rio de Janeiro.

The information underlying the study originated from a cross-sectional study conducted in 27 PHC facilities in the city of Rio de Janeiro, between June and September 2007. The study population was selected using cluster sampling in two stages. The PHC – primary sampling units – were sampled with probability of selection proportional to the volume of pediatric appointments performed leading to a geographically representative sample of the municipality. Children – secondary sampling units – were selected systematically, according to the order of appointments’ output. The sample included 927 children in the first six months of life whose mothers reported having a partner at the time of the interview among those who sought appointment with a pediatrician or well-child care. Information was obtained through interviews with the child's mother using a structured questionnaire containing previously validated scales such as the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) to measure PIPV.

The first paper presents the prevalence of PIPV in the first six months postpartum in study population and in certain subgroups according to sociodemographic and mothers’ and babies’ health characteristics. High frequencies of spousal violence were found, especially among mothers in unfavorable socioeconomic conditions and who had gaps in prenatal care, breastfeeding and use of health services. The other two articles show that PIPV after childbirth presents a serious risk to the regular monitoring of child at health services. The second paper revealed that PIPV is an independent risk factor for late initiation of child’s monitoring at PHC in women who had not worked or had an informal employment and among those who had not undergone an adequate prenatal care. The third paper showed that the PIPV increases the risk of children with mothers reporting not currently working have a number of visits lower than expected for their age in their first six months of life.

It is hoped that the dissemination of the results of this thesis can contribute to raising awareness of health professionals and policy-makers of the Health Sector about the importance of actions to combat violence and thus contribute to the promotion of health in its broadest sense.

Keywords: Domestic Violence, Health Services, Maternal and Child Health, Child Care, Prevalence, Cross-Sectional Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Determinantes da utilização de serviços de saúde.....	26
Figura 2 – Modelo teórico-conceitual das relações entre Violência Física entre Parceiros Íntimos e utilização de serviços de saúde.....	37
Figura 3 – Índice de Kotelchuck (APNCU).....	41
Figura 4 – Adequação do número de consultas na unidade básica de saúde de acordo com o Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança.....	42
Figura 5 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas para o estudo (pontos escuros) e demais UBS do município. Rio de Janeiro, Brasil.....	48
Figura 6 – Modelo teórico-conceitual proposto para estudo da relação entre violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto e início do acompanhamento da criança na UBS. Rio de Janeiro, Brasil.....	67
Figura 7 – Modelo teórico proposto para estudo da relação entre violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto e adequação do número de consultas na UBS entre crianças menores de seis meses de idade. Rio de Janeiro, Brasil.....	86
Figura 8 – Adequação do número de consultas na unidade básica de saúde de acordo com o Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da população de estudo quanto a aspectos sociodemográficos. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.	50
Tabela 2 – Características da população de estudo quanto saúde materno-infantil. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.	51
Tabela 3 – Estimativas de prevalência de Violência Física entre Parceiros Íntimos de acordo com autor e total. Rio de Janeiro, Brasil, 2007. ^a	52
Tabela 4 – Estimativas de prevalência de Violência Física entre Parceiros Íntimos em subgrupos. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.	53
Tabela 4 – (Continuação)	54
Tabela 5 – Descrição da população de estudo e análise bivariada entre desfecho (início tardio do acompanhamento da criança na UBS) e demais variáveis do modelo teórico. Rio de Janeiro, Brasil, 2007. ^a	70
Tabela 6 – Análise logística multivariada entre VFPI e início tardio do acompanhamento da criança na UBS em função do trabalho materno (Modelo I) e da qualidade do pré-natal (Modelo II). Rio de Janeiro, Brasil, 2007.	71
Tabela 7 – Descrição da população de estudo e análise bivariada entre desfecho (inadequação do número de consultas) e demais variáveis do modelo teórico. Rio de Janeiro, Brasil, 2007. ^a	90
Tabela 8 – Análise logística multivariada entre VFPI e inadequação do número de consultas na UBS em função do trabalho materno. Rio de Janeiro, Brasil, 2007. ^a	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

APNCU – *Adequacy of Prenatal Care Utilization Index*

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CTS2 – *Revised Conflict Tactics Scales*

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IMS – Instituto de Medicina Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

PHC – Primary Health Care

PIEVF – Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar

PIPV – Physical Intimate Partner Violence

SESDEC-RJ – Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SMSDC-RJ – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VF – Violência Familiar

VFPI – Violência Física entre Parceiros Íntimos

VPI – Violência entre Parceiros Íntimos

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.1	Considerações conceituais, magnitude e consequências da violência entre parceiros íntimos	17
1.1.1	<u>Caracterização da VPI e sua relevância durante a gestação e nos primeiros meses após o parto</u>	17
1.1.2	<u>Fatores de risco e repercussões da VPI na saúde da mulher e da criança</u>	20
1.2	Cuidado materno: um pilar fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança	23
1.2.1	<u>Definição e fatores determinantes do cuidado materno</u>	23
1.2.2	<u>Definição e fatores determinantes da utilização de serviços de saúde infantis</u>	25
1.3	Violência entre parceiros íntimos no ciclo grávido-puerperal: um fator de risco para a má qualidade do cuidado materno?	28
2	JUSTIFICATIVA	33
3	OBJETIVOS	35
3.1	Geral	35
3.2	Específicos	35
4	MÉTODOS	36
4.1	Modelo teórico-conceitual que baseou os artigos 2 e 3 e operacionalização das variáveis de interesse	36
4.1.1	<u>Variáveis independentes</u>	38
4.1.1.1	Violência física entre parceiros íntimos (VFPI): exposição de interesse central	38
4.1.1.2	Características socioeconômicas	38
4.1.1.3	Características demográficas	39
4.1.1.4	Disponibilidade física da mãe	39
4.1.1.5	Cuidado pré-natal	39
4.1.1.6	Saúde da criança	41
4.1.2	<u>Variável dependente</u>	42
4.1.2.1	Utilização inadequada de serviços de saúde	42
4.2	Desenho e população de estudo	43
4.3	Plano amostral e critérios de inclusão	43
4.4	Coleta de dados	43
4.5	Processamento e análise dos dados	44
4.6	Aspectos éticos	44

5	ARTIGOS CIENTÍFICOS	45
5.1	Artigo 1 – Prevalência de violência física entre parceiros íntimos entre mães de crianças menores de seis meses atendidas em unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil	45
5.1.1	<u>Resumo</u>	45
5.1.2	<u>Introdução</u>	46
5.1.3	<u>Métodos</u>	47
5.1.3.1	Desenho, população de estudo e coleta de dados	47
5.1.3.2	Operacionalização das variáveis	48
5.1.3.3	Análise de dados	49
5.1.3.4	Questões éticas	49
5.1.4	<u>Resultados</u>	50
5.1.5	<u>Discussão</u>	54
5.1.6	<u>Referências</u>	58
5.2	Artigo 2 – Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro?	62
5.2.1	<u>Resumo</u>	62
5.2.2	<u>Introdução</u>	63
5.2.3	<u>Métodos</u>	65
5.2.3.1	Desenho, população de estudo e coleta de dados	65
5.2.3.2	Modelo teórico-conceitual e operacionalização das variáveis	66
5.2.3.3	Análise de dados	67
5.2.3.4	Questões éticas	68
5.2.4	<u>Resultados</u>	68
5.2.5	<u>Discussão</u>	71
5.2.6	<u>Referências</u>	77
5.3	Artigo 3 – Violência física entre parceiros íntimos: uma ameaça ao acompanhamento da criança nas unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro?	82
5.3.1	<u>Resumo</u>	82
5.3.2	<u>Introdução</u>	83
5.3.3	<u>Métodos</u>	84
5.3.3.1	Desenho, população de estudo e coleta de dados	84
5.3.3.2	Modelo teórico-conceitual e operacionalização das variáveis	85
5.3.3.3	Análise de dados	88
5.3.3.4	Questões éticas	88

5.3.4	<u>Resultados</u>	88
5.3.5	<u>Discussão</u>	91
5.3.6	<u>Referências</u>	94
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS	100
	ANEXO A – Questionário	108
	ANEXO B – Termo de consentimento	118

INTRODUÇÃO

Esta Dissertação se insere no estudo interinstitucional “Avaliação da qualidade da assistência à criança menor de seis meses na rede SUS do Município do Rio de Janeiro”, coordenado por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, com participação de pesquisadores da Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Secretarias Municipal e de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ e SESDEC-RJ). A coleta de dados para este estudo foi realizada em 2007, enquanto as etapas de análise de dados e elaboração de artigos científicos permanecem em andamento.

Os pesquisadores da UERJ que participam deste estudo estão inseridos no Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF), sediado no Instituto de Medicina Social (IMS). As atividades do PIEVF de ensino e pesquisa envolvem cinco vertentes: magnitude e caracterização da Violência Familiar (VF) em nível populacional; VF na perspectiva dos serviços de saúde; sistema de informação de violência contra a criança e o adolescente; estudos metodológicos conexos, com ênfase para o processo de adaptação transcultural de instrumentos de aferição da VF e domínios afins; e consequências da VF.

Esta última vertente, na qual esta Dissertação se insere, tem recebido destaque nos últimos anos, principalmente no que se refere aos estudos sobre os efeitos da Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) nos períodos gestacional e de pós-parto. O interesse do PIEVF em investigar a VPI vivenciada por mulheres durante a gestação e nos primeiros meses de vida do bebê advém da ampla magnitude do problema sugerida por estudos realizados pelo grupo e por outros pesquisadores, sobretudo em países de alta renda; dos possíveis efeitos negativos na saúde de mães e bebês; e das controvérsias encontradas na literatura de referência sobre as relações entre VPI e diferentes agravos comuns nestes períodos da vida.

No Brasil, os programas de investigação que se dedicam ao estudo das repercussões da VPI que ocorre no ciclo grávido-puerperal na saúde de mães e bebês ainda são incipientes. Entretanto, várias evidências internacionais têm ressaltado que as consequências podem ser dramáticas, atingindo diferentes dimensões da qualidade de vida de mulheres e crianças, podendo levar inclusive à morte.

Segundo alguns estudos, a VPI pode estar relacionada com os elevados riscos de mortalidades perinatal e infantil, por diversos caminhos, ainda não esclarecidos. Uma possibilidade seriam os efeitos diretos de traumas físicos, resultando na morte fetal ou em subsequentes resultados adversos da gestação¹. O elevado estresse materno e a má nutrição

durante a gestação, que podem ser decorrentes dos abusos sofridos, também se mostram intimamente relacionados com baixo peso ao nascer e nascimento pré-termo, sendo também relacionados como fatores de risco para mortalidade perinatal e infantil ². Além disso, como terceiro caminho possível, a violência contra a mulher reduziria o uso de serviços de saúde durante a gestação e após o nascimento do bebê, dificultando as ações de promoção de saúde, detecção e tratamento precoce de agravos comuns neste período ³.

Atrasos ou falhas no esquema de vacinação, aumentando o risco de doenças imunopreveníveis, inadequação dos hábitos de higiene, déficits de nutrição e falta de adesão a prescrições e tratamentos também vêm sendo associados à negligência ou pouca supervisão materna, decorrente da capacidade questionável de vítimas de VPI criarem e educarem seus filhos adequadamente ^{4,5,6,7}. Entretanto, ainda não existem estudos suficientes para se afirmar que estas situações sejam, de fato, consequências da VPI.

O investimento em pesquisas sobre as repercussões diretas e indiretas da VPI na saúde de mães e bebês tem sido considerado de grande importância para o enfrentamento do problema por parte do Setor Saúde. As medidas a serem adotadas não se restringem ao enfrentamento da violência entre o casal e de seus agravos à saúde materno-infantil, mas estendem-se a eleição destes como eventos-sentinela para a situação de violência, objetivando a detecção precoce da VPI e o acompanhamento destes casos, tendo em vista a interrupção do processo. Além disso, o conhecimento sobre os efeitos da violência tem um papel fundamental na sensibilização tanto de profissionais de saúde, como dos planejadores de políticas públicas do Setor Saúde para a importância de ações de combate à violência.

Desta forma, com este estudo, pretende-se dar continuidade às investigações já realizadas pelo PIEVF, ampliando o conhecimento sobre as repercussões da VPI na saúde da criança. Explorando as relações entre a experiência de VPI nos primeiros seis meses após o parto e a utilização de serviços de saúde para o cuidado com a criança nos primeiros seis meses de vida, espera-se contribuir para a compreensão dos meios pelos quais a violência pode dificultar o crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

A Dissertação está organizada em oito seções. A primeira seção (Introdução) oferece um panorama do tema em questão, apresentando inicialmente os conceitos, as magnitudes e as principais consequências da VPI no ciclo grávido-puerperal (subseção 1.1). A subseção seguinte (1.2) aborda os aspectos relativos ao cuidado materno com a criança, definição, determinantes e manifestações, situando a utilização de serviços de saúde como parte deste processo. Na terceira subseção é feita uma breve revisão das evidências que existem até o momento sobre as relações da VPI com o cuidado materno com a criança e com a utilização

de serviços de saúde nos primeiros meses de vida. Na segunda seção são oferecidas as justificativas para a realização deste estudo. Em seguida são apresentados os objetivos geral e específicos (seção 3). Na quarta seção são descritos os métodos que foram utilizados para alcançar os objetivos propostos. Na seção seguinte (5), apresentam-se os artigos científicos, produtos principais da Dissertação. O primeiro artigo aborda a prevalência de VFPI nos primeiros seis meses após o parto entre mães de crianças assistidas nas UBS do Rio de Janeiro e em subgrupos populacionais desta clientela. O segundo artigo tem como foco central a exploração das repercussões da Violência Física entre Parceiros Íntimos (VFPI) na iniciação do acompanhamento da criança em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Enquanto o terceiro apresenta as relações entre a violência conjugal e o número de consultas da criança em UBS. Ao final da Dissertação, constam as considerações finais (seção 6), as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração da pesquisa (seção 7) e os anexos (seção 8).

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Considerações conceituais, magnitude e consequências da violência entre parceiros íntimos

1.1.1 Caracterização da VPI e sua relevância durante a gestação e nos primeiros meses após o parto

A Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte de uma relação íntima e inclui atos de agressão física, abuso psicológico, coerção sexual e comportamentos controladores ⁸. Com o objetivo de promover e melhorar a consistência entre os diversos estudos sobre o tema, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) recomenda a utilização deste termo para se referir à violência que ocorre entre pessoas que mantêm relacionamentos íntimos, formais ou não, heterossexuais ou do mesmo sexo, quer sejam namorados, casados, separados, divorciados ou vivam em regime de união civil estável ⁹.

De forma geral, diferentes modalidades de expressão de VPI coexistem em um mesmo relacionamento. Diversos estudos têm mostrado que a violência física normalmente é acompanhada por violência psicológica e, em um terço a mais da metade dos casos, por violência sexual ⁸. Os termos abusos ou maus-tratos também são utilizados para designar as formas de expressão da violência. Abuso físico significa o uso de força física que pode produzir injúria, ferida, dor ou incapacidade; abuso psicológico se refere às agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social; e abuso sexual diz respeito ao ato ou jogo sexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e às práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças ¹⁰.

Apesar da violência entre o casal ser perpetrada tanto pelo homem quanto pela mulher, enquanto os homens são mais frequentemente vítimas de violência comunitária, as mulheres estão sob um risco maior de sofrerem violência praticada por seus próprios parceiros do que por qualquer outro tipo de autor. Sendo assim, maior ênfase tem sido dada à violência contra a mulher, seja em uma abordagem epidemiológica, clínica, política ou social ^{8,11,12}.

Esta forma de violência tem sido vista como um importante problema de saúde pública no nível global, ocorrendo em todos os países, independentemente do grupo social,

econômico, religioso ou cultural⁸. Em um estudo multicêntrico realizado em 15 regiões de 10 diferentes países e conduzido pela OMS¹³, a prevalência de mulheres que haviam sofrido violência física perpetrada por seus parceiros íntimos em algum momento de suas vidas variou de 13% (Japão) a 61% (Peru). As estimativas referentes ao ano anterior à entrevista estiveram entre 3% (Japão) e 29% (Etiópia) e na maior parte dos casos estes atos não haviam ocorrido de forma isolada, mas como parte de um padrão de abuso contínuo.

Estatísticas brasileiras provenientes do primeiro e maior estudo nacional, realizado em 15 estados e no Distrito Federal sugeriram prevalências elevadas. Segundo os autores, a proporção de mulheres entre 15 e 69 anos envolvidas em atos de Violência Física entre Parceiros Íntimos (VFPI) no ano anterior à entrevista variou de 13,2% (João Pessoa) a 36,5% (Belém); considerando o país como um todo, as prevalências de VFPI menor e grave foram de 21,5% e 12,9%, respectivamente¹⁴.

A magnitude da VPI também é elevada durante a gestação e nos primeiros meses após o parto, períodos críticos tanto para a saúde da mulher quanto para a saúde da criança. A literatura internacional sugere que a ocorrência de VPI entre gestantes ultrapassa os problemas e condições comumente avaliados no cuidado pré-natal, como pré-eclâmpsia e diabetes gestacional^{12,15,16}. Estudos de revisão encontraram estimativas de prevalência de violência doméstica durante a gestação que variam de 0,9% a 31,7%. Segundo alguns autores, assim como quando se considera as estimativas de VPI ao longo de outros períodos da vida da mulher, tamanha variação é, pelo menos em parte, decorrente das diferentes definições e estratégias utilizadas para a caracterização das situações^{16,17,18}.

No Brasil, em um estudo com mulheres que deram à luz em maternidades públicas no Rio de Janeiro em 2000, a prevalência de VPI durante a gestação, considerando sua forma física, foi de 33,8% e alcançou 79,5% quando foram incluídas outras formas – agressão psicológica, injúria e coerção sexual¹⁹. Já os resultados de um estudo realizado com mulheres que tiveram o parto assistido em uma maternidade de Pernambuco em 2001, mostraram que 7,4% destas haviam sido vítimas de agressão física por seus parceiros íntimos durante a gravidez²⁰. No entanto, uma comparação entre estes estudos deve ser cautelosa, uma vez que foram utilizados diferentes métodos de detecção da violência.

A literatura apresenta resultados contraditórios quanto ao perfil de risco de VPI no período gestacional^{17,18}. Alguns autores apontam um risco aumentado neste período^{21,22,23,24}, porém, outros sugerem que este maior risco pode ser atribuível à idade, pois mulheres jovens têm maior chance de estarem grávidas e de serem abusadas por seus parceiros^{25,26}. Há ainda alguns estudos que indicam uma diminuição dos abusos durante a gestação. No estudo

multicêntrico coordenado pela OMS ¹³, a maioria das mulheres que tinham experimentado VPI antes e durante a gestação relatou que, durante a última gravidez em que haviam sido vítimas de abusos, a gravidade e a frequência da violência haviam sido mantidas ou reduzidas quando comparadas a períodos anteriores. Esse resultado também foi encontrado por Saltzman e colaboradores ²⁷, em um estudo que utilizou dados de um amplo sistema de vigilância dos EUA (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*). Estes autores também observaram que em cerca de três quartos dos casos de VFPI durante a gravidez a violência tinha começado em períodos anteriores. Devries e colaboradores ¹⁵, a partir de amostras nacionalmente representativas de 19 países, concluíram que os países que possuíam altos níveis de VPI grave não necessariamente haviam registrado níveis elevados de VPI durante a gravidez.

Apesar da crescente literatura acerca da ocorrência de VPI na gestação, são poucos os estudos que avaliaram sua ocorrência nos primeiros meses após o parto ^{28,29}. Esse período é caracterizado por modificações no relacionamento entre o casal, provocadas por fatores como as demandas do novo bebê, a privação do sono, o aumento da responsabilidade financeira, a reduzida atividade sexual e as mudanças físicas e hormonais experimentadas pela mãe. Essas alterações podem elevar o estresse no casal e favorecer a ocorrência de VPI ³⁰.

Gielen e colaboradores ³¹, em estudo realizado nos EUA, ao entrevistarem 275 mulheres durante a gestação e aos 6 meses após o parto, encontraram prevalências de 19% e 25% de VPI moderada à grave nestes períodos, respectivamente. Martin e colaboradores ²⁹, entretanto, ao avaliarem uma amostra representativa das mulheres da Carolina do Norte que haviam dado à luz entre 1997 e 1998, encontraram uma prevalência de violência física durante os primeiros 3,6 meses, em média, após o parto (3,2%) menor do que aquelas referentes ao período gestacional (6,1%) e aos 12 meses anteriores à gestação (6,9%). Estes autores concluíram ainda que a ocorrência de violência antes e durante a gravidez foi um forte fator de risco para a violência após o parto, já que apenas 18% das mulheres que haviam sofrido violência neste período não haviam relatado violência nos períodos anteriores. Já em estudo conduzido na Austrália, 7,6% das mulheres que haviam dado à luz em 6 hospitais públicos de Melbourne entre 2003 e 2005 haviam referido VFPI no primeiro ano após o parto e 5,4% tinham relatado medo do parceiro íntimo nesse mesmo período. Destas, 70,4% também haviam relatado medo do parceiro antes ou durante a gestação ³².

No Brasil, estudo conduzido com mães de crianças de até 5 meses de idade atendidas em 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município do Rio de Janeiro em 2007, estimou em 16,2% a prevalência de VFPI após o parto. Segundo os autores, apenas 17,5% não haviam

relatado ter vivenciado o mesmo durante a gestação. Entre aquelas que não haviam referido eventos de agressão física no período gestacional, apenas 4,5% tinham experimentado a situação após o nascimento do bebê. Ainda segundo os autores, a prevalência de VFPI após o parto foi cerca de oito vezes maior entre casais que tinham vivenciado a violência na gestação, quando comparada àqueles que não haviam experimentado esta situação ³³.

1.1.2 Fatores de risco e repercussões da VPI na saúde da mulher e da criança

Segundo a OMS, assim como as demais formas de violência, a VPI é construída socialmente através da interação de fatores relacionados aos indivíduos envolvidos, às relações entre eles, ao contexto em que estas relações ocorrem e aos fatores macro-estruturais, dentre os quais se destacam os econômicos e sócio-culturais ⁸.

No que concerne aos fatores individuais, diversas características, tanto das vítimas como dos autores, têm sido associadas com uma probabilidade aumentada de ocorrência de VPI ^{8,34}. Estas características estão relacionadas à ocorrência de VPI ao longo da vida, mas se aplicam ao ciclo grávido-puerperal, uma vez que os abusos parecem não deflagrar nesse período. Gunter ³⁵, ao revisar os fatores que aumentam o risco de VPI, aponta que sua incidência é maior entre mulheres mais jovens, principalmente na faixa etária entre 15 e 19 anos. Jasinski e Williams ³⁴ também destacam a juventude como um dos mais fortes fatores de risco para a violência.

A baixa escolaridade da mulher também tem sido apontada como um fator de risco para a VPI. Diversos estudos descrevem uma associação entre altos níveis de escolaridade e baixos níveis de violência. Segundo Jewkes ³⁶, a educação permite a emancipação social da mulher, através das redes sociais, da autoconfiança e da capacidade de utilizar informações e recursos disponíveis na sociedade, e também pode traduzir um maior nível econômico, reduzindo sua probabilidade de sofrer violência.

Em relação ao status ocupacional, os resultados do estudo australiano já citado indicaram que as mulheres que não estavam trabalhando no início da gravidez haviam tido maior chance de reportar VPI durante a gravidez e/ou no primeiro ano após o parto. Esse estudo sugere que a renda, a segurança e a flexibilidade para o retorno ao trabalho oferecidas pela licença maternidade remunerada podem diminuir o risco de ocorrência de VPI no período gestacional e após o nascimento da criança ³².

A ocorrência de violência entre o casal também pode ser motivada pelo consumo de álcool e drogas, tanto pelo homem quanto pela mulher, através de seus efeitos desinibidores

diretos ou indiretos, uma vez que se espera socialmente que estas substâncias possam modificar o comportamento, o que reduz a censura à violência. No entanto, essa relação também parece ocorrer no sentido inverso, pois algumas mulheres podem usar álcool e drogas em busca de um alívio para os efeitos da violência ^{34,36}.

Outro fator de risco para a VPI é a história de violência na família de origem, importante tanto para a perpetração quanto para a vitimização. Sugere-se que mulheres que sofreram violência na infância ou testemunharam violência entre seus pais aprenderam a legitimar e tolerar a violência, têm baixa autoestima e, portanto, capacidade reduzida para deixar o relacionamento violento. Desta forma, elas estariam mais sujeitas a experimentarem violência por seus parceiros ^{34,37}.

Os fatores concernentes à relação entre o casal que aumentam o risco para a ocorrência de VPI incluem dificuldade para resolução de conflitos através de negociação, situação conjugal instável, conflito no casamento, desequilíbrio de poder no casamento e estresse econômico ³⁸.

Existem ainda fatores de risco relacionados ao contexto comunitário, socioeconômico e cultural da família. Dentre estes, Moraes e colaboradores ³⁸ destacam a tolerância social à violência e ao seu uso para a resolução de conflitos, o sexismo e o machismo, a desigualdade social, os altos níveis de desemprego, a situação econômica desfavorável e a ocorrência de eventos produtores de estresse, como morte de parente, perda de emprego ou doença grave.

A VPI produz uma gama de consequências, que ocorrem tanto no âmbito individual, trazendo sérios agravos à saúde física e mental das vítimas, quanto no âmbito familiar e social, afetando o bem-estar de comunidades inteiras. Os impactos sociais da violência vão desde os elevados custos jurídicos e do sistema de saúde até a deterioração das normas e dos valores sociais com a perpetuação da desigualdade de gênero e da VPI ^{8,35,39,40}.

Os estudos sobre o impacto da VPI na saúde da mulher sugerem que ele pode durar muito tempo após a violência ter cessado e que seu aumento acompanha a gravidade e a duração dos abusos ⁸. No que se refere às consequências psicológicas e comportamentais, a VPI pode levar a sofrimento, trauma, sentimentos de vergonha, culpa, raiva, fúria, medo e desamparo, ansiedade, baixa autoestima, depressão, transtorno do estresse pós-traumático, fobias e transtornos do pânico, distúrbios psicossomáticos, distúrbios de alimentação e sono, abuso de álcool e drogas, tabagismo e comportamentos suicidas ^{8,34,35,39,40}.

Os agravos à saúde física da mulher podem manifestar-se por piores estado geral de saúde e qualidade de vida e maior uso dos serviços de saúde e incluem lesões, fraturas, dores crônicas, hipertensão, asma, distúrbios gastrintestinais, síndrome do intestino irritável,

doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), hemorragias e infecções vaginais, miomas, irritação genital, dor durante o ato sexual, dor pélvica crônica e infecções do trato urinário^{8,12,35,40,41,42}.

