Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Biomédico
Instituto de Medicina Social

Tatiana de Seixas Tavares Ribeiro

Violência entre parceiros íntimos nos primeiros cinco meses de pós-parto em usuárias de unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2009

Tatiana de Seixas Tavares Ribeiro

Violência entre parceiros íntimos nos primeiros cinco meses de pós-parto em usuárias de unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.ª Dra. Claudia Leite Moraes.

Rio de Janeiro

2009

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

R484 Ribeiro, Tatiana de Seixas Tavares.
Violência entre parceiros íntimos nos primeiros cinco meses de pós-parto em usuárias de unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro / Tatiana de Seixas Tavares Ribeiro. – 2009.
96f.

Orientadora: Claudia Leite Moraes.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Violência contra a mulher – Teses. 2. Gravidez – Maus-tratos – Teses. 3. Violência conjugal – Teses. 4. Serviços de saúde pública – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 5. Período pós-parto. I. Moraes, Claudia Leite. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89-008.444.9-055.26

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

_____ _____

Assinatura Data

Tatiana de Seixas Tavares Ribeiro

Violência entre parceiros íntimos nos primeiros cinco meses de pós-parto em usuárias de unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro.
.

Aprovada em 01 de abril de 2009.

Banca Examinadora: _____

Prof.ª Dra. Claudia Leite Moraes (Orientadora)
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Claudia de Souza Lopes
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof. Dr. José Ueleres Braga
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes
Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Naquela mesa está faltando ele e a saudade dele está doendo em mim.

Sergio Bittencourt

Ao meu pai, Dr. Jonas Tavares da Silva, *in memorian*.

Dormir no teu colo é tornar a nascer (...) Nada vai desbotar, brinquedo de papel-marchê

João Bosco

A minha mãe, Lucia Tavares, inspiração e força que renova a cor dos meus dias.

AGRADECIMENTO

A Claudia, minha orientadora, por não desistir de mim e acreditar no meu potencial, pelo carinho em todas as conversas (mesmo quando eram broncas) e por me fazer enxergar pirilampos em revoadas e não somente um piscando perdidinho.

Ao Michael, por ser o orientador de todos nós, mesmo depois da terceira reunião administrativa, da segunda aula ou do vigésimo parecer do dia.

Aos examinadores, que tanto colaboraram com as críticas e sugestões.

A Mommy, por investir tanto, na minha formação, nos meus estudos, no meu sorriso e no meu caráter. Pelo exemplo de vida, de garra, de amizade, pelo amor, pelo incentivo, pela acolhida. Sem esquecer, é claro, de agradecer as gravações: “e-pi-de-mi-ó-logia”. E ao Caetano (Gualcy), pelas palavras de incentivo, pela preocupação, por abrir mão por mim, com a promessa de termos um Carnaval fora de época.

À minha família, os de sangue e os agregados, que torce tanto, de perto e de longe. Amo vocês.

Às minhas irmãs de coração, sempre, Tatiana Louvain, Soraya Zuzarte e Hellen Fiaux.

Ao meu sobrinho, Rafael, com beijo de brigadeiro.Você alegra nossas vidas, “rapá”!

Ao Silvério, pelo companheirismo, carinho e amizade, pelos finais de semana esperando terminar listas de exercícios, pelo sorriso (mais lindo do Brasil, quiçá do mundo) mesmo quando eu dizia que tinha umas 50 páginas ainda para ler. Ao Geraldo, Conceição, Kadu, Hellen e Gabriel, pelo incentivo em cada etapa vencida (A Tatiana defendeu a dissertação...EEEEEEEEEHHHHHHH!!!!).

A Vanilda, pela amizade nesses anos todos, pela risada gostosa no meio do dia, pela preocupação com a organização do meu mundinho, por cuidar da gente com tanto carinho.

Às amigas de pincéis e tintas, cristais, paninhos, linhas e agulhas. Obrigada pelos momentos divertidos, que tiraram o estresse e deram força para continuar, pelas artes lindas que fizeram e alegraram os meus olhos quando eu só via números tristes, e pela amizade além das nossas “aulinhas”.

À equipe da Faculdade Redentor, em especial a Elaine Ibrahim, e aos meus alunos, hoje colegas de profissão.

À equipe da Divisão de Nutrição da Secretaria de Educação e Cultura da Prefeitura Municipa de Araruama, pelo apoio no final desta jornada.

À minha turma, Epi 2007, em especial a Andréia Ayres, e todos os que passaram horas conosco!

Ao PIEVF, porque este trabalho é de equipe (“There is no I in a Team!”).

A Alessandra Dias e Gustavo Lobato, por terem trilhado o caminho primeiro, por me ensinarem tanto e com tanta paciência!

Aos funcionários da secretaria, aos funcionários do laboratório de informática, a equipe de biblioteca e todo corpo administrativo do IMS.

À todas as mulheres que participaram deste estudo, com a esperança de que nossas crianças vivam numa sociedade pacífica e segura, a começar em casa.

Com força e com vontade
A felicidade há de se espalhar
Com toda intensidade
Há de molhar o seco
De enxugar os olhos
De iluminar os becos
Antes que seja tarde
Há de assaltar os bares
E retomar as ruas
E visitar os lares
Antes que seja tarde
Há de rasgar as trevas
E abençoar o dia
E de guardar as pedras
Antes que seja tarde
Há de deixar sementes
No mais bendito fruto
Na terra e no ventre
Antes que seja tarde
Há de fazer alarde
E libertar os sonhos
Da nossa mocidade
Antes que seja tarde
Há de mudar os homens
Antes que a chama apague
Antes que a fé se acabe
Antes que seja tarde.

Ivan Lins/Vitor Martins

RESUMO

RIBEIRO, Tatiana de Seixas Tavares. *Violência entre parceiros íntimos nos primeiros cinco meses de pós-parto em usuárias de unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro*. 2009. 97f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

A Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) tem sido reconhecida como um importante problema de saúde pública e um fator de risco para agravos a saúde de mulheres e crianças. Os serviços de saúde desempenham importante papel na detecção precoce da VPI, especialmente em momentos da vida nos quais se preconiza o atendimento sistematizado, como na gestação e primeira infância. Esta dissertação tem como objetivo principal estimar a probabilidade de ocorrência de Violência Física entre Parceiros Íntimos (VFPI) durante a gestação e/ou pós-parto em população atendida em Unidades Básicas de Saúde (UBS), segundo diferentes características sócio-econômicas e demográficas da clientela. Trata-se de um estudo transversal, realizado com usuárias de 5 UBS da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2007. Foram entrevistadas 811 mães de crianças de até cinco meses de idade, que não possuíam nenhuma contra-indicação formal para a amamentação e que relataram ter tido pelo menos uma relação amorosa um mês ou mais durante a gestação ou no período do pós-parto. Condições socioeconômicas e demográficas e relativas aos hábitos de vida do casal foram consideradas como potenciais preditores de violência. Utilizou-se a versão em português da CTS2 para identificar as situações de VPI. A variável de desfecho foi analisada em três níveis: ausência de VFPI, presença de VFPI no período da gestação ou do pós-parto e presença de VFPI em ambos os períodos. Utilizou-se um modelo logito-multinomial para as projeções de prevalências segundo os descritores selecionados. Os fatores que mais aumentaram a probabilidade de ocorrência de violência durante a gestação e/ou nos primeiros cinco meses de vida da criança foram: idade materna < 20 anos, escolaridade materna inferior ao 2º grau completo, ter 2 ou mais filhos menores de cinco anos, tabagismo materno, uso inadequado de álcool pela mãe e/ou companheiro, uso de drogas pela mãe e/ou companheiro e percepção materna sobre a saúde do bebê aquém da esperada. Entre mães com todas estas características, a estimativa de prevalência projetada de VFPI na gestação e/ou no pós-parto chegou a 96,4%, sendo 59,4% a estimativa de ocorrência em apenas um dos dois períodos e 37% em ambos. Por outro lado, a probabilidade de ocorrência de VFPI cai a 3,6% em famílias sem estas características. Os resultados indicam que a presença de certas características da criança e de sua família aumenta enormemente a probabilidade de ocorrência de VFPI, devendo ser levadas em consideração ao se estabelecer estratégias de intervenção que visem à detecção precoce e uma efetiva intervenção.

Palavras-chave: Violência entre parceiros intimos. Gestação. Pós-parto. Serviço de saúde. Atenção básica. Modelo logito-multinomial.

ABSTRACT

Intimate partner violence (IPV) has been recognized as an important public health problem and a risk factor for health problems of women and children. Health services play an important role in early detection of IPV. This issue is especially important in moments of life when systematized care is recommended, such as the pregnancy and early childhood. The main objective of this research was to estimate the probability of physical intimate partners violence (PIPV) during pregnancy or postpartum period. This is a cross-sectional study carried out in 5 primary health care units in Rio de Janeiro during the year 2007. Eight hundred and eleven interviews with mothers of children up to five months of age were carried out. Mothers presenting any formal contraindication for breastfeeding were considered ineligible, as well as women not reporting at least one month of amorous relationship during the pregnancy or postpartum period. Socioeconomic, demographic and life habits of the couple were considered as potential predictors. The outcome variable was assessed at three levels: no PIPV; PIPV during the pregnancy or postpartum; and PIPV in both periods. A multinomial logit model was used for projecting the respective prevalence according to a range of selected descriptors. The risk factors significantly associated with a greater risk of PIPV were: maternal age < 20; women with less than twelve years of schooling; women with 2 or more children under five years old; alcohol misuse by mother or partner; illicit drug abuse by the women or partner; and mother's perception of infant's health lower than expected. Between mothers with all those characteristics, the projected prevalence of PIPV during pregnancy and/or postpartum was 96.4%, and as much as 59.4% accounted for the occurrence in one of the periods and 37% for the occurrence in both periods. In the absence of all of those factors, estimates reached only 3.6% during pregnancy and/or postpartum Summarizing, this study disclosed that some characteristics of children and their family increases the probability of PIPV during the pregnancy and postpartum period. This information is valuable for achieving early identification and effective resolution of the problem.

Keywords: Intimate Partner Violence. Pregnancy. Postpartum. Health Service. Primary Care. Logit-multinomial model.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	–	Associação Brasileira de Anunciantes
ABEP	–	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABIPEME	–	Associação Braileira dos Institutos de Mercado
CAGE	–	*Cut-down; Annoyed; Guilty; Eye-opener*
CCEB	–	Critério de Classificação Econômica Brasil
CDC	–	*Centers for Disease Control and Prevention*
CMS	–	Centro Municipal de Saúde
CONEP	–	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTS2	–	*Revised Conflict Tactics Scale*
DST	–	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	–	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	–	Intervalo de Confiança
IDCRMRANTS	–	Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida
IMS	–	Instituto de Medicina Social
MAST	–	*Michigan Alcoholism Screening Test*
MLMN	–	Modelo Logito-Multinomial
MS	–	Ministério da Saúde
NSDUQ	–	*Non-Student Drugs Use Questionnaire*
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PIB	–	Produto Interno Bruto
PIEVF	–	Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar
PNAD	–	Pesquisa Nacional por Amostragem por Domicílios

PSF	–	Programa Saúde da Família
PRAMS	–	*Pregnancy Risk Assesment Monitoring System*
RJ	–	Rio de Janeiro;
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SWAN	–	*The Severity of Violence Against Women Scale*
TWEAK	–	*Tolerance; Worry; Eye-opened, Amnesia; C/Kut-down*
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
UERJ	–	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
VD	–	Violência Doméstica
VF	–	Violência Familiar
VFPI	–	Violência Física entre Parceiros Íntimos
VPI	–	Violência entre Parceiros Íntimos
VPIP	–	Violência entre Parceiros Íntimos Perinatal

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO**..... 14

1.1 **As violências no contexto das causas externas** 14

1.2 **Definições, relevância e caracterização da violência entre parceiros íntimos** 16

1.3 **A VPI no ciclo gravídico-puerperal: magnitude, características, fatores de risco e conseqüências na saúde materno-infantil** 22

1.3.1 Magnitude e características da VPI no ciclo gravídico-puerperal 22

1.3.2 Fatores de risco para a violência na gestação e pós-parto 23

1.3.3 Consequências da VPI na saúde materno-infantil 25

2 **JUSTIFICATIVA** 29

3 **OBJETIVOS** 30

3.1 **Objetivo geral** 30

3.2 **Objetivos específicos** 30

4 **PROCEDIMENTOS E MÉTODOS**..... 31

4.1 **Procedimentos referentes ao estudo principal** 31

4.1.1 Desenho e cenários de estudo 31

4.1.2 Tamanho amostral e estratégia de seleção dos participantes do estudo 31

4.1.3 Instrumento de coleta de dados 34

4.1.4 Processamento de dados 34

4.2 **Procedimentos referentes ao estudo atual** 36

4.2.1 Instrumentos de aferição e variáveis de interesse 36

4.2.2 Análise de dados 40

5 **ARTIGO: UM MODELO DE PREDIÇÃO DE VIOLÊNCIA FÍSICA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS DURANTE GESTAÇÃO E/OU PÓS-PARTO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO** 42

5.1 **Resumo** 42

5.2 **Introdução** 43

5.3 **Desenho e contexto de estudo** 45

5.4 **Estratégia de seleção e tamanho amostral** 45

5.5 **Coleta de dados** 45

5.6 **Variáveis estudadas e instrumentos de aferição** 45

5.7 **Análise de dados** 46

5.8 **Aspectos éticos** 48

5.9 **Resultados**..... 49

5.10 **Discussão** 51

5.11 **Referências (do artigo)** 57

6 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 64

REFERÊNCIAS 68

ANEXO A – Termo de consentimento 76

ANEXO B – Questionário de elegibilidade 77

ANEXO C – Questionário principal 78

ANEXO D – Parecer dos comitês de ética em pesquisa 92

ANEXO E – Lista de instituições que prestam auxílio a mulheres vítimas de violência conjugal 94

APRESENTAÇÃO

Este projeto se insere no Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF), sediado no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O PIEVF vem desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa nas seguintes vertentes: magnitude e caracterização da violência familiar em nível populacional; a violência familiar na perspectiva dos serviços de saúde; o sistema de informação de violência contra a criança e o adolescente; as conseqüências da violência familiar na saúde da mulher, da criança e dos idosos; e estudos metodológicos conexos, majoritariamente voltados à adaptação transcultural de instrumentos de aferição epidemiológicos para detecção da violência e domínios afins e à elaboração de programas e rotinas (software) para análise de dados.

Inserido na vertente que aborda a magnitude do problema no âmbito dos serviços de saúde, este projeto está aninhado a um projeto maior, entitulado "Magnitude da Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) durante a gestação e o pós-parto e suas conseqüências sobre a duração do aleitamento materno e saúde mental da mulher", que subsidiou uma Tese de Doutorado já defendida[1] e outra a ser finalizada em 2010[2]. O presente estudo tem como principal objetivo estimar a prevalência de violência física entre parceiros íntimos em famílias que frequentam os serviços de pediatria de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município do Rio de Janeiro. Além de estimar a magnitude dos eventos na amostra como um todo, pretende-se caracterizar o perfil das diferentes formas de violência, estimando-se sua freqüência em subgrupos de acordo com algumas características demográficas e reprodutivas maternas, relativas aos hábitos de vida, utilização dos serviços de saúde e situação sócio-econômicas do casal.

Com a finalidade de apresentar a proposta de estudo, este documento está organizado em sete seções. A primeira (Introdução) contextualiza o tema da pesquisa: Violência entre Parceiros Íntimos (VPI), com enfoque nos eventos que ocorrem nos primeiros meses de vida do bebê. Inicialmente é discutida a VPI no contexto das causas externas. Segue-se uma subseção apresentando definições e a relevância da VPI no âmbito mundial e nacional. A

---

[1] "Violência entre parceiros íntimos durante a gestação e pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?". Aluna: Alessandra Silva Dias de Oliveira; orientadora – Prof.ª Claudia Leite Moraes (PIEVF, IMS-UERJ)

subseção seguinte aborda os atuais achados da literatura sobre a magnitude, os fatores de risco e as consequências do problema durante o ciclo gravídico-puerperal. A segunda seção explora as justificativas para a realização da pesquisa. Na terceira seção são descritos seus objetivos. O artigo científico, principal produto desta dissertação, constitue, na íntegra, a quarta parte do documento, sendo tecidas considerações na seção seguinte. Na última seção constam as referências que subsidiaram a elaboração da pesquisa. Anexos e apêndices estão ao final da dissertação.

---

[2] "Violência entre parceiros íntimos durante a gestação e pós-parto: um fator de risco para os agravos a saúde mental da mulher no período pós-natal?". Aluno: Gustavo Lobato de Azevedo; orientador – Profº. Michael E. Reichenheim (PIEVF, IMS-UERJ).

1. INTRODUÇÃO

1.1 As violências no contexto das causas externas

No cenário internacional, a violência - em suas mais diferentes manifestações - é reconhecida como violação de direitos e questão social, sendo um grande obstáculo para o desenvolvimento (W.H.O., 2005; Schraiber et al., 2006). Esta tem sido identificada como problema de saúde pública pelo caráter endêmico que adquiriu em muitos países, afetando a saúde individual e coletiva (Krug et al., 2002). Demanda, portanto, políticas específicas de enfrentamento e organização de práticas e serviços específicos do setor para sua prevenção (Brasil, 2005). Em termos de sua magnitude, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2000, o problema se configurou na principal causa de óbito entre pessoas com idade de 15 a 44 anos, sendo os homicídios responsáveis por quase 20% das mortes entre os homens e 4% dos óbitos entre mulheres no mundo (Krug et al., 2002).

No Brasil, a violência também acarreta um grande impacto na saúde dos cidadãos, sendo a terceira maior causa de morte na população geral, desde a década de 80 (Souza, 1994; Brasil, 2005; Souza & Lima, 2006). A relevância do problema ainda é mais evidente quando se avalia seus coeficientes de mortalidade entre crianças, adolescentes, jovens e adultos. Sob a nomenclatura de "causas externas", os óbitos por violências (auto-infligidas ou interpessoais) e acidentes se constituem na primeira causa de morte nesta faixa etária (de 5 a 49 anos) (Brasil, 2005).

As estatísticas de mortalidade representam apenas a parte mais visível do problema, já que não englobam os casos sobreviventes de ações diretas de violência, nem tampouco as denominadas vítimas ocultas, que são os parentes e amigos dos envolvidos e as testemunhas das situações, cujas vidas também são atingidas, mesmo que indiretamente (Reichenheim et al., 1999; Soares et al., 2006).

Nos últimos anos, visando fomentar a discussão sobre as formas de enfrentamento do problema, tem-se tentado estimar os custos diretos da violência em nosso país. Estima-se que sejam gastos anualmente cerca de 3% do PIB brasileiro, o triplo do valor investido em Ciência e Tecnologia (Minayo, 2006). O valor do tratamento de pessoas vítimas de violência também parece ser maior do que o custo médio de internações por outras causas (Brasil, 2005). Além do ônus gerado ao sistema de saúde, a sociedade também arca com os altos custos dos sistemas judiciário e penal (Jasinski & Williams, 1998; Day et al., 2003). Acrescente-se a isso o entrave que a violência é para o pleno desenvolvimento produtivo dos indivíduos. Calcula-se que uma mulher vitimada pela violência entre parceiros íntimos

ausente-se do trabalho 40 dias por ano, acarretando perdas devido ao absenteísmo e diminuição da produtividade, em consequência dos agravos sofridos (Chambliss, 2008).

Diferenças entre gêneros podem ser percebidas no padrão de ocorrência das violências. Enquanto o parceiro íntimo é o principal agressor das mulheres em todas as faixas etárias, os homens são vitimados prioritariamente por desconhecidos, aumentando as estatísticas de mortes por arma de fogo e por acidentes automobilísticos (Krug et al., 2002; Schraiber et al., 2006; Sharps et al., 2007). Estimativas do Banco Mundial sugerem existir maior probabilidade de uma mulher ser violentada, espancada ou assassinada pelo seu parceiro atual ou anterior do que por um estranho (Menezes et al., 2003). Marinheiro (2006) afirma que o risco de uma mulher ser agredida por seu parceiro íntimo dentro do seu lar é quase nove vezes maior do que o risco de ser vítima de violência na rua. Cenário semelhante é encontrado nos diferentes continentes. Análises do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) sobre o sistema norte-americano de registro de mortalidade, por exemplo, apontam os homicídios como a segunda maior causa de morte entre gestantes e puérperas no período de 1991 a 1999 (Shoffner, 2008).

1.2 Definições, relevância e caracterização da Violência entre Parceiros Íntimos

O Ministério da Saúde (MS) em 2002 definiu a Violência Familiar (VF) como "*toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro familiar, incluíndo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra*" (Brasil, 2002). Ressalta-se que esta definição se refere à violência cometida por qualquer membro da família contra outro membro, sendo mais abrangente do que a definição de VPI, que abarca apenas a violência entre indivíduos que tenham ou tenham tido uma relação amorosa/íntima, e menos includente do que a de Violência Doméstica (VD), que além de abranger a relação entre indivíduos consangüíneos e/ou parceiros íntimos também abarca a violência praticada por outros moradores do domicílio.

Visando padronizar as definições de VPI para tornar as estimativas de magnitude do problema mais consistentes, o CDC propõe que o termo seja utilizado para se referir às violências que ocorrem entre pessoas que mantém relacionamentos íntimos, heterossexuais ou do mesmo sexo, quer sejam namorados, casados, separados, divorciados ou vivam em regime de união civil estável. Também são incluídas pessoas que tenham filhos em comum e as que não têm nenhum compromisso formal ("dating partners") (Saltzman et al., 1999). Refere-se a um padrão de comportamento coercitivo, a fim de exercer controle e poder de um parceiro sobre o outro, através de intimidações, atitudes hostis e lesivas, que incluem abuso ou ameaças de abuso psicológico, físico ou sexual (Sharps et al., 2007; Shoffner, 2008).

Recentemente, Sharps e colaboradores (2007) introduziram na literatura o termo Violência entre Parceiros Íntimos Perinatal (VPIP), que compreende a violência cometida por um parceiro íntimo quando esta ocorre no ano anterior a concepção, durante a gravidez ou até o primeiro ano de vida da criança. Já Shoffner (2008) apresenta uma definição que restringe a VPIP à violência física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo, atual ou não, de ambos os sexos, cometida no mesmo período. Segundo os autores, a VPIP pode ser considerada como importante fator de risco para gestações não-saudáveis, doenças com desfechos fatais para o feto e neonato e disparidades na saúde materno-infantil (Sharps et al., 2007).

Em termos de magnitude da VPI, especialistas de todo o mundo demonstram que o problema é mais comum do que se imagina (Heise, 1994; Hartigan, 1997; Pinheiro, 2006; Reichenheim et al., 2006b; Garcia-Moreno et al., 2007; Gunter, 2007; Ruiz-Pérez et al., 2007). Segundo Day e colaboradores (2003), a hipótese que as ligações afetivas tornariam o ambiente familiar um lugar seguro para seus membros mais vulneráveis não tem sido

corroborada. Estudos em países desenvolvidos e em desenvolvimento sugerem que VPI ocorre em todas as sociedades, ultrapassando todas as fronteiras, em áreas rurais ou urbanas (Parish et al., 2004; Lau & Chan, 2007). Após revisão dos resultados de 48 estudos de base populacional em diferentes países e continentes, a OMS aponta em seu primeiro relatório mundial sobre violência e saúde (Krug et al., 2002) que entre 10% e 69% das mulheres relataram terem sido agredidas fisicamente por um parceiro íntimo em algum momento de suas vidas. Além das questões contextuais que influenciam a frequência das diferentes formas de VPI, a discrepância entre os estudos também parece bastante relacionada à diversidade de métodos e de definições adotadas pelos diferentes pesquisadores.

A falta de padronização nas abordagens também é sentida ao se analisar apenas os estudos que avaliam a VPI durante a gestação. Os dados do Sistema de Monitoramento da Avaliação de Riscos da Gravidez norte-americanos (*Pregnancy Risk Assesment Monitorig System – PRAMS*), relativos a 26 estados americanos, indicam que 5,8% das mulheres que tiveram filhos nascidos vivos durante o período de 2000 a 2003 haviam sofrido abuso físico por um parceiro íntimo de outro sexo, no ano anterior ou durante a gravidez, sendo as maiores taxas de abuso para ambos os períodos entre mulheres mais jovens (Silverman et al., 2006). Já estudo transversal realizado entre os anos de 1995 e 1996 em hospital universitário em Baltimore, aponta que cerca de 14% das mulheres relataram ter sofrido abuso físico durante a gravidez (Altarac & Strobino, 2002).

Segundo Gazmararian e colaboradores (1996), há grande dificuldade em se comparar estudos de prevalência da violência contra a gestante em função da diferenças encontradas com relação às estratégias de identificação das situações de violência, que envolvem desde entrevistas face-a-face, utilizando-se instrumentos de aferição multidimensionais, previamente validados, à questionários contendo apenas uma pergunta sobre violência ou mesmo telefonemas e correspondências. Além disso, alguns estudos definem a população sob risco (denominador) como todas as mulheres ou todas as mulheres em idade fértil, ou ainda como todas as gestantes. A definição de VPI também não é consenso. Alguns pesquisadores avaliaram apenas a violência física, enquanto outros, apenas a sexual. Já outros autores consideram tanto as violências verbal, física e psicológica, sem incluir a sexual. Outro ponto crítico é a direção em que esta violência ocorre. Alguns pesquisadores consideram a violência perpetrada por qualquer um dos parceiros, enquanto outros avaliam apenas a violência perpetrada contra a mulher (Gazmararian et al., 1996; Moraes & Reichenheim, 2002; Jasinski, 2004; Schraiber et al., 2007; Shoffner, 2008).

Contudo, não se pode atribuir toda a variação nas estimativas de prevalência do evento às diferenças metodológicas dos estudos. Estudo multicêntrico coordenado pela OMS, comparando 15 regiões em 10 diferentes países, com representação de áreas rurais e urbanas, apresentou variação das estimativas de violência física contra a mulher de 13% (Japão) a 61% (Peru), apesar dos estudos utilizarem o mesmo instrumento para identificação da violência e os mesmos procedimentos relativos às estratégias de seleção de participantes e ao treinamento das pesquisadoras (Garcia-Moreno et al., 2007; Schraiber et al., 2007). Além de apresentar a variação entre países, esta também foi demonstrada dentro de um mesmo país como no caso brasileiro, que esteve em posição intermediária, representado pelo Município de São Paulo e pela Zona da Mata de Pernambuco, cujas prevalências foram de 27% e 34%, respectivamente.

Segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005), os únicos dados nacionais existentes sobre a VPI até o ano 2000 eram os oriundos da Pesquisa Nacional por Amostragem por Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE no ano de 1988, que indicavam que em mais de 50% das situações de violência física contra mulheres os agressores eram parentes da vítima. Durante o ano de 2001, Venturi e sua equipe (apud Schraiber et al., 2007) realizou estudo de base populacional, com amostra representativa nacional de 2502 mulheres de 15 anos ou mais, onde 43% afirmaram ter sofrido violência em algum momento de suas vidas, um terço relatou ter sofrido abuso físico, 27% psicológico e 13% sexual, sendo parceiros íntimos – maridos, ex-maridos, namorados ou ex-namorados - os perpetradores em 88% das agressões e em 79% das relações sexuais forçadas. Mais recentemente, entre 2002 e 2003, o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida (IDCRMRANTS), estimou a prevalência de diferentes formas de VPI através de entrevistas com 6760 mulheres entre 15 e 69 anos, de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal. Utilizando-se a versão nacional das Escalas Táticas de Conflito (*Conflict Tactics Scales – Form R)*, o estudo aponta que 78%, 21,5% e 12,9% das entrevistadas referiram estar envolvidas, como vítimas ou perpetradoras, em algum ato de agressão psicológica, agressão física menor e agressão física grave com seus companheiros atuais ou passados durante os doze meses que precederam a entrevista, respectivamente (Reichenheim et al., 2006b).

Das diversas expressões da VPI, a mais freqüentemente encontrada em todo o mundo, é a violência psicológica exclusiva (Krug et al., 2002). Porém, a sobreposição dos diferentes tipos de violências também tem sido muito encontrada nas diferentes pesquisas, sendo a violência física comumente acompanhada de violência psicológica, com um terço à metade dos casos também seguido por violência sexual (Schraiber et al., 2006; Schraiber et al., 2007).

Segundo Coker e sua equipe (2007), a maior parte das situações de abuso físico são precedidas por gestos de agressão psicológica, sugerindo que o rastreamento deste tipo de violência poderia resultar na prevenção primária de violência física. Segundo os achados de Thompson e colaboradores (2006), a concomitância das diferentes formas de VPI está intimamente ligada ao tempo desde a sua instalação no relacionamento do casal. Segundo os autores, quanto maior o tempo de exposição à violência, maior a proporção de múltiplos tipos de abuso.

Os estudos sobre as formas físicas de VPI vêm indicando ser o padrão bidirecional aquele mais comum entre casais violentos, já que a violência é praticada tanto pelo homem, quanto pela mulher, sendo a participação feminina não somente uma auto-defesa, mas muitas vezes a mola propulsora desta violência (Jasinski & Williams, 1998; Moraes & Reichenheim, 2002; Langhinrichsen-Rohling 2005; Reichenheim et al., 2006b). Entretanto, tanto do ponto de vista clínico, como do político e social, maior ênfase vem sendo dada à violência contra a mulher. O fato decorre de diversos fatores, dentre os quais sobressaem a diferença em termos de gravidade das consequências na saúde e na vida social das vítimas e a constatação de dominação cultural e histórica da mulher pelos homens (Jasinski & Williams, 1998; Krug et al., 2002).

Ao se abordar as estimativas da VPI segundo o gênero, deve-se também considerar o grau diferencial de sub-registro entre situações de violência vivenciadas por homens e mulheres. Homens tendem a não denunciar a violência por medo do estigma de serem "fracos", "dominados pelas mulheres" etc, e/ou procuram fontes de apoio que, por sua vez, também não farão alarde sobre a violência sofrida. Por outro lado, ainda que muito timidamente em sociedades onde o tema ainda se constitui tabu e naquelas nas quais as instituições protetoras ainda não têm tradição, as mulheres que procuram ajuda buscam serviços de saúde e instituições policiais, que se constituem as principais fontes de informação sobre a ocorrência dos eventos (Jasinski & Williams, 1998). Já o comportamento bidirecional da VPI não se manifesta nas situações de abuso e coerção sexual. Estudos realizados em diferentes países do mundo indicam que esta modalidade de violência é predominantemente praticada pelos indivíduos do sexo masculino, desde a infância até o envelhecimento (Krug et al., 2002; Moraes & Reichenheim, 2002; Hasegawa et al., 2005; Schraiber et al., 2007).

Ainda que de forma diferenciada entre homens e mulheres, é consenso a subnotificação das situações de VPI. Normas sociais confinam problemas familiares ao foro íntimo, permanecendo grande parte dos atos de violência sub-registrados (Jasinski & Williams, 1998; Marinheiro et al., 2006). Além dos tabus culturais, também podem ser

considerados entraves para sua detecção a vergonha de admitir a ocorrência da VPI, a falta de apoio e preparo das instituições públicas para lidar com essas situações, o medo de retaliações posteriores pelo agressor e a ausência de ações públicas de suporte à mulher vítima de violência. Todas essas características dificultam o reconhecimento das reais prevalências do problema (Soares et al., 1999; Heise et al., 2002; Moraes & Reichenheim, 2002).

Admitir que uma relação, cuja base supostamente deveria ser de respeito e afeto, se tornou violenta não deve ser uma situação fácil. Assunto delicado para as vítimas, para os profissionais a violência ainda não é parte da rotina (Brown et al., 1993; Bacchus et al., 2002). Somente em 1999, a *American Academy of Pediatrics* passou a incentivar o rastreamento para violência entre pediatras que atendem puérperas e seus bebês (Martin et al., 2001). Sharps e sua equipe (2007) chamam a atenção para o fato de que muito se tem escrito sobre modelos de políticas de atenção à saúde para enfrentar a VPI, porém, na prática, poucas instituições realizam estas ações. Estudo conduzido por Rodriguez e sua equipe, em 1995, na Califórnia (1999) aponta que um ano após leis estaduais tornarem obrigatória a elaboração de relatórios policiais em casos suspeitos de VPI atendidos nos serviços de saúde, apenas cerca de 10 % dos médicos de unidades de atenção primária que participaram da pesquisa investigavam a ocorrência de violência doméstica em suas consultas de rotina.

A baixa sensibilização dos profissionais de saúde é decorrente de diversos fatores, dentre os quais se destacam a escassez de informações disponíveis para o profissional de saúde sobre o problema, e as limitações estruturais dos serviços (Reichenheim et al., 1999). Contudo, os serviços de saúde poderiam servir de locais de alerta e sentinela na detecção de eventos violentos, em especial as unidades de atenção básica e as equipes de saúde da família por incorporarem a visita domiciliar em suas atividades de rotina, por sua abordagem familiar, atuação multiprofissional e ênfase em ações de promoção de saúde e detecção precoce de agravos e vulnerabilidades sociais (Horan et al., 1998; Reichenheim et al., 1999; Campbell et al., 2004).

Nos serviços de emergência, a falta de uma abordagem sistematizada também é evidente. Pesquisa realizada com médicos do Canadá e Estados Unidos mostra que apenas 30% dos alunos de residência em emergências pediátricas, que iniciaram o curso entre 1993 e 1994, receberam treinamento em como lidar com violência doméstica (Wright et al., 1997). Entretanto, conforme ressaltou Ferris (2007), referindo-se ao treinamento de médicos para enfrentamento da VPI, existe uma diferença que precisa ser reconhecida entre o saber e o ser capaz de desenvolver uma competência, já que este último implica em se ter condições que possibilitem a realizar esta competência na prática.

Compreendida como um fenômeno complexo, as conseqüências da VPI não se restringem a um indivíduo ou aos parceiros íntimos, mas tendem a envolver todos os integrantes do núcleo familiar, levando a menor satisfação e responsividade nas relações conjugais e parentais (Gelles, 1997; Jasinski & Williams, 1998; Reichenheim et al., 2006a; Bair-Merritt et al., 2008). Estudos de casos sugerem que todo o complexo de pessoas envolvidas com o casal sofre com a VPI, mesmo que não sejam diretamente envolvidas nas situações de violência física. A preocupação constante e doentia, o medo e o estresse vivenciado parecem ser fatores precipitantes das diferentes manifestações clínicas, psicológicas, sexuais e sociais apresentadas pelos integrantes da família (Jasinski & Williams, 1998).

1.3 A VPI no ciclo gravídico-puerperal: magnitude, características, fatores de risco e conseqüências na saúde materno-infantil

1.3.1. Magnitude e características da VPI no ciclo gravídico-puerperal

Embora a incidência estimada seja alta e as conseqüências graves (Gazmararian et al., 1996; Leung et al., 2002), a VPI na gravidez e no pós-parto é tema ainda pouco discutido no âmbito da saúde. Os primeiros estudos nesta área datam de pouco mais de 30 anos (Hillard, 1985; Amaro et al., 1990). Martin e colaboradores (2001) assim como Hedin (2000), destacam que a maioria dos estudos focaliza os períodos antes e durante a gestação, enquanto poucos têm se preocupado em relatar a violência íntima no período pós-natal. As formas de violência durante estes períodos não se restringem ao abuso físico, envolvendo também manifestações na área sexual, psicológica e social. Uma dificuldade adicional é que essas manifestações não são mutuamente exclusivas. Estão freqüentemente relacionadas entre si, conforme sugerido por diversos autores (Webster et al., 1994; Valladares et al., 2002).