Mulheres que vivem com parceiros violentos também estão mais sujeitas à gravidez indesejada, o que parece explicar a consistente relação entre a VPI e o maior número de filhos. As consequências da VPI no ciclo grávido-puerperal envolvem sangramentos, anemia, infecções renais, DSTs e reduzido ganho de peso durante a gestação, início tardio do cuidado pré-natal, aborto espontâneo, lesão e morte fetal, parto prematuro, baixo peso ao nascer, depressão pós-parto e dificuldades para amamentar^{2,3,8,18,36,40,41,43}.

Em famílias onde ocorre violência entre o casal, as crianças estão sujeitas tanto a testemunharem quanto a sofrerem violência e, portanto, sob maior risco de sofrer lesões diretas e de desenvolver diversos distúrbios físicos, comportamentais, cognitivos e psicológicos^{8,35,44}. Além disso, como será pormenorizado adiante, o impacto da violência na saúde da mulher parece ter implicações em sua capacidade de cuidar adequadamente dos filhos, o que também pode afetar diversas facetas da saúde infantil, incluindo a saúde física e emocional e a utilização de cuidados de saúde^{45,46}.

1.2 Cuidado materno: um pilar fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança

1.2.1 Definição e fatores determinantes do cuidado materno

Antes de se iniciar o debate sobre as possíveis repercussões da VPI no cuidado materno com a criança, é interessante resgatar o que vem sendo entendido como cuidado da criança. Segundo alguns autores, o cuidado refere-se às práticas dos cuidadores que afetam a nutrição, a saúde e o desenvolvimento cognitivo e psicossocial da criança⁴⁷. De forma mais ampla, cuidado pode ser definido como a provisão na família e na comunidade de tempo, atenção e apoio necessário para atender às necessidades físicas, mentais e sociais da criança em crescimento e de outros membros da família⁴⁸.

Segundo o UNICEF⁴⁹, o cuidado, assim como a alimentação e a saúde, é um fator fundamental para a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento saudáveis da criança. É durante os primeiros anos de vida que o cuidado exerce mais influência no desenvolvimento infantil⁵⁰. O cuidado é manifestado através de diversas atividades que abrangem o cuidado com a saúde bio-psico-social da mulher, incluindo a assistência à gestante e à lactante; a amamentação e alimentação complementar; a preparação de alimentos e higiene alimentar; o cuidado psicossocial com a criança; as práticas de higiene e as práticas de saúde⁴⁷.

Ser responsável pelo cuidado da criança significa ser capaz de responder às suas necessidades e oferecer cuidados, apoio e proteção⁵¹. A maior parte dos autores e instituições de proteção à criança, em suas definições e análises sobre o cuidado com a criança, o associam a figura materna. Segundo alguns autores, a provisão do cuidado depende das habilidades ou capacidades maternas, determinadas pelos seguintes recursos: (1) educação, conhecimento e crenças; (2) saúde física e estado nutricional; (3) saúde mental, nível de estresse e autoconfiança; (4) autonomia, controle e alocação dos recursos no domicílio; (5) carga de trabalho e tempo disponível e (6) apoio dos membros da família e da comunidade⁴⁷.

Maiores níveis de escolaridade parecem estar relacionados a um melhor desempenho no cuidado materno, pois aumentam a capacidade para adquirir novos conhecimentos e processar informações; adquirir competências, por exemplo, usar melhor os serviços de saúde, interagir de forma mais efetiva com os profissionais de saúde e cumprir adequadamente as recomendações para um tratamento; e para modelar o próprio comportamento. Além disso, a educação aumenta a capacidade de adquirir renda e compreender a importância do cuidado

Algumas práticas de cuidado exigem esforço físico, enquanto outras requerem atenção, imaginação e inspiração. Portanto, problemas de saúde física e emocional que levam à capacidade de trabalho reduzida, fadiga, apatia ou depressão certamente irão limitar a capacidade de cuidar. Diversos estudos têm apontado uma relação entre depressão e estresse maternos e má qualidade do cuidado com a criança ⁵². Da mesma forma, problemas que reduzem a participação da mulher nas atividades familiares e limitam seu acesso a recursos e apoio também parecem reduzir a capacidade de cuidar ^{47,53}.

A autonomia da mulher e sua participação no controle dos recursos e orçamento familiar também podem contribuir para aumentar a qualidade do cuidado com a criança. Alguns autores sugerem que isto se deva ao fato das mães terem maior probabilidade de alocar e distribuir os recursos de uma forma que favoreça a criança do que quando os pais decidem sozinhos como utilizar os recursos da família. Diante disto, é provável que a utilização de recursos para o cuidado da criança seja mais determinada pelo acesso e controle maternos sobre estes do que pelo nível econômico familiar em si ⁴⁷.

A relação entre cuidado e trabalho remunerado materno parece seguir dois padrões, quais sejam: (1) quando o trabalho é bem remunerado, quando a renda está sob o controle da mãe ou quando a mãe tem acesso a fontes alternativas de cuidado para a criança e esta tem mais de um ano de idade, os efeitos parecem ser positivos. No entanto, (2) quando a mãe que trabalha é pobre, quando a criança ainda recebe aleitamento materno, quando a carga de trabalho é maior e os horários são inflexíveis, quando a mãe tem pouco controle sobre a renda ou quando não há bons cuidadores alternativos, os efeitos são predominantemente negativos ⁴⁷.

O apoio social recebido pela mãe, que inclui especialmente apoio emocional, de informação e aquele voltado para a assistência prática no cuidado com a criança, também parece influenciar, sobremaneira, o cuidado com a criança. O isolamento social e a ausência de redes sociais de apoio também têm efeitos negativos na saúde mental da mulher, o que, por sua vez, reduz a qualidade do cuidado. Tais efeitos são ainda mais pronunciados quando o número de filhos é grande, principalmente antes dos filhos mais velhos serem capazes de ajudar no cuidado dos irmãos ⁴⁷.

1.2.2 Definição e fatores determinantes da utilização de serviços de saúde infantis

O conceito de uso de serviços de saúde compreende todo contato direto (consultas e hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os serviços. Dentre os modelos elaborados para explicar a utilização de serviços de saúde, um dos mais aplicados atualmente, tanto nos estudos de utilização, quanto nos estudos de acesso¹ é o proposto por Andersen, que apresenta esse construto como um tipo de comportamento individual que é produto dos determinantes individuais, do sistema de saúde, do contexto social, da interação entre esses determinantes e da experiência passada de utilização de serviços (Figura 1) ^{55,56}.

Os determinantes individuais do uso de serviços de saúde são classificados em três grupos, quais sejam: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde. Os fatores predisponentes referem-se às características que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que descrevem a predisposição dos indivíduos para usar serviços de saúde. Estas incluem características demográficas, como idade e gênero, que se relacionam à frequência e à gravidade dos problemas de saúde e, portanto, aos padrões de uso dos serviços; e fatores relacionados à estrutura social, que refletem a posição do indivíduo em sua sociedade, seu estilo de vida, o ambiente físico e social em que este se insere e seus padrões de comportamento e são representados por características socioeconômicas como educação, raça/cor e ocupação. As atitudes, valores e conhecimentos sobre saúde e doença também influenciam o comportamento de um indivíduo quanto ao uso de serviços e formam o terceiro componente dos fatores de predisposição ^{54,55}.

Os fatores capacitantes compreendem as condições que permitem tornar os serviços de saúde disponíveis aos indivíduos. Estes fatores incluem recursos individuais e familiares, como renda, apoio social e responsabilidades profissionais e familiares do indivíduo, e atributos da comunidade na qual a família está inserida, tais como disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados ^{54,57}.

Já as necessidades de saúde são caracterizadas pelas condições de saúde percebidas pelo indivíduo ou diagnosticadas por profissionais de saúde. Elas representam o determinante mais proximal da utilização de serviços – assumindo a presença de fatores predisponentes e

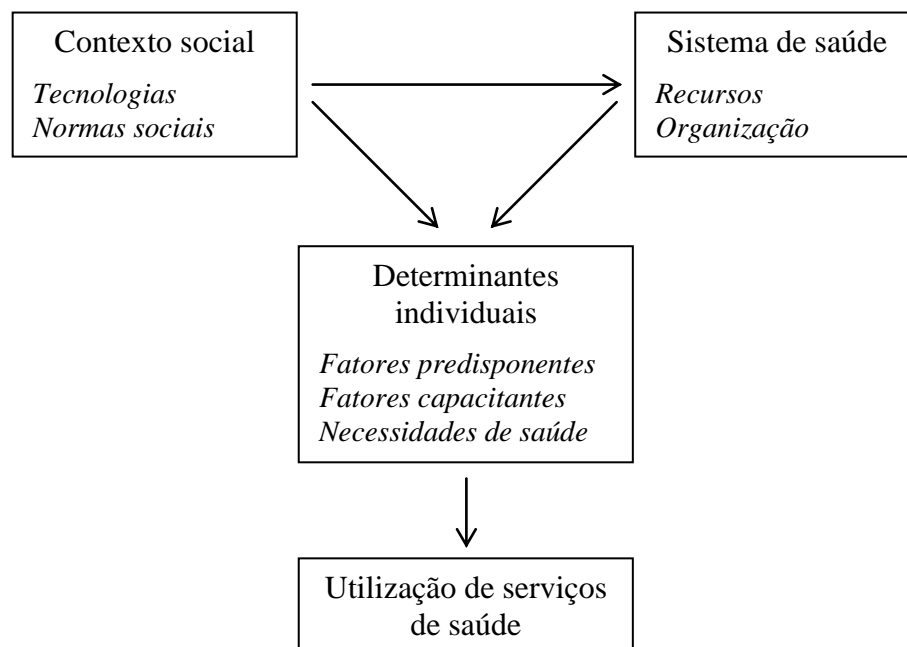
¹ O uso de serviços de saúde pode ser visto como uma medida de acesso, que é definido pela entrada do paciente no serviço e pela continuidade do tratamento. Apesar de constituir-se um dos componentes da organização dos sistemas de saúde, o acesso não é dado exclusivamente pela oferta ou disponibilidade dos serviços, mas deve considerar também a sua utilização. Enquanto a presença de condições que permitem tornar os serviços disponíveis aos indivíduos define o “acesso potencial”, a utilização de serviços de saúde caracteriza o “acesso realizado” ^{54,55}.

capacitantes. De modo geral, um indivíduo costuma perceber a doença ou a probabilidade de sua ocorrência para usar o serviço de saúde ⁵⁴.

Os determinantes da utilização de serviços de saúde relacionados ao sistema de saúde incluem os recursos e a organização dos mesmos. Os recursos referem-se ao volume e à distribuição geográfica de profissionais de saúde, instalações, equipamentos e materiais necessários à prestação de serviços de saúde. A organização descreve a maneira pela qual os recursos são coordenados e controlados no processo de prestação de serviços de saúde, e inclui o acesso (entrada do paciente no serviço) e a estrutura (características do sistema que determinam o que acontece com o paciente após sua entrada no serviço) ^{54,57}.

Fatores relacionados ao contexto social também influenciam o uso de serviços de saúde e incluem dois componentes principais: tecnologias e normas sociais. O primeiro componente refere-se aos princípios e técnicas que permitem aumentar a eficácia terapêutica, já o segundo diz respeito tanto a aspectos legislativos do sistema quanto a crenças e valores sociais relacionados aos serviços de saúde. A utilização de serviços de saúde é determinada ainda pela satisfação do paciente relacionada à experiência passada com estes serviços ^{54,57}.

Figura 1 – Determinantes da utilização de serviços de saúde.



Apesar da importância da frequência regular aos serviços de saúde nos primeiros anos de vida da criança, percebe-se que apenas o conhecimento sobre os benefícios deste acompanhamento sistemático por parte dos responsáveis pela criança não é suficiente para a garantia de um seguimento regular e promotor de saúde. Assim como na situação do adulto, a frequência e o padrão de utilização dos serviços na infância são determinados por um conjunto de fatores, dentre os quais se destacam os de ordem individual (características da mãe e da criança), os relativos à organização dos serviços de saúde e os de ordem sociocultural das famílias.

Recentemente, alguma ênfase vem sendo dada à importância de fatores psicossociais maternos no uso dos serviços de saúde para o cuidado da criança^{58,59}. Como será discutido na próxima seção, um dos fatores desta natureza que vem sendo proposto para explicar as diferenças no padrão de utilização dos serviços entre crianças de uma mesma comunidade e nível socioeconômico é o ambiente familiar materno, especialmente a qualidade do relacionamento entre esta e seu companheiro.

1.3 **Violência entre parceiros íntimos no ciclo grávido-puerperal: um fator de risco para a má qualidade do cuidado materno?**

Como apresentado na subseção anterior, alguns estudos vinculados a programas de investigação na linha de avaliação dos determinantes da utilização de serviços de saúde vêm sugerindo que fatores psicossociais maternos podem ter papel importante no processo. Segundo Janicke e Finney ⁵⁸, que realizaram uma revisão sobre os determinantes do uso de serviços de saúde para atendimento pediátrico primário, estresse, ansiedade, humor negativo, problemas psicológicos de forma geral, baixos níveis de apoio familiar e social estariam entre estes fatores. Estes autores também sugerem que o alto nível de conflito familiar influencia a utilização de serviços de saúde, no entanto, poucos são os estudos direcionados a este tema.

Já no âmbito dos programas de investigação que se debruçam sobre as consequências da VPI na saúde materno-infantil, existem algumas evidências de que certas consequências da VPI na saúde da criança são mediadas por vários aspectos relacionados ao cuidado materno na gestação e nos primeiros meses de vida ^{4,6}. No entanto, poucos estudos têm se prestado a explorar os processos envolvidos nesta relação ⁴⁶. Letourneau e colaboradores ⁶⁰, ao realizarem um estudo qualitativo com profissionais da área de enfermagem, serviço social, psicologia e educação que tinham trabalhado com mães que deixaram relacionamentos violentos, identificaram alguns caminhos na relação entre a VPI e a capacidade materna de cuidar, apresentados a seguir.

Segundo os autores, as mulheres envolvidas em relacionamentos violentos, por terem que lidar com vários problemas de saúde mental e emocional, tais como depressão, sentimentos de culpa, medo, baixa autoestima e isolamento, acabavam perdendo o controle sobre suas vidas, o que diminuía em muito sua capacidade para satisfazer as suas próprias necessidades ⁶⁰.

Ao mesmo tempo, os profissionais que lidaram com estas mães ressaltaram que os parceiros violentos esperavam que suas próprias necessidades fossem satisfeitas antes das necessidades da mãe e da criança e, muitas vezes, elas eram impedidas de cuidar de seus filhos da forma desejada. Também foi observado que a energia que estas mulheres gastavam para lidar com os conflitos e incidentes violentos, com os efeitos mentais e emocionais da violência e para tentar promover sua segurança e garantir sua sobrevivência reduzia a energia disponível para lidar com outros eventos e interagir com os filhos da forma esperada. Além disso, verificou-se que a autoestima reduzida impedia que elas enxergassem suas próprias competências para serem boas mães ⁶⁰.

Holt e colaboradores ⁴⁶, em uma revisão sobre o impacto da VPI em crianças, também destacam que o estresse e a depressão causados pela violência muitas vezes podem contribuir para que a mãe torne-se emocionalmente distante, indisponível ou mesmo violenta e com um sério comprometimento da energia emocional e do tempo destinados à criança.

Outros estudos sugerem que as relações entre VPI e cuidado com a criança sejam decorrentes também do fato de em situações de VPI os pais terem menos envolvimento com seus filhos ⁴⁶.

O isolamento social que costuma estar presente em famílias que utilizam a violência como forma de resolução de conflitos também parece colaborar para um padrão inadequado de cuidado. Além da falta de apoio do parceiro, mulheres em situações de VPI têm menos apoio de outros membros da família, vizinhos e instituições sociais, uma vez que o isolamento social é tanto uma estratégia de abuso psicológico como uma forma de esconder as evidências da violência. Por outro lado, este reduzido apoio social está relacionado a agravos à saúde mental da mulher, como depressão, baixa autoestima e ansiedade, e, portanto, também pode reduzir a capacidade materna de cuidar adequadamente de seus filhos ^{46,60,61}.

Este baixo nível de apoio social pode se somar ainda a uma composição familiar com um grande número de gestações indesejadas e de filhos menores de cinco anos, característica bastante comum às mulheres que sofrem VPI. Nestes casos, a possibilidade de uma baixa qualidade do cuidado cresce, pois há um aumento da carga de trabalho, o que reduz o tempo disponível para o cuidado de cada criança ^{36,47,60}.

Letourneau ⁶⁰ destaca que a história de VPI na família de origem da mulher também pode influenciar o atual cuidado com a criança. Uma vez que um dos principais fatores de risco para a VPI é ter testemunhado violência entre os pais na infância, é provável que o cuidado recebido por estas mulheres tenha sido negativamente afetado pela violência sofrida por seus pais. Sendo assim, como o autor descreve, muitas mães não possuíam habilidades para cuidar de seus filhos porque nunca haviam tido um modelo apropriado de relacionamento entre pais e filhos.

Outro possível elo entre a VPI e o despreparo materno para o cuidado com a criança decorre do fato de que, como apresentado anteriormente, mulheres com baixos níveis de escolaridade e pouca autonomia e controle dos recursos no domicílio parecem ter menor capacidade para cuidar adequadamente de seus filhos, bem como maior chance de estarem envolvidas em relacionamentos violentos, uma vez que a baixa escolaridade também é fator de risco para a VPI e que uma das características destes relacionamentos é o controle do homem exercido sobre a mulher ^{36,47}.

O status ocupacional da mulher é outro fator que deve ser levado em consideração na avaliação das possíveis relações entre VPI e cuidado materno. Tais relações parecem mais complexas, pois envolvem diferentes aspectos, como o nível de remuneração da mulher, a formalidade ou não do vínculo empregatício e o próprio controle (ou não) da renda ^{32,47}.

Segundo alguns autores, o prejuízo causado pelas situações de violência no âmbito familiar ao cuidado materno com a criança pode se manifestar modificando os padrões de utilização dos serviços de saúde. Apesar de o tema ser ainda pouco pesquisado, estudos recentes têm sugerido que a VPI pode ser um importante fator de risco para uma utilização inadequada dos serviços de saúde na infância ^{4,62,63,64,65}. Uma vez que o uso de serviços de saúde compreende uma das dimensões do cuidado com a criança, torna-se plausível imaginar que os processos que reduzem a capacidade das mães envolvidas em relacionamentos violentos para cuidar adequadamente de seus filhos alterem também os padrões de utilização dos serviços de saúde.

Dentre os processos que parecem estar envolvidos, destacam-se os que são vinculados aos efeitos da VPI na saúde mental da mulher. Em um estudo de seguimento que utilizou dados de 4736 crianças ⁶⁶, as mães que haviam relatado sintomas depressivos nos primeiros 4 meses após o parto apresentaram menor probabilidade de ter levado as crianças aos atendimentos médicos de rotina apropriados para cada idade durante os primeiros 2 anos de vida. Estas crianças também apresentaram menor probabilidade de ter recebido todas as vacinas recomendadas até os 2 anos de idade. Já a proporção de crianças que foram hospitalizadas ou receberam atendimento de urgência foi maior entre aquelas cujas mães haviam relatado sintomas depressivos, resultado também encontrado em outros estudos ^{67,68}.

Também é possível que o padrão de utilização dos serviços de saúde nos primeiros meses de vida da criança em famílias em situação de violência seja decorrente do precário acompanhamento da gestante durante o pré-natal, comum em famílias nesta situação ^{3,69,70,71}, uma vez que é neste momento que a mulher recebe as primeiras orientações sobre a necessidade de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em seus primeiros anos de vida e da realização de procedimentos básicos e de rotina neste período, tais como, o teste do pezinho, a vacinação e o acompanhamento nutricional ⁷².

As repercussões da VPI no padrão de utilização dos serviços também podem ser detectadas ao se comparar a realização das ações básicas de saúde em crianças filhas de pais envolvidos em situações de violência e nas demais. Os achados da revisão sistemática realizada por Bair-Merritt e colaboradores ⁴, por exemplo, sugerem uma provável associação entre a experiência de VPI e falhas no esquema de vacinação. Resultados de um estudo

realizado nos EUA com famílias em situação de risco para abuso infantil reforçam estes achados ⁶². Segundo os autores, as crianças cujas mães haviam relatado VFPI apresentaram menor probabilidade de ter as 5 visitas recomendadas ao serviço de saúde até o primeiro ano de vida e o esquema vacinal completo aos 2 anos de idade. Rivara e colaboradores ⁶⁴, em um estudo com mulheres cadastradas em um amplo sistema de prestação de serviços de saúde nos EUA, no entanto, mostraram maior uso de cuidados primários entre crianças cujas mães haviam referido VPI em algum momento desde os 18 anos, comparadas àquelas cujas mães não tinham sido expostas à VPI. Schluter e Paterson ⁶⁵, em um estudo de seguimento realizado na Nova Zelândia, também encontraram maior frequência de visitas a médicos generalistas entre crianças menores de 6 anos cujas mães haviam relatado VFPI.

O padrão de utilização de serviços de saúde entre crianças filhas de pais envolvidos em situações de violência também parece alterado no que diz respeito aos serviços de emergência. Casanueva e colaboradores ⁷³, utilizando uma amostra nacionalmente representativa de crianças reportadas em serviços de proteção à criança nos EUA, observaram maior utilização de serviços de emergência no ano anterior à entrevista entre aquelas cujas mães haviam relatado VPI grave no mesmo período. Os resultados encontrados por Rivara e colaboradores ⁶⁴ corroboram este achado; as crianças cujas mães haviam referido VPI apresentaram um número de visitas a emergências durante o período de exposição à violência significativamente maior, comparado ao apresentado por aquelas que nunca tinham sido expostas à VPI.

É importante considerar que o uso de serviços de saúde entre crianças expostas à VPI também pode refletir uma ocorrência aumentada de problemas de saúde, conforme descrito por alguns autores. Karamagi e colaboradores ⁷⁴, em um estudo realizado em Uganda, encontraram entre bebês de mulheres que haviam relatado VPI uma probabilidade duas vezes maior de apresentar uma doença aguda (diarréia, febre, tosse ou dificuldade de respirar), em comparação aos bebês de mulheres que não tinham referido VPI. Um estudo de base populacional realizado em Bangladesh apresentou resultados semelhantes – as mães que haviam sofrido VPI tinham maior probabilidade de relatar infecções agudas do trato respiratório e diarréia entre seus filhos ⁷⁵. Suglia e colaboradores ⁷⁶, utilizando uma amostra representativa dos EUA, encontraram um risco aumentado de desenvolver asma até os 3 anos de idade entre crianças cujas mães tinham relatado VPI. A ocorrência de problemas de saúde nos primeiros meses de vida pode ser determinada ainda por consequências da VPI durante a gestação, como o baixo peso ao nascer e a prematuridade ¹⁸.

Os poucos estudos sobre o tema realizados no Brasil têm mostrado que famílias com maior número de filhos, estrutura não nuclear, baixos níveis de escolaridade e engajadas em ocupações não qualificadas ou com pais desempregados apresentam menor frequência a serviços de puericultura ^{77,78,79}. No entanto, a literatura nacional carece de estudos que considerem o impacto de fatores psicossociais no uso de serviços de saúde durante a infância, em especial, de estudos que avaliem os efeitos da violência entre o casal.

2 JUSTIFICATIVA

A ampla magnitude da VPI, a gravidade de suas consequências e a escassez de estudos que avaliem o impacto deste problema nos cuidados de saúde nos primeiros meses de vida apontam para a necessidade de estudos complementares nesta área. Essa necessidade é ainda maior quando são consideradas as importantes limitações metodológicas das pesquisas existentes e as lacunas no conhecimento sobre o tema.

Como descrito nas seções anteriores, é plausível que as consequências da VPI após o parto incluam efeitos negativos na qualidade do cuidado materno e, portanto, no uso dos serviços de saúde para o cuidado com a criança. No entanto, os estudos que abordam o papel da VPI como fator de risco para o uso insuficiente, exagerado ou inadequado dos serviços de saúde ainda são recentes, em número reduzido, controversos e realizados exclusivamente em países de alta renda.

Além de propor-se a contribuir para o preenchimento destas lacunas, este estudo pretende fornecer bases para a elaboração de medidas que promovam o acompanhamento sistemático da criança em serviços de saúde, fundamental para seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. Uma forma de aumentar a eficácia de estratégias que incentivam a frequência regular da criança aos serviços de saúde é identificar precocemente as mães com risco aumentado de utilizarem de forma inadequada estes serviços. Portanto, se constatado que a VPI atua como um fator que dificulta o uso de serviços de saúde, os resultados deste estudo serão úteis para a sensibilização dos profissionais de saúde e planejadores de políticas públicas do Setor Saúde quanto à importância de identificar e rastrear situações de violência o quanto antes – no atendimento à puérpera, à gestante ou tão logo ocorra o primeiro contato entre o serviço de saúde e a mulher em idade reprodutiva – visando promover uma adequada assistência à saúde infantil.

Além disto, se as hipóteses deste estudo forem confirmadas, a detecção de problemas na utilização de serviços de saúde de puericultura poderá servir como um potencial indicador da ocorrência de VPI. Sendo assim, este estudo poderá contribuir também para a elaboração de medidas que tenham como objetivo a detecção da VPI em serviços de atendimento à criança, tendo em vista o acompanhamento dos casos para a interrupção do processo. Destaca-se aqui a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para identificar os casos envolvidos em situações de violência e lidar de forma adequada e efetiva com estas situações. Para tanto, são essenciais a atuação multidisciplinar e a articulação entre serviços de saúde e demais instituições da sociedade civil envolvidas no enfrentamento deste problema.

Dessa forma, esse estudo, o primeiro sobre este tema a ser realizado no Brasil, propõe-se a contribuir tanto para o avanço do conhecimento sobre as repercussões da violência familiar e para uma maior mobilização do sistema de saúde frente a este grave problema, quanto com os programas de investigação que se debruçam sobre os fatores relacionados aos cuidados de saúde da criança.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Estimar a magnitude da Violência Física entre Parceiros Íntimos (VFPI) entre mães de crianças menores de seis meses de idade assistidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município do Rio de Janeiro e sua relação com a utilização de serviços de saúde pelas crianças.

3.2 Específicos

- Estimar a prevalência de VFPI nos primeiros seis meses após o parto nesta clientela e em certos subgrupos de acordo com características sociodemográficas e de saúde da mãe e da criança (Artigo 1).
- Avaliar se a VFPI nos primeiros seis meses após o parto é um fator de risco para o início tardio do acompanhamento da criança em UBS (Artigo 2).
- Avaliar se a VFPI nos primeiros seis meses após o parto reduz o número de consultas da criança em UBS, levando a um número abaixo do esperado para a idade (Artigo 3).