A ocorrência dos maus-tratos pode iniciar-se, ou até mesmo aumentar a freqüência, durante a gravidez (Martin et al., 2001; Moraes & Reichenheim, 2002; Valladares et al., 2002; Saurel-Cubizolles & Lelong, 2005; Collado Peña & Villanueva Egan, 2007). Diferentemente do que muitos imaginam, a magnitude da VPI durante gestação parece ser mais elevada do que muitos dos problemas de saúde habitualmente alvos de rastreamento pré-natal, como pré-eclâmpsia, diabetes e infecções congênitas (Gazmararian et al., 1996; Creasy & Resnick, 1999; Leung et al., 1999). Em pesquisa que envolveu a entrevista de 526 mulheres que deram a luz em maternidades públicas do Rio de Janeiro, no período de março a outubro de 2000, Moraes e Reicheinheim (2002) apontam que 33% das puérperas entrevistadas revelaram estar envolvidas em episódios de violência física e 16% em violência física grave no decorrer da gravidez. Estudo conduzido por Ahmed e colaboradores (2006) entre 1995 e 1996, na Índia, mostra quadro semelhante. Segundo os autores, uma em cada 5 mulheres havia vivenciado a violência física perpetrada por seus parceiros durante a gestação mais recente.

Contudo, a gestante vítima de violência tende a permanecer ao lado do agressor, relatando o mesmo nível de violência durante o período de pós-parto ou ainda aumento dos maus tratos físicos nos primeiros meses de vida da criança. Os poucos estudos existentes sobre o tema mostram que a ocorrência de abuso durante a gestação é um forte fator de risco para um subseqüente abuso no período pós-parto (Gielen et al., 1994; Stewart, 1994; Hedin, 2000; Martin et al., 2001). Adicionalmente, a ocorrência de um episódio de abuso antes da

gestação parece fortemente relacionada com outros eventos violentos tanto na gestação quanto no pós-parto (Martin et al., 2001; Collado Peña & Villanueva Egan, 2007).

Em um estudo de seguimento, conduzido por Stewart (1994), com 30 mulheres que relataram violência durante a gravidez, 90% destas relatou ter sofrido abuso três meses após o parto. Gielen e colaboradores (1994), ao entrevistarem 275 mulheres em 3 momentos durante a gestação e aos 6 meses depois do parto, encontraram uma prevalência estimada de violência moderada à grave em torno de 19 % durante a gestação e 25% no período pós-natal. Estudo europeu realizado por Hedin (2000) com 132 respondentes, utilizando um questionário postal integrante da Escala de Gravidade da Violência contra a Mulher (*The Severitiy of Violence Against Women Scale (*SWAN)), encontrou prevalência de 24% (32/132) de violência no período de 8 semanas após o parto, não tendo sido relatado início de abuso durante a gravidez por 69% delas. Harrykissoon e equipe (2002), em estudo prospectivo com 570 adolescentes, estimaram uma prevalência de 21% de VPI nos primeiros três meses depois do parto. Dentre as mulheres que relataram as situações de violência no pós-parto, 22% afirmaram ter sofrido abuso também na gestação.

Estes estudos sugerem que o período pós-parto também envolve elevado risco de violência e que há necessidade de rastreamento em múltiplas visitas e em vários serviços de saúde. Em função destas evidências, o *American College of Obstetrics and Gynecologicy*, assim como outras agências de regulamentação profissional, recomenda o rastreamento para VPI em cada consulta de pré-natal, exame ginecológico de rotina, consulta motivada por algum problema específico e quando houver troca de parceiro (Parker & Chouaf, 2002).

1.3.2. Fatores de risco para a violência na gestação e pós-parto

Características individuais, contextuais e ambientais podem influenciar em padrões e variações nas taxas de VPI sem, contudo, definir quem se tornará perpetrador ou vítima (Reichenheim et al., 2006a). No período puerperal, o casal enfrenta, a cada gravidez, uma nova situação de tensão em função das demandas do novo bebê e da necessária adaptação às funções maternais/paternais, nem sempre conhecidas. Privação de sono, diminuição da atividade sexual, mudanças físicas e hormonais vivenciadas pela mulher e aumento da responsabilidade financeira são outras características deste turbulento período da vida em família (Stewart, 1994; Raynor, 2006). Tal experiência promove modificações tanto no relacionamento do casal, como em sua interação com os outros membros da família. A ocorrência simultânea de tantas novas demandas acaba por aumentar o nível de estresse familiar, podendo propiciar a ocorrência de VPI.

Muitas vezes, a ocorrência de VPI nesta fase da vida do casal pode estar associada ao abuso de álcool, assim como de substâncias psicoativas, pela ação desinibidora da censura, permitindo condutas socialmente reprováveis (Jewkes, 2002; Day et al., 2003). Estudos revelam que mulheres não abandonam relacionamentos violentos por justificarem o comportamento agressivo dos parceiros como transitórios e motivados pela embriaguez (Langhinrichsen-Rohling 2005). No entanto, ainda existem controvérsias sobre a direção das relações entre álcool/drogas e VPI. Se por um lado o uso de álcool e drogas é apontado por diversos pesquisadores como fatores de risco para a VPI, por outro se tem sugerido que a VPI seja um fator de propensão ao abuso dos mesmos (Martin et al., 1996; McFarlane et al., 1996a; Gelles, 1997). Postula-se que mulheres que vivenciam cotidianamente ambientes familiares conflituosos podem buscar no cigarro, no álcool ou no uso de outras drogas uma maneira de aliviar seu sofrimento (Gelles, 1997; Jasinski & Williams, 1998)

Sharps e colaboradores (2007) ressaltam que a pobreza está associada às taxas mais elevadas de violência e desfechos de saúde desfavoráveis para mães e bebês. Em revisão realizada por Jewkes (2002) sobre os determinantes da VPI, sugere-se que entre as principais características demográficas e sociais investigadas em pesquisas anteriores, apenas baixo nível sócio-econômico, grande número de filhos e idade muito jovem estejam sistematicamente associadas a um risco aumentado dos eventos. Os poucos estudos que incluem adolescentes em suas amostras sugerem que estas estão sob risco maior de sofrer abuso quando comparadas às mulheres adultas (Hillard, 1985; Gielen et al., 1994; Parker & Chouaf, 2002). Hedin (2000) torna mais complexo o debate ao apontar que mulheres européias vitimas de abuso no período do pós-parto eram mais velhas e casadas há mais tempo quando comparadas às que eram apenas vitimadas antes e durante a gravidez.

O crescente empoderamento da mulher nas relações conjugais e sua influência na ocorrência das situações de VPI têm sido discutidos recentemente, com opiniões controversas. Em alguns estudos, a falta de autonomia financeira da mulher (Parish et al., 2004) parece colocá-la em situação de desvantagem, enquanto outros resultados sugerem que ter melhor condição de emprego que o companheiro pode estar associado a maiores taxas de agressões (Jewkes, 2002). Este fator estaria intrinsecamente relacionado com o papel de gênero que ambos aprenderam e consideram que deva ser desenvolvido por homem e mulher na sociedade. Assim, a influência dos padrões patriarcal e sexista/machista aprendidos na sociedade e dentro da família de origem deve ser considerada para a compreensão da complexidade da VPI. (Gil-Gonzalez et al., 2008)

Denominado por pesquisadores como "ciclo intergeracional da violência", a experiência de agressão intrafamiliar vivenciada na infância por vítimas e perpetradores, como vítimas diretas ou testemunhas de VPI, sugere que a violência seja um comportamento social aprendido, onde homens aprendem a usar a violência e mulheres aprendem a tolerá-la (Jewkes, 2002; Holtrop et al., 2004; Ernst et al., 2008). Inquérito realizado no Japão por Hasegawa e colaboradores (2005) indica que pessoas expostas à violência entre os pais ou vitimizadas por eles apresentam significativamente mais experiências de violência com seus próprios parceiros, quer como vitimas ou como perpetradoras, do que as que não relatam ter tido nenhuma experiência negativa anterior.

A ocorrência de abuso psicológico nos primeiros 18 meses de casamento também parece estar associada à agressão física algum tempo depois (Langhinrichsen-Rohling 2005).Outro possível fator de risco recentemente trazido à baila por Parish e colaboradores (2004) parece ser o alto grau de ciúmes do parceiro. Segundo os autores, esta característica afetiva, apesar de pouco estudada, parece contribuir para a vitimização de ambos os sexos.

Outra questão a ser mais bem discutida pela literatura diz respeito à presença de enteados co-habitando com o casal. Segundo Campbell (2004), a presença de um filho de parceiro anterior aumenta o risco de vitimização feminina.

Outro fator que parece estar associado ao risco aumentado de vitimização é o conhecimento do parceiro sobre a sorologia positiva da gestante para HIV (Sharps et al., 2007). Associados aos efeitos negativos da VPI, a gestante ainda enfrenta estigmatização, isolamento e perda de apoio social, além das conseqüências da infecção.

1.3.3. Consequências da VPI na saúde materno-infantil

Ainda que com certas ressalvas em função da escassez de estudos na área, as repercussões da VPI durante a gestação e pós-parto na saúde da mãe e bebê, assim como em outros períodos do ciclo de vida, também parecem envolver manifestações de ordem física e psico-social. Segundo alguns autores, a VPI parece também estar relacionada ao isolamento social progressivo, à insegurança, à depressão, a um alto nível de ansiedade, aos distúrbios do sono, à intimidação, à baixa auto-estima, aos distúrbios psicossomáticos, à presença de dores abdominais recorrentes, às lombalgias crônicas, à cefaléia, às contusões localizadas, às queimaduras e às fraturas dos ossos em mulheres (Martin et al., 1996; McFarlane et al., 1996b; McFarlane et al., 1996a; Gelles, 1997; Daniels, 2005). O estresse pós-traumático, as disfunções sexuais e o aumento dos hábitos não saudáveis como o tabagismo e adicção também vêm sendo apontados como conseqüências possíveis do problema (Jasinski &

Williams, 1998; Hedin, 2000; Day et al., 2003) Ademais, mulheres vítimas de VPI apresentam maior propensão a utilizar os serviços de saúde, de serem atendidas nos serviços de emergências e de tentarem suicídio (Heise, 1994; Minayo, 1994; Valdez-Santiago & Sanín-Aguirre, 1996; Day et al., 2003; Thompson et al., 2006).

Múltiplos eventos abusivos ao longo do tempo e diferentes tipos de abuso parecem ter efeito cumulativo, que pode permanecer mesmo após a cessação da violência (Day et al., 2003; Schraiber et al., 2007). Estudos têm sugerido que mulheres submetidas a longos períodos de abuso apresentam mais sintomas psicológicos e físicos do que aquelas que mantêm relacionamentos violentos por períodos menores e quando saem de relações abusivas, os sintomas diminuem, sem, contudo chegar aos níveis anteriores às agressões sofridas (Jasinski & Williams, 1998).

Ameaças de violência podem reduzir a capacidade feminina de praticar sexo seguro, especialmente dentre as mais jovens, aumentando o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST), engravidar na adolescência e ter uma gestação indesejada (Kreiter et al., 1999; Silverman et al., 2001; Parker & Chouaf, 2002; Parish et al., 2004; Roberts et al., 2005; WHO, 2005; Cripe et al., 2008). Ainda no que concerne à saúde reprodutiva, vitimas de agressões tendem a iniciar o acompanhamento pré-natal mais tardiamente, o que não permite a identificação precoce de problemas de saúde e comportamentos de risco, como tabagismo, abuso de álcool e uso de drogas (Hedin, 2000; Jasinski, 2004). O retardo do início do acompanhamento da gestação reduz o número de consultas e parece dificultar a sensibilização da gestante às ações de promoção da saúde típicas deste período, tal como as voltadas à promoção do aleitamento materno, tornando-a menos propensas a iniciar a amamentação (Lau & Chan, 2007; Lourenco & Deslandes, 2008). O prejuízo ao aleitamento materno parece não se restringir apenas à sua iniciação, mas também à sua duração. Segundo alguns autores, o estresse permanente vivenciado por mulheres em situação de violência parece ter uma ação direta sobre os mecanismos de ejeção do leite, reduzindo a produção do mesmo, o que pode levar à interrupção temporária ou mesmo definitiva da amamentação (Accioly et al., 2004; Lau & Chan, 2007).

Focalizando as conseqüências para a saúde da criança, percebe-se que os filhos de mulheres vítimas de abuso estão sob risco de uma variedade de distúrbios físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais (Humphreys, 1993; Hasselmann & Reichenheim, 2006; Sharps et al., 2007). Entretanto, poucos autores têm se interessado em avaliar as conseqüências da VPI no período pós-parto e os estudos já realizados indicam resultados conflitantes. Segundo Ahmed *et al*. (2006), os filhos de mulheres que sofreram VPI durante a gestação apresentam

um risco duas a três vezes maior de morrer no período perinatal e neonatal, respectivamente. Por outro lado, Martin *et al*. (2001) não encontraram diferença no padrão de utilização dos serviços de puericultura e pediatria entre mulheres agredidas e não agredidas durante a gestação e/ ou pós-parto. Essas discrepâncias sugerem que a relação entre a VPI e as diferentes complicações da gestação e pós-parto é ainda desconhecida e necessita ser mais bem explorada.

A VPI pode estar relacionada com os elevados riscos de mortalidades perinatal e infantil, por diversos mecanismos, ainda não muito esclarecidos. Uma possibilidade seriam os efeitos diretos de traumatismos, resultando na morte fetal ou em subseqüentes resultados adversos da gestação (Ahmed et al., 2006). O elevado estresse materno e a má nutrição, que podem ser decorrentes dos abusos sofridos, também estão intimamente relacionados com baixo peso ao nascer e nascimento pré-termo, sendo também relacionados como fatores de risco para mortalidade perinatal e infantil (Moraes et al., 2006). Além disso, como terceiro mecanismo 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.

Atrasos ou falhas no esquema de vacinação, aumentando o risco de doenças imunopreviníveis, inadequação dos hábitos de higiene e falta de adesão à prescrições e tratamentos também vêm sendo associados à negligência ou pouca supervisão materna, decorrente da capacidade questionável de vitimas de VPI criarem e educarem seus filhos adequadamente (Reichenheim et al., 1999; Bair-Merritt et al., 2006; Stockwell et al., 2008).

A ocorrência de atos de violência contra a criança também pode ser vista como uma conseqüência da VPI. Estudo realizado na Índia sugere que a ocorrência de violência doméstica duplica o risco de abuso infantil (Krug et al., 2002). Estudo recente conduzido por Reichenheim e colaboradores (2006a) explorou os diferentes cenários possíveis de co-ocorrência de violência física entre 205 casais que coabitavam com pelo menos um filho (ou enteado) de até 18 anos. No cenário considerado de menor risco, a probabilidade de algum evento violento ocorrer foi estimada em cerca de 20%, sendo 5,4% a probabilidade de ocorrência da VPI, 12,8% a probabilidade de ocorrência da violência contra os filhos e 0,2% a probabilidade de co-ocorrência. Já no cenário de maior risco, onde a família convivia com diferentes fatores de risco para a VPI e para a violência contra a criança, estimou-se que haveria cerca de 90% de chance de acontecer algum tipo de violência física, sendo maior (60,6%) a probabilidade de co-ocorrência do que a de cada uma das formas isoladamente.

As repercussões do testemunho da violência entre os pais também não podem ser deixadas de lado. Nos últimos anos, vários estudos têm indicado que a convivência familiar conflituosa pode gerar transtornos psicológicos tão ou mais negativos quanto aqueles relacionados ao ato infligido diretamente contra a criança (Jaffe et al., 1990; Reichenheim et al., 1999; Krug et al., 2002; Holtrop et al., 2004; Bair-Merritt et al., 2006). Testemunhar a violência conjugal parece elevar o risco de baixa auto-estima, baixo rendimento escolar, pesadelos recorrentes e elevado grau de agressividade (Day et al., 2003). Entretanto, distinguir o efeito isolado do testemunho da violência é dificultado pela concomitância das várias modalidades de violência (Hilberman, 1980; Reichenheim et al., 1999). Estudos sugerem que a violência entre casais e a violência específica contra a criança têm efeitos sinérgicos sobre a saúde da mesma, onde a soma dos efeitos dos dois abusos em separado parece ter efeito menos grave do que a situação em que há co-ocorrência de violências (Kashani et al., 1992; Reichenheim et al., 1999).

A identificação de repercussões emocionais e afetivas da VPI na saúde da criança nem sempre é fácil. Comumente se manifestam após intervalos de tempo médios ou longos da exposição à violência. Manifestações na vida adulta, tais como, abuso de álcool e drogas, ansiedade, depressão, tentativas de suicídio e criminalidade, podem ter sua origem a partir de maus-tratos na infância (Reichenheim et al., 1999). Também já foram descritas manifestações psiquiátricas, abuso físico e violências familiares e não familiares, automutilação e distúrbios de personalidade (Scherer & Scherer, 2000; Bair-Merritt et al., 2006).

Finalmente, pesquisadores também vêm destacando uma possível associação entre a VPI e deficiências nutricionais nos primeiros anos de vida ou mesmo intra-uterinas, trazendo à discussão a possível relação entre VPI e obesidade infantil (Christoffel & Forsyth, 1989; Gelles, 1997; Reichenheim et al., 1999).

2. JUSTIFICATIVA

Como descrito anteriormente, as possíveis repercussões da VPI quando presentes no período da gestação e pós-parto vêm sendo apontadas por diferentes pesquisadores. Estas parecem incidir tanto na mulher, como na criança. Problemas que vão desde a gravidez indesejada, passando por um precário acompanhamento pré-natal, que leva aos agravos perinatais e nos primeiros anos de vida, chegando ainda às sérias repercussões na idade adulta tornam a questão prioridade na agenda da saúde.

Porém, apesar desta constatação, a escassez de estudos que estimem a prevalência do problema na gestação e nos primeiros anos de vida da criança tem dificultado as ações, postergando um efetivo enfrentamento da situação. Enquanto não houver a caracterização adequada dos diferentes perfis da violência no âmbito familiar, em especial no ciclo gravídico-puerperal, a inclusão do rastreamento de rotina, assim como o adequado treinamento e sensibilização das equipes de saúde ainda será mantido como assunto sobre a mesa. Como apontado por outros pesquisadores, estimar a magnitude do problema e seus grupos de risco no âmbito dos serviços de saúde é o primeiro passo para a proposição de ações efetivas para seu enfrentamento no âmbito da atenção à saúde (Saltzman et al., 1999).