4 MÉTODOS

4.1 Modelo teórico-conceitual que baseou os artigos 2 e 3 e operacionalização das variáveis de interesse

Com base na hipótese central deste estudo, de que a VFPI reduz a qualidade do cuidado materno e leva à utilização inadequada dos serviços de saúde nos primeiros seis meses de vida da criança, e a partir da revisão de alguns modelos já elaborados por outros autores, foi concebido um modelo teórico-conceitual que tenta representar as relações entre a VFPI e as demais dimensões envolvidas com o processo de cuidado e uso dos serviços (Figura 2).

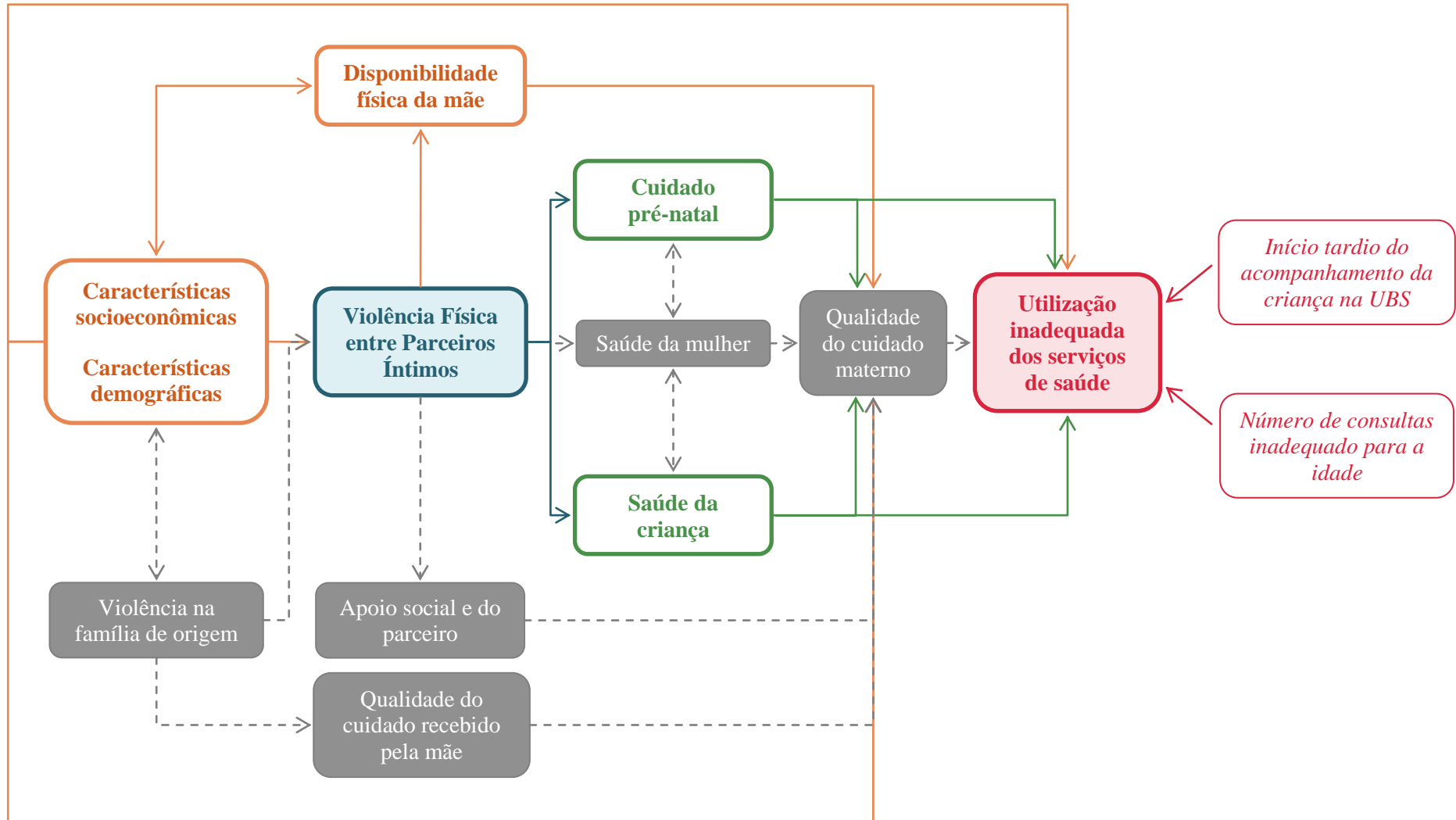
O modelo elaborado é simplificado e não tem a pretensão de esgotar todas as dimensões associadas aos processos, nem tampouco as diversas possibilidades de relação entre estas. A elaboração do mesmo teve como objetivo facilitar o mapeamento das possíveis variáveis de confusão a serem abordadas na investigação e direcionar o plano de análise da pesquisa. Logo, optou-se por construir um modelo teórico-conceitual composto por algumas das dimensões que vêm sendo mais frequentemente pesquisadas nas linhas de investigação sobre VPI, assim como aquelas que são citadas pela literatura como estando envolvidas na determinação do cuidado materno e do uso dos serviços de saúde na infância.

O primeiro passo para a construção deste modelo constituiu a definição conceitual da exposição (VFPI) e das dimensões que, supostamente, estão envolvidas nas relações entre esta exposição e o desenlace de interesse (utilização inadequada dos serviços de saúde). Em seguida, foram identificadas algumas dimensões que, por estarem associadas tanto à VPI como ao cuidado materno e ao uso dos serviços de saúde, deveriam ser consideradas como possíveis fatores de confusão no processo. A última etapa compreendeu a escolha das variáveis que representariam cada uma das dimensões que compõem o modelo, a partir de uma reflexão acerca de seus conceitos originais e possibilidades de operacionalização.

As dimensões destacadas na cor cinza não serão exploradas neste estudo, mas foram representadas para melhorar a compreensão das relações entre a exposição e o desfecho.

Nas duas próximas subseções são descritas as variáveis independentes e a variável dependente que compõem o modelo.

Figura 2 – Modelo teórico-conceitual das relações entre Violência Física entre Parceiros Íntimos e utilização de serviços de saúde.



4.1.1 Variáveis independentes

4.1.1.1 Violência física entre parceiros íntimos (VFPI): exposição de interesse central

As informações sobre a ocorrência de VFPI desde o nascimento da criança até a data da entrevista foram obtidas através da utilização da versão em português do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2), adequadamente adaptado para uso no Brasil^{80,81,82}.

A CTS2 é um instrumento estruturado e multidimensional construído especificamente para identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação de namoro, casamento ou afins. O instrumento é composto por 39 itens que descrevem estratégias utilizadas pelo respondente e, reciprocamente, pelo companheiro(a) para resolução de conflitos e desavenças. Os itens formam cinco escalas, quais sejam: Negociação, Agressão Psicológica, Violência Física, Injúria e Coerção Sexual.

Nesta pesquisa, utilizou-se a versão reduzida do instrumento que abarca apenas as escalas de Negociação, Violência Psicológica e Violência Física. Esta última é composta por 12 itens, divididos em 2 subescalas: 5 itens formam a escala de violência física menor e 7, a de violência física grave. No presente estudo foi utilizada apenas esta escala de violência. As informações sobre a violência perpetrada pelo respectivo parceiro íntimo foram obtidas por *proxi* através do relato da mãe.

As informações coletadas foram consolidadas de forma dicotômica: uma resposta positiva em pelo menos um dos itens da escala de violência física e subescalas de violência física menor e violência física grave caracterizou uma situação em que a respectiva forma de VPI foi considerada presente. Os itens referentes à violência perpetrada pela mulher e pelo homem foram considerados de forma conjunta, caracterizando a violência entre o casal.

4.1.1.2 Características socioeconômicas

A dimensão socioeconômica foi mapeada utilizando-se três variáveis, apresentadas abaixo.

- a) Indicador de bens – indicador escolhido para caracterizar a condição econômica do domicílio; é calculado da seguinte maneira:

$$IB = \sum_i (1 - f_i) b_i$$

onde i varia de 1 a 10 patrimônios; b_i é igual a 1 ou zero, respectivamente, na presença ou ausência de: rádio, geladeira ou freezer, aparelho de DVD ou videocassete, máquina de lavar roupa, microondas, telefone fixo, computador, televisão, carro particular e ar condicionado. O peso atribuído à presença de cada item foi o complemento da frequência relativa (f_i) de cada item na amostra total; quanto mais rara a presença do item, maior o peso atribuído a ele.

- b) Escolaridade materna – anos completos de estudo.
- c) Status ocupacional materno – variável categorizada em: possui trabalho remunerado com carteira assinada; possui trabalho remunerado sem carteira assinada; não possui trabalho remunerado.

4.1.1.3 Características demográficas

A dimensão foi representada pelas variáveis: idade da criança, idade materna, situação conjugal e cor de pele.

- a) Idade da criança – idade (em dias) da criança na data da entrevista.
- b) Idade materna – idade (em anos) da mãe na data da entrevista.
- c) Situação conjugal – variável categorizada em: vive com o companheiro; não vive com o companheiro.
- d) Cor da pele – variável categorizada segundo a autoclassificação da entrevistada em: branca; preta; parda; amarela; indígena.

4.1.1.4 Disponibilidade física da mãe

A disponibilidade materna para o cuidado da criança foi representada pelas variáveis: número de filhos e número de crianças menores de cinco anos do domicílio.

- a) Número de filhos – explorada na modelagem em sua forma ordinal e categorizada em: um; dois ou mais.
- b) Número de crianças menores de 5 anos no domicílio – idem acima.

4.1.1.5 Cuidado pré-natal

A dimensão foi representada pelas variáveis: número de consultas de pré-natal e início do pré-natal, além do indicador qualidade do pré-natal, construído a partir das duas primeiras.

- a) Número de consultas de pré-natal – variável categorizada em: menos de quatro; quatro ou mais.
- b) Início do pré-natal – variável caracterizada pelo mês de gestação em que ocorreu a primeira consulta de pré-natal, categorizada em: até três meses; quatro meses ou mais.
- c) Qualidade do pré-natal

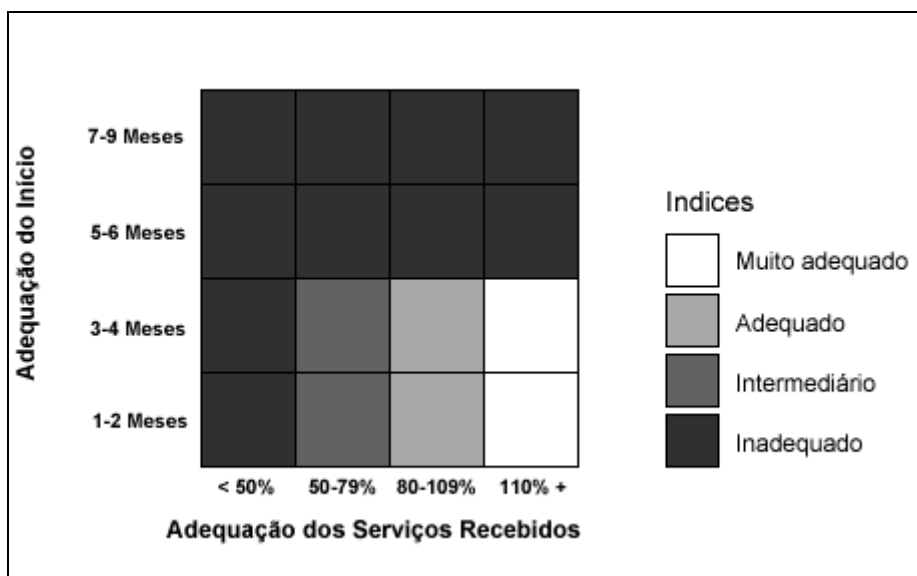
Foi avaliada através da escala *Adequacy of Prenatal Care Utilization Index* (APNCU) também denominada de índice de Kotelchuck, que conjuga informações sobre a época de início do pré-natal e o número de consultas realizadas pela gestante, previamente adaptada para uso no Brasil ⁸³. Este instrumento analisa as duas dimensões de forma independente, gerando informações sobre o grau de adequação do momento de início dos cuidados e o de adequação dos serviços recebidos, uma vez iniciada a assistência pré-natal.

Em relação ao mês do início dos cuidados, são gerados quatro grupos: meses um e dois, meses três e quatro, meses cinco e seis e meses sete a nove. A adequação dos serviços recebidos caracteriza a adequação das visitas de pré-natal recebidas no período em que a mulher estava comparecendo ao serviço de pré-natal, do início dos cuidados até o parto. O número de consultas esperado é baseado nos padrões do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) para gestações não complicadas ajustados para a idade gestacional de início dos cuidados e para a idade gestacional ao nascimento.

A medida é uma razão entre o número de visitas realizadas e o número de visitas esperadas: menor que 50% é considerado inadequado, entre 50 e 79%, intermediário, entre 80 e 109%, adequado e maior ou igual a 110%, muito adequado (permite uma classificação que excede os padrões do ACOG). Esta última categoria geralmente engloba gestantes de alto risco que realizam um grande número de consultas.

Portanto, de acordo com o Índice de Kotelchuck, a assistência pré-natal é considerada inadequada quando o início se dá após o quarto mês de gestação ou quando são realizadas menos de 50% das visitas recomendadas pelo ACOG ⁸⁴. As demais classificações podem ser conferidas na Figura 3.

Figura 3 – Índice de Kotelchuck (APNCU).



4.1.1.6 Saúde da criança

As condições de saúde da criança foram representadas pelas variáveis: peso ao nascer, ocorrência de problemas de saúde e hospitalizações desde o nascimento, aleitamento materno exclusivo e dificuldade para levar o bebê à UBS.

- Peso ao nascer – peso (em gramas) da criança ao nascer, conforme preenchido na Caderneta da Criança.
- Ocorrência de problemas de saúde – variável dicotômica (sim; não) caracterizada pelo relato materno sobre a ocorrência de problemas de saúde ao longo da vida da criança.
- Hospitalizações – variável dicotômica (sim; não) caracterizada pelo relato materno sobre a ocorrência de internações ao longo da vida da criança.
- Aleitamento materno exclusivo – variável dicotômica (sim; não) caracterizada quando a criança havia recebido apenas leite materno, com base no recordatório de 24 horas e na definição da OMS ⁸⁵.
- Dificuldade para levar o bebê à UBS – variável dicotômica caracterizada pela resposta (sim; não) ao item “você tem alguma dificuldade para trazer o bebê nesta unidade de saúde?”.

4.1.2 Variável dependente

4.1.2.1 Utilização inadequada de serviços de saúde

A utilização inadequada dos serviços de saúde foi representada pelas seguintes variáveis:

- Início tardio do acompanhamento da criança na UBS – variável dicotômica (sim; não) caracterizada pela primeira visita da criança à UBS após 60 dias de vida. Este ponto de corte foi utilizado visando discriminar aquelas com maior atraso na iniciação da vacinação básica preconizada pelo Ministério da Saúde ⁸⁶.
- Número de consultas inadequado para a idade – variável dicotômica (sim; não), caracterizada pelo número de consultas realizadas abaixo do esperado para a idade. Esta variável foi construída considerando a idade da criança no momento da entrevista e tomando como referência o Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança ⁸⁷, proposto pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que recomenda a oferta de 5 consultas nos primeiros 6 meses de vida: uma até 15 dias, uma aos 1, 2, 4 e 6 meses (Figura 4).

Figura 4 – Adequação do número de consultas na unidade básica de saúde de acordo com o Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança.

		Número de consultas					Índices
		1	2	3	4	5 +	
Idade da criança	0 – 16 dias	■	■	■	■	■	□ Inadequado ■ Adequado
	16 – 60 dias	□	■	■	■	■	
	60 – 90 dias	□	□	■	■	■	
	90 – 180 dias	□	□	□	■	■	

4.2 **Desenho e população de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, que avaliou um total de 1.082 pares de mães e respectivas crianças nos primeiros seis meses de vida que buscaram consulta pediátrica ou de puericultura em 27 Unidades Básicas de Saúde do SUS no Município do Rio de Janeiro de junho a setembro de 2007.

4.3 **Plano amostral e critérios de inclusão**

Foi realizada uma amostragem por conglomerado em dois estágios. As unidades primárias de amostragem foram as UBS do Município do Rio de Janeiro e, as unidades secundárias, as crianças atendidas nas unidades selecionadas.

Para obter uma amostra geograficamente representativa do Município do Rio de Janeiro, as UBS foram ordenadas segundo a distância euclidiana, calculada a partir das coordenadas geográficas dos estabelecimentos de saúde em relação ao Centro Administrativo do Município do Rio de Janeiro, e foram selecionadas, de forma sistemática, em caracol, com probabilidade de seleção proporcional ao número mensal médio de consultas realizadas com crianças menores de seis meses de idade no primeiro semestre de 2005. As unidades secundárias de amostragem (crianças) foram sorteadas de forma sistemática, obedecendo à ordem de saída das consultas.

O tamanho amostral total da pesquisa foi calculado assumindo-se uma margem de erro bilateral de 13% e um nível de confiança de 95%, gerando uma amostra de 27 UBS, com 40 entrevistas em cada uma, totalizando 1.080 entrevistas. Para o presente estudo, foram selecionadas as crianças cujas mães relataram ter companheiro na ocasião da entrevista. Desta forma, a amostra foi composta por 927 crianças.

4.4 **Coleta de dados**

As informações sobre a assistência à criança menor de seis meses de idade foram obtidas por meio de entrevista com a mãe da criança e através da coleta de dados em prontuário e na caderneta de saúde da criança (Anexo 1). As entrevistas foram realizadas após a consulta pediátrica, sem a presença do parceiro íntimo e garantindo-se a privacidade materna com relação às demais mães que aguardavam atendimento. O questionário aplicado foi pré-testado e avaliado em estudo piloto realizado em três

unidades de saúde. A equipe de campo responsável pela aplicação dos questionários às mães foi composta de 24 entrevistadores e seis supervisores de campo, devidamente treinados.

4.5 **Processamento e análise dos dados**

Os questionários preenchidos passaram por revisão pelos próprios entrevistadores, supervisores e revisores, antes de serem armazenados em banco de dados por meio do programa Access, por dupla digitação. A digitação foi realizada com dupla entrada em 100% dos questionários para avaliação da concordância e verificação de erros. A descrição da análise estatística dos dados está apresentada nas seções de Métodos de cada artigo científico.

4.6 **Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Seguindo-se a orientação da Declaração de Helsinki e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) ⁸⁸, os dados foram colhidos mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2), contendo informações detalhadas da pesquisa, identificação da coordenação da pesquisa, garantia da confidencialidade das informações e de sua utilização apenas de forma agregada e a não obrigatoriedade da participação no estudo.

5 ARTIGOS CIENTÍFICOS

5.1 Artigo 1 – Prevalência de violência física entre parceiros íntimos entre mães de crianças menores de seis meses atendidas em unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil

5.1.1 Resumo

Este estudo objetivou estimar a prevalência de Violência Física entre Parceiros Íntimos (VFPI) nos primeiros seis meses após o parto entre mães de crianças menores de seis meses de idade assistidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo transversal que incluiu 927 mães/bebês, selecionados de forma sistemática entre as que haviam procurado atendimento em 27 UBS no Município do Rio de Janeiro. As informações sobre a ocorrência de VFPI foram obtidas por meio do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales*. 30,0% [IC95%: 26,2-33,8%] das mães relataram alguma forma de VFPI e 14,0% [IC95%: 11,0-17,0%] referiram VFPI grave. A VFPI ocorreu principalmente entre mães em situação socioeconômica desfavorável e que apresentavam falhas no cuidado pré-natal, na amamentação e na utilização do serviço de saúde. A ampla magnitude da VFPI reforça a necessidade de enfrentamento imediato do problema. Para isso, é fundamental que os serviços de assistência à saúde materno-infantil estejam articulados a outras redes de apoio e os profissionais de saúde, preparados para lidar com o problema.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Serviços de saúde, Saúde Materno-Infantil, Prevalência, Estudos Transversais.

5.1.2 Introdução

É cada vez mais reconhecido que a violência física entre parceiros íntimos (VFPI) representa um importante problema de saúde pública no nível global, que ocorre em todos os países, independentemente do grupo social, econômico, religioso ou cultural ¹. Prevalências elevadas têm sido evidenciadas tanto em estudos internacionais ^{1,2} quanto no Brasil ^{3,4}. No primeiro e maior estudo nacional sobre o tema, realizado em 15 estados e no Distrito Federal, as prevalências de VFPI menor e grave foram de 21,5% e 12,9%, respectivamente, considerando os atos cometidos tanto pelo homem quanto pela mulher ³.

A magnitude da VFPI também é elevada durante a gestação e nos primeiros meses após o parto, períodos críticos tanto para a saúde da mulher quanto para a saúde da criança ^{5,6,7,8}. Os primeiros meses após o parto são caracterizados por modificações no relacionamento entre o casal, provocadas por fatores como as demandas do novo bebê, a privação do sono, o aumento da responsabilidade financeira, a reduzida atividade sexual e as mudanças físicas e hormonais experimentadas pela mãe, alterações que podem elevar o estresse no casal e favorecer a ocorrência de VFPI ⁹. No Brasil, estudo conduzido com mães de crianças de até 5 meses de idade atendidas em 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município do Rio de Janeiro em 2007, estimou em 16,2% a prevalência de VFPI após o parto. Segundo os autores, a prevalência de VFPI nesse período foi cerca de oito vezes maior entre casais que também tinham vivenciado a violência na gestação, quando comparada àqueles que não haviam experimentado essa situação ¹⁰.

A relevância desse problema aumenta consideravelmente à luz de suas consequências, que atingem não só os pares envolvidos, como também suas famílias e a comunidade onde se inserem ¹¹. Pesquisas recentes desenvolvidas pelo Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar têm evidenciado sérias consequências da VPI à saúde materno-infantil, como sangramentos ¹² e reduzido ganho de peso materno durante a gestação ¹³, início tardio do cuidado pré-natal ¹⁴, depressão pós-parto ¹⁵, desmame precoce ¹⁶, desnutrição infantil ¹⁷, atraso e inadequação do acompanhamento da criança nos serviços de atenção básica à saúde ¹⁸.

Apesar de tantas repercussões na saúde de mães e bebês e do crescente número de publicações sobre o tema no contexto internacional, no Brasil, as informações sobre a magnitude da violência na gestação e especialmente nos primeiros meses após o parto

ainda são baseadas em um pequeno número de pesquisas. Visando ampliar estas evidências, este estudo pretende estimar a prevalência e os grupos mais vulneráveis de Violência Física entre Parceiros Íntimos (VFPI) nos primeiros seis meses após o parto entre mães de crianças menores de seis meses de idade assistidas em Unidades Básicas de Saúde do Rio de Janeiro.

5.1.3 Métodos

5.1.3.1 Desenho, população de estudo e coleta de dados

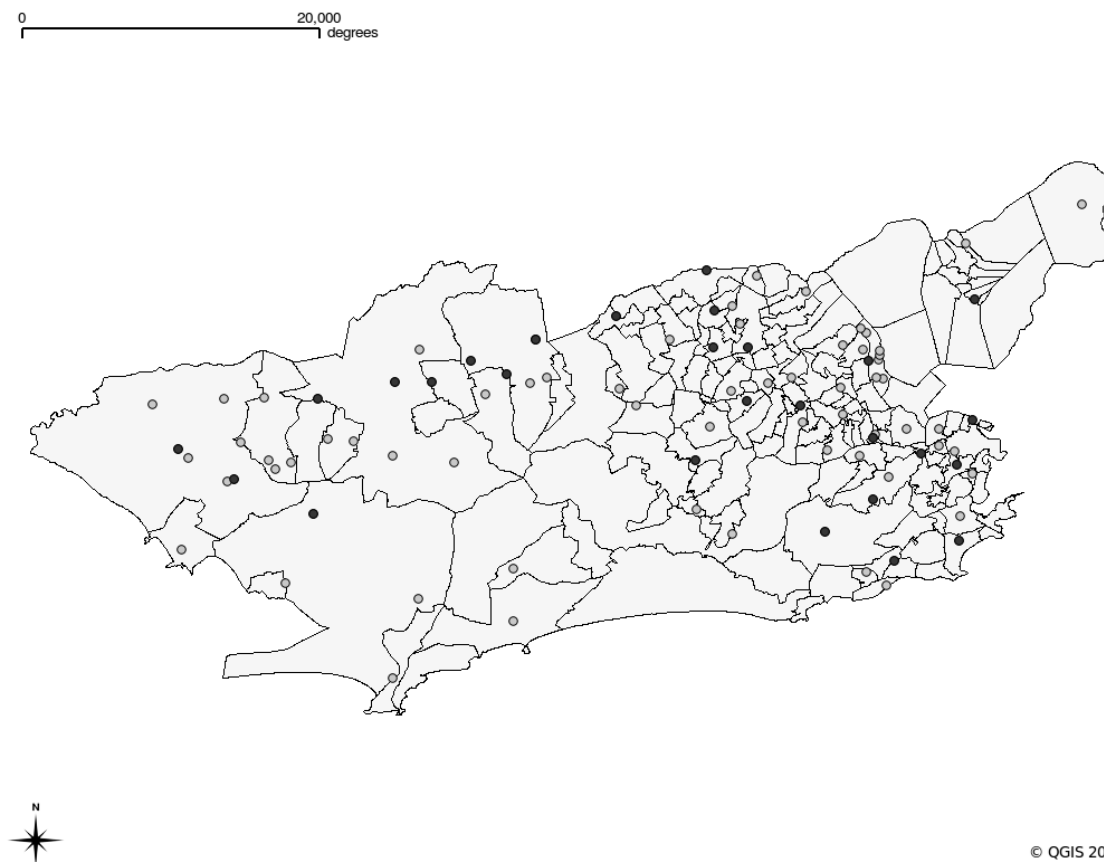
Trata-se de um estudo transversal que está inserido no projeto interinstitucional “Avaliação da qualidade da assistência à criança menor de seis meses na rede SUS do Município do Rio de Janeiro”, coordenado por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

A população estudada incluiu 927 crianças nos primeiros seis meses de vida cujas mães relataram ter companheiro na ocasião da entrevista dentre aquelas que buscaram consulta pediátrica ou de puericultura em 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do SUS no Município do Rio de Janeiro entre junho e setembro de 2007.

O mapa apresentado na Figura 5 mostra a localização de todas as UBS do município do Rio de Janeiro e destaca as Unidades selecionadas para compor a amostra. A distribuição das UBS selecionadas por todas as regiões administrativas do município ilustra a boa representatividade geográfica da amostra.

Para a seleção das participantes foi realizada uma amostragem por conglomerado em dois estágios. As unidades primárias de amostragem foram as UBS e as unidades secundárias, as crianças atendidas nas UBS selecionadas. Para obter uma amostra geograficamente representativa do município, as UBS foram ordenadas segundo a distância euclidiana, calculada a partir das coordenadas geográficas dos estabelecimentos de saúde em relação ao Centro Administrativo do Município do Rio de Janeiro, e subsequentemente selecionadas de forma sistemática, em caracol, com probabilidade de seleção proporcional ao número mensal médio de consultas realizadas com crianças menores de seis meses de idade no último ano com informações disponíveis na ocasião do planejamento do estudo (2005). As unidades secundárias de amostragem (crianças) foram selecionadas de forma sistemática, obedecendo à ordem de saída das consultas.