Recentemente, tem-se reconhecido o importante papel dos serviços de saúde no enfrentamento da VPI. É notório que estes serviços poderiam servir de locais de alerta e sentinela nas ações de detecção de eventos violentos, em especial as unidades de atenção básica e as equipes de saúde da família por incorporarem a visita domiciliar em suas atividades de rotina, por sua abordagem familiar, atuação multiprofissional e ênfase em ações de promoção de saúde e detecção precoce de agravos e vulnerabilidades sociais (Horan et al., 1998; Reichenheim et al., 1999; Campbell et al., 2004). Entretanto, apesar dos avanços em termos de sensibilização dos profissionais de saúde para o tema, sabe-se que a maior parte dos casos de violência familiar e/ou íntima ainda passa despercebida pelos serviços (Horan et al., 1998; Rodriguez et al., 1999).

Ao construir um modelo preditivo das situações de VPI a partir de informações habitualmente disponíveis nas atividades de rotina dos serviços de saúde, o presente estudo pretende contribuir para uma melhor identificação do problema e conseqüente atuação. Considerando o importante papel das UBS na promoção, prevenção a assistência à saúde da mulher e à criança em nosso País, espera-se que além de prover os profissionais de saúde com informações que os auxiliem na suspeição dos casos, a realização da pesquisa neste cenário possa contribuir para uma maior sensibilização de toda a rede sobre a necessidade de se encarar este tão grave problema como uma prioridade na agenda do setor saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Apresentar um modelo preditivo das situações de Violência Física entre Parceiros Íntimos (VFPI) durante a gestação e pós-parto, baseando-se nas projeções de prevalência de VFPI em diferentes subgrupos, caracterizados a partir de particularidades de famílias usuárias de UBS do município do Rio de Janeiro.

3.2 Objetivos específicos

- Traçar um perfil da população de estudo segundo características demográficas e reprodutivas maternas, utilização de serviços de saúde durante a gestação, hábitos de vida (tabagismo, uso de álcool e drogas ilícitas) do casal e condição sócio-econômica da família.
- Estimar a prevalência de VFPI entre responsáveis por crianças menores de cinco meses, usuárias de UBS do município do Rio de Janeiro de acordo com o período de ocorrência (gestação e/ou pós-parto);
- Estimar a prevalência de VFPI durante a gestação e/ou pós-parto em cenários distintos de clientelas de serviço de saúde, diferenciados considerando características demográficas e reprodutivas maternas, utilização de serviços de saúde durante a gestação, hábitos de vida (tabagismo, uso de álcool e drogas ilícitas) do casal e condição sócio-econômica da família.

4. PROCEDIMENTOS E MÉTODOS

Como o presente estudo é um subprojeto de um projeto maior ("estudo principal") do Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF), esta seção será dividida em duas partes. Cumpre esclarecer que o estudo principal busca. investigar possíveis repercussões da VPI durante a gestação e pós-parto na saúde materno-infantil, como fator de risco para a interrupção precoce do aleitamento materno, bem como paro o desenvolvimento de depressão pós-parto e outros agravos a saúde mental materna.

A primeira parte desta seção trará as questões relacionadas ao estudo de fundo que tiveram importância para a condução do presente subprojeto, tais como as relativas ao desenho de estudo, local de coleta de dados, trabalho de campo e instrumentos de aferição utilizados. A segunda apresentará as questões especificamente relacionadas a este projeto, tais como, as variáveis que foram trabalhadas e a estratégia de análise de dados.

4.1 Procedimentos referentes ao estudo principal

4.1.1. Desenho e cenários de estudo

Foi realizado estudo transversal entre janeiro e junho de 2007 cujas informações foram obtidas através de entrevistas com mães de crianças que aguardavam atendimento nos setores de pediatria, puericultura e/ou vacinação em cinco Centros Municipais de Saúde (CMS) de diferentes regiões do município do RJ[3].

A seleção das unidades de saúde priorizou as que melhor se adequaram às necessidades da pesquisa em termos de acesso; infra-estrutura que favorecesse a privacidade das entrevistas; e grande número de atendimentos em pediatria e/ou puericultura.

4.1.2. Tamanho amostral e estratégia de seleção dos participantes do estudo

Para a realização do cálculo do tamanho amostral foi utilizado a suite EpiInfo 6,04, através do programa STATCALC. Foi utilizada uma freqüência esperada do evento na população, ou seja, prevalência de desmame completo em crianças de até 5 meses de cerca de 20% entre os não-expostos, de acordo com resultados de pesquisa anteriormente realizada (Brasil, 2001).

---

[3] CMS Silveira Martins (Catete), CMS Heitor Beltrão (Tijuca), CMS Ariadne Lopes de Menezes (Engenho da Rainha),CMS Marcolino Candau (Praça XI) e CMS Jorge Saldanha Bandeira de Mello (Jacarepaguá)

Assumindo-se um nível de significância de 5%, um poder de estudo de 90%, uma relação de exposição de 1:4 e um OR de 2,0, estima-se um tamanho amostral final de aproximadamente 800 entrevistas.

A população de estudo foi formada por mães de crianças com até cinco meses de idade, usuárias das unidades selecionadas para o estudo. Foram elegíveis para participar da pesquisa as mães de crianças com a idade mencionada, que não possuíam nenhuma contra-indicação formal para a amamentação e que relatassem ter tido pelo menos uma relação amorosa com duração de um mês ou mais durante a gestação ou no período do pós-parto. Desta forma, os critérios de exclusão foram:

- Existência de contra-indicação formal ao aleitamento materno[4] - essa opção é justificada por ser objetivo do estudo de fundo obter informações que permitam avaliar a VPI como um potencial fator de risco para o desmame precoce.
- O relato materno de que ela não teve uma relação amorosa por pelo menos um mês durante a gestação ou pós-parto, visto que nessas circunstancias não estaria caracterizada a possibilidade de exposição à VPI.
- Mães de filhos gêmeos - a exclusão dessas mulheres teve como objetivo evitar situações excepcionais, quando os agravos à saúde mental materna e também o desmame precoce são mais comuns. Considerando o pequeno número de participantes nessa situação, uma avaliação acurada da influência da gemelaridade sobre os desfechos não seria possível.

A proposta inicial foi de entrevistar todas as mães elegíveis que estivessem disponíveis nas unidades de saúde selecionadas, quando da presença das entrevistadoras. Nas unidades em que o grande número de atendimentos impossibilitou a captação de todas as mães elegíveis foi realizada uma amostragem aleatória das respondentes dentre o conjunto de usuárias dos serviços de atenção à criança. Caso a sorteada não fosse elegível, ou não aceitasse participar da pesquisa, a entrevistadora se dirigia à próxima na lista utilizada para o sorteio. As entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã e à tarde, englobando todos os dias de semana. Para tais entrevistas foram utilizados questionários padronizados e pré-codificados que abordavam questões pertinentes ao modelo teórico do estudo principal (Anexos 2 e 3). Todas as informações foram coletadas durante entrevista única.

---

[4] Por exemplo, quimioterapia oncológica da mulher, infecção pelo HIV, uso de medicação que contra-indique o aleitamento materno, galactosemia, fenilcetonúria e malformação congênita grave.

As mães eram abordadas pelas entrevistadoras antes ou depois destas terem recebido atendimento pela equipe de saúde. De acordo com o fluxo dos pacientes em cada unidade, as entrevistas foram realizadas em momentos e cenários distintos. O número de entrevistas realizadas diariamente variou de acordo com a disponibilidade das entrevistadoras e das respondentes. Das 853 mães convidadas a participar do estudo, 18 (2,11%) não eram elegíveis e 24 (2,81%) se recusaram a participar. Desta forma, a amostra de estudo é formada por 811 mães.

As entrevistas foram realizadas por profissionais da área de saúde, todas do sexo feminino, previamente treinadas[5] para a aplicação do questionário composto por diferentes instrumentos, inclusive o de captação do uso de violência na resolução de conflitos familiares (*CTS2*). Para cada unidade selecionada foi desenvolvido um fluxo para o trabalho de campo, o qual respeitava as características de cada serviço. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado e sem a presença do marido ou companheiro, evitando assim um possível constrangimento materno com relação às questões específicas sobre VPI.

Seguindo-se a orientação da Declaração de Helsinki e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Brasil, 2000), os dados foram colhidos mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1). Este continha informações detalhadas sobre a pesquisa; identificava os pesquisadores e instituições envolvidas; garantia a confidencialidade das informações e de sua utilização apenas de forma agregada; e claramente apontava não ser obrigatória a participação no estudo. A participação anônima e voluntária foi assegurada através da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, que deveria ser assinado por todas as respondentes no momento em que estas aceitavam participar da pesquisa. Todas receberam orientação sobre onde procurar ajuda para lidar com situações de violência familiar caso achassem necessário. Todas as respondentes receberam uma cópia deste termo e também um documento contendo o endereço das instituições de apoio às vítimas de violência. O

---

[5] Esse treinamento ocorreu durante uma semana, com apresentação do projeto de pesquisa, leitura do questionário, simulação de entrevistas, discussão de dúvidas e visita as unidades de saúde. As dúvidas identificadas nessas etapas foram solucionadas antes do início do trabalho de campo. Questões como dúvidas no preenchimento dos questionários e dificuldades para a inserção do grupo nas unidades foram sanadas em reuniões periódicas durante a coleta de dados. Questões mais específicas e que demandavam pronta decisão eram discutidas imediatamente com um dos coordenadores da pesquisa, pessoalmente ou via telefone ao longo de todo o processo de coleta de dados.

estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS da UERJ e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do RJ[6] .

4.1.3. Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados do estudo de fundo foi utilizado um questionário multidimensional, composto de 12 módulos, que abarcavam questões relativas às diferentes dimensões que supostamente relacionam a principal exposição de interesse (VPI) aos desfechos (desmame precoce e depressão pós-parto) do estudo, quais sejam: Identificação da mãe e da criança; Pré-natal; Informações sobre o nascimento da criança; Saúde mental da mulher; Eventos produtores de estresse; Dados sobre a alimentação do bebê; Violência entre parceiros íntimos; Depressão pós-parto; Hábitos de vida da mulher e do companheiro; Auto-estima materna; Apoio social; e Situação sócio-econômica (Anexo 3). As dimensões que serão abordadas no presente estudo estão detalhadas na seção referente às varáveis de interesse.

4.1.4. Processamento de dados

Uma vez preenchidos, os questionários foram avaliados e codificados pelos dois coordenadores[7] da pesquisa de campo. O armazenamento dos dados foi realizado através do programa EpiInfo 2000 (Dean et al., 1990). A digitação foi realizada com dupla entrada em 20% dos questionários para avaliação da concordância e verificação de erros, e essa replicação ocorreu em três momentos ao longo da digitação. Os questionários redigitados foram selecionados aleatoriamente dentre aqueles já digitados até então. Na segunda e terceira etapas dessa dupla entrada a amostragem ocorreu somente entre os questionários digitados após a primeira e segunda etapa da replicação, respectivamente. A redigitação dos dados foi realizada pelo mesmo grupo de digitadoras, as quais não tinham acesso à informação sobre quem havia digitado cada questionário previamente. A comparação das duas entradas dos questionários replicados foi realizada através do programa Stata 9 (StataCorp, 2005) e as discrepâncias solucionadas com a revisão manual dos respectivos questionários. A baixa taxa de erro (< 0,05 %) autorizou a continuação do processo de digitação.

Em seguida cada variável teve seus valores apreciados, bem como foi avaliado o perfil dos dados ausentes. Os desvios não esperados dos valores de cada variável e também os

---

[6] SMS Parecer n. 07A/2007.

[7] Alessandra Silva Dias de Oliveira e Gustavo Lobato de Azevedo

valores aberrantes (*outliers*) foram detectados através do exame da distribuição de cada variável. A limpeza dos dados incluiu a consulta aos questionários originais e correção dos erros de digitação.

4.2 Procedimentos referentes ao Estudo Atual

4.2.1. Instrumentos de aferição e variáveis de interesse

4.2.1.1. Violência entre Parceiros Íntimos

Considerando o excelente desempenho da versão em português da *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) (Straus, 1979; Straus et al., 1996; Moraes et al., 2002), essa foi a ferramenta utilizada para a identificação da VPI nesta pesquisa. A *CTS2* é um instrumento multidimensional, específico para identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação íntima, namoro ou casamento. É composto por cinco escalas/dimensões. Três abordam táticas de resolução de conflitos através de negociação, agressão psicológica e violência física. As outras duas abordam as possíveis conseqüências da violência na saúde individual do respondente e de seu companheiro e a existência de coerção sexual no relacionamento do casal. O instrumento inicia com uma pequena introdução, apontando que a ocorrência de conflitos nas relações entre casais é algo freqüente. Em seguida há 78 itens que expressam possíveis ações do respondente (39) e, reciprocamente, de seu companheiro (39), durante momentos de desentendimentos e desavenças. A escala de negociação é formada por seis itens que descrevem estratégias que envolvem o diálogo entre os parceiros para a resolução de situações de divergência. As escalas de agressão psicológica, violência física, injúria e coerção sexual são formadas por, respectivamente, 8, 12, 6 e 7 itens, classificados como menores ou graves, de acordo com sua importância (Straus et al., 1996). Na *CTS2*, os itens foram mesclados de modo que não haja gradiente de gravidade ou qualquer agrupamento por dimensão (escala).

Como o instrumento foi elaborado em língua inglesa (Straus, 1979; Straus et al., 1996; Straus, 2000; Straus, 2004), implementou-se um processo formal de adaptação transcultural do mesmo que viabilizasse sua utilização no Brasil. Por questões operacionais, e conforme recomendado pelos autores do instrumento original, foi utilizada uma versão reduzida do instrumento que contempla as sub-escalas de negociação, violência psicológica e violência física (Straus, 2004). Por questões operacionais, apenas as escalas de negociação, agressão psicológica e violência física fizeram parte do estudo principal, sendo que na presente dissertação apenas esta última foi utilizada.

O relato de pelo menos um item da escala perpetrado pela respondente ou seu companheiro durante os meses de gravidez e pós-parto caracterizou uma situação de VFPI nos respectivos períodos. Para fins de análise, considerou-se como variável desfecho uma variável em três níveis : ausência de VFPI; ocorrência isolada de VFPI em um dos períodos (gestação ou pós-parto); e ocorrência da VFPI em ambos os períodos.

4.2.1.2. Condição Sócio-Econômica

Esta dimensão teórica está sendo representada pelas seguintes variáveis: i) Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB); e ii) escolaridade materna. No intuito de classificar as famílias avaliadas em diferentes estratos econômicos foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), também conhecido como Critério Brasil (ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003). Este foi desenvolvido pela ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) e aprovado pela ABA (Associação Brasileira de Anunciantes) e pela ABIPEME (Associação Brasileira dos Institutos de Mercado). Tem como função estimar o potencial de compra das famílias e segmentar o mercado em classes econômicas, a partir de informações sobre escolaridade, posse de bens duráveis e existência de empregado doméstico na família. Dada a alta correlação do escore do CCEB com a renda *per capita* das famílias, evidenciada em estudos anteriores, este servirá como uma *proxi* da mesma (Mattar, 1995).

Segundo seus proponentes, a utilização do CCEB é vantajosa por ser um instrumento simples e de fácil resposta; por acessar informações prontamente disponíveis ao entrevistado, seja ele o chefe da família ou não; e por ser de fácil codificação para o processamento eletrônico. A utilização da escala também tende a minimizar as perdas, o que ocorre habitualmente quando se questiona diretamente o valor da renda familiar durante a coleta dos dados em inquéritos epidemiológicos. A utilização das variáveis "*escolaridade do chefe de família*", "*posse de bens duráveis*" e "*presença de empregados domésticos*" também contornam outras dificuldades, como a falta de atualização das informações devido a aumentos salariais e inflação, e a dificuldade na estimação do orçamento em famílias que tenham a maior parte de seus rendimentos oriundos do mercado informal.

Com este objetivo, o Critério Brasil, atualizado em janeiro de 2003, selecionou 10 bens duráveis como indicadores discriminantes da renda, quais sejam: televisão em cores; rádio; banheiro; carro; aspirador de pó; máquina de lavar roupas; vídeo cassete ou DVD; geladeira; e freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex). O número de empregados domésticos e o grau de instrução do chefe de família também compõem o escore. De acordo com o número de bens presentes na moradia, o número de empregados domésticos e a instrução do chefe de família, os indivíduos obtêm um escore total de pontos que o classifica em cinco categorias: classe A, 25-34 pontos; classe B, 17-24 pontos; classe C, 11-16 pontos; classe D, 6-10 pontos; e classe E, 0-5 pontos.

A escolaridade materna também foi explorada em separado do CCEB, de forma agrupada, subdividida em até sete anos de estudo, 8 a 11 e acima de 12 anos completos de estudo.

4.2.1.3. Características Demográficas e Reprodutivas Maternas

Esta dimensão é formada pelas variáveis: situação conjugal; número de filhos menores que 5 anos; idade materna; e origem étnica/cor, operacionalizadas das maneiras descritas a seguir.

- Situação conjugal – Variável categórica nominal, caracterizada da seguinte forma: i) tem um companheiro, que é o mesmo da gestação e do puerpério; ii) tem um companheiro, que não é o mesmo da gestação; ou iii) atualmente não tem companheiro.
- Número de filhos menores que 5 anos – Variável caracterizada pelo número de filhos vivos menores de 5 anos no ato da entrevista, estratificada em duas categorias (1 filho / 2 ou mais filhos).
- Idade materna – caracterizada pela idade (anos) da mãe na data da entrevista. A variável foi analisada estratificada em faixas etárias (< de 20 / acima de 20 anos).
- Origem étnica/cor – Variável nominal categórica definida segundo a autoclassificação da entrevistada: branca; parda; negra; e amarela, oriental ou indígena.

4.2.1.4. Hábitos de vida

A dimensão relativa aos hábitos de vida inclui tabagismo materno, consumo de álcool (materno e do companheiro) e consumo de drogas (materno e do companheiro). A operacionalização destes conceitos no nível empírico foi realizada através da utilização das seguintes variáveis:

- Uso de drogas pela mulher e companheiro – o instrumento escolhido para avaliar o uso de drogas foi o *Non-Student Drugs Use Questionnaire* (NSDUQ), desenvolvido por um grupo de especialistas da OMS (Smart et al., 1981) e que tem apresentado boas propriedades psicométricas em diferentes países,

inclusive no Brasil (Hasselmann et al., 1998). O instrumento aborda o uso de tranqüilizantes, com ou sem recomendação médica, maconha, cocaína, cola de sapateiro e outros tipos de drogas que eventualmente possam ter sido consumidas. A presença de uma questão positiva classifica o indivíduo como positivo para uso daquela substância (Smart et al., 1981). Para a composição da variável consolidada sobre o uso de drogas tanto da mãe quanto do companheiro, o primeiro nível indica que nenhuns dos dois fazem uso de drogas; o segundo, se um ou outro apresenta esta condição; e o terceiro, se ambos fazem uso de ao menos uma substância.