Figura 5 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas para o estudo (pontos escuros) e demais UBS do município. Rio de Janeiro, Brasil.



As informações foram obtidas através de entrevista com a mãe da criança utilizando-se um questionário estruturado, pré-testado e avaliado em estudo piloto, aplicado por entrevistadoras devidamente treinadas. As entrevistas foram realizadas após a consulta pediátrica, sem a presença do parceiro íntimo e garantindo-se a privacidade materna com relação às demais mães que aguardavam atendimento.

5.1.3.2 Operacionalização das variáveis

A condição econômica do domicílio foi avaliada utilizando-se o indicador de bens, calculado da seguinte maneira:

$$IB = \sum_i (1 - fi) bi$$

onde i varia de 1 a 10 patrimônios; bi é igual a 1 ou zero, respectivamente, na presença ou ausência de: rádio, geladeira ou freezer, aparelho de DVD ou videocassete, máquina de lavar roupa, microondas, telefone fixo, computador, televisão, carro particular e ar condicionado. O peso atribuído à presença de cada item foi o complemento da

frequência relativa (f_i) de cada item na amostra total; quanto mais rara a presença do item, maior o peso atribuído a ele.

As informações sobre a ocorrência de VFPI desde o nascimento da criança até a data da entrevista foram obtidas através da utilização da versão em português do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2), adequadamente adaptado para uso no Brasil^{19,20,21}. Foram consideradas em situação de VFPI as mulheres que responderam de forma positiva a pelo menos um dos 12 itens da escala de violência física, referentes à violência perpetrada pela mulher e/ou pelo companheiro.

Para classificar a qualidade do pré-natal foi utilizada a escala *Adequacy of Prenatal Care Utilization Index* (APNCU), também denominada de índice de Kotelchuck, que conjuga informações sobre a época de início do pré-natal e o número de consultas realizadas pela gestante²², previamente adaptada para uso no Brasil²³. As demais variáveis são autoexplicativas e estão apresentadas na primeira tabela da seção de Resultados.

5.1.3.3 Análise de dados

O programa Stata 12.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos)²⁴ foi utilizado para a análise. Testes exatos de Fisher foram utilizados para testar a heterogeneidade das prevalências de VFPI nos subgrupos populacionais. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando o p-valor foi menor do que 0,05.

A análise foi realizada com a rotina svy do programa Stata 12.0 para lidar com o fato de os dados serem oriundos de uma amostragem complexa por conglomerados.

5.1.3.4 Questões éticas

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz (parecer n°. 132/06 de 7 de março de 2007) e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (parecer n°. 74A/2007 de 18 de junho de 2007). Os dados foram colhidos mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, que garantia a confidencialidade das informações. Todos os demais procedimentos estiveram de acordo com a Declaração de Helsinque.

5.1.4 Resultados

A população de estudo foi composta predominantemente por crianças com idade entre 2 e 6 meses e mulheres adultas, que viviam com o companheiro e se autorreferiam brancas ou pardas. Pouco mais da metade das mães (54,1%) tinham 2 ou mais filhos e na maioria dos domicílios havia apenas uma criança menor de 5 anos. A maior parte das mulheres tinha pelo menos o Ensino Fundamental completo e possuía emprego informal ou não trabalhava no momento da entrevista (Tabela 1).

Tabela 1 – Características da população de estudo quanto a aspectos sociodemográficos. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

Variáveis	Distribuição	
	n	% (IC 95%)
Idade da criança		
0 – 30 dias	101	12,3 (8,1-16,5)
30 – 60 dias	216	21,7 (17,9-25,5)
60 – 180 dias	610	66,0 (61,6-70,4)
Idade materna (anos)		
20 ou mais	771	81,5 (77,9-85,1)
Abaixo de 20	155	18,5 (14,9-22,1)
Situação conjugal		
Vive com o companheiro	821	88,4 (85,9-90,9)
Tem companheiro, mas não vive com ele	106	11,6 (9,1-14,1)
Cor da mãe		
Branca/Parda	740	77,2 (73,0-81,4)
Preta/Amarela/Indígena	187	22,8 (18,6-27,0)
Número de filhos		
1	416	45,8 (40,8-50,8)
2 ou mais	510	54,2 (49,2-59,2)
Número de crianças menores de 5 anos		
1	637	69,4 (67,0-71,8)
2 ou mais	290	30,6 (28,2-33,0)
Indicador de bens		
> 2	251	26,9 (24,1-29,6)
> 1 e ≤ 2	238	23,9 (19,2-28,6)
≤ 1	438	49,2 (44,1-54,3)
Escolaridade materna		
Ensino Fundamental completo ou mais	560	56,6 (49,0-64,2)
Nenhuma ou Ensino Fundamental incompleto	367	43,4 (35,8-51,0)
Trabalho materno		
Possui emprego formal	270	28,8 (25,6-32,0)
Possui emprego informal/Não trabalha	657	71,2 (68,0-74,5)

Na Tabela 2 é apresentada a distribuição da população de acordo com características de saúde da mãe e da criança. A maioria das mães teve um pré-natal considerado mais que adequado, adequado ou intermediário, com 4 ou mais consultas e iniciado antes de 4 meses de gestação. Aproximadamente 7% das crianças haviam nascido com baixo peso e 8% já tinham sido hospitalizadas. No momento da entrevista, 58,6% dos bebês estavam em aleitamento materno exclusivo. O percentual de mães que referiram dificuldade para levar o bebê à UBS foi de 23,3%.

Tabela 2 – Características da população de estudo quanto saúde materno-infantil. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

Variáveis	Distribuição	
	n	% (IC 95%)
Qualidade do pré-natal		
Intermediário/Adequado/Mais que adequado	806	87,5 (85,8-89,3)
Não fez pré-natal/Inadequado	116	12,5 (10,8-14,2)
Número de consultas de pré-natal		
4 ou mais	883	94,7 (91,9-97,6)
Menos de 4	32	5,3 (2,4-8,2)
Início do pré-natal		
Até 3 meses	703	75,8 (72,8-78,7)
4 meses ou mais	223	24,2 (21,3-27,2)
Peso ao nascer		
2.500 gramas ou mais	853	92,7 (81,1-94,4)
1.000 a 2.500	71	7,3 (5,6-8,9)
Hospitalizações		
Nenhuma	840	91,7 (89,1-94,4)
1 ou mais	83	8,3 (5,6-10,9)
Aleitamento materno exclusivo		
Sim	539	58,6 (55,5-61,7)
Não	385	41,4 (38,3-44,5)
Dificuldade para levar o bebê à UBS		
Não	711	76,7 (72,7-80,7)
Sim	216	23,3 (19,3-27,3)

Como pode ser visto na Tabela 3, 30% das mulheres relataram ter se envolvido em pelo menos 1 ato de violência física com seu parceiro íntimo, como vítima ou autora, desde o nascimento da criança até o momento da entrevista. A proporção de mulheres que relataram violência física grave foi de 14%. A violência cometida pela mulher foi mais frequente do que aquela cometida pelo homem. A prevalência de

violência física foi 37% maior quando as mulheres eram as autoras, diferença que aumentou para 42% ao se considerar a violência física grave.

Tabela 3 – Estimativas de prevalência de Violência Física entre Parceiros Íntimos de acordo com autor e total. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.^a

Violência física	Homem → Mulher	Mulher → Homem	Total
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Menor	17,5 (14,8-20,3)	23,2 (18,8-27,6)	28,2 (24,0-32,4)
Grave	7,9 (5,8-10,1)	11,2 (8,3-14,0)	14,0 (11,0-17,0)
Total	18,3 (15,3-21,2)	25,0 (21,1-28,9)	30,0 (26,2-33,8)

^a n=923.

A Tabela 4 apresenta as prevalências de violência física menor e grave em diferentes subgrupos. A VFPI ocorreu principalmente entre mães adolescentes, que não viviam com o companheiro, se autorreferiam pretas e moravam em domicílios com mais de uma criança menor de 5 anos. Mulheres com menor escolaridade e que possuíam emprego informal ou não trabalhavam também foram mais frequentemente envolvidas. Quanto aos aspectos relacionados à saúde materno-infantil, nota-se que a violência física grave ocorreu predominantemente entre mulheres que não haviam feito pré-natal ou que haviam feito o acompanhamento de forma inadequada e entre aquelas que tinham comparecido a menos de 4 consultas pré-natais. A prevalência de VFPI grave também foi maior entre mães de crianças que não estavam em aleitamento materno exclusivo e entre aquelas que relataram ter dificuldade para ir à UBS.

Tabela 4 – Estimativas de prevalência de Violência Física entre Parceiros Íntimos em subgrupos. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

Variáveis	VFPI menor		VFPI grave	
	% (IC 95%)	Valor de p	% (IC 95%)	Valor de p
Idade da criança [N=923]				
0 – 30 dias	14,0 (9,1-20,8)		7,7 (2,6-20,4)	
30 – 60 dias	23,1 (15,8-32,4)	< 0,000	15,0 (8,7-24,5)	0,340
60 – 180 dias	32,5 (28,2-37,2)		14,8 (12,0-18,1)	
Idade materna (anos) [N=922]				
20 ou mais	25,7 (21,6-30,4)	0,024	11,1 (8,6-14,1)	< 0,000
Abaixo de 20	38,2 (28,7-48,7)		26,7 (20,3-34,4)	
Situação conjugal [N=923]				
Vive com o companheiro	27,8 (23,6-32,5)	0,442	12,2 (9,2-16,1)	0,002
Tem companheiro, mas não vive com ele	31,3 (23,0-41,1)		27,3 (18,8-37,8)	
Cor da mãe [N=923]				
Branca/Parda	26,0 (22,2-30,1)	0,008	11,8 (9,6-14,5)	< 0,000
Preta/Amarela/Indígena	35,8 (28,2-44,2)		21,2 (15,4-28,4)	
Número de filhos [N=922]				
1	29,6 (25,6-33,9)	0,369	15,9 (12,7-19,7)	0,106
2 ou mais	27,0 (21,8-33,0)		12,3 (8,9-16,7)	
Número de crianças menores de 5 anos [N=923]				
1	26,8 (22,1-32,2)	0,369	12,3 (9,4-15,9)	0,001
2 ou mais	31,3 (23,4-40,6)		17,7 (14,5-21,5)	
Indicador de bens [N=923]				
> 2	24,6 (16,5-34,9)	0,451	12,1 (5,7-23,9)	0,806
> 1 e ≤ 2	33,0 (24,3-43,1)		14,0 (8,7-21,6)	
≤ 1	27,8 (20,8-36,2)		15,0 (9,6-22,6)	
Escolaridade materna [N=923]				
Ensino Fundamental completo ou mais	24,4 (19,7-29,8)	0,002	10,7 (7,7-14,7)	< 0,000
Nenhuma ou Ensino Fundamental incompleto	33,2 (29,0-37,6)		18,2 (14,8-22,2)	
Trabalho materno [N=923]				
Possui emprego formal	23,1 (17,8-29,4)	0,032	9,6 (6,4-14,1)	0,006
Possui emprego informal/Não trabalha	30,3 (25,6-35,4)		15,7 (12,6-19,4)	

Tabela 4 – (Continuação)

Variáveis	VFPI menor		VFPI grave	
	% (IC 95%)	Valor de p	% (IC 95%)	Valor de p
Qualidade do pré-natal [N=918]				
Intermediário/Adequado/Mais que adequado	26,3 (22,1-31,0)	0,073	12,7 (10,1-15,7)	0,010
Não fez pré-natal/Inadequado	40,7 (26,1-57,2)		22,3 (14,4-33,0)	
Número de consultas de pré-natal [N=911]				
4 ou mais	26,1 (21,6-31,2)	0,064	12,4 (9,5-16,1)	0,001
Menos de 4	62,4 (24,4-89,6)		36,3 (21,1-54,8)	
Início do pré-natal [N=922]				
Até 3 meses	25,6 (21,3-30,5)	0,067	11,9 (8,4-16,7)	0,076
4 meses ou mais	36,9 (26,3-48,8)		20,7 (13,8-29,7)	
Peso ao nascer [N=920]				
2.500 gramas ou mais	28,1 (24,2-32,3)	0,591	13,3 (10,4-16,9)	0,125
1.000 a 2.500	31,5 (19,4-46,8)		23,0 (11,8-40,0)	
Hospitalizações [N=920]				
Nenhuma	27,7 (23,7-32,0)	0,322	13,8 (11,2-16,8)	0,616
1 ou mais	34,3 (21,5-49,9)		15,8 (8,5-27,5)	
Aleitamento materno exclusivo [N=920]				
Sim	26,8 (21,9-32,3)	0,379	11,5 (9,2-14,3)	< 0,000
Não	30,4 (24,1-37,5)		17,4 (13,6-22,0)	
Dificuldade para levar o bebê à UBS [N=923]				
Não	26,3 (22,5-30,5)	0,057	11,8 (9,2-15,0)	0,029
Sim	34,3 (25,7-44,1)		21,0 (13,4-31,4)	

5.1.5 Discussão

A distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para a pesquisa é semelhante à do conjunto de UBS do município do Rio de Janeiro, o que indica que as Unidades selecionadas são representativas do conjunto de UBS do município. O perfil da população de estudo compreendeu uma grande parcela de mulheres com 20 anos ou mais de idade, primípara, com baixo grau de escolaridade e que não possuía emprego formal, da mesma forma que o encontrado em estudo anterior com amostra representativa de usuárias²⁵, o que também sugere que a amostra seja representativa do conjunto de mães que fazem o acompanhamento de seus filhos em UBS do município. Sendo assim, os resultados da pesquisa podem ser transpostos para o contexto das demais UBS do município do Rio de Janeiro.

Este estudo evidenciou que as prevalências de VFPI nos primeiros 6 meses após o parto foram de 30% ao se considerar a mulher como vítima ou autora e de quase 20% para os abusos cometidos contra a mulher. Esses valores são bastante elevados quando comparados àqueles encontrados na literatura. Estudo conduzido também no Rio de Janeiro em 2007, porém com uma amostra restrita a 5 UBS, estimou em 16,2% a prevalência de VFPI nos primeiros 5 meses após o nascimento da criança¹⁰. Enquanto em Recife, entre mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família, 12,1% relataram ter sido vítimas de VFPI no primeiro ano após o parto²⁶. Pesquisas que avaliaram a prevalência de violência física contra a mulher ao longo do primeiro ano após o parto realizadas nos EUA^{7,27}, Inglaterra²⁸, Suécia²⁹, Austrália³⁰ e China³¹ apresentaram valores inferiores a 10%, o que coloca a prevalência encontrada neste estudo acima dos limites superiores internacionais.

Algumas questões metodológicas podem ter contribuído para as altas frequências de VFPI encontradas. É provável que a utilização de um instrumento com boas propriedades psicométricas, largamente utilizado na literatura e adaptado para uso no Brasil^{19,20,21} tenha agregado valor ao processo de mensuração e diminuído as chances de subestimação da violência. Das pesquisas internacionais citadas, apenas Gartland e colaboradores³⁰, que encontraram uma prevalência de violência física no primeiro ano após o nascimento da criança de 7,6%, utilizaram um instrumento estruturado para avaliar a ocorrência de violência entre o casal. A maioria dos estudos aplicaram questões isoladas, o que pode ter favorecido uma subestimação dos resultados. Além disso, a aplicação do questionário por uma equipe de campo devidamente treinada, sem a presença do parceiro íntimo e garantindo-se a privacidade materna com relação às demais mães que aguardavam atendimento também pode ter contribuído para uma aferição mais refinada da VFPI.

As elevadas prevalências de violência entre o casal também podem estar relacionadas ao perfil da população de estudo, caracterizado pela predominância de mulheres em situação socioeconômica desfavorável. A maior probabilidade de ocorrência de VFPI entre mães com menor escolaridade e em situação ocupacional instável descrita neste estudo e na literatura³² corrobora essa proposição. Além disso, o perfil da amostra estudada foi diferente daqueles apresentados nas pesquisas realizadas em outros países. As populações dos estudos internacionais caracterizam-se por maiores proporções de mulheres com melhores níveis educacionais e econômicos^{7,27,28,29,30,31} do

que a amostra deste estudo, o que possivelmente contribui para essas disparidades entre as prevalências de VFPI.

É importante ressaltar que a prevalência de VFPI poderia ter sido ainda maior se o desenho do estudo tivesse sido um inquérito de base populacional e não uma amostra de mulheres que frequentavam as UBS para o acompanhamento de seus filhos. Outros resultados provenientes do mesmo estudo de base² corroboram essa hipótese ao indicarem que mães envolvidas em relacionamentos violentos frequentam menos os serviços de saúde para o acompanhamento de rotina da criança. Portanto, é possível que a ocorrência de VFPI entre mulheres afastadas dos serviços seja ainda maior do que na amostra estudada. Seria interessante que estudos de base populacional fossem realizados para que mulheres que não frequentam ou que frequentam pouco as UBS também pudessem ser selecionadas.

Outra questão a ser destacada diz respeito às mulheres terem sido com mais frequência autoras do que vítimas dos atos de abuso físico, achado que é consistente com a literatura^{33,34}. Características culturais podem estar relacionadas a esses resultados, uma vez que é plausível propor que as mulheres brasileiras são permissivas quanto ao contato físico, o que pode facilitar a ocorrência de atos de agressão física em situações de conflito⁸. Além disso, pesquisas populacionais são mais aptas a detectar situações de violência moderada em que é mais comum a participação ativa da mulher³. Entretanto, também deve ser considerada a possibilidade de subestimação da violência cometida pelo homem. Algumas mulheres podem não ter revelado os atos de violência sofridos por medo de retaliação e mais violência ou para “proteger” seus parceiros⁸. Deste modo, seria interessante que pesquisas futuras utilizassem o relato tanto da mulher quanto do homem visando ampliar o conhecimento sobre o tema.

Consistente com o que mostra a literatura, quanto aos aspectos socioeconômicos, os subgrupos que apresentaram maiores prevalências de VFPI foram as mães adolescentes, que não viviam com o companheiro, se autorreferiam pretas, moravam em domicílios com mais de uma criança menor de 5 anos, tinham menor escolaridade e possuíam emprego informal ou não trabalhavam. Além disso, os resultados deste estudo apontam que características de saúde e cuidado materno-infantil podem estar relacionadas a maiores frequências de abusos. Mães que tiveram um cuidado pré-natal

² Gaudard e Silva A, Moraes CL, Reichenheim ME. Violência Física entre Parceiros Íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em Unidades Básicas de Saúde do Rio de Janeiro? Artigo submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública em 17 de janeiro de 2012.

insatisfatório, que não estavam oferecendo aleitamento materno exclusivo aos seus filhos ou que relataram dificuldade para ir ao serviço básico de saúde estiveram mais frequentemente envolvidas em relacionamentos violentos.

Conforme apontado em estudos anteriores ¹⁰, características relacionadas a maiores frequências de abusos devem servir aos profissionais de saúde como eventos-sentinelas para a suspeição de violência conjugal, ou seja, ponto de partida para abordagens mais detalhadas com a utilização de instrumentos específicos para rastreamento da violência e/ou com o acompanhamento da família por outros serviços. Nesse sentido, o conhecimento de que falhas no cuidado pré-natal, na amamentação e na utilização do serviço de saúde podem sinalizar a ocorrência de violência pode ser bastante promissor nas ações de detecção da VPI em serviços de assistência à criança, já que estas são questões rotineiramente apreciadas pelos profissionais. Contudo, estratégias de enfrentamento da violência não devem se restringir a nenhum subgrupo populacional, pois muitos casos não possuem o perfil comumente descrito como de maior risco.

A ampla magnitude da violência entre o casal encontrada reforça o que já vem sendo aclamado por pesquisadores da área – a necessidade de enfrentamento imediato do problema. Os serviços de saúde são locais estratégicos para detectar riscos e identificar os casos de violência familiar, uma vez que a procura por serviços especializados, como Delegacias de Proteção à Mulher e Conselhos Tutelares, ainda é bastante estigmatizada. As oportunidades de rastrear situações de violência durante o pré-natal e no início da vida da criança são ainda maiores, pois os contatos da mulher com profissionais de saúde ocorrem com maior frequência do que em outros períodos de vida. Desta forma, é fundamental que os profissionais de saúde que atuam junto às famílias durante estes ciclos de vida estejam sensibilizados à questão da violência promovendo um ambiente seguro e acolhedor, favorável a revelação da situação.

Diante da complexidade do problema, é importante que os serviços de assistência à saúde materno-infantil estejam articulados a outras redes de apoio e os profissionais de saúde, preparados para lidar com o problema de forma adequada. Nesse contexto, entende-se que é preciso depositar esforços na execução de estratégias e políticas que já vem sendo elaboradas há algum tempo ^{35,36,37}, tendo em vista a redução da violência e a promoção da saúde no seu sentido mais amplo.

5.1.6 Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
2. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, WHO, 2005.
3. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica* 2006; 22:109-121.
4. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica* 2007; 41:797-807.
5. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters* 2010; 18:158-70.
6. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5:47-64.
7. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA* 2001; 285:1581-1584.
8. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79:269-277.
9. Stewart DE. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. *CMAJ* 1994; 151:1601-4.
10. Moraes CL, Tavares da Silva TS, Reichenheim ME, Azevedo GL, Dias Oliveira AS, Braga JU. Physical violence between intimate partners during pregnancy and postpartum: a prediction model for use in primary health care facilities. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011; 25:478-486.
11. Gunter J. Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34:367-88.
12. Moraes CL, Reichenheim M, Nunes AP. Severe physical violence among intimate partners: a risk factor for vaginal bleeding during gestation in less privileged women? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88:1041-8.

13. Moraes CL, Amorim AR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 95:254-60.
14. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saude Publica* 2010; 44:667-676.
15. Lobato G, Moraes C, Dias A, Reichenheim M. Alcohol misuse among partners: a potential effect modifier in the relationship between physical intimate partner violence and postpartum depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011:1-12.
16. Moraes CL, de Oliveira ASD, Reichenheim ME, Lobato G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. *Public Health Nutr* 2011; 14:2148-2155.
17. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2006; 20:299-311.
18. Gaudard e Silva A, Moraes CL, Reichenheim ME. Violência Física entre Parceiros Íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em Unidades Básicas de Saúde do Rio de Janeiro? *Cad Saude Publica* 2012; submetido à publicação.
19. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saude Publica* 2002; 18:163-176.
20. Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saude Publica* 2002; 18:783-796.
21. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Issues* 1996; 17:283-316.
22. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84:1414-20.
23. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as

- características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2004; 20:S63-S72.
24. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 12*. College Station (TX): Stata Corporation, 2011.
 25. Castro IRR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RVFV, Gomes MASM. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. *Rev Saude Publica* 2009; 43:1021-1029.
 26. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TVBd, Valongueiro SA. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev Saude Publica* 2011; 45:1044-1053.
 27. Charles P, Perreira K. Intimate partner violence during pregnancy and 1-year post-partum. *J Fam Violence* 2007; 22:609-619.
 28. Bowen E, Heron J, Waylen A, Wolke D, and the Ast. Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG* 2005; 112:1083-1089.
 29. Rubertsson C, Hildingsson I, Rådestad I. Disclosure and police reporting of intimate partner violence postpartum: a pilot study. *Midwifery* 2010; 26:e1-e5.
 30. Gartland D, Hemphill SA, Hegarty K, Brown SJ. Intimate Partner Violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. *Matern Child Health J* 2010.
 31. Guo SF, Wu JL, Qu CY, Yan RY. Physical and sexual abuse of women before, during, and after pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 84:281-286.
 32. Moraes CL, Peres MFT, Reichenheim ME. Epidemiologia das violências interpessoais. In: Filho NA, Barreto M, eds. *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
 33. Straus MA, Gelles RJ. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8145 families*. New Brunswick: Transaction Publisher, 1995.
 34. Jasinski JL, Williams LM. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. London: SAGE Publications, Inc., 1998.
 35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências*:

- orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
 37. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília, 2001.

5.2 **Artigo 2 – Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro?**³

5.2.1 Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar se a violência física entre parceiros íntimos (VFPI) é um fator de risco para o início tardio do acompanhamento da criança em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Trata-se de um estudo transversal que incluiu 927 mães/bebês com até seis meses de vida atendidos em 27 UBS no Município do Rio de Janeiro. Ter ido pela primeira vez à UBS após 60 dias de vida foi considerado o desfecho de interesse. Interações entre VFPI; trabalho materno e qualidade do pré-natal foram exploradas utilizando-se a regressão logística multivariada. A VFPI nos primeiros seis meses de vida da criança foi um fator de risco independente para o início tardio do acompanhamento da criança em mulheres que não tinham ocupação formal (OR: 3,1; IC95%: 1,5-6,3) e naquelas que não haviam realizado um pré-natal adequado (OR: 4,8; IC95%: 2,4-9,5). Os resultados apontam para a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para rastrear situações de VFPI no pré-natal e na puericultura, visando ao seu enfrentamento e à promoção de uma adequada assistência materno-infantil.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Serviços de saúde, Saúde Materno-Infantil, Cuidado da Criança, Estudos Transversais.

³ Artigo submetido à Revista *Cadernos de Saúde Pública* em 17 de janeiro de 2012.
Autores: Aline Gaudard e Silva, Claudia Leite de Moraes e Michael Eduardo Reichenheim.

5.2.2 Introdução

A promoção e proteção à vida e à saúde são direitos de toda criança que devem ser garantidos por meio de políticas públicas. No campo da saúde, essas políticas envolvem, dentre outras, o acesso aos serviços de saúde. A assistência à saúde da criança inclui diversas linhas de cuidado que se iniciam ainda na atenção à saúde da mulher antes da concepção, perpassam a gestação e continuam depois do parto. Após o nascimento do bebê, ações como a triagem neonatal, o incentivo e apoio ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a imunização são fundamentais para a promoção da saúde e para a prevenção, detecção precoce e tratamento de agravos. Para que essas ações sejam realizadas de forma adequada e alcancem os objetivos propostos, o acompanhamento da criança no serviço de saúde deve se iniciar em suas primeiras semanas de vida, período em que ela está mais vulnerável e em que ocorre a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce, importante ameaça ao crescimento e desenvolvimento saudáveis ^{1,2}.

Apesar da importância de se iniciar o acompanhamento da criança precocemente, percebe-se que apenas o conhecimento sobre os benefícios desta atenção por parte de seus responsáveis não é suficiente para a garantia da procura pelo serviço ^{3,4}. Com o objetivo de melhorar o acesso e o uso dos serviços de saúde para a atenção à criança, alguns estudos têm buscado identificar as condições que parecem dificultar sua utilização regular. A literatura sugere que os determinantes do uso de serviços de saúde na infância incluem não só o estado de saúde da criança, mas também atributos maternos e familiares, como características demográficas e socioeconômicas, atitudes, valores e conhecimentos sobre saúde e doença, bem como características dos próprios serviços, tais como qualidade do atendimento, horário de funcionamento e facilidade ou não de acesso ^{5,6}.