- Abuso atual de álcool pela mulher e pelo companheiro – o abuso de álcool foi avaliado através do instrumento *CAGE* [(*C*) *Cut-down*; (*A*) *Annoyed*; (*G*) *Guilty*; (*E*) *Eye-opener*] (Mayfield et al., 1974; Masur & Monteiro, 1983; Moraes et al., 2005) para os companheiros, e pelo instrumento *TWEAK [(T) Tolerance;(W) Worry; (E) Eye-opened, (A) Amnesia;(K) C/Kut-down)]* (Russell et al., 1994; Hasselmann et al., 1998; Moraes et al., 2005) entre as respondentes. O *CAGE* é um instrumento amplamente utilizado para o rastreio de condições suspeitas de abuso de álcool, simples e de fácil aplicação, e os indivíduos são considerados de alto-risco para o abuso de álcool com duas ou mais respostas positivas. Já o *TWEAK* é um instrumento especificamente desenvolvido para a utilização entre gestantes (Russell et al., 1994), e consiste de cinco itens. Dois deles são provenientes do *CAGE* [*Eye-opener* (*E*) e *Cut-down* (*C*)]; outros dois, oriundos do *Michigan Alcoholism Screening Test* (*MAST*) (Selzer, 1971)[*Worry* (*W*) e *Amnesia or Blackouts* (*A*)]; e o último item, o qual aborda a questão da tolerância [*Tolerance* (*T*)], é proveniente do instrumento *T-ACE* (Sokol et al., 1985). Um *cut-off* de 2 também será empregado para o *TWEAK* (Russell et al., 1994; Moraes et al., 2005). Para a composição da variável consolidada sobre o consumo inadequado de álcool tanto da mãe quanto do companheiro, o primeiro nível indica que nenhuns dos dois fazem mau uso de bebidas alcoólicas; o segundo, se um ou outro apresenta esta condição; e o terceiro, se ambos fazem mau uso de álcool.

- Tabagismo materno durante a gestação e/ou pós parto – analisada de forma dicótoma (sim ou não).

4.2.1.5. Utilização dos Serviços de Saúde

Esta dimensão será composta pelas variáveis "qualidade da assistência pré-natal" e "intenção de engravidar", operacionalizadas conforme descrito a seguir:

- Qualidade da assistência pré-natal – foi avaliada através do número de consultas pré-natais recebidas desde o início desse acompanhamento até o parto. Utilizou-se como ponto de corte ter apresentado seis ou mais consultas, como recomenda o Ministério da Saúde em função do efeito protetor deste número de encontros tanto na gestação quanto no primeiro ano de vida (O'Campo et al., 1992; Fiscella, 1995).
- Intenção de engravidar - Esse conceito foi operacionalizado com questões referentes ao desejo de engravidar quando do seu diagnóstico. A respondente será classificada em três níveis: i) queria engravidar, naquele momento; ii) queria engravidar, mas não naquele momento; e iii) não queria engravidar. Embora seja proposto que "gestação não planejada" e "gestação indesejada" sejam diferentemente definidas, e por isso mereçam questões específicas (Beck, 2002), optou-se por incluir apenas uma questão referente ao planejamento e desejo de engravidar. Essa decisão teve como base a possibilidade de uma elevada magnitude de viés relacionado à pergunta que aborde se a gestação foi indesejada, especialmente quando feita de forma retrospectiva no pós-natal.

4.2.2. Análise de dados

Para tal, foi utilizado o programas Stata 9 (StataCorp, 2005). Análise exploratória foi realizada inicialmente. O Teste Qui-quadrado foi utilizado para a análise dos subgrupos, sendo os intervalos de confiança das proporções calculados assumindo-se distribuições binomiais.

Para criar os cenários que descrevem a projeção de prevalência, segundo os diferentes perfis de clientela, foi utilizada o modelo logito multinomial (MLMN). Tal modelo é utilizado em análises estatísiticas que possuem como desfecho uma variável com mais de dois níveis em que não existe padrão ordinal entre as categorias. Este modelo estima coeficientes para o efeito das variáveis independentes em cada nível da variável dependente relativa a uma categoria escolhida arbitrariamente como base. A escolha da categoria desfecho usada como

base do grupo de referencia afeta a estimativa dos coeficientes, mas não as probabilidades preditas.

Formalmente, o MLMN é expresso por

$$\ln \Omega_{m|b}(x) = \ln \frac{\Pr(y = m \mid x)}{\Pr(y = b \mid x)} = x\beta_{m|b}$$

para m = 1 a J de um total de j categorias da variável de desfecho (dependente). b se refere à categoria de base usada no processo de parametrização.

Estas J equações podem ser solucionadas para a obtenção das probabilidades preditas através de

$$P(y = m \mid x) = \frac{\exp(x\beta_{m|b})}{\sum_{j-1}^{J} \exp(x\beta_{j|b})}$$

Lembrando que, no presente estudo, P (y=*m*|x) corresponde às prevalências projetadas de cada categoria de violência para os sub-grupos de interesse e são estimadas através de rotina implementada em Stata. Os intervalos de confiança das projeções são obtidos pelo método delta.

A próxima seção traz o artigo científico elaborado a partir da análise de dados, principal produto desta dissertação.

5. Artigo: Um modelo de predição de Violência Física entre Parceiros Íntimos durante Gestação e/ou Pós-Parto em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município do Rio de Janeiro

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência de Violência Física entre Parceiros Íntimos (VFPI) durante a gestação e/ou pós-parto em população atendida em Unidades Básicas de Saúde (UBS), segundo diferentes características sócio-econômicas e demográficas da clientela. **Métodos**: Trata-se de um estudo transversal realizado em 5 UBS da cidade do Rio de Janeiro em 2007. Foram entrevistadas 811 mães de crianças de até cinco meses de idade. Condições socioeconômicas e demográficas e relativas aos hábitos de vida do casal foram consideradas como potenciais preditores de violência. Utilizou-se a versão em português da CTS2 para identificar as situações de VPI. A variável de desfecho foi analisada em três níveis: ausência de VFPI, presença de VFPI no período da gestação ou do pós-parto e presença de VFPI em ambos os períodos. Utilizou-se um modelo logito-multinomial para as projeções de prevalências segundo os descritores selecionados. **Resultados**: Os fatores que mais aumentaram a probabilidade de ocorrência de violência durante a gestação e/ou nos primeiros cinco meses de vida da criança foram: idade materna < 20 anos, escolaridade materna inferior ao 2º grau completo, ter 2 ou mais filhos menores de cinco anos, tabagismo materno, uso inadequado de álcool pela mãe e/ou companheiro, uso de drogas pela mãe e/ou companheiro e percepção materna sobre a saúde do bebê aquém da esperada. Entre mães com todas estas características, a estimativa de prevalência projetada de VFPI na gestação e/ou no pós-parto chegou a 96,4%, sendo 59,4% a estimativa de ocorrência em apenas um dos dois períodos e 37% em ambos. **Conclusão**: Os resultados indicam que a presença de certas características da criança e de sua família aumenta enormemente a probabilidade de ocorrência de VFPI, devendo ser levadas em consideração ao se estabelecer estratégias de intervenção que visem à detecção precoce e uma efetiva intervenção.

Descritores /Keywords: Violência entre Parceiros Íntimos. Gestação. Pós-parto. Serviço de Saúde. Atenção Básica. Modelo logito-multinomial.

Introdução

Especialistas do mundo todo sugerem que a magnitude da VPI é maior do que imagina o senso-comum (Krug et al., 2002). No Brasil, o cenário não parece ser diferente. Segundo o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos não Transmissíveis – IDCRMRANT realizado entre 2002 e 2003, a prevalência de agressão psicológica, agressão física menor e agressão física grave entre parceiros íntimos durante os doze meses que precederam a entrevista chegou a 78%, 21,5% e 12,9%, respectivamente, entre as 6760 entrevistadas nas 15 capitais brasileiras e Distrito Federal (Reichenheim et al., 2006b).

As conseqüências bio-psico-sociais do problema o tornam ainda mais relevante. Estas são dramáticas, especialmente em mulheres e crianças, e envolvem diferentes dimensões, já que repercutem não só nos âmbitos emocional e físico das vítimas, mas também nas relações sociais que estas desenvolvem em família e em outros contextos (Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997). Ressalta-se ainda que os múltiplos eventos abusivos ao longo do tempo e os diferentes tipos de abuso sofridos parecem ter efeito cumulativo, permanecendo mesmo após a cessação das agressões (Schraiber et al., 2007).

A complexidade do problema é indiscutível na medida em que este é promovido por diferentes fatores, desde os mais distais, tais como as características macro-estruturais, culturais e ambientais da sociedade, até os mais proximais ao fenômeno, como as contextuais, relacionais e individuais dos envolvidos. Ainda que não definam, necessariamente, quem se tornará perpetrador ou vítima, estes fatores podem moldar os padrões e variações nas taxas de VPI. Dentre eles estão inserção social da família incluindo baixa renda, pouca escolaridade e desemprego; o papel de gênero nas relações que os indivíduos aprenderam em suas famílias de origem e consideram que deva ser desenvolvido em seus relacionamentos íntimos; características sócio-demográficas; personalidade dos indivíduos; idade; e hábitos de vida, como uso inadequado de álcool, tabagismo e consumo de drogas, dentre outros (Krug et al., 2002; Gil-Gonzalez et al., 2008).

Recentemente, tem-se reconhecido o importante papel dos serviços de saúde no enfrentamento da VPI. É notório que estes serviços poderiam servir de locais de alerta e sentinela nas ações de detecção de eventos violentos, em especial as unidades de atenção básica e as equipes de saúde da família por incorporarem a visita domiciliar em suas atividades de rotina, por sua abordagem familiar, atuação multiprofissional e ênfase em ações de promoção de saúde e detecção precoce de agravos e vulnerabilidades sociais (Horan et al., 1998; Reichenheim et al., 1999; Campbell et al., 2004). As possibilidades de detecção precoce

dos casos nos serviços de saúde se tornam ainda maiores em momentos da vida nos quais se preconiza a atenção à saúde de forma regular, como é o caso da gestação e dos primeiros anos de vida da criança. O papel dos serviços nestes ciclos de vida se torna ainda mais evidente ao se considerar que estudos realizados em diferentes países vêm chamando a atenção para a alta magnitude e gravidade das repercussões da VPI durante a gravidez (Gazmararian et al., 1996; Moraes & Reichenheim, 2002; Shoffner, 2008) e pós-parto (Hedin, 2000; Moraes et al., 2006; Sharps et al., 2007).

Entretanto, apesar dos avanços em termos de sensibilização dos profissionais de saúde para o tema, sabe-se que a maior parte dos casos de violência familiar e/ou íntima ainda passa despercebida pelos serviços (Horan et al., 1998; Rodriguez et al., 1999). Apesar da magnitude do problema, muitos profissionais ainda relatam ter medo de "abrir uma caixa de Pandora" sem ter em vista uma seqüência de ações programadas, receio de ofender ao tocar no assunto, não saber lidar com os sentimentos da vitima ou que a questão não é importante ou de sua competência. (Rodriguez et al., 1999; Erickson et al., 2001; Moura & Reichenheim, 2005). A rotina agitada, a escassez de tempo e recursos, ausência de privacidade, bem como o treinamento insuficiente dos profissionais**,** são alguns tópicos listados como responsáveis por uma possível sub-detecção de casos, o que gera uma casuística que acaba por representar apenas uma parcela do problema, favorecendo a perpetuação da violência e seu possível agravamento nos casos não identificados (Erickson et al., 2001; Moura et al., 2008).

Considerando que a identificação precoce é fundamental para que ocorra o encaminhamento adequado das situações de risco e o acompanhamento das situações de violência já instaladas, bem como as potencialidades dos serviços de saúde para este fim, torna-se extremamente relevante o desenvolvimento de estratégias que busquem facilitar o trabalho dos profissionais (Reichenheim et al., 1999). Entretanto, nota-se que os programas de investigação voltados a subsidiar a capacitação destes profissionais para a identificação de situações de violência íntima ainda são insipientes.

Visando ampliar o conhecimento sobre o tema, o objetivo do estudo é apresentar um modelo preditivo das situações, baseando-se nas projeções de prevalência de Violência Física entre Parceiros Íntimos (VFPI) durante a gestação e/ou pós-parto em diferentes subgrupos, caracterizados a partir de particularidades relacionadas à criança e à sua família. Espera-se que a divulgação das projeções das prevalências de VPI nos diferentes subgrupos possa se tornar ferramenta importante para o profissional no seu cotidiano, facilitando a detecção precoce de casos, o que permitirá um atendimento acolhedor às vítimas e o desenvolvimento de ações protetoras direcionadas a estas e suas famílias.

Métodos

Desenho e Contexto de Estudo

O presente estudo de projeção de prevalências se origina de um estudo transversal entitulado "Magnitude da Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) durante a gestação e o pós-parto e suas conseqüências sobre a duração do aleitamento materno e saúde mental da mulher" cujo objetivo geral é avaliar o papel da VPI como possível fator de risco para a interrupção precoce do aleitamento materno e para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Portanto, a estratégia de seleção dos participantes, do cálculo do tamanho amostral e da coleta de dados, bem como a seleção dos instrumentos de aferição foram formulados a fim de satisfazer os objetivos do estudo de fundo (Oliveira, 2008).

Estratégia de Seleção e Tamanho Amostral

Foram elegíveis para participar da pesquisa as mães de crianças de até cinco meses de idade, que não possuíam nenhuma contra-indicação formal para a amamentação e que relatassem ter tido pelo menos uma relação amorosa um mês ou mais durante a gestação ou no período do pós-parto. Desta forma, a amostra de estudo é formada por 811 mães.

Coleta de Dados

A coleta de dados se deu entre janeiro e junho de 2007 em 5 Centros Municipais de Saúde (CMS) de diferentes regiões do município do Rio de Janeiro. As mães eram abordadas por entrevistadoras previamente treinadas, antes ou depois de terem recebido atendimento pela equipe de saúde. As entrevistas foram realizadas em momentos e cenários distintos, de acordo com o fluxo dos pacientes em cada unidade. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado e sem a presença do marido ou companheiro, evitando assim um possível constrangimento materno com relação às questões específicas sobre VPI. As informações sobre as práticas violentas perpetradas pelos maridos ou companheiros foram obtidas através de entrevistas com as respondentes por *proxi*.

Variáveis estudadas e Instrumentos de Aferição

As informações de interesse foram colhidas utilizando-se questionário multidimensional, composto por 12 módulos, a saber: Identificação da mãe e da criança; Assistência pré-natal; Condições de nascimento da criança; Saúde mental da mulher; Ocorrência de eventos produtores de estresse durante a gestação e pós-parto; Alimentação do

bebê; Depressão pós-parto; Hábitos de vida da mulher e do companheiro; Auto-estima materna; Apoio social; Situação sócio-econômica; e Violência entre parceiros íntimos.

Para aferição da violência entre os casais foi utilizada a versão em Português do instrumento CTS2 (*Revised Conflict Tactics Scales*), formalmente adaptado para uso no Brasil (Straus et al., 1996; Straus, 2000; Moraes et al., 2002; Straus, 2004). Por questões operacionais, e conforme recomendado pelos autores do instrumento original, foi utilizada uma versão reduzida do instrumento que contempla as sub-escalas de negociação, violência psicológica e violência física (Straus, 2004). Neste estudo, utilizou-se apenas a escala de violência física no casal (12 itens). O relato de pelo menos um item da escala perpetrado pela respondente e/ou seu companheiro durante os meses de gravidez e pós-parto caracterizou uma situação de VFPI nos respectivos períodos. Para fins de análise, considerou-se como variável desfecho uma variável em três níveis (Ausência de VFPI; ocorrência isolada de VFPI em um dos períodos (gestação ou pós-parto); e ocorrência da VFPI em ambos os períodos).

O mau uso de álcool pelo companheiro foi avaliado com a versão adaptada para o português do instrumento *CAGE (Cut-down; Annoyed; Guilty and Eye-opener)* e entre as mães pela versão do instrumento *TWEAK (Tolerance; Worry; Eye-opened, Amnesia; C/Kut-down)* (Mayfield et al., 1974; Russell et al., 1994; Moraes et al., 2005). Aceitou-se o critério de duas ou mais respostas positivas para apreender a suspeição de mau uso de álcool para ambos instrumentos. A aferição do consumo de drogas ilícitas foi baseada no instrumento *Non-Student Drugs Use Questionnaire* (*NSDUQ*) (Smart et al., 1981; Hasselmann et al., 1998). Definiu-se como uma situação positiva, a utilização de ao menos uma substância ilícita dentre as listadas (tranqüilizantes não prescritos; cola de sapateiro; lança- perfume; maconha; cocaína ou 'outras'). Para a composição da variável consolidada sobre o consumo inadequado de álcool tanto da mãe quanto do companheiro, o primeiro nível indica que nenhuns dos dois fazem mau uso de bebidas alcoólicas; o segundo, se um ou outro apresenta esta condição; e o terceiro, se ambos fazem mau uso da substância. A variável composta sobre uso de drogas foi construída de maneira análoga. Para classificação dos diferentes estratos econômicos foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (A.B.E.P. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003).

Análise de Dados

Para a composição dos cenários de projeção de prevalência das três categorias da variável desfecho, testou-se diversos descritores usuais do campo da saúde materno-infantil, bem como algumas características reconhecidas no âmbito da violência familiar. Foram

analisadas as seguintes variáveis: sexo e idade do bebê; saúde do bebê, segundo percepção materna; idade, cor e escolaridade maternas; situação conjugal; numero de consultas realizadas no pré-natal; intenção de engravidar; numero de filhos menores de 5 anos; trabalho remunerado no pós-parto e direito a licença-maternidade; tabagismo materno; consumo inadequado de álcool pela mãe e companheiro; consumo de drogas pela mãe e pelo companheiro; e situação econômica da família. Foram criados cenários de propensão que progredissem de uma situação relativamente "menos propícia" para uma "mais propícia" à ocorrência de violência física. As categorias (níveis) e respectivas definições de cada descritor populacional atenderam a uma perspectiva essencialmente pragmática que visou à maximização da discriminação de subgrupos de risco.