Além desses, fatores psicossociais maternos também parecem interferir no cuidado da criança. Segundo a revisão sobre os determinantes do uso de serviços de saúde para atendimento pediátrico primário realizada por Janicke e Finney ⁶, estresse, ansiedade, humor negativo, problemas psicológicos de forma geral e baixos níveis de apoio social estariam entre esses fatores. Ainda que com um alerta para os poucos estudos direcionados ao tema, esses autores também sugerem que o alto nível de conflito familiar influencia a utilização de serviços de saúde.

A hipótese de que conflitos familiares podem estar participando do processo que afasta tanto a mulher quanto a criança dos serviços de saúde também se sustenta quando se considera a literatura do campo da violência familiar ^{7,8,9}. Segundo a literatura, a violência entre parceiros íntimos (VPI) traz sérios e graves impactos à saúde da mulher, tais como lesões, dores crônicas, distúrbios psicossomáticos, depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, dentre outros ¹⁰, que podem reduzir a capacidade materna de cuidar adequadamente de seus filhos ^{8,11}. Segundo Yount e colaboradores ⁹, em recente e ampla revisão sobre os impactos da violência familiar no crescimento e estado nutricional da criança, os efeitos físicos e psicológicos da violência vivenciada pelas mães parecem afetar a procura por serviços pediátricos.

Os achados de outra revisão sistemática, realizada por Bair-Merritt e colaboradores ⁷, também sugerem uma associação entre a experiência de VPI e falhas na frequência aos serviços e no esquema de vacinação. Resultados de um estudo realizado nos EUA com famílias em situação de risco para abuso infantil reforçam estes achados ¹². Segundo os autores, as crianças cujas mães haviam relatado violência física entre parceiros íntimos (VFPI) apresentaram menor probabilidade de ter as cinco visitas recomendadas ao serviço de saúde até o primeiro ano de vida e o esquema vacinal completo aos dois anos de idade. Por outro lado, em um estudo com mulheres cadastradas em um amplo sistema de prestação de serviços de saúde nos EUA, Rivara e colaboradores ¹³ indicaram que crianças cujas mães haviam referido VPI utilizavam mais os serviços de atenção primária à saúde do que aquelas cujas mães não tinham sido expostas à VPI. Schluter e Paterson ¹⁴, em um estudo de seguimento realizado na Nova Zelândia, reforçaram esta ideia ao apontarem que crianças menores de seis anos cujas mães haviam relatado VFPI tinham maior número de consultas por motivo de doença ou algum tipo de acidente do que aquelas não expostas à violência.

Esta revisão da literatura deixa claro que os estudos sobre o tema ainda são incipientes, controversos, restritos a alguns países e inexistentes na literatura nacional. Ademais, nenhum dos estudos anteriores investiga a relação entre a VFPI e o momento de início do acompanhamento da criança no serviço de saúde, bem como as dimensões envolvidas nesse processo. Diante da grande magnitude das diferentes formas de VPI em nosso País ¹⁵ e do reconhecimento de que grande contingente de crianças ainda não frequenta de forma regular aos serviços de saúde ^{3,4}, a realização de pesquisas que possam avaliar as possíveis repercussões das violências na utilização de serviços pediátricos se torna bastante oportuna. Sendo assim, o objetivo principal deste estudo

foi avaliar se a VPI, em particular a violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto, é um fator de risco para o início tardio do acompanhamento da criança em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

5.2.3 Métodos

5.2.3.1 Desenho, população de estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo transversal que está inserido no projeto interinstitucional “Avaliação da qualidade da assistência à criança menor de seis meses na rede SUS do Município do Rio de Janeiro”, coordenado por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

A população estudada incluiu 927 crianças nos primeiros seis meses de vida cujas mães relataram ter companheiro na ocasião da entrevista dentre aquelas que buscaram consulta pediátrica ou de puericultura em 27 UBS do SUS no Município do Rio de Janeiro entre junho e setembro de 2007.

Para a seleção das participantes foi realizada uma amostragem por conglomerado em dois estágios. As unidades primárias de amostragem foram as UBS e as unidades secundárias, as crianças atendidas nas UBS selecionadas. Para obter uma amostra geograficamente representativa do município, as UBS foram ordenadas segundo a distância euclidiana, calculada a partir das coordenadas geográficas dos estabelecimentos de saúde em relação ao Centro Administrativo do Município do Rio de Janeiro, e subsequentemente selecionadas de forma sistemática, em caracol, com probabilidade de seleção proporcional ao número mensal médio de consultas realizadas com crianças menores de seis meses de idade no último ano com informações disponíveis na ocasião do planejamento do estudo (2005). As unidades secundárias de amostragem (crianças) foram selecionadas de forma sistemática, obedecendo a ordem de saída das consultas.

As informações foram obtidas por meio de entrevista com a mãe da criança utilizando-se um questionário estruturado, pré-testado e avaliado em estudo piloto, aplicado por entrevistadores devidamente treinados. As entrevistas foram realizadas após a consulta pediátrica, sem a presença do parceiro íntimo e garantindo-se a privacidade materna com relação às demais mães que aguardavam atendimento.

5.2.3.2 Modelo teórico-conceitual e operacionalização das variáveis

O modelo teórico-conceitual do estudo é composto por algumas das dimensões que vêm sendo mais frequentemente pesquisadas nas linhas de investigação sobre as consequências da VPI na saúde da mulher e da criança, bem como as que são citadas pela literatura como envolvidas na determinação do cuidado materno e do uso dos serviços de saúde na infância. Como pode ser observado na Figura 6, no nível distal do modelo encontram-se as características socioeconômicas da família e as características demográficas maternas, representadas por sua condição econômica, escolaridade, trabalho, idade, situação conjugal e cor da mãe. Para caracterizar a condição econômica do domicílio utilizou-se o indicador de bens, calculado da seguinte maneira:

$$IB = \sum_i (1 - f_i) b_i$$

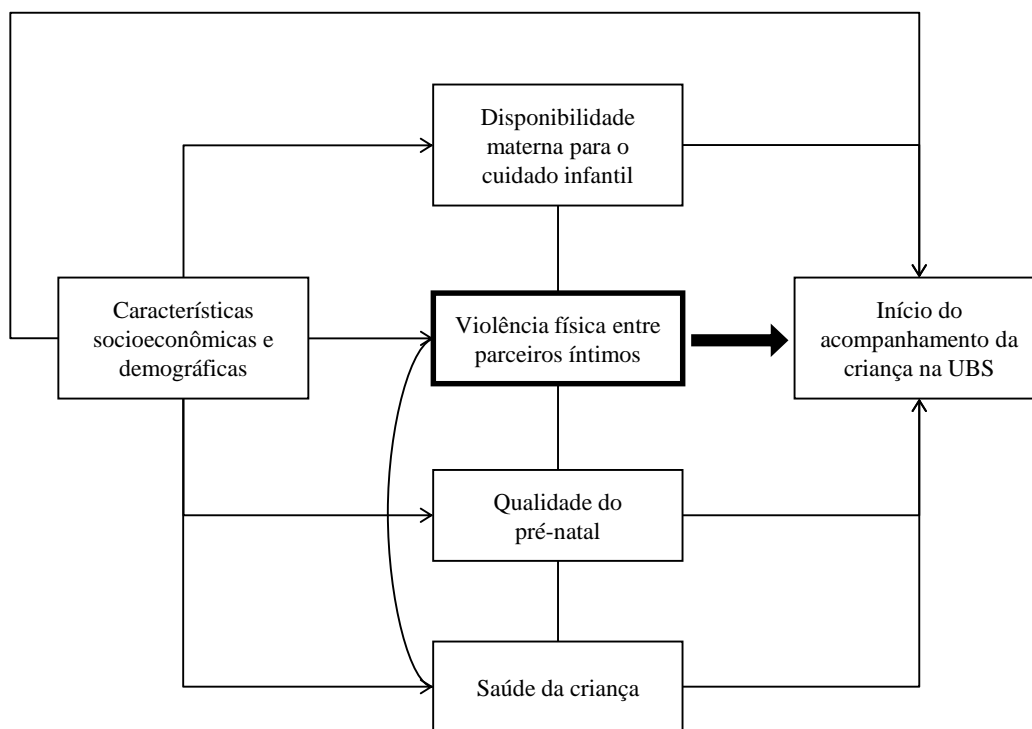
onde i varia de 1 a 10 patrimônios; b_i é igual a 1 ou zero, respectivamente, na presença ou ausência de: rádio, geladeira ou freezer, aparelho de DVD ou videocassete, máquina de lavar roupa, microondas, telefone fixo, computador, televisão, carro particular e ar condicionado. O peso atribuído à presença de cada item foi o complemento da frequência relativa (f_i) de cada item na amostra total; quanto mais rara a presença do item, maior o peso atribuído a ele.

A variável de exposição de interesse central – VFPI – situou-se no nível intermediário do modelo. As informações sobre a ocorrência de VFPI desde o nascimento da criança até a data da entrevista foram obtidas por meio da utilização da versão em português do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2), adequadamente adaptado para uso no Brasil^{16,17}. Foram consideradas em situação de VFPI as mulheres que responderam de forma positiva a pelo menos um dos 12 itens da escala de violência física referentes à violência perpetrada pela mulher e/ou pelo companheiro.

A dimensão abarcando a disponibilidade materna para o cuidado infantil e as relativas à qualidade do pré-natal e saúde da criança compõem o nível intermediário do modelo. A primeira foi representada por duas variáveis, a saber, número de filhos e número de crianças menores de cinco anos no domicílio. A qualidade do pré-natal foi avaliada por meio da escala *Adequacy of Prenatal Care Utilization Index* (APNCU), também denominada de índice de Kotelchuck, que conjuga informações sobre a época de início do pré-natal e o número de consultas realizadas pela gestante¹⁸, previamente adaptada para uso no Brasil¹⁹. A dimensão saúde da criança foi representada pelas

variáveis: peso ao nascer e ocorrência de problemas de saúde, esta última avaliada por meio da morbidade referida através do relato materno, considerando todo o período de vida da criança.

Figura 6 – Modelo teórico-conceitual proposto para estudo da relação entre violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto e início do acompanhamento da criança na UBS. Rio de Janeiro, Brasil.



A variável de desfecho, idade da criança na primeira visita à UBS, foi dicotomizada para fins de análise, tendo como ponto de corte 60 dias, visando discriminar aquelas com maior atraso na iniciação da vacinação básica preconizada pelo Ministério da Saúde²⁰.

As demais variáveis são autoexplicativas e são apresentadas na primeira tabela da seção de Resultados.

5.2.3.3 Análise de dados

O modelo teórico-conceitual apresentado na Figura 1 norteou a seleção das possíveis variáveis de confusão a serem abordadas na análise de dados. A primeira etapa do processo consistiu na exploração das relações entre as diferentes variáveis representativas das dimensões do modelo e o desfecho por meio de regressão logística

não condicional. Em princípio, foram consideradas candidatas ao modelo multivariado aquelas que se mostraram associadas ao desfecho, considerando-se um p-valor $< 0,25$ como ponto de corte. Quando na análise bivariada uma determinada dimensão não revelou nenhuma variável com p-valor $< 0,25$, aquela de menor p-valor foi forçada ao modelo multivariado, para assegurar que todas as dimensões do modelo teórico estivessem representadas.

Em seguida, a possibilidade de interação entre estas variáveis e a VFPI foi explorada. Os termos de interação estatisticamente significativos ao nível de significância de 95% na análise multivariada foram considerados na elaboração do modelo final. As variáveis selecionadas na análise bivariada, bem como os termos de interação que se mostraram estatisticamente significantes no modelo multivariado, foram introduzidos simultaneamente no modelo final.

A análise foi realizada com a rotina *svy* do programa Stata 12.0²¹ para lidar com o fato de os dados serem oriundos de uma amostragem complexa por conglomerados.

5.2.3.4 Questões éticas

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz (parecer n°. 132/06 de 7 de março de 2007) e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (parecer n°. 74A/2007 de 18 de junho de 2007). Os dados foram colhidos mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, que garantia a confidencialidade das informações. Todos os demais procedimentos estiveram de acordo com a Declaração de Helsinque.

5.2.4 Resultados

A primeira visita da criança à unidade de saúde ocorreu, em média, aos 15 ± 2 dias de vida. Aproximadamente metade das crianças (48,9%; n=373) foi levada à UBS pela primeira vez na primeira semana de vida; 38% (n=361) entre 8 e 30 dias; 9% (n=93) entre 31 e 60 dias; e 4,1% (n=44) das mães levaram seus bebês à UBS pela primeira vez com mais de 60 dias de vida. A maioria das mães tinha escolaridade inferior ao ensino médio completo, não trabalhava ou possuía emprego informal no momento da entrevista, tinha 20 anos ou mais de idade, vivia com o companheiro e se autorreferia parda ou preta. O pré-natal foi considerado adequado ou mais que adequado

para 63,2% das mães e 64,8% relatou que o bebê já havia apresentado algum problema de saúde desde o seu nascimento (Tabela 5).

Desde o nascimento da criança até o momento da entrevista, cerca de 30% das mulheres relataram ter se envolvido em pelo menos um ato de violência física com seu parceiro íntimo, seja como vítima ou autora. Na análise bivariada, no agregado (sem consideração de uma possível modificação de efeito), a presença de violência física no relacionamento do casal após o nascimento da criança se mostrou estatisticamente associada a uma visita tardia à unidade de saúde.

Ao testar a possibilidade de interação entre as variáveis candidatas ao modelo multivariado e a exposição de interesse central (VFPI), as variáveis “trabalho materno” e “qualidade do pré-natal” apresentaram interação estatisticamente significativa com a VFPI (p-valores iguais a 0,02 e $< 0,00$, respectivamente). Dessa forma, foram construídos dois modelos estatísticos, o Modelo I considerou a interação entre a VFPI e o tipo de trabalho materno e o Modelo II considerou a interação entre a exposição central e o grau de qualidade do pré-natal.

Enquanto a VFPI não mostrou nenhuma relação estatisticamente significativa com a idade da criança na primeira visita à UBS entre as mães que possuíam emprego formal, entre aquelas que não trabalhavam ou possuíam emprego informal no momento da entrevista, a VFPI aumentou em cerca de 3 vezes a chance da primeira visita ter ocorrido após 60 dias (Tabela 6).

Uma importante modificação de efeito também foi identificada quando se considerou a qualidade do pré-natal. Entre as mães que não haviam feito pré-natal ou que haviam feito o acompanhamento de forma inadequada, a presença de VFPI aumentou em 4,7 vezes a chance de uma busca tardia pelo serviço de saúde. No entanto, o efeito da VFPI perdeu sua significância estatística quando se considerou as mães que tiveram um pré-natal adequado ou mais que adequado (Tabela 6).

Tabela 5 – Descrição da população de estudo e análise bivariada entre desfecho (início tardio do acompanhamento da criança na UBS) e demais variáveis do modelo teórico. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.^a

Variáveis	Distribuição		Início tardio do acompanhamento da criança na UBS	
	n	% (IC 95%)	OR (IC 95%)	Valor de p
Violência física entre parceiros íntimos				
Não	621	70,9 (67,0-74,7)	1	
Sim	250	29,1 (25,3-33,0)	2,20 (1,20-4,01)	0,012
Indicador de bens				
≤ 1	413	48,6 (44,1-53,1)		
> 1 e ≤ 2	220	23,5 (18,8-28,3)	0,80 (0,58-1,12) ^b	0,185 ^b
> 2	238	27,9 (24,8-31,0)		
Escolaridade materna				
Ensino Médio completo ou mais	244	26,6 (22,6-30,5)	1	
Menor do que Ensino Médio completo	627	73,4 (69,5-77,4)	1,32 (0,64-2,75)	0,440
Trabalho materno				
Possui emprego formal	256	28,5 (25,3-31,7)	1	
Não trabalha/Possui emprego informal	615	71,5 (68,3-74,7)	1,74 (0,87-3,50)	0,114
Idade materna (anos)				
20 ou mais	729	82,1 (78,7-85,5)	1	
Abaixo de 20	142	17,9 (14,6-21,3)	1,52 (0,64-3,59)	0,327
Situação conjugal				
Tem companheiro, mas não vive com ele	99	11,9 (8,9-14,9)	1	
Vive com o companheiro	772	88,1 (85,1-91,1)	1,87 (0,58-5,96)	0,281
Cor da mãe				
Branca	251	27,4 (23,0-31,8)	1	
Parda/Preta/Amarela/Indígena	620	72,6 (68,2-77,0)	1,78 (0,70-4,54)	0,218
Número de filhos				
1	392	46,8 (41,7-51,9)		
2 ou mais	479	53,2 (48,1-58,3)	1,09 (0,76-1,56) ^b	0,645 ^b
Número de crianças menores de 5 anos				
1	605	70,3 (67,8-72,7)		
2 ou mais	266	29,8 (27,3-32,2)	0,89 (0,49-1,60) ^b	0,676 ^b
Qualidade do pré-natal				
Adequado/Mais que adequado	527	63,2 (58,7-67,7)	1	
Intermediário/Inadequado/Não fez pré-natal	344	36,8 (32,3-41,3)	2,28 (1,19-4,36)	0,015
Peso ao nascer (gramas)				
2.500 ou mais	805	92,7 (91,1-94,3)		
1.000 a 2.500	66	7,3 (5,7-8,9)	1,02 (0,50-2,10) ^b	0,949 ^b
Ocorrência de problemas de saúde				
Não	293	35,2 (30,7-39,6)	1	
Sim	578	64,8 (60,4-69,3)	1,19 (0,57-2,47)	0,630

^a n=871.

^b Odds ratio (OR), intervalo de 95% de confiança (IC 95%) e valor de p da variável contínua, tal como foi introduzida no modelo multivariado.

Tabela 6 – Análise logística multivariada entre VFPI e início tardio do acompanhamento da criança na UBS em função do trabalho materno (Modelo I) e da qualidade do pré-natal (Modelo II). Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

	Início tardio do acompanhamento da criança na UBS	
	OR (IC 95%) ^c	Valor de p
Trabalho materno (Modelo I) ^a		
<i>Possui emprego formal</i>		
Nenhum ato de VFPI	1	
1 ou mais atos de VFPI	0,36 (0,08-1,62)	0,195
<i>Não trabalha/Possui emprego informal</i>		
Nenhum ato de VFPI	1	
1 ou mais atos de VFPI	3,11 (1,53-6,30)	0,004
Qualidade do pré-natal (Modelo II) ^b		
<i>Adequado/Mais que adequado</i>		
Nenhum ato de VFPI	1	
1 ou mais atos de VFPI	0,66 (0,23-1,90)	0,446
<i>Intermediário/Inadequado/Não fez pré-natal</i>		
Nenhum ato de VFPI	1	
1 ou mais atos de VFPI	4,79 (2,41-9,51)	0,0001

^a n=876. Avaliação de ajuste do modelo: Teste de Hosmer-Lemeshow: F=0,65 (p=0,738).

^b n=871. Avaliação de ajuste do modelo: Teste de Hosmer-Lemeshow: F=0,30 (p=0,965).

^c Odds ratios (OR) e intervalos de 95% de confiança (IC 95%) ajustados pelas variáveis indicador de bens, cor da mãe, idade materna, situação conjugal, número de filhos, peso ao nascer e ocorrência de problemas de saúde.

5.2.5 Discussão

O perfil da população de estudo sugere que a amostra seja representativa do conjunto de mães que fazem o acompanhamento de seus filhos em UBS do município do Rio de Janeiro, na medida em que evidencia que uma grande parcela de mulheres tem 20 anos ou mais de idade, é primípara, não possui emprego formal e não tem o Ensino Médio completo ²². Desta forma, os resultados da pesquisa podem ser transpostos para o contexto das demais UBS do município do Rio de Janeiro.

Os principais achados da pesquisa confirmam a hipótese de que a VFPI nos primeiros seis meses após o parto é um fator de risco independente para o início tardio do acompanhamento da criança em UBS em mulheres com uma situação ocupacional instável e entre aquelas que não haviam realizado um adequado acompanhamento pré-

natal. Estas evidências corroboram algumas pesquisas realizadas em outros países que apontam uma relação entre violência e menor utilização dos serviços de atenção básica o cuidado à criança ^{12,23,24}. Entretanto, vale ressaltar que não foi possível avaliar se esta tendência se mantém independente do tipo de cuidado prestado pelo serviço – promoção, prevenção ou assistência à saúde. Seria interessante que estudos futuros abordassem a questão, já que também existem evidências anteriores sugerindo que este comportamento só esteja presente quando se considera as ações de prevenção de saúde ^{13,14,23,24}.

Diferentes caminhos podem ser propostos ao se tentar entender como a VFPI pode afetar a capacidade das mães para cuidar de forma adequada de seus filhos e então, modificar a procura por serviços pediátricos. Uma das hipóteses que explicam a ida tardia ao serviço de saúde pelas mães envolvidas em situação de VFPI é o comprometimento de sua energia física e emocional e do tempo disponíveis para o cuidado com a criança provocado pela violência. Este comprometimento pode decorrer das próprias lesões físicas, dos agravos à saúde mental e emocional, ou ainda, de uma demanda aumentada de energia para lidar com conflitos e incidentes violentos, para atender as necessidades do companheiro, bem como para promover a própria segurança ^{11,25}. Além disso, mães que experimentam VFPI podem ser relutantes em levar seus filhos ao serviço de saúde para evitar que a situação de violência seja detectada pelo profissional de saúde ²⁴. Tais hipóteses devem ser exploradas em estudos futuros que lancem mão de modelos de análise mais complexos, tais como os modelos de equações estruturais.

Interessantes nuances evidenciadas na pesquisa foram as modificações do efeito da VFPI em função do tipo de trabalho materno no momento da entrevista e pelo grau de qualidade do pré-natal. Tais achados são inéditos, na medida em que, no melhor do conhecimento dos autores, este é o primeiro estudo a explorar o tema nestes subgrupos. Como visto, há um grande sinergismo entre a ocorrência de violência e a situação ocupacional caracterizada por trabalho informal ou ausência de qualquer tipo de trabalho remunerado materno após o nascimento da criança. Conforme apresentado na seção de Resultados, entre as mulheres nesta situação ocupacional, a VFPI aumenta em mais de três vezes a chance de procura tardia pelo serviço pediátrico, enquanto que entre aquelas com vínculo trabalhista formal, a presença de VFPI parece não alterar o momento de início do acompanhamento.

Uma primeira hipótese para explicar o que estaria por trás destes achados seria que o efeito da violência na adesão aos serviços se modificaria segundo tipo de trabalho materno devido a um maior tempo para o cuidado com a criança entre trabalhadoras formais, na medida em que estas estariam em licença maternidade. Dessa forma, mesmo vivendo uma situação de VFPI, ainda assim a mulher acabaria levando a criança à UBS em seus primeiros dois meses de vida. Por outro lado, uma mulher que depende de um trabalho informal para a sua subsistência teria que retornar rapidamente ao trabalho após o nascimento da criança, o que tenderia a dificultar as visitas à UBS, cujo funcionamento se restringe ao horário comercial. Entretanto, considerando o perfil das mulheres que compõem o grupo das que “não trabalham ou têm trabalho informal”, tal suposição não é corroborada, já que a maior parte destas referiu não trabalhar (94%) e, em princípio, teria mais tempo disponível para cuidar da criança.

Estes achados sugerem que a diferença entre os grupos esteja preferencialmente relacionada ao grau de autonomia da mulher e sua participação no controle dos recursos e orçamento familiar, que, segundo alguns autores, são importantes determinantes do cuidado materno com a criança²⁶. O trabalho formal também parece propiciar o bom funcionamento familiar, promover o bem-estar da mãe e favorecer a participação paterna no cuidado da criança²⁷. Ademais, a maior parte das atividades laborais promove uma maior convivência com outras mulheres em idade reprodutiva, facilitando a troca de informações sobre a importância do cuidado com a criança. Todos estes fatores acabam contribuindo favoravelmente para qualidade do cuidado que, dentre vários aspectos, manifesta-se também pela utilização mais adequada dos serviços de atenção à saúde infantil. Situação bem diversa ocorre quando a mãe não tem uma atividade remunerada e é dependente essencialmente do parceiro.

Os resultados também sugerem que a VFPI retarda o início do acompanhamento da criança no serviço de saúde apenas entre as mães que não fizeram o acompanhamento pré-natal ou o fizeram de modo inadequado. Entre essas mulheres, a VFPI aumenta em quase cinco vezes a chance de procura tardia pelo serviço de saúde. É possível que isso decorra da falta de vínculo com o serviço e da conseqüente falta de informação, já que há uma diminuída adesão ao pré-natal, momento em que a mulher recebe as primeiras orientações quanto à importância da continuidade do cuidado no serviço de saúde após o nascimento da criança. Quando o pré-natal é adequado, os profissionais de saúde têm mais oportunidades para orientar as gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido, alertar quanto à importância da triagem neonatal na

primeira semana de vida do bebê, bem como incentivar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde o seu nascimento e a vacinação²⁸. Tais achados ressaltam a importância de um bom acompanhamento pré-natal e reforçam estudos anteriores que mostram que seus benefícios à saúde materno-infantil transcendem o período gestacional²⁹.

Apesar da VPI ter sido considerada apenas no período entre o nascimento da criança e o momento da entrevista, muitas mães que relataram VFPI também devem ter experimentado situações de violência durante a gravidez, uma vez que o problema não parece se deflagrar apenas após o parto. Em uma pesquisa recente, também realizada em UBS do município do Rio de Janeiro, a prevalência de VFPI após o parto foi cerca de oito vezes maior entre casais que tinham vivenciado a violência na gestação se comparada àqueles que não haviam experimentado esta situação³⁰.

Uma vez que a violência pode levar ao uso inadequado do serviço de saúde tanto no pré-natal³¹ quanto após o nascimento da criança, é fundamental que as equipes de saúde identifiquem as gestantes, prioritariamente, e as mães faltosas às unidades de saúde, já que entre essas a probabilidade de ocorrência de VFPI é maior. O pré-natal é um momento privilegiado para identificar as mulheres que vivem em situações de violência e oferecer o atendimento apropriado, tendo em vista não só o acompanhamento dos casos para a interrupção do processo, como também a prevenção de problemas no cuidado com a criança.