Para realizar as estimativas de probabilidade de ocorrência de violência entre parceiros íntimos no período da gestação e/ou pós-parto nos diferentes cenários de clientela de atendimento dos serviços de saúde, utilizou-se a suíte Spost (Long & Freese, 2003). Segundo um conjunto de variáveis independentes, quer contínuas ou não, este programa estima as probabilidades preditas de cada categoria da variável cuja prevalência se quer projetar. A rotina se embasa em modelos de regressão para desfechos categóricos com mais de dois níveis (Hosmer & Lemeshow, 2000; Hardin & Hilbe, 2001; Long & Freese, 2003). Como a variável utilizada neste estudo é policótoma e não possui ordinalidade nas suas categorias, foi feita opção pelo uso do modelo logito multinomial. Segundo esse modelo, as estimações das probabilidades projetadas são dadas por

$$P(y = m \mid x) = \frac{\exp(x\beta_{m|b})}{\sum_{j-1}^{J} \exp(x\beta_{j|b})}$$

sendo *b* o índice da categoria de base (comparação); *m*=1 a *J* o índice da categoria de contraste; $\beta_{m|b}$ o coeficiente de regressão estimado para contrastar a categoria *m* com a *b*; e x o vetor de covariáveis representando os descritores.

Para as estimações de precisão das probabilidades preditas, foi utilizado o método *delta* implementado em rotina *ad-hoc* desenvolvida em Stata.

Foi implementada uma modelagem a fim de identificar um conjunto parcimonioso de descritores. Primeiramente, análises bivariadas entre os possíveis preditores e o desfecho foram realizadas, selecionando-se aquelas que estivessem estatisticamente associadas ao desfecho (p=0,05) Em seguida, realizou-se análise multivariada, incorporando-se todas as variáveis selecionadas na etapa anterior. Entretanto, algumas perdiam a significância ao serem introduzidas no modelo completo, possivelmente devido à redundância de informação vis-à-

vis uma ou mais variáveis já contempladas. Visando lidar com este problema, realizaram-se diferentes análises, em que se excluíam seqüencialmente cada uma das variáveis que possivelmente competissem entre si, chegando- se em um modelo que maximizasse a diferença entre as probabilidades preditas com e sem cada uma das variáveis. Foram consideradas também a importância clínica de cada descritor, a facilidade de obtenção dos dados e a possível utilização do modelo na prática. A variável idade foi forçada no modelo para fixar as projeções para a média de idade das crianças do estudo (59 dias, d.p. = 41,72).

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em conformidade com os princípios da Declaração de Helsinki e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Brasil, 2000). A participação anônima e voluntária foi assegurada através da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. Todas receberam orientação sobre onde procurar ajuda para lidar com situações de violência familiar caso achassem necessário.

Resultados

Dentre as 835 mães elegíveis, 24 (2,81%) se recusaram a participar do estudo, fazendo com que a amostra efetivamente estudada fosse de 811 mães/bebês. Como apresentado na Tabela 1, boa parte das crianças (41,06; IC95%: 37,67- 44,45) tinha idade entre 30 e 90 dias. Cerca da metade (50,25; IC95%: 46,80-53,70) das mães classificava a saúde dos seus filhos como excelente.

Com relação às mães, cerca de um quarto destas (22,69; IC95%: 19,80- 25,57) era adolescente (média da idade = 25,35 anos, d.p. = 6,58). Em torno da metade se considerava parda/mulata (51,54; IC95%: 48,09-54,98) e possuía entre 8 e 11 anos de estudo formal (51,91; IC95%: 48,46-55,36). A maior parcela das respondentes (86,56; IC95%: 84,21-88,91) relatou ter tido o mesmo companheiro na gestação e no pós-parto.

Cerca de 85% (82,95; IC95%: 80,29-85,60) das mulheres realizou seis ou mais consultas de pré-natal. A gravidez não havia sido desejada por quase 70% das mulheres. Cerca de 75% (74,23; IC95%: 71,21-77,25) tinha apenas um filho menor de cinco anos no momento da entrevista. Quase 20% (19,73; IC95%: 16,98–22,47) das mulheres relatou ter fumado no período da gestação e/ou do pós-parto. Com relação ao uso inadequado do álcool, em 39% (39,33; IC95%: 35,96-42,70) das situações, apenas um membro do casal se constituiu caso suspeito de consumo exagerado, enquanto que em 9% (8,63; IC95%:6,69 – 10,57) houve suspeita de abuso de álcool em ambos os membros. Cerca de 19% dos casais usaram drogas, sendo 16% (15,66; IC95%: 13,15 – 18,17) o percentual de casais em que a mãe ou o companheiro usou drogas e 3% (3,33; IC95%: 2,09 – 4,57) em que ambos utilizaram. Em termos econômicos, trata-se de uma população de médio a baixo poder aquisitivo, já que 88% das famílias pertenciam aos estratos C, D ou E da população.

A prevalência de VFPI durante a gestação foi de 37,85% (IC95%: 34,51-41,20), enquanto que nos primeiros meses de pós-parto foi de 16,15% (IC95%: 13,61-18,69). Dentre as mulheres que relataram VFPI na gestação, 108 (35,18%; IC95%: 29,81-40,55) também referiram a violência no pós-parto. Já entre aquelas que não relataram eventos de agressão física na gestação, apenas 23 (4,46%; IC95%: 2,73-6,39) vivenciaram a situação após o nascimento do bebê, indicando que a prevalência de VFPI no período do pós-parto é cerca de oito vezes maior nas famílias que vivenciaram a violência na gestação, quando comparadas àquelas que não viveram tal situação ($p = 0,000$). Observando por outra perspectiva, dentre as 131 mulheres que relataram ter um relacionamento com VFPI no pós-parto, 108 (82,44%, IC95%: 75,84-89,04) informaram ter vivenciado o mesmo durante a gestação. (Figura 1)

A Tabela 2 mostra os coeficientes de regressão, respectivos erros-padrão e níveis de significância dos coeficientes provenientes do modelo logito multinomial. Como pode ser observado, todas as variáveis apresentaram p-valores inferiores a 0,10. Encontram-se no Quadro 1 as probabilidades de ocorrência de VFPI, segundo diferentes subgrupos populacionais, criando cenários de clientelas de atendimento em serviços de saúde. Nota-se que, conforme o cenário se agrava em termos da presença de fatores considerados de risco para a ocorrência de VFPI na gestação e/ou pós parto, ocorre o aumento da prevalência projetada de eventos violentos, tanto em um dos períodos isoladamente (gestação ou pós-parto), como em ambos os períodos.

No cenário A, considerado de menor risco, existe 7,49% (IC95%: 4,08 - 10,90) de probabilidade de ocorrer VFPI na gestação ou no pós-parto e 2,62% (IC95%: 0,78 - 4,46) de ocorrer em ambos os períodos. Já no extremo oposto, o cenário J, a probabilidade de ocorrer algum evento violento em um dos períodos sobe para 59,42% (IC95%: 40,94 - 77,90) e em ambos os períodos para 37,01% (IC95%: 18,42 - 55,61). Já a probabilidade de não ocorrer VFPI na melhor situação (cenário A) é de 89,89% (IC95%: 85,86- 93,93), enquanto que esta é de apenas 3,57% (IC95%: 0,86 - 6,27) na pior situação (cenário J).

Discussão

Como apresentado na seção de Resultados, a amostra se caracterizou por um predomínio de crianças com mais de 30 dias de vida e com boa saúde. A maior parte das mães se encontrava na faixa de idade considerada ideal para a gestação, era parda/mulata, apresentava baixa escolaridade, tinha companheiro fixo, havia realizado número suficiente de consultas pré-natais e pertencia a famílias de renda média ou baixa, ratificando um perfil semelhante ao da clientela que habitualmente freqüenta as UBS do Rio de Janeiro.

Como visto, a prevalência de VFPI foi elevada tanto no período da gestação como após o nascimento da criança, reforçando a relevância do problema enquanto questão de saúde pública a ser enfrentada nos serviços de atenção básica. Ao se comparar as prevalências em cada um dos períodos, percebe-se que esta é maior no período da gestação (37,85%), com relação ao pós-parto (16,15%). Entretanto, há que se ter cautela ao fazer esta comparação. É possível que a maior prevalência encontrada na gestação não reflita um maior risco das gestantes ao problema neste período, sendo fruto apenas de um menor intervalo de tempo pesquisado no período do pós-parto, já que cerca de 70% das crianças do estudo tinham idade inferior a três meses, o que reduz a probabilidade de ocorrência da VFPI. Certamente, se a amostra estudada se restringisse às crianças com nove meses de vida (garantindo um período recordatório semelhante ao da gestação a termo), as prevalências de pós-parto seriam mais elevadas.

Em termos de magnitude da VFPI durante a gestação, observa-se que os achados do presente estudo se situam no limite superior das estimativas internacionais, que variam entre 0,9% e 31,7% (Gazmararian et al., 1996; Krug et al., 2002; Nasir & Hyder, 2003; Campbell et al., 2004; Jasinski, 2004; Sharps et al., 2007). O mesmo ocorre quando se analisa os resultados à luz dos estudos nacionais (Moraes & Reichenheim, 2002; Menezes et al., 2003). Contudo ao se comparar a prevalência encontrada, tanto na gestação quanto no período do pós-parto, às de estudos anteriores, há de se considerar as diferenças relacionadas às definições de violência e a diversidade de instrumentos utilizados para a identificação do problema. Tais distinções demandam maior prudência ao atentar para o pós-parto, devido aos diferentes intervalos de tempo observados em cada estudo. Os estudos de Martin e colaboradores (2001), nos Estados Unidos, com mulheres que tinham em média 3,6 meses pós-parto e os da equipe de Saurel-Cubizolles (1997), na França, durante os 12 meses subseqüentes ao parto, por exemplo, encontraram prevalências de 3,2% e 4,1%, respectivamente. Há também estimativas de maior monta na literatura. Harrykissoon e pesquisadores associados (2002) ao estudarem adolescentes 3 meses pós-parto, nos Estados

Unidos, indicam que 21% das mesmas haviam vivenciado a situação. Hedin (2000), na Suécia, observou que 24% das mulheres com até 8 semanas de pós- parto já haviam sido vítimas, enquanto que Gielen e seu grupo de pesquisa (1994), nos Estados Unidos, estimaram em 25% a ocorrência de VFPI durante os 6 meses após o parto.

Vale notar ainda que, como apresentado na Figura 1, mais de 80% das mulheres que relataram ter vivenciado VFPI no pós-parto também relataram ter experimentado episódios de VFPI na gestação, indicando que, na maior parte das vezes, a situação de violência no pós-parto é a continuação da violência já vivenciada na gestação. Os achados também corroboram os sugeridos por outros autores em termos da VFPI na gestação ser um forte marcador para episódios subseqüentes de violência após o nascimento da criança, já que, mesmo considerando a idade média baixa das crianças de nossa amostra (59 dias), cerca de 35% das mulheres que haviam vivenciado situações de violência na gestação já a tinham vivenciado no período desde o nascimento da criança até a data da entrevista (Stewart, 1994; Hedin, 2000; Martin et al., 2001). Tais observações reforçam a importância do rastreamento do problema na gestação, tendo em vista as graves repercussões que as agressões podem ter não só na saúde da mulher, mas também na da criança.

Ao se considerar as famílias entre as quais a VFPI esteve presente tanto na gravidez quanto no pós-parto, é feita uma aproximação das situações de maior gravidade. Nestes casais, a exposição à violência está se prolongando, aumentando os riscos de agressões cada vez mais graves. Acrescente-se a isso os efeitos cumulativos da violência psicológica, comumente associada a todos os outros tipos de violência (Krug et al., 2002; Schraiber et al., 2007). Nestes casos, torna-se imperativa a atuação imediata dos serviços, ampliando a capacidade de detecção dos casos e adequada intervenção. Iniciativas como aumento da frequência de visitas domiciliares ou de consultas agendadas, a intervalos curtos, a fim de acompanhar a família podem ser benéficas na prevenção de novos eventos e adesão a programas de apoio a vitimas de violência.

Como visto na seção anterior, conforme as características da amostra estudada se modificam as prevalências preditas também se alteram. É possível observar um matiz situacional em que, gradativamente, na proporção em que as características menos favoráveis (que aumentam o risco para a violência, segundo a literatura de referência) são introduzidas no modelo, a VFPI aumenta sua freqüência e gravidade. O consumo de drogas e a suspeição de uso inadequado de álcool pelo casal foram os fatores de maior impacto nas prevalências estimadas, reduzindo em 80,5% e 61%, respectivamente, a probabilidade do casal não vivenciar a violência em algum dos dois períodos estudados, fixando as demais variáveis.

Desta forma, ainda que o consumo de álcool e drogas seja um tema sensível e de difícil abordagem em função da alta reprovação social de seu uso, especialmente na gestação, esforços não devem ser poupados para a inclusão do tema durante as consultas de pré-natal e puericultura. A utilização de questionários estruturados e simplificados, previamente validados no Brasil, tais como o CAGE (Mayfield et al., 1974; Moraes et al., 2005), o TWEAK (Russell et al., 1994; Moraes et al., 2005), e o NSDUQ (Smart et al., 1981; Hasselmann et al., 1998) no rastreamento das situações suspeitas durante o pré-natal e puericultura pode ser uma solução interessante (Moraes & Reichenheim, 2007).

Há que se ressaltar que algumas das características selecionadas para compor os 'cenários de clientelas' acabaram sendo descartadas por se tornarem redundantes no modelo final. No entanto, isso não significa que não possam ser contempladas na prática. Em se tratando de modelos preditivos (ou, como entendido no presente contexto, de projeção de prevalências), alternativas pragmáticas merecem consideração. Caso não se disponha de informações sobre o número de filhos menores de 5 anos, mas o numero de filhos vivos, por exemplo, é possível substituir esta variável sem grandes perdas de conteúdo.

Outro ponto que merece comentário diz respeito ao tipo de variável testada e incluída no modelo final. As variáveis selecionadas para a composição do mesmo foram escolhidas observando o critério de facilidade de obtenção. Informações sobre idade e escolaridade materna, bem como dados sobre a história obstétrica da mulher, por exemplo, são habitualmente inquiridas pelo profissional de saúde, ficando registradas no prontuário. Desta forma, a utilização destas características como preditores da VFPI parece bastante viável no âmbito dos Serviços de Atenção Básica.

Este estudo reforça a idéia de que é necessária uma abordagem pouco mais ampla do que questionar apenas o que a pessoa está sentindo, qual sua "queixa principal". Uma abordagem cautelosa, tanto no âmbito social quanto no psicológico, pode ser de grande valia na busca da intervenção precoce em casos de violência doméstica/íntima. Informações relativamente simples podem servir de boas pistas para a suspeição de situações. Segundo o modelo proposto pelo estudo, o conhecimento de que a família é composta por uma mãe adolescente, fumante, que não terminou o 2º grau, com dois ou mais filhos menores de 5 anos, que ela e o companheiro abusam de álcool e consomem drogas, deve levar o profissional de saúde à suspeição da VFPI, ponto de partida para uma investigação mais aprofundada com a utilização de instrumentos específicos para o rastreamento da violência e/ou com a ativação de outros setores que pudessem conduzir o acompanhamento da família.

Cabe ressaltar que, como a probabilidade de ocorrência de VFPI foi maior entre mulheres com dois ou mais filhos menores de 5 anos, há que se investigar a possibilidade de co-ocorrência de violência contra os filhos, possibilidade concreta, apontada em estudos internacionais e em estudo anterior do PIEVF (Hartley, 2002; Krug et al., 2002; Reichenheim et al., 2006a). Segundo Chambliss (2008), a VPI é um dos maiores preditores de violência física contra a criança. Ambientes familiares em que a violência é um padrão, crianças podem ser vitimadas acidentalmente, por estarem presentes no momento do conflito. Crianças pequenas podem ser atingidas por estarem no colo enquanto as mais velhas podem ser vitimadas ao tentar intervir em episódios de violência. Entretanto também podem ser agredidas intencionalmente, como forma de canalizar a insatisfação do relacionamento, descontando em alguém que não pode revidar, ou até mesmo como forma de intimidar e controlar o parceiro (Carter & Schechter, 1997; Gelles, 1997). Nesse sentido, profissionais precisam estar atentos não somente para a presença deste matiz situacional, mas também a crescente chance dos agravos ocorrerem além do relacionamento do casal, atingindo todos os membros da família.

A literatura vem apontando que a VPI testemunhada pela criança tem efeito tão ou mais traumático que o ato violento infligido contra ela (Reichenheim et al., 1999; Krug et al., 2002; Bair-Merritt et al., 2006). Crianças que testemunham a VPI entre os pais ou cuidadores estão em maior risco de distúrbios de conduta, baixo rendimento escolar, agressividade, depressão, distúrbios do sono, atraso do desenvolvimento, transtornos somáticos crônicos entre outros (Erickson et al., 2001; Moura & Reichenheim, 2005). Até as crianças mais jovens, apesar de não entenderem ou não terem a capacidade de lembrar, experimentam as conseqüências do testemunho da violência em seus lares (Osofsky, 1995; Chambliss, 2008). Tais evidências reforçam ainda mais a idéia de que o rastreamento da VPI deva ser também tratada como prioridade no âmbito dos programas de atenção à criança.

Cumpre salientar que apresentação dos casos de violência familiar/íntima pode ser muito distinta, variando desde queixas vagas, como “acho que meu filho não está bem” até queimaduras, hematomas e fraturas (Reichenheim et al., 1999; Moura & Reichenheim, 2005; Hasselmann & Reichenheim, 2006). Estas últimas são de fácil diagnóstico, uma vez que são visíveis. Entretanto as outras formas de apresentação exigem do profissional um elevado grau de suspeição para sua adequada detecção, necessitando que este esteja sensibilizado à questão. (Moura & Reichenheim, 2005; Moura et al., 2008). Ao profissional acrescenta-se a tarefa de criar um ambiente acolhedor e propício para que as vítimas de violência possam ultrapassar o

“muro do silêncio” e tornar pública a violência familiar/íntima (Moura & Reichenheim, 2005).

Aspectos metodológicos podem ter influenciado os achados, tanto ao garantir sua qualidade, quanto limitando generalizações ou mesmo ao introduzir vieses. Ressalta-se a influência positiva da equipe de campo ter sido composta somente por entrevistadoras, sensíveis ao tema e extensivamente treinadas. A realização de entrevistas individualizadas em locais reservados e acolhedores também deve ter contribuído na obtenção de informações que, em outras conjunturas, poderiam ter permanecido veladas. Especificamente em relação à violência, um outro fator profícuo foi o uso de instrumentos refinados que já haviam sido previamente adaptados para uso no Brasil.

Em termos de limitações do estudo, o fato dos parceiros não terem sido contatados, sendo suas informações colhidas apenas através da entrevista com as mães, poderia trazer problemas no que concerne à identificação das situações de violência. Entretanto, estudos pregressos utilizando as CTSs sugerem que, se por um lado, as/os respondentes tendem a valorizar comportamentos agressivos de outros para com elas/eles, por outro, elas tendem a subvalorizar os atos praticados pelas/os mesmas/os (Archer, 1999). Desta forma, enfocando-se a violência cometida no âmbito do casal, atenuar-se-ia este possível viés, já que a abordagem possibilitaria que a subvalorização dos próprios atos estivesse sendo compensada pela superestimação advinda da informação por proxi dos comportamentos do companheiro (Kumagai & Straus, 1983).

Outra possível limitação da pesquisa concerne à especificidade do cenário de estudo. Pelo fato da investigação ter sido conduzida nos setores de pediatria e vacinação de UBS, as famílias estudadas possuem um perfil um tanto diferente da população total do Rio de Janeiro, uma vez que estes serviços são preferencialmente utilizados pela parcela da população menos favorecida em termos sócio-econômicos. Por outro lado, é possível que a amostra também não represente a totalidade da população de baixa/média renda do Rio de Janeiro, na medida em que as famílias elegíveis foram apenas aquelas que freqüentam regularmente os serviços de saúde. Há que se considerar, também, que a realização do estudo em UBS deve ter deixado de contemplar parte das famílias com crianças de alto risco, habitualmente acompanhadas em unidades de maior nível de complexidade. Desta forma, o domínio do estudo se torna restrito às famílias de baixa/média renda que freqüentam regularmente UBS para atividades de puericultura/pediatria e vacinação e, portanto, os resultados aqui apresentados só devem ser extrapolados para populações com estas características.

Deve ser tida em conta também a necessidade de novos estudos com maior tamanho amostral com a finalidade de observar as diferenças entre os estratos e as especificidades de quem vivencia a VPI na gestação e não no pós–parto e vice-versa. Esta informação seria de grande valia uma vez que as ações de enfrentamento da VPI em cada período do ciclo gravídico-puerperal diferem entre si. A exceção do atendimento realizado em PSF, o acompanhamento de gestantes e de crianças é realizado por profissionais e serviços de saúde distintos, com rotinas diversas, exigindo ações de saúde próprias no que tange a detecção precoce, prevenção de novas situações e acompanhamento de famílias em situação de violência.

Vale ressaltar que embora a magnitude do problema seja maior em certos subgrupos populacionais, qualquer estratégia a ser implementada deve partir de um rastreamento amplo nos serviços de saúde. O conhecimento sobre o perfil do casal deve ser utilizado apenas como um norteador para priorização de clientela em situações de carência de recursos. Muitos casos de VFPI ocorrem entre casais que fogem ao padrão estabelecido na literatura, não havendo barreiras ou delimitações em determinados grupos para a VPI. Em serviços de pré-natal, puericultura e pediatria, de maneira particular, ações integradas entre setores seriam de grande benefício, ao detectar precocemente gestantes e crianças em situações de vulnerabilidade, permitindo o acompanhamento adequado destas famílias. Contudo, como este estudo se limitou ao perfil de ocorrência da violência física na gestação e até os cinco meses de vida da criança, seria de grande importância que novas investigações fossem realizadas abordando outras formas de violência, tais como abusos psicológicos e negligência, bem como outras etapas da vida do casal.

Tendo em vista a alta prevalência encontrada, a ocorrência da VFPI tanto na gravidez quanto no pós-parto, amplamente distribuída em todos os estratos sociais e os efeitos deletérios que a violência traz sobre os indivíduos, as famílias e a sociedade, os achados do presente estudo reiteram que se deve direcionar atenção a ações preventivas de enfrentamento da VPI, em todas as áreas de atenção básica, em especial no pré-natal e na pediatria. O rastreamento da VPI em cada oportunidade, nos diferentes serviços de saúde, pode ampliar a detecção precoce dos casais em situação de risco. Deve-se dirigir particular cuidado àquelas mulheres que possuam alguma das características identificadas nos cenários, buscando direcionar aos setores responsáveis pelo acompanhamento para prevenção de novos casos e intervenção adequada.

Referências (do artigo)

A.B.E.P. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2003). "Critério de Classificação Econômica Brasil (http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)." Retrieved 22 de junho, Último acesso: 2006.

Archer, J. (1999). "Assessment of the reliability of the conflict tactics scales: A meta-analytic review." Journal of Interpersonal Violence 14(12): 1263-1289.

Bair-Merritt, M. H., M. Blackstone, et al. (2006). "Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review." Pediatrics 117(2): e278-90.

Brasil (2000). Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96 e outras). Série Cadernos Técnicos. Brasília, Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde.

Campbell, J., C. Garcia-Moreno, et al. (2004). "Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries." Violence Against Women 10(7): 770-789.

Carter, J. and S. Schechter (1997). Child abuse and domestic violence: creating community partnerships for safe families, Family Violence Prevention Fund.

Chambliss, L. R. (2008). "Intimate partner violence and its implication for pregnancy." Clin Obstet Gynecol 51(2): 385-97.

Erickson, M. J., T. D. Hill, et al. (2001). "Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting." Pediatrics 108(1): 98-102.

Gazmararian, J. A., S. Lazorick, et al. (1996). "Prevalence of violence against pregnant women." JAMA 275(24): 1915-20.

Gelles, R. J. (1997). Intimate Violence in Families. London, SAGE Publications.

Gielen, A. C., P. O'Campo, et al. (1994). "Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year." Social Science and Medicine 39(6): 781-787.

Gil-Gonzalez, D., C. Vives-Cases, et al. (2008). "Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review." J Public Health (Oxf) 30(1): 14-22.

Hardin, J. and J. Hilbe (2001). Generalized linear models and extensions. College Sattion, Texas, Stata Press Publication.

Harrykissoon, S. D., V. I. Rickert, et al. (2002). "Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period." Arch Pediatr Adolesc Med 156(4): 325-330.

Hartley, C. C. (2002). "The co-occurrence of child maltreatment and domestic violence: examining both neglect and child physical abuse." Child Maltreatment 7: 349-358.

Hasselmann, M. H., C. S. Lopes, et al. (1998). "[Measurement reliability in a study on family violence and severe acute malnutrition]. [Portuguese]." Revista de Saúde Pública 32(5): 437-46.

Hasselmann, M. H. and M. E. Reichenheim (2006). "Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood." Paediatric and Perinatal Epidemiology 20: 299-311.

Hedin, L. W. (2000). "Postpartum, also a risk period for domestic violence." European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 89: 41-45.

Horan, D. L., J. Chapin, et al. (1998). "Domestic violence screening practices of obstetrician-gynecologists." Obstet Gynecol 92(5): 785-9.

Hosmer, D. W. and S. Lemeshow (2000). Applied Logistic Regression. New York, John Wiley & sons. Inc.

Jasinski, J. L. (2004). "Pregnancy and domestic violence: a review of the literature." Trauma Violence Abuse 5(1): 47-64.

Krug, E. G., L. L. Dahlberg, et al. (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization.

Kumagai, F. and M. A. Straus (1983). "Conflict Resolution Tactics in Japan, India, and USA." Journal of Comparative Family Studies 3: 376-392.

Long, S. J. and J. Freese (2003). Regression models for categorical dependent variables using Stata. College Sattion, Texas, Stata Press Publication.

Martin, S. L., L. Mackie, et al. (2001). "Physical abuse of women before, during, and after pregnancy." JAMA 285(12): 1581-4.

Mayfield, D., G. McLeod, et al. (1974). "The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument." American Journal of Psychiatry 131(10): 1121-1123.

Menezes, T. C., M. M. R. Amorim, et al. (2003). "Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério." Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 25(4): 309-316.

Moraes, C. L., A. R. Amorim, et al. (2006). "Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence." International Journal of Gynecology and Obstetrics 95(3): 254-260.

Moraes, C. L., M. H. Hasselmann, et al. (2002). "Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar a violência entre casais." Cadernos de Saúde Pública 18(1): 163-175.

Moraes, C. L. and M. E. Reichenheim (2002). "Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil." International Journal of Gynaecology and Obstetrics 79(3): 269-277.

Moraes, C. L. and M. E. Reichenheim (2007). "[Screening for alcohol use by pregnant women of public health care in Rio de Janeiro, Brazil]." Rev Saude Publica 41(5): 695-703.

Moraes, C. L., E. F. Viellas, et al. (2005). "Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE, and TWEAK in a Brazilian setting." Journal of Studies on Alcohol 66(2): 165-173.

Moura, A. T. M. S. and M. E. Reichenheim (2005). "Estamos realmente detectando violência nas famílias de criança atendidas em nossos serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro." Cadernos de Saúde Pública 21(4): 1124-1133.

Moura, A. T. M. S. d., C. L. Moraes, et al. (2008). "Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil." Cadernos de Saúde Pública 24: 2926-2936.

Nasir, K. and A. A. Hyder (2003). "Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence." Eur J Public Health 13(2): 105-7.

Oliveira, A. S. D. d. (2008). Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce?

. Instituto de Medicina Social A. S. D. d. Oliveira. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Osofsky, J. D. (1995). "Children who witness domestic violence: the invesible victims." Social Policy Report IX(3): 1-16.

Reichenheim, M. E., A. Dias, et al. (2006). "Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde." Revista de Saúde Pública 40(4): 595-603.

Reichenheim, M. E., M. H. Hasselmann, et al. (1999). "Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação." Ciência e Saúde Coletiva 4: 109-121.

Reichenheim, M. E., C. L. Moraes, et al. (2006). "The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District." Cadernos de Saúde Pública 22(2): 109-121.

Rodriguez, M. A., H. M. Bauer, et al. (1999). "Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse: Practices and Attitudes of Primary Care Physicians." JAMA 282(5): 468-474.

Russell, M., S. S. Martier, et al. (1994). "Screening for pregnancy risk-drinking." Alcoholism: Clinical & Experimental Research 18(5): 1156-1161.

Saurel-Cubizolles, M. J., B. Blondel, et al. (1997). "[Marital violence after birth]." Contracept Fertil Sex 25(2): 159-64.

Schraiber, L. B., A. F. P. L. d'Oliveira, et al. (2007). "Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil." Revista de Saúde Pública 41(5): 797-807.

Sharps, P. W., K. Laughon, et al. (2007). "Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences." Trauma Violence Abuse 8(2): 105-16.

Shoffner, D. H. (2008). "We don't like to think about it: intimate partner violence during pregnancy and postpartum." J Perinat Neonatal Nurs 22(1): 39-48.

Smart, R. G., A. Arif, et al. (1981). "Drug use among non-student youth." WHO Offset Publication 60: 5-58.

Stewart, D. E. (1994). "Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy." CMAJ 151(11): 1601-4.

Straus, M. (2000). Handbook for the Conflict Tactics Scales (CTS). Durham, Family Research Laboratory, University of New Hampshire.

Straus, M. A. (2004). "Cross-Cultural Reliability and Validity of the Revised Conflict Tactics Scales: A Study of University Student Dating Couples in 17 Nations." Cross-Cultural Research 38(4): 407-432.

Straus, M. A. and R. J. Gelles (1995). Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8145 families. New Brunswick, NJ, Transaction Publisher.

Straus, M. A., S. L. Hamby, et al. (1996). "The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data." Journal of Family Issues 17(3): 283-316.

Tabela 1: Perfil sócio-demográfico, reprodutivo e de hábitos de vida da amostra estudada

CARACTERÍSTICAS	POPULAÇÃO DE ESTUDO		
	N	%	IC (95%)
Sexo do bebê			
Masculino	436	53,76	(50,32-57,20)
Feminino	375	46,24	(42,80-49,68)
Idade do bebê (dias)			
0 –| 30	264	32,55	(29,32-35,78)
30 –| 90	333	41,06	(37,67-44,45)
90 –| 150	214	26,39	(23,35-29,43)
Percepção de saúde do bebê referida pela mãe[a]			
Excelente	407	50,25	(46,80-53,70)
Muito boa	156	19,26	(16,54-21,98)
Boa	215	26,54	(23,50-29,59)
Regular ou ruim	31	3,83	(2,50-5,15)
Idade materna			
Abaixo de 20 anos	184	22,69	(19,80-25,57)
20 a 35 anos	554	68,31	(65,10-71,52)
Acima de 35 anos	73	9,00	(7,03-10,97)
Raça/Cor Auto-referida			
Parda/Mulata	418	51,54	(48,09-54,98)
Branca	229	28,24	(25,13-31,34)
Negra	154	18,99	(16,28-21,69)
Amarela/Oriental/ Indígena	10	1,23	(0,47-1,99)
Escolaridade materna			
0 a 7 anos (até Ensino Fundamental incompleto)	336	41,43	(38,03-44,83)
8 a 11 anos (Ensino Fundamental completo/Ensino Médio incompleto)	247	30,46	(27,28-33,63)
12 anos ou mais (Ensino Médio completo ou mais)	228	28,11	(25,01-31,21)
Situação Conjugal			
Tem companheiro, o mesmo da gestação e do pós-parto	702	86,56	(84,21-88,91)
Tem companheiro que não é o mesmo da gestação	7	0,86	(0,02-1,50)
Não tem companheiro	102	12,58	(10,29-14,86)
Numero de consultas realizadas no pré-natal [b]			
0 a 2 consultas	20	2,58	(1,46-3,70)
3 a 5 consultas	212	14,47	(11,99-16,95)
6 ou mais consultas	642	82,95	(80,29-85,60)
Intenção de engravidar			
Sim, naquele momento	251	30,95	(27,76-34,14)
Sim, mas não naquele momento	227	27,99	(24,89-31,09)
Não queria engravidar	333	41,06	(37,67- 44,45)
Número de Filhos menores de 5 anos (contando com a criança-alvo)			
1 filho	602	74,23	(71,21-77,25)
2 filhos	173	21,33	(18,51-24,16)
3 filhos	36	4,44	(3,02-5,86)
Tabagismo materno			
Não Fumou durante a gestação ou pós-parto	651	80,27	(77,53-83,02)
Fumou, ou na gestação ou no pós-parto	160	19,73	(16,98-22,47)
Consumo de álcool			
Nem a mãe nem o companheiro abusam de álcool	422	52,03	(48,59-55,48)
Mãe ou companheiro abusam de álcool	319	39,33	(35,96-42,70)
Ambos abusam de álcool	70	8,63	(6,69-10,57)
Uso de drogas			
Nem a mãe nem o companheiro usaram drogas	657	81,01	(78,31-83,72)
Mãe ou companheiro usou drogas	127	15,66	(13,15-18,17)
Ambos usaram drogas	27	3,33	(2,09-4,57)
Classe econômica			
A e B	96	11,84	(9,61-14,06)
C	370	45,62	(42,19 - 49,06)
D e E	345	42,54	(39,13-45,95)

[a] n= 810; 1 mulher não soube avaliar a saúde do bebê

[b] n= 774; 37 mulheres não sabiam informar o numero de consultas realizadas no pré-natal

Tabela 2: Coeficientes de regressão (e erros padrão) do modelo logito-multinomial ajustado entre a violência física entre parceiros e variáveis (descritores situacionais)

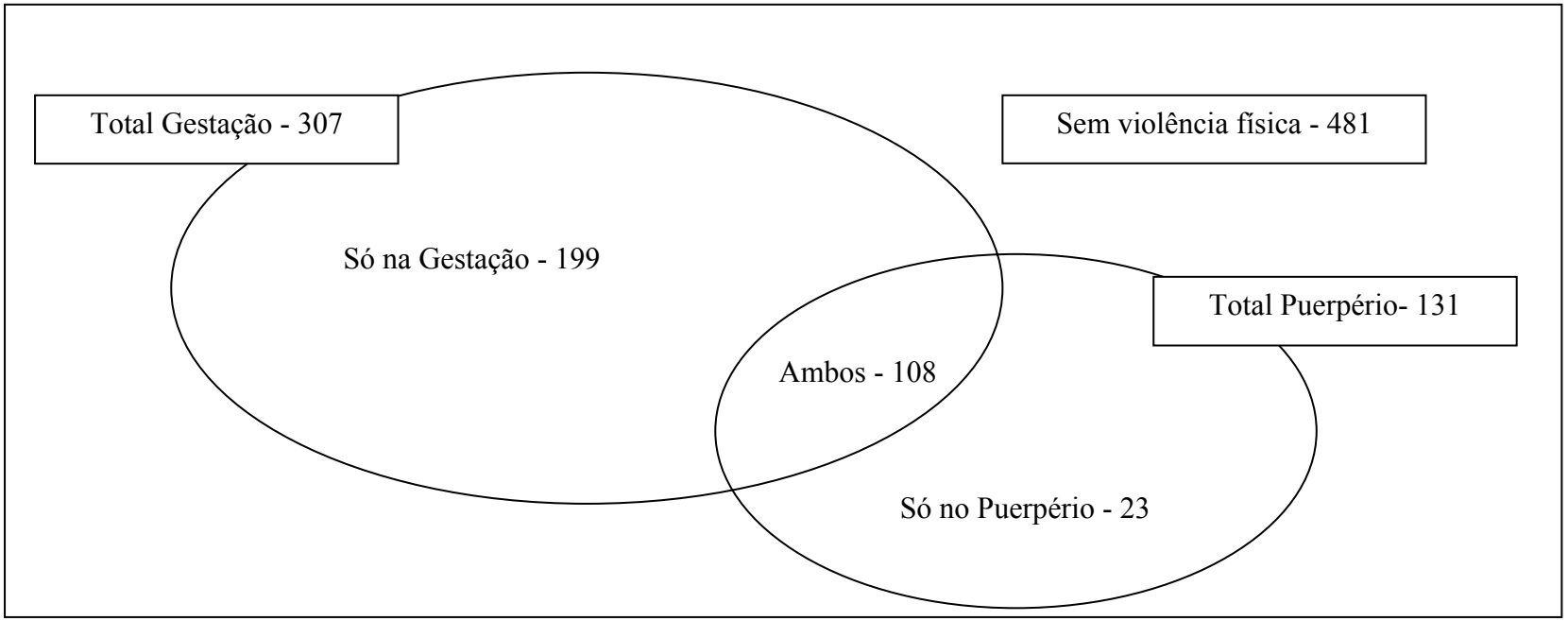
	Idade do bebe	Percepção da saúde do bebe	Idade materna	Escolaridade materna	Nº de filhos < 5 anos	Tabagismo materno	Consumo de Álcool	Consumo de Drogas
Violência física na gestação ou no pós-parto	-0,00196	0,39838	0,47700	0,56540	0,45911	0,40303	0,65667	0,84105
Erro-padrão	0,00214	0,17695	0,20715	0,21396	0,20052	0,21483	0,13842	0,18824
Violência física na gestação e no pós-parto	0,00641	0,38546	0,25503	1,15657	0,06999	0,46002	0,75969	1,01517
Erro-padrão	0,00266	0,23141	0,26621	0,33564	0,25149	0,26542	0,17600	0,22317
Qui-quadrado	8,92000	6,12000	5,31000	16,06000	5,37000	4,70000	30,28000	26,69000
P valor	0,01160	0,04680	0,07030	0,00030	0,06810	0,09540	0,00000	0,00000