Desta forma, a elaboração e o planejamento de estratégias que visam promover a adequada utilização de serviços de saúde na infância devem considerar a importância de detectar e rastrear situações de violência o mais cedo possível. Faz-se necessário organizar e manter uma rede de atenção que promova a articulação entre diferentes profissionais de saúde e que garanta a continuidade do cuidado desde a gestação até a infância, induzida, por exemplo, por modelos assistenciais baseados em uma real integração entre profissionais que trabalham na atenção à saúde da mulher e da criança, tais como obstetras, ginecologistas e pediatras ou baseados em equipes multiprofissionais responsáveis pela atenção à saúde de toda a família, tais como a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os resultados deste estudo devem ser vistos à luz de seus pontos positivos e suas limitações. Dentre os aspectos positivos, ressalta-se que esta foi a primeira pesquisa no Brasil a abordar as possíveis relações entre a ocorrência de VPI e a utilização de serviços de saúde pela criança em seus primeiros meses de vida. Espera-se que a

divulgação dos resultados do estudo em fóruns acadêmicos e profissionais e entre a sociedade civil possa ampliar o debate sobre a necessidade de ações de promoção e prevenção que reduzam a ocorrência de situações de violência, bem como ações que visem à detecção precoce das mesmas e seu monitoramento.

A opção por um instrumento epidemiológico largamente utilizado para detectar a ocorrência de VFPI, validado no Brasil e em diferentes contextos ^{16,17}, também é um ponto positivo. Outro ponto forte da pesquisa foi a abordagem multivariada na análise dos dados, orientada por um modelo teórico-conceitual, que possibilitou uma avaliação do papel da violência considerando importantes fatores de confusão no processo. O ajuste por variáveis relacionadas às condições de saúde da criança, tais como o “peso ao nascer” e a “ocorrência de problemas de saúde”, foi um procedimento inovador no âmbito dos estudos sobre o tema. A inclusão destas variáveis no modelo final indicou que a dificuldade das mães que vivenciam as situações de violência de ir precocemente aos serviços pediátricos independe das necessidades de saúde da criança, determinante mais proximal do uso de serviços de saúde ⁶. A oportunidade de avaliar se estas relações se modificavam em função de outras características maternas e do acesso aos serviços durante o pré-natal também foi bastante auspicioso, uma vez que pesquisas anteriores ainda não haviam explorado estas possibilidades.

Outra contribuição da pesquisa aos programas de investigação sobre o tema se refere à introdução de um novo indicador de utilização dos serviços de saúde no debate sobre as principais ferramentas para operacionalização do construto “qualidade do acompanhamento da criança”. Diferentes indicadores têm sido utilizados para explorar os efeitos da VPI nas relações da mãe e bebê com os serviços de saúde. Dentre os que levam em consideração a utilização dos serviços pela criança, há os que avaliam o tipo de serviço utilizado, o número de consultas na atenção primária, o número de visitas aos serviços de emergência e a ocorrência de hospitalizações. O presente estudo é o primeiro que utiliza a idade na primeira visita à UBS como indicador de perfil de utilização de serviços pediátricos. A opção por este indicador amplia o conjunto de indicadores já explorados, incorporando uma informação de fácil obtenção e de grande valia em função das diferentes ações voltadas à criança em seu período inicial de vida já descritas.

Algumas limitações da pesquisa também devem ser discutidas. A primeira é que as associações encontradas podem estar subestimadas, uma vez que o cenário estudado deixou de contemplar as mães que não frequentam qualquer serviço de atenção à saúde

da criança, as que frequentam de forma preferencial serviços de emergência pediátrica e aquelas referidas às unidades de maior complexidade. Como evidências anteriores apontam maiores probabilidades de ocorrência de VFPI entre essas mulheres^{13,32}, se elas tivessem sido incluídas no estudo poderiam ter contribuído para aumentar a força de associação entre a exposição e o desfecho. Novos estudos de base populacional e menos restritivos talvez permitam lançar mais luz a essa questão.

A impossibilidade de se garantir que a violência tenha ocorrido antes da primeira visita à UBS é outra limitação. Por se tratar de um estudo transversal, cujo processo de coleta de dados não especificou o momento exato da ocorrência das situações de VPI, não é possível afirmar que a exposição tenha precedido o desfecho. Entretanto, dada a cronicidade da VPI durante a fase grávido-puerperal apontada em estudos anteriores³⁰, entende-se que a maior parte das situações ocorridas após o parto deve ter se iniciado durante a gestação ou mesmo antes da gravidez. A grande parcela de mulheres vítimas de violência que também relatam falha no cuidado pré-natal reforça esta hipótese. Finalmente, o tamanho amostral da pesquisa não permitiu a exploração de termos de interação de terceira ordem, o que impediu uma apreciação do efeito da VFPI na iniciação do acompanhamento da criança entre mulheres que não tinham emprego formal e que haviam realizado um acompanhamento pré-natal aquém do desejado. É possível que nestes casos, o efeito da violência seja ainda mais proeminente. O tema merece estudos futuros.

Por fim, vale destacar a importância da abordagem ampliada e integral no atendimento de mães e crianças, considerando as importantes consequências à saúde provocadas pela violência e por outros aspectos psicossociais familiares, poucas vezes explorados por profissionais de saúde. Na população estudada, apenas 7,4% das mulheres relataram já terem conversado sobre a violência entre o casal com profissionais da unidade de saúde, percentual que permanece muito pequeno (8,9%) entre aquelas que referiram VFPI (dados não mostrados). Portanto, uma abordagem integral não será possível sem a devida atenção dos planejadores de políticas públicas do Setor Saúde à necessidade de se preparar os profissionais de saúde e a rede de serviços para abordar o tema e acompanhar as famílias em situação de violência³³.

Nesse sentido, é muito importante que os profissionais de saúde conheçam as características comumente relacionadas à ocorrência de VPI, como seus fatores de risco e outras consequências, que podem aumentar ainda mais o prejuízo ao cuidado infantil. Ainda, é fundamental atentar ao fato de que existe paulatinamente mais chance da

violência ocorrer para além do relacionamento conjugal e, em muitos casos, estar acompanhada também de violência cometida contra filhos, passando a se manifestar como um fenômeno englobando todo o grupo familiar³⁴.

Como estratégia de enfrentamento à iniciação tardia do acompanhamento da criança nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde inclui as crianças que não compareceram à UBS na primeira semana de vida na classificação de risco para vigilância à saúde e recomenda que as unidades de atenção básica façam a captação precoce por meio da busca ativa e ofereçam assistência especial a estas crianças². Entretanto, ações como estas ainda enfrentam os obstáculos da elevada demanda e da irrestrita área de cobertura das UBS. Entende-se que a ampliação da ESF seria potencialmente promotora de um acompanhamento precoce e continuado da criança. Seus pressupostos fundamentais incluem a abordagem familiar integrada nos diferentes ciclos de vida e ações de saúde que extrapolam os muros das UBS, o que facilita a detecção de famílias de risco e permite vínculos mais estreitos entre usuários e serviços.

Outra iniciativa que pode contribuir para a promoção de um cuidado adequado à saúde da criança é o Programa Acolhimento Mãe-Bebê³⁵, estratégia desenvolvida no município do Rio de Janeiro com o objetivo de integrar e garantir as ações preconizadas para a puérpera e o recém-nato na primeira semana de vida. O programa preconiza que, no momento da alta da maternidade, a mãe receba orientação e um cartão de referência para o primeiro atendimento em uma UBS. Apesar de estar implantada desde 2003, essa estratégia ainda não possui uma cobertura adequada, apenas 69,4% das mães incluídas neste estudo haviam recebido o cartão de referência (dados não mostrados).

O fortalecimento dessas e de outras iniciativas que vêm sendo desenvolvidas e implantadas com o objetivo de garantir a continuidade e a integração das ações de assistência à saúde materno-infantil, como a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis¹ e a Rede Cegonha³⁶, parece promissor na busca pela qualidade de vida das crianças desde os seus primórdios, estimulando suas competências e habilidades na perspectiva do crescimento e desenvolvimento integral.

5.2.6 Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. O futuro hoje: estratégia

- brasileirinhas e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
 3. Moura EC. The relationship between the use of primary health care and infant health status at 12 months in a Brazilian community. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1:79-87.
 4. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. *J Pediatr* 2010; 86:80-84.
 5. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
 6. Janicke DM, Finney JW. Determinants of children's primary health care use. *J Clin Psychol Med Sett* 2000; 7:29-39.
 7. Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics* 2006; 117:278-90.
 8. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Cien Saude Colet* 1999; 4:109-121.
 9. Yount KM, Digirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Soc Sci Med* 2011; 72:1534-54.
 10. Gunter J. Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34:367-88.
 11. Durand JG, Schraiber LB, França-Junior I, Barros C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Rev Saude Publica* 2011; 45:355-364.
 12. Bair-Merritt MH, Crowne SS, Burrell L, Caldera D, Cheng TL, Duggan AK. Impact of intimate partner violence on children's well-child care and medical home. *Pediatrics* 2008; 121:473-480.

13. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D, et al. Intimate partner violence and health care costs and utilization for children living in the home. *Pediatrics* 2007; 120:1270-1277.
14. Schluter PJ, Paterson J. Relating intimate partner violence to health-care utilisation and injuries among Pacific children in Auckland: The Pacific Islands Families Study. *J Paediatr Child Health* 2009; 45:518-524.
15. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica* 2006; 22:109-121.
16. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saude Publica* 2002; 18:163-176.
17. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Issues* 1996; 17:283-316.
18. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84:1414-20.
19. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2004; 20:S63-S72.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Calendário Básico de Vacinação da Criança. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462 (acessado: 19/Set/2010).
21. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 12. College Station (TX): Stata Corporation, 2011.
22. Castro IRR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RVFV, Gomes MASM. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. *Rev Saude Publica* 2009; 43:1021-1029.
23. Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Rev Med Chil* 2003; 131:1454-1462.
24. Onyskiw JE. Health and use of health services of children exposed to violence in their families. *Can J Public Health* 2002; 93:416-420.

25. Letourneau N, Young C, Secco L, Stewart M, Hughes J, Critchley K. Supporting mothering: service providers' perspectives of mothers and young children affected by intimate partner violence. *Res Nurs Health* 2011.
26. Engle PL, Menon P, Haddad L. Care and Nutrition: concepts and measurement. Occasional Papers, International Food Policy Research Institute, Washington DC 1997.
27. Hoffman LW. The effects of the mother's employment on the family and the child. Disponível em: <http://parenthood.library.wisc.edu/Hoffman/Hoffman.html> (acessado em: 23/Nov/2011).
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
29. Reichman NE, Corman H, Noonan K, Schwartz-Soicher O. Effects of prenatal care on maternal postpartum behaviors. *Rev Econ Househ* 2010; 8:171-197.
30. Moraes CL, Tavares da Silva TS, Reichenheim ME, Azevedo GL, Dias Oliveira AS, Braga JU. Physical violence between intimate partners during pregnancy and postpartum: a prediction model for use in primary health care facilities. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011; 25:478-486.
31. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saude Publica* 2010; 44:667-676.
32. Bair-Merritt MH, Feudtner C, Localio AR, Feinstein JA, Rubin D, Holmes WC. Health care use of children whose female caregivers have intimate partner violence histories. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162:134-139.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
34. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40:595-603.

35. Silva MAV, Guimarães MHF, Rito RVV, Morgado CMC. Acolhimento mãe-bebê na Unidade Básica de Saúde após alta da maternidade: estratégia utilizada no município do Rio de Janeiro. Rev Pediatr SOPERJ 2006; 7.
36. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial União. 27 jul. 2011. Seção 1:109.

5.3 **Artigo 3 – Violência física entre parceiros íntimos: uma ameaça ao acompanhamento da criança nas unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro?**

5.3.1 Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar se a violência física entre parceiros íntimos (VFPI) nos primeiros seis meses após o parto reduz o número de consultas da criança em Unidades Básicas de Saúde, levando a um número abaixo do esperado para a idade. Trata-se de um estudo transversal que incluiu 927 mães/bebês com até seis meses de vida atendidos em 27 UBS no Município do Rio de Janeiro. Apresentar um número de consultas insuficiente para a idade foi considerado o desfecho de interesse. Interações entre VFPI e trabalho materno foram exploradas utilizando-se a regressão logística multivariada. Dentre as mães que não trabalhavam no momento da entrevista, a chance de inadequação do número de consultas foi 2,6 (IC 95%: 1,3-5,4) vezes maior entre as crianças filhas de mães que reportaram VFPI do que entre as que não vivenciaram situações de VFPI. Estes achados indicam que é fundamental priorizar ações que promovam uma abordagem integral e ampliada no atendimento de mães e crianças, assim como preparar profissionais e serviços de saúde para detectar e lidar com os casos de violência familiar.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Serviços de saúde, Saúde Materno-Infantil, Cuidado da Criança, Estudos Transversais.

5.3.2 Introdução

O conhecimento de que a violência física entre parceiros íntimos (VFPI) representa um problema de saúde pública, alcançando grande parcela da população mundial, tem sido cada vez mais divulgado na literatura ¹. A relevância desse problema aumenta consideravelmente à luz de suas consequências, que atingem não só os pares envolvidos, como também suas famílias e a comunidade onde se inserem ². Diversos autores têm sugerido que além de comprometer a saúde física, mental e sexual das mulheres envolvidas em relacionamentos violentos, as consequências da VFPI atingem de forma direta ou indireta o desenvolvimento de sua prole ^{3,4,5}.

Em famílias em que ocorre violência entre o casal, as crianças também são mais vulneráveis aos maus-tratos por parte dos pais ou responsáveis ⁶. Além da violência direcionada especificamente à criança, estas ainda sofrem consequências negativas em função do testemunho da violência entre os pais, dentre as quais têm particular importância os agravos comportamentais, cognitivos e psicológicos ^{7,8}. Além disso, o impacto da violência na saúde da mulher parece ter diversas implicações em sua capacidade de cuidar adequadamente dos filhos ^{4,5}.

As repercussões da violência conjugal na saúde das crianças foram amplamente discutidas por Yount e colaboradores ⁵. Segundo os autores, dois caminhos principais poderiam relacionar a violência entre o casal às suas consequências no desenvolvimento da criança. O primeiro deles envolveria uma alteração no sistema de regulação metabólica, relacionado ao estresse crônico, habitualmente presente entre crianças e adultos que convivem com a violência na família. Segundo os autores, a exposição recorrente à violência entre parceiros íntimos (VPI) na gestação e após o parto pode alterar vários mecanismos de resposta ao estresse na criança que são críticos na manutenção de sua saúde física e mental ao longo de toda a vida.

Outro caminho para a influência da VPI na saúde da criança seria através de suas repercussões negativas na saúde mental, física e nutricional da mulher durante a gestação e nos primeiros anos de vida da criança. Segundo os autores, as repercussões na saúde materna podem trazer ameaças diretas ao crescimento e desenvolvimento intrauterino, aumentando a probabilidade de prematuridade e baixo peso ao nascer, importantes precursores dos déficits nutricionais e cognitivos na infância. A ocorrência de problemas de ordem física, psicológica e nutricional maternos também pode estimular a adesão materna a comportamentos de risco durante a gestação e pós-parto,

tais como o tabagismo, uso de álcool e drogas, reais ameaças ao cuidado adequado à criança. Por fim, os agravos de saúde física e mental maternos também podem ter repercussões diretas no cuidado com a criança durante a gestação, manifesto por um acompanhamento pré-natal inadequado, e em seus primeiros meses de vida, especialmente no que concerne à sua alimentação, à criação de um ambiente saudável no domicílio, à estimulação da criança e ao acompanhamento regular da mesma nos serviços de saúde. Por sua vez, a baixa adesão a puericultura estaria dificultando as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças imunopreveníveis, detecção precoce e tratamento de agravos, necessárias ao pleno crescimento e desenvolvimento infantil.

De todos os caminhos propostos, o que detém menor volume de evidências científicas parece ser este último. As pesquisas que avaliam as relações entre VPI e a procura dos serviços de saúde para o cuidado da criança em seus primeiros meses de vida ainda são escassas, com diferenças metodológicas importantes e resultados controversos. Enquanto algumas apontam que crianças de famílias que reportaram VPI têm uma maior frequência de visitas a médicos generalistas⁹ e à serviços de atenção primária de forma geral¹⁰, outras apontam exatamente o contrário ao se considerar as visitas à pediatras¹¹ e menor probabilidade de alcançar o número de consultas recomendado para o primeiro ano de vida¹². Há ainda alguns estudos que sugerem que a VPI não está associada ao perfil de utilização de serviços de saúde pela criança^{13,14}.

Visando ampliar este debate e trazer o tema à tona em países em desenvolvimento, o objetivo principal deste estudo foi avaliar se a VPI, especificamente a violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto, reduz o número de consultas da criança em Unidades Básicas de Saúde, levando a um número abaixo do esperado para a idade.

5.3.3 Métodos

5.3.3.1 Desenho, população de estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo transversal que está inserido no projeto interinstitucional “Avaliação da qualidade da assistência à criança menor de seis meses na rede SUS do Município do Rio de Janeiro”, coordenado por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

A população estudada incluiu 927 crianças nos primeiros seis meses de vida cujas mães relataram ter companheiro na ocasião da entrevista dentre aquelas que

buscaram consulta pediátrica ou de puericultura em 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do SUS no Município do Rio de Janeiro entre junho e setembro de 2007.

Para a seleção das participantes foi realizada uma amostragem por conglomerado em dois estágios. As unidades primárias de amostragem foram as UBS e as unidades secundárias, as crianças atendidas nas UBS selecionadas. Para obter uma amostra geograficamente representativa do município, as UBS foram ordenadas segundo a distância euclidiana, calculada a partir das coordenadas geográficas dos estabelecimentos de saúde em relação ao Centro Administrativo do Município do Rio de Janeiro, e subsequentemente selecionadas de forma sistemática, em caracol, com probabilidade de seleção proporcional ao número mensal médio de consultas realizadas com crianças menores de seis meses de idade no último ano com informações disponíveis na ocasião do planejamento do estudo (2005). As unidades secundárias de amostragem (crianças) foram selecionadas de forma sistemática, obedecendo à ordem de saída das consultas.

As informações foram obtidas através de entrevista com a mãe da criança utilizando-se um questionário estruturado, pré-testado e avaliado em estudo piloto, aplicado por entrevistadores devidamente treinados. As entrevistas foram realizadas após a consulta pediátrica, sem a presença do parceiro íntimo e garantindo-se a privacidade materna com relação às demais mães que aguardavam atendimento.

5.3.3.2 Modelo teórico-conceitual e operacionalização das variáveis

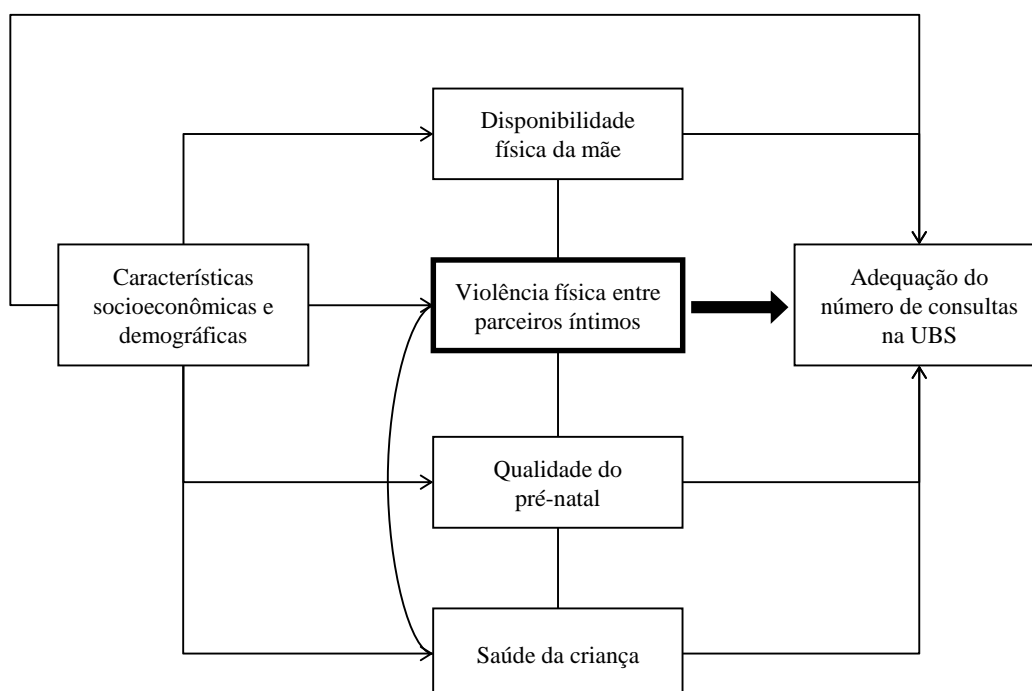
O modelo teórico-conceitual do estudo é composto por algumas das dimensões que vêm sendo mais frequentemente pesquisadas nas linhas de investigação sobre as consequências da VPI na saúde da mulher e da criança, bem como as que são citadas pela literatura como envolvidas na determinação do cuidado materno e do uso dos serviços de saúde na infância. Como pode ser observado na Figura 7, no nível distal do modelo encontram-se as características socioeconômicas da família e as características demográficas maternas, representadas por sua condição econômica, escolaridade, trabalho, idade, situação conjugal e cor da mãe. Para caracterizar a condição econômica do domicílio utilizou-se o indicador de bens, calculado da seguinte maneira:

$$IB = \sum_i (1 - f_i) b_i$$

onde i varia de 1 a 10 patrimônios; b_i é igual a 1 ou zero, respectivamente, na presença ou ausência de: rádio, geladeira ou freezer, aparelho de DVD ou videocassete, máquina

de lavar roupa, microondas, telefone fixo, computador, televisão, carro particular e ar condicionado. O peso atribuído à presença de cada item foi o complemento da frequência relativa (f_i) de cada item na amostra total; quanto mais rara a presença do item, maior o peso atribuído a ele.

Figura 7 – Modelo teórico proposto para estudo da relação entre violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto e adequação do número de consultas na UBS entre crianças menores de seis meses de idade. Rio de Janeiro, Brasil.



A variável de exposição de interesse central – VFPI – situou-se no nível intermediário do modelo. As informações sobre a ocorrência de VFPI desde o nascimento da criança até a data da entrevista foram obtidas através da utilização da versão em português do instrumento Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), adequadamente adaptado para uso no Brasil^{15,16,17}. Foram consideradas em situação de VFPI as mulheres que responderam de forma positiva a pelo menos um dos 12 itens da escala de violência física referentes à violência perpetrada pela mulher e/ou pelo companheiro.

A dimensão abrangendo a disponibilidade física da mãe para o cuidado da criança e as relativas à qualidade do pré-natal e saúde da criança compõem o nível intermediário do modelo. A primeira foi representada por duas variáveis, a saber, número de filhos e

número de crianças menores de cinco anos no domicílio. A qualidade do pré-natal foi avaliada através da escala Adequacy of Prenatal Care Utilization Index (APNCU), também denominada de índice de Kotelchuck, que conjuga informações sobre a época de início do pré-natal e o número de consultas realizadas pela gestante ¹⁸, previamente adaptada para uso no Brasil ¹⁹. A dimensão saúde da criança foi representada pelas variáveis: peso ao nascer e ocorrência de problemas de saúde, esta última avaliada por meio da morbidade referida através do relato materno, considerando todo o período de vida da criança.

A variável de desfecho, inadequação do número de consultas, foi avaliada através da pergunta “A quantas consultas o bebê já veio nesta Unidade?” e caracterizada pelo número de consultas abaixo do esperado para a idade. Esta variável foi construída considerando a idade da criança no momento da entrevista e tomando como referência o Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança ⁸⁷, proposto pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que recomenda a oferta de 5 consultas nos primeiros 6 meses de vida: uma até 15 dias, uma aos 1, 2, 4 e 6 meses (Figura 8).

As demais variáveis são autoexplicativas e são apresentadas na primeira tabela da seção de Resultados.

Figura 8 – Adequação do número de consultas na unidade básica de saúde de acordo com o Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança.

		Número de consultas					Índices
		1	2	3	4	5 +	
Idade da criança	0 – 16 dias						<input type="checkbox"/> Inadequado <input checked="" type="checkbox"/> Adequado
	16 – 60 dias						
	60 – 90 dias						
	90 – 180 dias						

5.3.3.3 Análise de dados

A análise de dados foi orientada pelo modelo teórico-conceitual apresentado na Figura 7. A primeira etapa consistiu na exploração das relações entre as diferentes variáveis representativas das dimensões do modelo e o desfecho através de regressão logística não condicional. Em princípio, foram consideradas candidatas ao modelo multivariado aquelas que se mostraram associadas ao desfecho, considerando-se um p-valor $< 0,25$ como ponto de corte. Além deste critério, para assegurar que todas as dimensões do modelo teórico estivessem representadas no modelo multivariado, pelo menos uma variável de cada dimensão foi mantida no modelo final.

Em seguida, a possibilidade de interação entre estas variáveis e a VFPI foi explorada. Os termos de interação estatisticamente significativos ao nível de significância de 95% na análise multivariada foram considerados na elaboração do modelo final.

A análise foi realizada com a rotina svy do programa Stata 12.0²¹ para lidar com o fato de os dados serem oriundos de uma amostragem complexa por conglomerados.

5.3.3.4 Questões éticas

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz (parecer nº. 132/06 de 7 de março de 2007) e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (parecer nº. 74A/2007 de 18 de junho de 2007). Os dados foram colhidos mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, que garantia a confidencialidade das informações. Todos os demais procedimentos estiveram de acordo com a Declaração de Helsinque.

5.3.4 Resultados

O número de consultas na unidade de saúde onde ocorreu a entrevista foi adequado para 86,7% (n=788) das crianças, enquanto 13,3% (n=121) tiveram um número inadequado de consultas. Como pode ser observado na Tabela 7, cerca de 30% das mulheres relatou ter se envolvido em pelo menos um ato de violência física com seu parceiro íntimo, como vítima ou autora, desde o nascimento da criança até o momento da entrevista. Na análise bivariada, no agregado, a presença de violência física no relacionamento do casal após o nascimento da criança se mostrou estatisticamente associada à inadequação do número de consultas.

Quanto às características sociodemográficas da população de estudo, a maioria das mães tinha escolaridade inferior ao Ensino Médio completo, não trabalhava no momento da entrevista, tinha 20 anos ou mais de idade, vivia com o companheiro e se autorreferia parda ou preta. O pré-natal foi considerado adequado ou mais que adequado para 62,9% das mães e 64,7% relatou que o bebê já havia apresentado algum problema de saúde desde o seu nascimento (Tabela 7).

Ao testar a possibilidade de interação entre as variáveis candidatas ao modelo multivariado e a exposição de interesse central (VFPI), a variável “trabalho materno” apresentou interação estatisticamente significativa com a VFPI (p-valor igual a 0,02).

Como pode ser visto na Tabela 8, enquanto a VFPI não mostrou nenhuma relação estatisticamente significante com a adequação do número de consultas da criança entre as mães que trabalhavam, entre aquelas que não trabalhavam no momento da entrevista, a VFPI aumentou em 2,6 vezes a chance de a criança apresentar um número de consultas inadequado.

Tabela 7 – Descrição da população de estudo e análise bivariada entre desfecho (inadequação do número de consultas) e demais variáveis do modelo teórico. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.^a

Variáveis	Distribuição		Inadequação do número de consultas	
	n	% (IC 95%)	OR (IC 95%)	Valor de p
Violência física entre parceiros íntimos				
Não	649	70,3 (66,5-74,0)	1	
Sim	260	29,8 (26,0-33,5)	1,77 (1,12-2,80)	0,017
Indicador de bens				
≤ 1	429	49,2 (44,1-54,3)		
> 1 e ≤ 2	233	23,8 (19,1-28,5)	0,89 (0,78-1,01) ^b	0,070 ^b
> 2	247	27,0 (24,4-29,6)		
Escolaridade materna				
Ensino Médio completo ou mais	249	25,5 (21,5-29,6)	1	
Menor do que Ensino Médio completo	660	74,5 (70,4-78,5)	0,87 (0,45-1,69)	0,672
Trabalho materno				
Trabalha	307	35,0 (30,2-39,9)	1	
Não trabalha	602	65,0 (60,1-70,0)	1,30 (0,80-2,12)	0,277
Idade materna (anos)				
20 ou mais	757	81,5 (77,9-85,1)		
Abaixo de 20	152	18,5 (14,9-22,1)	1,01 (0,97-1,06) ^b	0,585 ^b
Situação conjugal				
Tem companheiro, mas não vive com ele	103	11,4 (8,9-13,9)	1	
Vive com o companheiro	806	88,6 (86,1-91,1)	1,52 (0,61-3,79)	0,355
Cor da mãe				
Branca	261	27,7 (23,9-31,4)	1	
Parda/Preta/Amarela/Indígena	648	72,3 (68,6-76,1)	1,55 (0,84-2,86)	0,157
Número de filhos				
1	407	45,7 (41,1-50,4)		
2 ou mais	502	54,3 (49,6-58,9)	1,10 (0,80-1,52) ^b	0,557 ^b
Número de crianças menores de 5 anos				
1	625	69,5 (67,0-71,9)		
2 ou mais	284	30,5 (28,1-33,0)	0,79 (0,52-1,19) ^b	0,242 ^b
Qualidade do pré-natal				
Adequado/Mais que adequado	551	62,9 (58,5-67,2)	1	
Intermediário/Inadequado/Não fez pré-natal	358	37,1 (32,8-41,5)	1,46 (1,01-2,10)	0,043
Peso ao nascer (gramas)				
2.500 ou mais	841	92,9 (91,3-94,6)	1	
Abaixo de 2.500	68	7,1 (5,4-8,7)	1,80 (0,72-4,50)	0,198
Ocorrência de problemas de saúde				
Não	308	35,3 (30,7-39,9)	1	
Sim	601	64,7 (60,1-69,3)	0,94 (0,63-1,42)	0,768

^a n=909.

^b Odds ratio (OR), intervalo de 95% de confiança (IC 95%) e valor de p da variável contínua, tal como foi introduzida no modelo multivariado.

Tabela 8 – Análise logística multivariada entre VFPI e inadequação do número de consultas na UBS em função do trabalho materno. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.^a

	Inadequação do número de consultas	
	OR (IC 95%) ^b	Valor de p
<i>Trabalha</i>		
Nenhum ato de VFPI	1	
1 ou mais atos de VFPI	0,61 (0,27-1,35)	0,232
<i>Não trabalha</i>		
Nenhum ato de VFPI	1	
1 ou mais atos de VFPI	2,60 (1,25-5,40)	0,017
Ajuste do modelo	<i>F</i>	Valor de p
Teste de Hosmer-Lemeshow	0,44	0,892

^a n=909.

^b *Odds ratios* (OR) e intervalos de 95% de confiança (IC 95%) ajustados pelas variáveis indicador de bens, idade materna, cor da mãe, número de crianças menores de 5 anos, qualidade do pré-natal, peso ao nascer e ocorrência de problemas de saúde.

5.3.5 Discussão

Os resultados deste estudo confirmam a hipótese de que a VFPI aumenta o risco de certas crianças terem um número de consultas em Unidades Básicas de Saúde aquém do esperado para a idade nos seus primeiros seis meses de vida. Entre os filhos de mães que não exerciam trabalho remunerado após o parto, a violência entre parceiros quase triplicou o risco de um número insuficiente de consultas, independente da situação econômica, idade e cor da mãe, número de crianças menores de cinco anos no domicílio, qualidade do pré-natal e necessidade de saúde da criança. O mesmo não parece ocorrer entre aquelas que tinham vínculo empregatício. No melhor do conhecimento dos autores, tais achados são inéditos, na medida em que este é o primeiro estudo que explora a possibilidade de modificação do efeito da VPI na utilização de serviços de saúde de acordo com a ocupação materna.

As relações entre trabalho materno e o cuidado com a criança já vem sendo debatidas na literatura há algum tempo. Segundo alguns autores, estas relações parecem estar pautadas em questões relativas à autonomia da mulher nas decisões do dia-a-dia e seu controle sobre a renda da família. É provável que as mães que trabalham tenham mais acesso e controle dos recursos, distribuindo-os de forma que beneficie a criança, o que parece ser menos frequente quando os pais decidem sozinhos como utilizar a renda

²². A literatura também sugere que o trabalho promove o bem-estar da mãe e favorece a participação paterna no cuidado da criança, contribuindo para uma melhor qualidade do cuidado e, portanto, para uma utilização mais adequada dos serviços de atenção à saúde infantil ^{23,24}.

No que concerne à literatura sobre as repercussões da violência íntima na saúde da criança, segundo alguns autores ^{3,4,5} mães em situação de violência parecem ter uma capacidade diminuída para cuidar de forma adequada dos filhos, o que poderia explicar a menor utilização de serviços de atenção à saúde da criança. Diferentes caminhos podem fazer com que a presença de VFPI comprometa o cuidado com a criança. Este comprometimento pode decorrer das próprias lesões físicas, dos agravos à saúde mental e emocional, ou ainda, de uma demanda aumentada de tempo e energia para lidar com conflitos e incidentes violentos, para atender as necessidades do companheiro, bem como para promover a própria segurança ^{7,25}.

A qualidade do cuidado com a criança também pode ser prejudicada pelo menor envolvimento dos parceiros com os filhos e pelo baixo nível de apoio social de outros membros da família, vizinhos e instituições sociais, comuns entre famílias em que a VFPI está presente ^{7,25,26}. É importante notar ainda que mães que experimentam VFPI podem ser relutantes em levar seus filhos ao serviço de saúde para evitar que a situação de violência seja detectada pelo profissional de saúde ¹¹.

Alguns pontos positivos e limitações deste estudo merecem ser discutidos. Dentre os aspectos positivos, destaca-se a utilização de um instrumento largamente difundido para detectar a ocorrência de VFPI, validado no Brasil e em diferentes contextos ^{15,16,17}. A opção por utilizar o indicador “adequação do número de consultas para a idade” também é um ponto positivo do estudo, uma vez que possibilita a operacionalização do construto “qualidade do acompanhamento da criança” agregando informações de fácil obtenção – a idade da criança e o número de consultas realizadas.

Outro aspecto positivo foi a abordagem multivariada na análise de dados, o que possibilitou uma avaliação do papel da violência considerando importantes fatores de confusão no processo, tais como as condições de saúde da criança, o que permitiu, neste caso, inferir que a dificuldade das mães em situação de VFPI de levar seus filhos ao serviço de saúde independe das necessidades de saúde da criança, determinante mais proximal do uso de serviços ^{27,28}. A possibilidade de explorar o papel da VFPI em diferentes cenários de ocupação materna também se constituiu um ponto forte, já que acrescentou à discussão a possibilidade de efeitos diferenciais da VFPI em certos

subgrupos, o que talvez explique, pelo menos em parte, as divergências observadas em estudos anteriores.

A impossibilidade de se garantir que a violência tenha ocorrido antes da criança passar a ter um número inadequado de consultas para a idade é uma importante limitação do estudo. Como a pesquisa teve um desenho transversal, cujo processo de coleta de dados não especificou o momento exato da ocorrência das situações de VFPI, é possível que em alguns casos a violência não tenha precedido a redução do número de consultas que resultou em um número aquém do esperado para a idade. Porém, dada a cronicidade da VPI durante a fase grávido-puerperal apontada em estudos anteriores^{14,29,30}, entende-se que a maior parte das situações ocorridas após o parto deve ter se iniciado antes ou durante a gravidez, fazendo com que a exposição necessariamente tenha precedido o desfecho.

Diante destes achados, entende-se que é fundamental priorizar ações que promovam uma abordagem integral e ampliada no atendimento de mães e crianças, uma vez que a VPI e outros aspectos do funcionamento familiar podem ter sérias implicações à saúde materno-infantil. Consultas pediátricas de rotina podem ser momentos oportunos para a detecção da violência entre o casal, principalmente quando realizadas pelo mesmo profissional de saúde que acompanhou a gestação, o que favorece o estabelecimento de um vínculo com a família e facilita a abordagem do problema^{31,32}. Apenas detectar a violência não é suficiente, os serviços de saúde devem estar preparados para lidar com esses casos, articulando-se entre si e com outras redes de apoio, tendo em vista não só a interrupção do processo, como também a prevenção de problemas no cuidado com a criança.

Concluindo, os resultados deste estudo foram consistentes com a hipótese de que a VFPI prejudica a utilização de serviços de saúde para o cuidado com a criança, avançando em importantes aspectos que permeiam a relação entre esses construtos. É fundamental que se investiguem essas associações em outros contextos e domínios, e que se abarquem outros aspectos envolvidos no processo, tais como, as características dos serviços de saúde, os motivos da procura pelo serviço, o perfil psicológico e o nível de apoio social da mãe e sua composição familiar. A ampliação do número de estudos sobre o tema e a investigação simultânea dos diferentes aspectos envolvidos no cuidado com a criança certamente contribuirão para um melhor entendimento do processo como um todo e ajudarão a elucidar os motivos das divergências encontradas na literatura.

A percepção de que a violência entre parceiros íntimos prejudica não só o cuidado com a saúde materna como sugere pesquisas anteriores, mas também o cuidado com a criança em seus primeiros meses de vida reforça a importância de se entender a atenção à mulher e à família como parte integrante da atenção à criança. Desta forma, as políticas e propostas de ação voltadas ao cuidado infantil devem necessariamente envolver ações voltadas a toda a família.

5.3.6 Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
2. Gunter J. Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34:367-88.
3. Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics* 2006; 117:278-90.
4. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Cien Saude Colet* 1999; 4:109-121.
5. Yount KM, Digirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Soc Sci Med* 2011; 72:1534-54.
6. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saude Publica* 2006; 40:595-603.
7. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Negl* 2008; 32:797-810.
8. Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG. The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003; 6:171-87.
9. Schluter PJ, Paterson J. Relating intimate partner violence to health-care utilisation and injuries among Pacific children in Auckland: The Pacific Islands Families Study. *J Paediatr Child Health* 2009; 45:518-524.

10. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D, et al. Intimate partner violence and health care costs and utilization for children living in the home. *Pediatrics* 2007; 120:1270-1277.
11. Onyskiw JE. Health and use of health services of children exposed to violence in their families. *Can J Public Health* 2002; 93:416-420.
12. Bair-Merritt MH, Crowne SS, Burrell L, Caldera D, Cheng TL, Duggan AK. Impact of intimate partner violence on children's well-child care and medical home. *Pediatrics* 2008; 121:473-480.
13. Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Rev Med Chil* 2003; 131:1454-1462.
14. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA* 2001; 285:1581-1584.
15. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saude Publica* 2002; 18:163-176.
16. Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saude Publica* 2002; 18:783-796.
17. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Issues* 1996; 17:283-316.
18. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84:1414-20.
19. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2004; 20:S63-S72.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
21. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 12. College Station (TX): Stata Corporation, 2011.

22. Engle PL, Menon P, Haddad L. Care and Nutrition: concepts and measurement. Occasional Papers, International Food Policy Research Institute, Washington DC 1997.
23. Esterik PV. Factors influencing quality of care. Care, caregiving, and caregivers. Food Nutr Bull 1995; 16.
24. Hoffman LW. The effects of the mother's employment on the family and the child. Disponível em: <http://parenthood.library.wisc.edu/Hoffman/Hoffman.html> (acessado em: 23/Nov/2011).
25. Letourneau N, Young C, Secco L, Stewart M, Hughes J, Critchley K. Supporting mothering: service providers' perspectives of mothers and young children affected by intimate partner violence. Res Nurs Health 2011.
26. Levendosky AA, Bogat GA, Theran SA, Trotter JS, von Eye A, Davidson WS, 2nd. The social networks of women experiencing domestic violence. Am J Community Psychol 2004; 34:95-109.
27. Janicke DM, Finney JW. Determinants of children's primary health care use. J Clin Psychol Med Sett 2000; 7:29-39.
28. Moran TE, O'Hara MW. Maternal psychosocial predictors of pediatric health care use: use of the common sense model of health and illness behaviors to extend beyond the usual suspects. Clin Effectiv Nurs 2006; 9:171-180.
29. Gartland D, Hemphill SA, Hegarty K, Brown SJ. Intimate Partner Violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. Matern Child Health J 2010.
30. Moraes CL, Tavares da Silva TS, Reichenheim ME, Azevedo GL, Dias Oliveira AS, Braga JU. Physical violence between intimate partners during pregnancy and postpartum: a prediction model for use in primary health care facilities. Paediatr Perinat Epidemiol 2011; 25:478-486.
31. Schor EL. Rethinking well-child care. Pediatrics 2004; 114:210-6.
32. Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD. Intimate partner violence: the role of the pediatrician. Pediatrics 2010; 125:1094-100.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apresentado nas seções introdutórias e discutido ao longo desta Dissertação, a violência entre parceiros íntimos é um problema bastante relevante no âmbito da saúde pública, por sua elevada magnitude e suas graves consequências. A utilização de serviços de saúde nos primeiros meses de vida, aqui abordada como uma manifestação do cuidado materno com a criança, é outro tema de grande relevância, intimamente relacionado ao crescimento e desenvolvimento infantil. A importância dessas questões e as lacunas existentes nessas áreas do conhecimento assinalam a necessidade de se realizar pesquisas sobre esses temas. Deste modo, este estudo propôs-se a explorar alguns aspectos referentes à VFPI e aos cuidados de saúde visando contribuir para ampliar o conhecimento sobre essas questões e fornecer bases para a elaboração tanto de medidas que promovam o acompanhamento sistemático da criança em serviços de saúde como de estratégias de combate à violência familiar.

O objetivo principal de avaliar as relações entre a VFPI nos primeiros seis meses após o parto e a utilização de serviços de saúde entre crianças menores de seis meses de idade foi alcançado e a hipótese de que a violência dificulta o uso de serviços de saúde foi corroborada. Além disso, os resultados aqui apresentados trouxeram alguns avanços ao entendimento dessas relações, à medida que evidenciaram que o efeito da VFPI pode ser modificado pelo grau de qualidade do pré-natal e pelo tipo de ocupação materna. Uma vez que este parece ser o primeiro estudo a explorar a possibilidade de modificação do efeito da VFPI em sua relação com o uso de serviços de saúde nos primeiros meses de vida, é fundamental que essas associações sejam investigadas em outros contextos e domínios e que se abarquem outros aspectos envolvidos no cuidado com a criança, tais como, as características dos serviços de saúde, os motivos da procura pelo serviço, o perfil psicológico e o nível de apoio social da mãe e sua composição familiar. Esses achados apontam para a necessidade de se ampliar a abordagem na atenção à saúde infantil, no sentido de ultrapassar as barreiras clínico-patológicas e apreender aspectos do funcionamento familiar, entendendo que todo o ambiente em que a criança vive tem implicações em seu crescimento e desenvolvimento.

As elevadas prevalências de VFPI encontradas, em especial entre mães em situação socioeconômica desfavorável e que apresentavam falhas no cuidado pré-natal, na amamentação e na utilização do serviço de saúde também reforçam a necessidade de promover um cuidado integral na assistência à criança. A articulação entre diferentes

profissionais de saúde que trabalham na atenção à saúde da mulher e da criança pode ser um caminho para garantir a continuidade do cuidado desde a gestação até a infância e, assim, ampliar o conhecimento das características familiares que representam obstáculos ao desenvolvimento infantil e a possibilidade de atuação junto às famílias. Para isso, é essencial que os planejadores de políticas públicas do Setor Saúde estejam não somente sensibilizados, mas também mobilizados no preparo dos profissionais de saúde e da rede de serviços para abordar o tema e acompanhar as famílias em situação de violência.

Como visto em seções anteriores, os serviços de saúde são locais estratégicos para detectar riscos e identificar os casos de violência familiar, em especial durante o pré-natal e no início da vida da criança, quando os contatos da mulher com profissionais de saúde ocorrem com maior frequência do que em outros períodos de vida. Não só as oportunidades de rastreamento, como também as chances de intervenção são maiores nesses locais e períodos. Cabe ressaltar que as estratégias de intervenção junto às famílias em situação de violência devem objetivar, além da proteção dos indivíduos envolvidos, a prevenção de problemas no cuidado com a criança. Quando a violência é identificada, algumas medidas podem ser aplicadas visando garantir uma adequada assistência à criança. Dentre elas, podem ser citadas: agendar as consultas de puericultura de forma mais frequente; acompanhar a família, também por meio de visitas domiciliares, quando for possível; rastrear outras situações que prejudicam o cuidado com a criança (apoio social e familiar reduzidos, abuso de álcool e drogas, etc.); estimular a atuação multidisciplinar; promover a articulação entre serviços de saúde e instituições sociais de apoio; e, notificar ao conselho tutelar, quando necessário.

É importante considerar que o Brasil fez grandes avanços em termos de legislação, políticas e planos de ação no que diz respeito ao combate à violência familiar. A instituição da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências em 2001, a sanção da Lei Maria da Penha e a implantação do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência em 2006 constituem importantes marcos da luta contra a violência. A publicação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientação para gestores e profissionais de saúde” em 2010, com o propósito de sensibilizar e orientar gestores e profissionais de saúde, também merece ser destacada. Apesar dos avanços, ainda há muitos desafios a serem vencidos, que agora residem na implementação e na avaliação específica dos planos de ação.

Concluindo, espera-se que a divulgação dos resultados desta Dissertação possa contribuir para uma melhoria na atenção à saúde materno-infantil em nosso meio. Ainda, mediante o incentivo às políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso do indivíduo, espera-se contribuir na garantia do direito à promoção e proteção à vida e à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *Am J Public Health* 2006; 96:1423-8.
2. Moraes CL, Amorim AR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 95:254-60.
3. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saude Publica* 2010; 44:667-676.
4. Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics* 2006; 117:278-90.
5. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2006; 20:299-311.
6. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Cien Saude Colet* 1999; 4:109-121.
7. Stockwell MS, Brown J, Chen S, Vaughan RD, Irigoyen M. Is underimmunization associated with child maltreatment? *Ambul Pediatr* 2008; 8:210-3.
8. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
9. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. In: Centers for Disease Control and Prevention, ed Atlanta, 1999.
10. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. Brasília, 2001.
11. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368:1260-9.

12. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington D.C.: The World Bank, 1994.
13. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, WHO, 2005.
14. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica* 2006; 22:109-121.
15. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters* 2010; 18:158-70.
16. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996; 275:1915-20.
17. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women* 2004; 10:770-789.
18. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5:47-64.
19. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79:269-277.
20. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25:309-316.
21. Hillard PJ. Physical abuse in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985; 66:185-90.
22. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ* 1993; 149:1257-63.
23. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol* 1999; 93:661-6.
24. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 103:26-9.
25. Jansinski JL, Kantor GK. Pregnancy, stress, and wife assault: Ethnic differences in prevalence, severity, and onset in a national sample. *Violence Vict* 2001; 16:219-232.

26. Gelles RJ. *Intimate violence in families*. London: SAGE Publications, 1997.
27. Saltzman LE, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Matern Child Health J* 2003; 7:31-43.
28. Hedin LW. Postpartum, also a risk period for domestic violence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 89:41-45.
29. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA* 2001; 285:1581-1584.
30. Stewart DE. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. *CMAJ* 1994; 151:1601-4.
31. Gielen AC, O'Campo P, Faden RR, Kass N, Xue X. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. *Soc Sci Med* 1994; 39:781-787.
32. Gartland D, Hemphill SA, Hegarty K, Brown SJ. Intimate Partner Violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. *Matern Child Health J* 2010.
33. Ribeiro TST. *Violência entre parceiros íntimos nos primeiros cinco meses de pós-parto em usuárias de unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2009.
34. Jasinski JL, Williams LM. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. London: SAGE Publications, Inc., 1998.
35. Gunter J. Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34:367-88.
36. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002; 359:1423-29.
37. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002; 55:1603-17.
38. Moraes CL, Peres MFT, Reichenheim ME. Epidemiologia das violências interpessoais. In: Filho NA, Barreto M, eds. *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
39. Jordan CE, Campbell R, Follingstad D. Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6:607-28.

40. Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *J Interpers Violence* 2006; 21:955-68.
41. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359:1331-6.
42. Heise L. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cad Saude Publica* 1994; 10:135-145.
43. Moraes CL, Reichenheim M, Nunes AP. Severe physical violence among intimate partners: a risk factor for vaginal bleeding during gestation in less privileged women? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88:1041-8.
44. Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG. The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003; 6:171-87.
45. Bair-Merritt MH, Feudtner C, Localio AR, Feinstein JA, Rubin D, Holmes WC. Health care use of children whose female caregivers have intimate partner violence histories. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162:134-139.
46. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Negl* 2008; 32:797-810.
47. Engle PL, Menon P, Haddad L. Care and Nutrition: concepts and measurement. Occasional Papers, International Food Policy Research Institute, Washington DC 1997.
48. ICN. (International Conference on Nutrition). Plan of Action for Nutrition. Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization, Rome 1992.
49. UNICEF. (United Nations Children's Fund). Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries. United Nations Children's Fund, New York 1990.
50. Engle PL, Fernald LCH, Alderman H, Behrman J, O'Gara C, Yousafzai A, et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011; 378:1339-1353.
51. Esterik PV. Factors influencing quality of care. Care, caregiving, and caregivers. *Food Nutr Bull* 1995; 16.

52. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet* 2011; 378:1325-1338.
53. Winkvist A. Factors influencing quality of care. Health and nutrition status of the caregiver: effect on caregiving capacity. *Food Nutr Bull* 1995; 16.
54. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1973; 51:95-124.
55. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
56. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20:S190-S198.
57. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9:208-20.
58. Janicke DM, Finney JW. Determinants of children's primary health care use. *J Clin Psychol Med Sett* 2000; 7:29-39.
59. Moran TE, O'Hara MW. Maternal psychosocial predictors of pediatric health care use: use of the common sense model of health and illness behaviors to extend beyond the usual suspects. *Clin Effectiv Nurs* 2006; 9:e171-e180.
60. Letourneau N, Young C, Secco L, Stewart M, Hughes J, Critchley K. Supporting mothering: service providers' perspectives of mothers and young children affected by intimate partner violence. *Res Nurs Health* 2011.
61. Levendosky AA, Bogat GA, Theran SA, Trotter JS, von Eye A, Davidson WS, 2nd. The social networks of women experiencing domestic violence. *Am J Community Psychol* 2004; 34:95-109.
62. Bair-Merritt MH, Crowne SS, Burrell L, Caldera D, Cheng TL, Duggan AK. Impact of intimate partner violence on children's well-child care and medical home. *Pediatrics* 2008; 121:473-480.
63. Onyskiw JE. Health and use of health services of children exposed to violence in their families. *Can J Public Health* 2002; 93:416-420.
64. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D, et al. Intimate partner violence and health care costs and utilization for children living in the home. *Pediatrics* 2007; 120:1270-1277.

65. Schluter PJ, Paterson J. Relating intimate partner violence to health-care utilisation and injuries among Pacific children in Auckland: The Pacific Islands Families Study. *J Paediatr Child Health* 2009; 45:518-524.
66. Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, et al. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics* 2005; 115:306-314.
67. Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics* 2004; 113:e523-529.
68. Mandl KD, Tronick EZ, Brennan TA, Alpert HR, Homer CJ. Infant health care use and maternal depression. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153:808-813.
69. Ta V, Hayes D. Racial differences in the association between partner abuse and barriers to prenatal health care among asian and native Hawaiian/other Pacific Islander women. *Matern Child Health J* 2010; 14:350-359.
70. Taggart L, Mattson S. Delay in prenatal care as a result of battering in pregnancy: Cross-cultural implications. *Health Care Women Int* 1996; 17:25 - 34.
71. Thananowan N, Heidrich SM. Intimate Partner Violence among pregnant Thai women. *Violence Against Women* 2008; 14:509-527.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
73. Casanueva C, Foshee VA, Barth RP. Intimate partner violence as a risk factor for children's use of the emergency room and injuries. *Child Youth Serv Rev* 2005; 27:1223-1242.
74. Karamagi C, Tumwine J, Tylleskar T, Heggenhougen K. Intimate partner violence and infant morbidity: evidence of an association from a population-based study in eastern Uganda in 2003. *BMC Pediatr* 2007; 7:34.
75. Silverman JG, Decker MR, Gupta J, Kapur N, Raj A, Naved RT. Maternal experiences of Intimate Partner Violence and child morbidity in Bangladesh: evidence from a national Bangladeshi sample. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163:700-705.

76. Suglia SF, Enlow MB, Kullowatz A, Wright RJ. Maternal Intimate Partner Violence and increased asthma incidence in children: buffering effects of supportive caregiving. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163:244-250.
77. Moura EC. The relationship between the use of primary health care and infant health status at 12 months in a Brazilian community. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1:79-87.
78. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 1999; 6:266-272.
79. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. *J Pediatr* 2010; 86:80-84.
80. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saude Publica* 2002; 18:163-176.
81. Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saude Publica* 2002; 18:783-796.
82. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Issues* 1996; 17:283-316.
83. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2004; 20:S63-S72.
84. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84:1414-20.
85. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practice: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA, 2007.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Calendário Básico de Vacinação da Criança. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462 [Último acesso: 19 Set, 2010], 2011.

87. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
88. Ministério da Saúde. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Cadernos Técnicos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 2000.

ANEXO A – Questionário

Questionário de entrevista à mãe que trouxe o bebê menor de 6 meses para consulta

QUESTIONÁRIO | _ | _ | _ | _ | _ |

Para todo questionário, preencher com dígitos 8 para não se aplica e com dígitos 9 para não informado.

PARTE I (esta parte da entrevista pode ser realizada antes da mãe ir para a consulta)

I. Identificação do questionário

1. Data da entrevista	_ _ / _ _ / _ _	
2. N° do prontuário da criança	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
3. Nome da Unidade de Saúde		
4. Entrevistador	Código _ _ _	5. Supervisora _ _
6. Revisado por	Data _ _ / _ _ / _ _	
7. Data da digitação _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	8. Digitador _ _ _	

II. Identificação da mãe

Agora vou fazer algumas perguntas sobre você:

9. Hora de início da entrevista	_ _ _ : _ _ _	
10. Qual é o seu nome completo (mãe)?		
11. Quantos anos você tem?	_ _ _	
12. Qual é a data do seu nascimento?	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _	
13. Qual é o seu endereço?		
14. Comunidade/ Bairro	15. Município	
16. Você tem telefone(s) para contato? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	
0. Não Sim, qual (is)? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	
17. Você sabe ler e escrever? 0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos _ _	18. Qual foi a última série que você completou na escola? _ _ Série do Ensino 1. fundamental 2. médio 3. superior _ _ (0 = nunca estudou) (1° grau) (2° grau) (3° grau)	
19. A sua cor ou raça é ... (ler as alternativas) 1. Branca 2. Preta 3. Parda(morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena	_ _	
20. A respeito da sua situação conjugal, você... (ler as alternativas) 1. Vive com companheiro 2. Tem companheiro, mas não vive com ele (vá para a 22) 3. Não tem companheiro (vá para a 22)	_ _	
21. Há quanto tempo vive com o companheiro?	_ _ _ meses _ _ _ _ anos	
22. Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro?(remunerado) 0. Não (vá para a 25) 1. Sim	_ _	
23. Qual o seu trabalho atual? 1. Servidora pública 2. Empregada, não servidora pública 3. Autônoma (vá para a 25) 4. Empregadora (vá para a 25) 5. Aposentada (vá para a 25)	_ _	
24. Você tem carteira assinada?	0. Não 1. Sim _ _	
25. Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscoite ou bolsa família? 0. Não 1. Pensão 2. Aposentadoria 3. Biscoite 4. Bolsa família 5. Outro. _____	_ _ _ _	
26. Quantos quartos e salas, ao todo, tem a sua casa (sem contar banheiro, cozinha ou varanda)?	_ _ _	

27. Na sua casa tem:	a. rádio?	0. Não	1. Sim	a. __
	b. geladeira ou freezer?	0. Não	1. Sim	b. __
	c. videocassete ou DVD?	0. Não	1. Sim	c. __
	d. máquina de lavar roupa?	0. Não	1. Sim	d. __
	e. forno de microondas?	0. Não	1. Sim	e. __
	f. linha de telefone (fixo)?	0. Não	1. Sim	f. __
	g. computador?	0. Não	1. Sim	g. __

	h. televisão?	0. Não	Sim, quantas?	h. __
	i. carro para uso particular?	0. Não	Sim, quantos?	i. __
	j. ar condicionado?	0. Não	Sim, quantos?	j. __
28.	Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você e com o bebê?			__ __
29.	E quantas são menores de 5 anos, contando com o bebê?			__ __
30.	Você já teve algum aborto?		0. Não Sim, quantos?	__ __
31.	Quantas vezes você já esteve grávida contando com esta gravidez? (incluir aborto) (se 1, preencha 01 na questão 32 e vá para o bloco III)			__ __
32.	Quantos filhos vivos você tem hoje, contando com o bebê? (se 1, vá para o bloco III)			__ __
33.	Você amamentou seu último filho antes desse bebê? 0. Não Sim, por quanto tempo? __ __ meses e __ __ dias			__ __

III. Dados sobre o pré-natal

Agora vou perguntar sobre o pré-natal da gravidez desse bebê:

34.	Você fez pré-natal?		0. Não (vá para o bloco IV) 1. Sim	__
35.	Com quantos meses de gravidez você começou o pré-natal?			__ meses
36.	Quantas consultas de pré-natal você fez? (mais ou menos)			__ __
37.	Você fez pré-natal nesta mesma unidade de saúde?		0. Não 1. Sim	__

IV. Dados sobre o bebê

Agora vou perguntar sobre o seu bebê:

38.	Qual é o nome completo do bebê?			_____
39.	Sexo	1. Masculino	2. Feminino	__
40.	Quem cuida do (a) (nome do bebê) a maior parte do tempo? 1. a própria 2. avô do bebê 3. irmão(ã) do bebê 4. pai do bebê 5. Outro. _____			__
41.	O (a) (nome do bebê) está na creche?		0. Não 1. Sim	__
42.	Em que data o (a) (nome do bebê) nasceu?			__ __ / __ __ / __ __
43.	Onde o (a) (nome do bebê) nasceu?			__ __
	a) Nome do estabelecimento de saúde: _____			
	b) Município: 1. Rio de Janeiro 2. Outro _____			__ __
44.	Foi de parto normal ou cesariana?		1. Normal 2. Cesariana	__
45.	Com que peso o (a) (nome do bebê) nasceu?			__ __ __ __ g
46.	O (a) (nome do bebê) já foi registrado (a)?		0. Não (vá para a 48) 1. Sim	__
47.	Aonde foi feito o registro do (a) (nome do bebê)?		1. Cartório da maternidade 2. Outro cartório	__
48.	Você recebeu a caderneta de saúde da criança na maternidade?		0. Não 1. Sim	__

V. Aleitamento Materno

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a amamentação do(a) (nome do bebê)

49. O (a) (nome do bebê) saiu da maternidade mamando <u>só</u> no peito? 0. Não 1. Sim (vá à questão 51)		__
50. Por que não estava só no peito? 1. Intercorrência materna _____ 2. Intercorrência com RN _____ 3. Prática hospitalar 4. Pouco leite/leite fraco/bebê não pegou 5. Outro _____ (em caso de mãe HIV+ , marque 1 e vá para o bloco VI – acesso ao serviço de saúde)		__
51. Quando o (a) (nome do bebê) veio a esta Unidade de Saúde pela primeira vez, mamava no peito? 0. Não 1. Sim		__
52. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) mamou no peito? 0. Não 1. Sim		__
53. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou outro leite? 0. Não 1. Sim		__
54. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou água, chá ou suco? 0. Não 1. Sim		__
55. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) recebeu outro alimento? (além dos perguntados anteriormente, incluindo derivados do leite) 0. Não 1. Sim		__
Se a resposta da 53 foi (1), marque (1) na 56 a) e pergunte a 56 b).		__ meses e
56. a) Desde que o (a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já tomou outro tipo de leite? 0. Não (vá para 56 c) 1. Sim	__	__ _ __ dias
Se a resposta da 54 foi (1), marque (1) na 56 c) e pergunte a 56 d).		__ meses e
56. c) Desde que o(a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já tomou água, chá, ou suco? 0. Não (vá para 56 e) 1. Sim	__	__ _ __ dias
Se a resposta da 55 foi (1), marque (1) na 56 e) e pergunte a 56 f).		__ meses e
56. e) Desde que o (a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já recebeu outro alimento? (além dos perguntados antes) 0. Não (vá para a 57) 1. Sim	__	__ _ __ dias

VI. Acesso ao serviço de saúde:

Agora gostaria de saber sobre o acompanhamento do seu bebê.

57. Na maternidade falaram que você deveria procurar a unidade de saúde mais próxima da sua casa para levar o (a)(nome do bebê)? 0. Não Sim. Com até quantos dias de vida?		__ _ __ dias
58. Você recebeu, na maternidade, um cartão de acolhimento mãe-bebê marcando para você ir com o (a) (nome do bebê) em uma unidade básica de saúde? 0. Não (vá para a 62) 1. Sim, para esta unidade 2. Sim, para outra unidade		__
59. No cartão estava marcada.... (ler as alternativas)		
a. A data em que você deveria procurar a unidade básica de saúde? 0. Não Sim __ _ __ / __ _ __ / __ _ __		
b. A hora do atendimento? 0. Não 1. Sim __		
c. O profissional que deveria procurar para ser atendida? 0. Não 1. Sim __		
60. Você conseguiu ir à unidade de saúde na data marcada? 0. Não (vá à questão 62) 1. Sim		__
61. Você conseguiu ser atendida na unidade de saúde na data marcada? 0. Não 1. Sim, nesta unidade 2. Sim, em outra unidade		__
62. Em que data você trouxe o (nome do bebê), pela primeira vez, nesta unidade de saúde? Data: __ _ __ / __ _ __ / __ _ __ Idade do bebê __ meses __ _ __ dias		
63. No primeiro dia que você trouxe o(a) (nome do bebê) nesta unidade de saúde ele (a) foi vacinado (a) com a vacina BCG? 0. Não 1. Sim 2. Não, mas já tinha sido vacinado na maternidade 3. Não, mas já tinha sido vacinado em outra unidade de saúde		__

64. Neste mesmo dia, o(a) (nome do bebê) foi vacinado com a vacina de hepatite? 0.Não 1.Sim 2.Não, mas já tinha sido vacinado na maternidade 3. Não, mas já tinha sido vacinado em outra unidade de saúde	<input type="checkbox"/>
65. No primeiro dia que você trouxe o(a) (nome do bebê) nesta unidade de saúde você recebeu orientação sobre amamentação? 0. Não 1. Sim 2.Não, mas foi marcada palestra	<input type="checkbox"/>
66. Neste mesmo dia pesaram o(a) (nome do bebê) ? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
67. No primeiro dia que você trouxe o(a) (nome do bebê) nesta unidade de saúde foi marcada a consulta de acompanhamento com o pediatra? 0. Não Sim. Para qual data? __ _ / __ _ / __ _	
68. Neste mesmo dia foi feito o teste do pezinho? 0. Não 1. Sim (preencha a questão 69 com base na data do primeiro dia que o bebê veio à unidade de saúde - questão 62 - e vá para a 70))	<input type="checkbox"/>
69. Com que idade o teste do pezinho foi feito? 0. Não foi feito 1. Com até 7 dias 2. Com 8 a 14 dias 3. Com 15 dias ou mais	<input type="checkbox"/>
70. A quantas consultas o(a) (nome do bebê) já veio nesta Unidade, <u>sem contar a consulta de hoje, nem o acolhimento?</u>	<input type="text"/>
71. Você tem alguma dificuldade para trazer o (a) (nome do bebê) nesta unidade de saúde? 0.Não (vá para a 73) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
72. Qual dificuldade? Marque (para cada item) 0.Não 1.Sim	
a. Não tem dinheiro	a. <input type="checkbox"/>
b. O local de atendimento é distante ou de difícil acesso	b. <input type="checkbox"/>
c. Dificuldade de transporte	c. <input type="checkbox"/>
d. Horário incompatível	d. <input type="checkbox"/>
e. O atendimento é muito demorado	e. <input type="checkbox"/>
f. Não tem quem a acompanhe	f. <input type="checkbox"/>
g. Greve nos serviços de saúde	g. <input type="checkbox"/>
h. Outro motivo. Qual? _____	h. <input type="checkbox"/>
73. Você já levou o (a) (nome do bebê) em outro serviço de saúde? 0. Não (vá para o bloco VII) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
74. Onde? 1. No hospital 2. Em consultório particular 3. Em outra unidade básica	<input type="checkbox"/>

Agora, vamos ter que interromper a entrevista, pois as próximas perguntas só podem ser feitas após a consulta do bebê. Vou esperar, então, você voltar do atendimento para terminarmos a entrevista.

Horário de término da Parte I |__|_| : |__|_|

Horário de Início da Parte II |__|_| : |__|_|

PARTE II (esta parte da entrevista deve ser realizada após a consulta)

VII. Primeira consulta ou consulta subsequente.

Gostaria agora de saber sobre as consultas do(a) (nome do bebê):

75. A consulta de hoje foi marcada ou você trouxe o(a) (nome do bebê) sem ter marcado antes? 1. Consulta marcada 2. Consulta de demanda espontânea/extra	<input type="checkbox"/>
76. Posso ver a caderneta de saúde da criança? 1. Sim 2. Não trouxe 3. Não tem (Se não trouxe ou não tem, vá para o bloco VIII)	<input type="checkbox"/>
77. Marque o modelo da caderneta/cartão da criança: 1. Passaporte da Cidadania 4. Caderneta Laranja Pequena 7. Espelho Verde 2. Caderneta Laranja Grande 5. Caderneta Verde pequena 8. Cartão Vermelho 3. Caderneta Verde Grande 6. Espelho Laranja 9. Cartão Azul	<input type="checkbox"/>

78. Verificar na Caderneta da Criança se está preenchido:

Na página 3 (modelos 1,2,3,4,5). Se modelos 6, 7, 8 ou 9 vá para a questão 78.b.

a) o nº da declaração de Nascido Vivo 0. Não Sim | | | | | | | | | |

Na página 12 (modelo 1); Na página 3 (modelos 2,3,4 e 5); Na capa (modelos 6,7, 8 e 9);

b) peso ao nascer (em gramas) 0. Não Sim | | | | | | g

c) o comprimento ao nascer 0. Não Sim | | | | | | cm

d) APGAR 5' (5º min) 0. Não Sim | | | |

Na página 12 (modelo 1); Na página 6 (modelos 2, 3, 4 e 5); Se modelos 6,7, 8 e 9 vá para o bloco VIII.

e) idade gestacional (em semanas) 0. Não Sim | | | |

Na página 12 (modelo 1); Na página 6 ou 9 – verificar carimbo ou registro – (modelos 2, 3, 4 e 5);

Se modelos 6,7, 8 ou 9, vá para o bloco VIII.

f) Teste do reflexo vermelho 0.Não 1.Sim, normal. 2.Sim, alterado. | |

VIII. Crescimento e Desenvolvimento

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o crescimento e desenvolvimento do(a) (nome do bebê):

79. Pesaram o (a) (nome do bebê) hoje no Posto? 0. Não (vá para 81) 1. Sim | |

80. Você sabe me dizer quanto ele (a) pesou? 0. Não Sim | | | | | | | | g

81. Aqui na unidade falaram com você sobre como está o ganho de peso do bebê? (ou perda)
0. Não 1. Sim (Se não tem ou não trouxe a caderneta de saúde, vá para ao bloco IX) | |

82. Modelo 1 – Pág. 46(menina) e pág. 56 (menino); Modelos 2 e 3 (pág. 18); Modelos 4 e 5 (pág.14); Modelos 6,7,8 e 9 (gráfico).

PESO NO GRÁFICO “Peso X Idade”. Verificar se está preenchido:

a) Peso da consulta de hoje marcado na curva 0. Não Sim | | | | | | | | g

b) Peso da última consulta anterior que tenha sido marcado na curva

0. Não Sim | | | | | | | | g Data | | | | / | | | | / | | | | Idade | | meses | | | | dias

c) **INCLINAÇÃO.** No gráfico, como está a inclinação da curva da criança em relação ao peso da consulta anterior e o de hoje?

0. Não marcado 1. Ascendente 2. Horizontal 3. Descendente | |

d) **PERCENTIL.** No gráfico, onde está localizado o peso de hoje no cartão?

0. Não marcado 1. > percentil 97 2. ≥ percentil 10 e ≤ percentil 97 | |
3. ≥ percentil 3 e < percentil 10 4. < percentil 3

83. **PESO ANOTADO.** Verificar se está preenchido:

Modelo 1 (pág. 42); Modelos 2 e 3 (pág.16); Modelos 4 e 5 (pág.15); Se modelos 6,7,8 e 9, vá para a

a) Peso da consulta de hoje 0. Não Sim | | | | | | | | g

b) Peso das últimas consultas 0. Não Sim | | | | | | | | g Data | | | | / | | | | / | | | |

Sim | | | | | | | | g Data | | | | / | | | | / | | | |

Sim | | | | | | | | g Data | | | | / | | | | / | | | |

Sim | | | | | | | | g Data | | | | / | | | | / | | | |

84. **PERÍMETRO CEFÁLICO.** Verificando o gráfico, onde está localizado o perímetro de hoje?

Modelo 1 (pág. 44-meninas e 45-meninos); Modelo 2 e 3 (pág. 17); Modelos 4 e 5 (pág. 13); se modelos 6, 7, 8 e 9 vá para a questão 85.

0. Não marcado 1. > percentil 90 2. ≥ percentil 10 e ≤ 90 3. <percentil 10 | |

85. **DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ.** Verificar na caderneta/cartão se há alguma anotação.

Modelo 1 (pág. 30 a 32), Modelos 2 e 3 (pág. 23 e 24);

Modelos 4 e 5 (pág. 16 e 17); Modelos 6, 7, 8 e 9 (Verso do gráfico); 0.Não 1.Sim | |

IX. Aleitamento Materno (em caso de mãe HIV+ , vá para o bloco X –Imunização)

Agora vou fazer algumas perguntas sobre amamentação

86. Aqui nesta unidade, depois que o(a) (nome do bebê) nasceu, falaram com você sobre amamentação? 0. Não (vá a questão 88) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
87. Depois que o(a) (nome do bebê) nasceu, falaram com você sobre amamentação... (ler as alternativas) a. na consulta? 0. Não 1. Sim b. em grupo? 0. Não 1. Sim c. durante visita à sua casa? 0. Não 1. Sim d. de outro jeito _____	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/>
88. Aqui nesta unidade, depois que o(a) (nome do bebê) nasceu, mostraram como colocar o bebê no peito para mamar? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
89. Aqui nesta unidade, depois que o(a) (nome do bebê) nasceu, explicaram que o bebê deve mamar quando quiser? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
90. E explicaram como tirar o leite de peito com as mãos, se precisar? (ordenha manual) 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
91. Aqui nesta unidade, depois que o(a) (nome do bebê) nasceu, falaram que não se deve dar mamadeira ao bebê? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
92. E falaram até quando o bebê deve mamar <u>só</u> no peito? 0. Não 1. Sim. Até quantos meses?	<input type="checkbox"/>
93. Você acha que esta Unidade de Saúde está ajudando (ou ajudou) você a amamentar? 0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="checkbox"/>

X-Imunização:

Gostaria de lhe perguntar sobre as vacinas do(a) (nome do bebê)

94. As vacinas do (a) (nome do bebê) estão em dia? 0. Não 1. Sim (Se não trouxe a caderneta de saúde, vá para o bloco XI)	<input type="checkbox"/>				
95. Olhar na caderneta da criança as vacinas que já foram tomadas. Marque (0) para Não e (1) para Sim, de acordo com o observado. Modelo 1 (páginas 78 e 79), Modelos 2 e 3 (páginas 32 e 33); Modelos 4 e 5 (páginas 24 e 25); Modelos 6, 7, 8 e 9 (quadro de vacina).					
Dose/ Vacinas	a) BCG	b) Hepatite B	c) Anti-Pólio (VOP)	d) Tetravalente (DPT + Hib)	e) Rotavírus (VORH)
1ª Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ª Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATENÇÃO: DEVOLVA O CARTÃO PARA A MÃE!**XI -Problemas de Saúde:**

Agora gostaria de saber sobre problemas de saúde do(a) (nome do bebê)

Problemas de saúde	0. Não 1.Sim	Há quanto tempo está com esse problema de saúde? (em dias)	O que foi recomendado para o(a) (nome do bebê) na consulta?	
96. O (a) (nome do bebê) está com tosse ou dificuldade de respirar?	a) <input type="checkbox"/> Se não, vá para 97	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
97. O (a) (nome do bebê) está com febre?	a) <input type="checkbox"/> Se não, vá para 98	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
98. O (a) (nome do bebê) está com problema de ouvido?	a) <input type="checkbox"/> Se não, vá para 99	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
99. O (a) (nome do bebê) está com diarreia?	a) <input type="checkbox"/> Se não, vá para 100	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c) 0. Nada 1. Soro oral /caseiro 2. Aleitamento materno exclusivo 3. Outro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

100. O (a) (nome do bebê) está com algum outro problema de saúde? 0. Não 1. Sim . Qual? _____	_ _
101. E desde que nasceu, o (a) (nome do bebê) já teve outro problema de saúde? (além dos atuais) 0. Não (vá para a questão 105) 1.Sim. Qual(is)? _____	_ _
102. Quando ele (a) teve [o(s) problema(s) citado (s) na questão 101], você procurou algum serviço de saúde? 0. Não 1. Sim (vá para a questão 104)	_ _
103. Por que motivo não procurou o serviço de saúde? Marque (para cada item) 0. Não 1. Sim	
a. Não houve necessidade	a. _ _
b. Não tinha dinheiro	b. _ _
c. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso	c. _ _
d. Dificuldade de transporte	d. _ _
e. Horário incompatível	e. _ _
f. O atendimento é muito demorado	f. _ _
g. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades	g. _ _
h. Não tinha quem a acompanhasse	h. _ _
i. Não gostava dos profissionais do estabelecimento	i. _ _
j. Greve nos serviços de saúde	j. _ _
k. Outro motivo . Qual? _____	k. _ _
Ao final desta questão, vá para a questão 105.	
104. Qual serviço você procurou? 1. Esse mesmo 2. Outra unidade básica 3.Consultório particular 4. Hospital 5. Pronto Socorro (emergência) 6. Outro _____	_ _ _ _
105. O (a) (nome do bebê) já esteve internado alguma vez? 0. Não (vá para o bloco XII) 1.Sim	_ _
106. Por qual motivo? 1. Pneumonia 2. Diarréia 3. Outro _____	_ _

XII. Informações sobre o acompanhamento do bebê

Agora me responda, por favor, algumas informações, sobre o acompanhamento do(a) (nome do bebê) nesta unidade de saúde:

107. O médico (ou enfermeira) que está consultando o (a) (nome do bebê) nesta Unidade é sempre o mesmo? (ler as alternativas até a n° 3) 1. Sim 2. Às vezes o mesmo 3. Nunca o mesmo 4. Só foi a uma consulta	_ _
108. Já foi marcada uma nova consulta para o (a) (nome do bebê)? 0. Não (vá à questão 110) 1. Sim 2. Não, vai ser marcada hoje (vá à questão 110)	_ _
109. Para quando foi marcada a consulta? _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	
110. Você acha que nesta Unidade de Saúde eles escutam o que você tem a dizer sobre o bebê? 0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos	_ _
111. Você diria que o acompanhamento do (a) (nome do bebê) nesta Unidade está sendo (ler as alternativas): 1. Ótimo 2. Bom 3. Mais ou menos 4. Ruim 5. Péssimo	_ _
112. Por que?	_ _ _ _ _ _

Bloco XIII: Violência entre Parceiros Íntimos
(apenas para mães que tem companheiro atualmente)
(em caso de mãe sem companheiro – questão 20, resposta 3 - vá para o bloco XIV)

Instruções: 0 → Não; 1 → Sim, uma vez; 2 → Sim, mais de uma vez.

Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho com você sobre as maneiras que os casais usam para resolver suas diferenças. Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes que um discorda do outro, se chateia com o outro, discutem e se agredem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer.

Por favor, eu gostaria de saber se você e seu companheiro fizeram cada uma dessas coisas desde o nascimento do (a) **(nome do bebê)**.

<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)...</i>		
113.	Você mostrou que se importava com seu companheiro, mesmo que vocês estivessem discordando?	113 __
114.	Seu companheiro mostrou que se importava com você, mesmo que vocês estivessem discordando?	114 __
115.	Você explicou para seu companheiro o que você não concordava com ele?	115 __
116.	Seu companheiro explicou para você o que ele não concordava com você?	116 __
117.	Você insultou ou xingou o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	117 __
118.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	118 __
<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)...</i>		
119.	Você jogou alguma coisa no seu companheiro que poderia machucá-lo? Isso aconteceu mais de uma vez?	119 __
120.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	120 __
121.	Você torceu o braço do seu companheiro ou puxou o cabelo dele? Isso aconteceu mais de uma vez?	121 __
122.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	122 __
123.	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	123 __
124.	Seu companheiro mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	124 __
125.	Você deu um empurrão no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	125 __
126.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	126 __
127.	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	127 __
128.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	128 __
<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)...</i>		
129.	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez?	129 __
130.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	130 __
131.	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	131 __
132.	Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	132 __
133.	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	133 __
134.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	134 __
135.	Você gritou ou berrou com o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	135 __
136.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	136 __
<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)...</i>		
137.	Você jogou o seu companheiro contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	137 __
138.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	138 __
139.	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	139 __
140.	Seu companheiro disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	140 __
141.	Você deu uma surra no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	141 __
142.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	142 __
143.	Você segurou o seu companheiro com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	143 __
144.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	144 __
145.	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez?	145 __
146.	Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	146 __
<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)...</i>		
147.	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	147 __
148.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	148 __

149.	Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou discordâncias?	149 __
150.	Seu companheiro fez isso?	150 __
151.	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	151 __
152.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	152 __
153.	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	153 __
154.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	154 __
<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)...</i>		
155.	Você chutou o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	155 __
156.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	156 __
157.	Você queimou seu companheiro com ferro, cigarro ou qualquer outra coisa de propósito?	157 __
158.	Seu companheiro fez isso com você?	158 __

159.	E aqui no Posto, alguém já conversou com você sobre estas coisas de violência? 0. Não (vá para o bloco XIV) 1. Sim	__
160.	Conversaram com você sobre estas coisas de violência... (ler as alternativas) a. na consulta? 0. Não 1. Sim b. em grupo? 0. Não 1. Sim c. durante visita à sua casa? 0. Não 1. Sim d. de outro jeito _____	a. __ b. __ c. __ d. __

XIV. Opinião da entrevistada:

161.	Você gostaria de dizer mais alguma coisa? 0. Não Sim. (escrever o que for relatado)	__
------	--	----

Muito Obrigado(a).

XV. Para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista

162.	Hora de término da entrevista	__ __ : __ __
163.	A cooperação da entrevistada foi: 1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Fraca	__
Observações:		

ANEXO B – Termo de consentimento



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada _____

você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa: **“Avaliação da qualidade da assistência à criança menor de seis meses prestada por unidades básicas do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro”**, de responsabilidade da FIOCRUZ.

O estudo pretende avaliar como as crianças menores de 6 meses vêm sendo atendidas nas unidades de saúde.

A sua participação irá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer uma entrevista, quando serão feitas perguntas sobre você e seu bebê e sobre como o seu bebê foi atendido nesta unidade de saúde. Suas respostas serão anotadas em um formulário. Gostaríamos também de pedir o seu consentimento para consultar o prontuário de seu filho.

Suas respostas ficarão em segredo, e o seu nome não será divulgado. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Assinatura da entrevistada

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____ Entrevistador _____

|_|_|

Para esclarecimentos, entrar em contato com: Dra. Maria do Carmo Leal ou Dra. Silvana Granado

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 808, Manguinhos. Tel: 2598 2621 ou 2598 2620.

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210

Tel e Fax - (21) 2598-2863 E-Mail : cep@ensp.fiocruz.br <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ: Rua Afonso Cavalcanti 455/601.

Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa:

Motivo da Recusa: _____

- 1) Idade da mãe: |_|_| anos 2) Idade do bebê: |_| meses |_|_| dias
3) Escolaridade da mãe |_| Série do Ensino 1. fundamental 2. médio 3. superior |_|_|
4) Raça ou cor 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda(morena/mulata) 5. Indígena |_|_|