Quadro 1: Probabilidades Projetadas em porcentagem de ocorrência de eventos violentos segundo diferentes clientelas de atendimento

Caracteristicas	Cenarios									
	A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**J**
Percepção da saúde do bebê	Excelente	Não Excelente	➔	➔	➔	➔	➔	➔	➔	➔
Idade materna	Adulta > 20 anos	➔	Adolescente	➔	➔	➔	➔	➔	➔	➔
Escolaridade materna	2 grau completo ou mais	➔	➔	Inferior ao segundo grau	➔	➔	➔	➔	➔	➔
Numero de filhos menores de 5 anos (incluindo cça alvo)	1	➔	➔	➔	2 ou mais	➔	➔	➔	➔	➔
Tabagismo materno	Não fumou nos últimos 12 meses	➔	➔	➔	➔	Fumou nos últimos 12 meses	➔	➔	➔	➔
Consumo inadequado de álcool	Nem mãe nem companheiro	➔	➔	➔	➔	➔	Ou mãe ou companheiro	Ambos	➔	➔
Consumo de drogas	Nem mãe nem companheiro	➔	➔	➔	➔	➔	➔	➔	Ou mãe ou companheiro	Ambos
Escalas: **Sem violência física**	89,89 (85,86- 93,93)	85,70 (80,04- 91,35)	79,67 (70,32- 89,02)	65,47 (55,09- 75,84)	57,30 (47,52- 67,08)	46,91 (34,07- 59,75)	30,82 (20,62- 41,02)	18,31 (9,91- 26,70)	8,37 (3,86- 12,88)	3,57 (0,86- 6,27)
Escalas: **Violência física na gestação ou no pós-parto**	7,49 (4,08- 10,90)	10,63 (5,81- 15,46)	15,93 (7,59- 24,27)	23,04 (14,31- 31,76)	31,91 (22,85- 40,97)	39,10 (26,54- 51,65)	49,53 (37,61- 61,45)	56,74 (42,55- 70,93)	60,15 (46,09- 74,21)	59,42 (40,94-77,90)
Escalas: **Violência física na gestação e no pós-parto**	2,62 (0,78- 4,46)	3,67 (1,02- 6,31)	4,40 (0,67- 8,13)	11,49 (4,99- 18,00)	10,79 (5,41- 16,17)	13,99 (5,84- 22,15)	19,65 (10,06- 29,24)	24,95 (11,75- 38,15)	31,48 (17,48- 45,48)	37,01 (18,42- 55,61)

Nota: Intervalo de confiança de 95% calculado usando método *delta* entre parênteses
Setas indicam que não houve variação na característica entre os cenários

Figura 1: Ocorrência de Violência Física, segundo períodos estudados



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a discussão do artigo foi feita no seu próprio texto, esta seção se propõe a debater questões mais abrangentes sobre o tema, bem como os futuros desdobramentos do projeto principal no qual esta dissertação se insere.

Após 60 anos da declaração dos direitos humanos, apesar dos avanços conquistados, é de causar indignação que ainda se encontre, e em tão grande monta, o ambiente familiar como um espaço beligeroso, onde crianças comecem a vida tendo seus direitos infligidos por aqueles que deveriam zelar por elas. No período em que este estudo foi desenvolvido, o País assitiu em rede nacional casos fatais de violência, tanto entre casais (caso Santo André - Eloá) quanto contra a criança (caso Nardoni). A discussão do enfrentamento da violência foi tema de reportagens e ganhou espaço nas novelas. Personagens como Catarina e Leonardo, de "A Favorita", apenas retratam a realidade de violência de muitos casais, inclusive no uso inadequado do álcool e nas drásticas consequências para os filhos.

Assim como na ficção, as reações para enfrentar a violência também acontecem. Recente cartilha do Ministério da Saúde foi divulgada sobre o impacto da violência na saúde de crianças e adolescentes, parte de uma campanha de prevenção das violências e promoção da cultura de Paz. A campanha do "Laço Branco", de homens pelo fim da violência contra mulheres, também ganhou aliados, inclusive os atuais Presidente da República e Ministro da Saúde.

Este estudo se insere no conjunto de ações desencadeadas por diferentes atores que visam à redução das situações de violência familiar em nosso País, especialmente aquelas voltadas para a prevenção de novos casos de VPI e detecção precoce das famílias que já vivenciam a violência em seus lares. Pelo que foi debatido nas linhas anteriores o setor Saúde se mostra em lugar de destaque no enfrentamento do problema. Neste contexto, as Unidades Básicas, por serem "a porta de entrada" do Sistema Único de Saúde, se tornam um cenário importante, merecendo ser foco de pesquisas e intervenções que ampliem a sua capacidade de intervenção nas situações de violência. Assim, identificar um modelo preditivo de situações já instaladas que possa ser utilizado pelas equipes de saúde parece oportuno e relevante. O conhecimento dos diferentes matizes da clientela e como a ocorrência da VFPI se projeta em cada um deles podem constituir ferramenta importante para os profissionais de saúde na suspeição dos casos pelos serviços de saúde. Ao ampliar a capacidade de identificar precocemente a VPI, aumenta-se a possibilidade de ações pertinentes e efetivas.

Apesar dos esforços conjuntos de diversos grupos de pesquisa em termos da visibilidade do problema e da sua inclusão na pauta de debate, a violência, em especial a VPI, com sua expressiva magnitude, não é monitorada sitematicamente. Como agravo importante na saúde do brasileiro, a violência também demanda sistemas de vigilância e inquéritos populacionais periódicos a fim de monitorar sua incidência e a efetividade das ações de enfrentamento organizadas. Reintera-se, mais uma vez, a relevância dos serviços de saúde de atenção básica como sentinelas neste sistema, desempenhando papel de suspeição, detecção e acompanhamento.

Cumpre também ressaltar a importância da inclusão do assunto em qualquer esfera de capacitação para o serviço em saúde, dada a magnitude do problema e a insuficiência na formação básica de seus profissionais. Quer seja para atendimento em pré-natal, ou em pediatria, em atenção básica, como este projeto enfatizou, ou em serviços de emergência, como outros estudos desenvolvidos pelo PIEVF, há um imperativo para que profissionais de saúde sejam treinados a lidar com a violência íntima/familiar. A inserção deste tópico nos currículos da área da saúde deve ser feita em todos os níveis, desde a graduação, perpassando por cursos de educação continuada e especializações. Há ainda que se notar a responsabilidade multidisciplinar da notificação compulsória às autoridades sanitárias dos casos suspeitos ou confirmados de violência e que, para tanto, é necessário estar apto a identificá-los.

Cabe aqui comentar que informações sobre a notificação compulsória de casos de violência no Estado do Rio de Janeiro estão desatualizadas desde 2001. Esta importante ferramenta não está disponível no endereço eletrônico da Secretaria de Saúde, apesar da obrigatoriedade de ser reportado o agravo à autoridade sanitária. Este dado apenas reforça a falta de informação disponível para o profissional de saúde, sendo uma análise necessária que urge para melhor planejamento dos serviços de saúde no enfrentamento da questão.

Semelhante ao que ocorre com as práticas alimentares no primeiro ano de vida, oportunidades como campanhas de vacinação e eventos de grande concentração de público poderiam ser utilizadas para um rastreamento amplo, divulgação do tema e sensibilização da população. Materiais educativos como cartilhas e folderes podem ser de grande utilidade, ao informar sobre o que fazer em situação de violência e onde buscar auxílio. Além disso, estas podem ser oportunidades para divulgação e desenvolvimento de ações da cultura pela paz.

A integração de ações, buscando a cooperação entre iniciativas do setor saúde, universidades, conselhos tutelares, organizações de proteção à criança e defesa dos direitos da mulher, também seriam de grande benfício ao confrontar a VPI. A desestruturação permite

que as ações se sobreponham e lacunas se mantenham. Desta forma, a formação de uma rede de cooperação seria um enorme avanço para todos que estamos engajados neste enfrentamento.

Voltando agora a atenção ao projeto principal que ancorou o subprojeto aqui desenvolvido, são apresentados na Tabela 3, desdobramentos que, neste momento, já estão em andamento. Outros estudos exploram a magnitude e caracterização da violência familiar no Brasil, as conseqüências da mesma na saúde materno-infantil e algumas questões metodológicas conexas.

Neste estudo foi possível observar a violência que ocorrre na gestação e não no pós-parto, a violência que ocorre no pós-parto, mas não na gestação e a violência que ocorre na gestação e continua no pós-parto. Entretanto, como a pesquisa estava aninhada ao estudo principal, não tivemos a informação sobre a violência antes da gestação. Desta forma, não pudemos testar o modelo proposto inicialmente por Ballard e equipe (Ballard et al., 1998), adaptado por Hedin (Hedin, 2000), e utilizado por Martin e colaboradores (Martin et al., 2001) sobre um maior risco da violência durante a gestação.

Outra limitação da pesquisa que deveria ser explorada em estudos futuros concerne à exploração de um modelo que separe as situações que ocorrem exclusivamente na gestação daquelas que ocorrem exclusivamente no pós-parto. Como apresentado no artigo científico que compõe esta dissertação, isto não foi possível neste estudo, em função de um número reduzido de mulheres que relataram ter vivenciado a VFPI apenas após o nascimento do bebê. Certamente, dada a especificidade das ações dos serviços de saúde em um período e no outro, um estudo com maior tamanho amostral, que permita uma modelagem com uma variável de desfecho em quatro níveis ao invés de três, possibilitando separar as situações da gestação e do pós-parto, será bem vinda.

Mesmo considerando as limitações do estudo, espera-se ter contribuído com importante ferramenta para a detecção precoce da violência em serviços de saúde. Ao identificar determinadas características familiares ou maternas associadas à violência, é possível vislumbrar o desenvolvimento de programas mais efetivos de intervenção e proteção e que o agravamento ou, quiçá, a presença da VPI em algumas famílias possa ser evitada.

Tabela 3 – Descrição dos desdobramentos previstos do projeto de fundo segundo as diferentes vertentes do PIEVF

Vertentes do PIEVF	ESTUDOS EM ANDAMENTO
Avaliações da magnitude e caracterização da VF em nível populacional	Freqüência, gravidade e padrão de co-ocorrência da violência psicológica e física entre parceiros íntimos durante a gestação e nos primeiros cinco meses de vida do recém-nascido. Perfil do aleitamento materno em crianças menores de 5 meses freqüentadoras do serviço público de saúde do município do Rio de Janeiro Depressão Pós-parto: uma estimativa de sua prevalência entre usuárias de serviços de atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro.
VF como fator de propensão a efeitos deletérios à saúde da criança e da mulher;	Avaliando a violência entre parceiros íntimos como um fator de propensão para os transtornos mentais comuns no período pós-natal. Violência entre parceiros íntimos: um fator de risco para a depressão pós-parto?
Estudos metodológicos conexos	Aleitamento materno: conceituações e considerações metodológicas.
	Validade dimensional da escala de Edinburgo via análise fatorial confirmatória

7. REFERÊNCIAS

ABEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2003. *Critério de Classificação Econômica Brasil (http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)* [Último acesso: 2006, 22 de junho].

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C. & LACERDA, E. M. D. A., 2004. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. (Revisada ed.). Rio de Janeiro: Cultura Médica.

AHMED, S.; KOENIG, M. A. & STEPHENSON, R., 2006. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *American Journal of Public Health,* 96:1423-8.

ALTARAC, M. & STROBINO, D., 2002. Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birthweight. *J Am Med Womens Assoc,* 57:208-14.

AMARO, H.; FRIED, L. E.; CABRAL, H. & ZUCKERMAN, B., 1990. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health,* 80:575-579.

ARCHER, J., 1999. Assessment of the reliability of the conflict tactics scales: A meta-analytic review. *Journal of Interpersonal Violence,* 14:1263-1289.

BACCHUS, L.; MEZEY, G. & BEWLEY, S., 2002. Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology,* 109:9-16.

BAIR-MERRITT, M. H.; BLACKSTONE, M. & FEUDTNER, C., 2006. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics,* 117:e278-90.

BAIR-MERRITT, M. H.; JENNINGS, J. M.; EAKER, K.; TUMAN, J. L.; PARK, S. M. & CHENG, T. L., 2008. Screening for domestic violence and childhood exposure in families seeking care at an urban pediatric clinic. *J Pediatr,* 152:734-6, 736 e1.

BALLARD, T. J.; SALTZMAN, L. E.; GAZMARARIAN, J. A.; SPITZ, A. M.; LAZORICK, S. & MARKS, J. S., 1998. Violence during pregnancy: measurement issues. *Am J Public Health,* 88:274-6.

BECK, C. T., 2002. Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing,* 31:394-402.

BRASIL, 2002. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço.* Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - Ministério da Saúde.

BRASIL, 2005. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros.* Brasília: Ministério da Saúde.

BROWN, J. B.; LENT, B. & SAS, G., 1993. Identifying and treating wife abuse. *J Fam Pract,* 36:185-91.

CAMPBELL, J.; GARCIA-MORENO, C. & SHARPS, P., 2004. Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries. *Violence Against Women,* 10:770-789.

CHAMBLISS, L. R., 2008. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clin Obstet Gynecol,* 51:385-97.

CHRISTOFFEL, K. K. & FORSYTH, B. W., 1989. Mirror image of environmental deprivation: severe childhood obesity of psychosocial origin. *Child Abuse Negl,* 13:249-56.

COKER, A. L.; FLERX, V. C.; SMITH, P. H.; WHITAKER, D. J.; FADDEN, M. K. & WILLIAMS, M., 2007. Intimate partner violence incidence and continuation in a primary care screening program. *Am J Epidemiol,* 165:821-7.

COLLADO PEÑA, S. P. & VILLANUEVA EGAN, L. A., 2007. Relationship between familial violence during pregnancy and risk of low weight in the newborn. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico,* 75:259-67.

CREASY, R. K. & RESNICK, R., 1999. *Maternal-Fetal Medicine*. Philadelphia, Pennsylvania: W. B. Saunders Company.

CRIPE, S. M.; SANCHEZ, S. E.; PERALES, M. T.; LAM, N.; GARCIA, P. & WILLIAMS, M. A., 2008. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet,* 100:104-8.

DANIELS, K., 2005. Intimate partner violence & depression: a deadly comorbidity. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services,* 43:44-51.

DAY, V. P.; TELLES, L. E. D. B.; ZORATTO, P. H.; AZAMBUJA, M. R. F. D.; MACHADO, D. A.; SILVEIRA, M. B.; DEBIAGGI, M.; REIS, M. D. G.; CARDOSO, R. G. & BLANK, P., 2003. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria RS,* 25:9-21.

DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; BURTON, A. H. & DICKER, R. C., 1990. *Epiinfo, Version 6.04: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers*. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control.

ERNST, A. A.; WEISS, S. J.; ENRIGHT-SMITH, S. & HANSEN, J. P., 2008. Positive outcomes from an immediate and ongoing intervention for child witnesses of intimate partner violence. *Am J Emerg Med,* 26:389-94.

FERRIS, L. E., 2007. Intimate partner violence. *Bmj,* 334:706-707.

FISCELLA, K., 1995. Does prenatal care improve birth outcome: a critical review. *Obsterics & Gynecology,* 85:468-479.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H. A.; ELLSBERG, M.; HEISE, L. & WATTS, C. H., 2007. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet,* 368:1260-9.

GAZMARARIAN, J. A.; LAZORICK, S.; SPITZ, A. M.; BALLARD, T. J.; SALTZMAN, L. E. & MARKS, J. S., 1996. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA,* 275:1915-20.

GELLES, R. J., 1997. *Intimate Violence in Families*. London: SAGE Publications.

GIELEN, A. C.; O'CAMPO, P.; FADEN, R. R.; KASS, N. & XUE, X., 1994. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. *Social Science and Medicine,* 39:781-787.

GIL-GONZALEZ, D.; VIVES-CASES, C.; RUIZ, M. T.; CARRASCO-PORTINO, M. & ALVAREZ-DARDET, C., 2008. Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. *J Public Health (Oxf),* 30:14-22.

GUNTER, J., 2007. Intimate partner violence. *Obstetrics Gynecology Clinical North American,* 34:367-88.

HARRYKISSOON, S. D.; RICKERT, V. I. & WIEMANN, C. M., 2002. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med,* 156:325-330.

HARTIGAN, P., 1997. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. *Revista Panamericana de Salud Publica,* 2:290-294.

HASEGAWA, M.; BESSHO, Y.; HOSOYA, T. & DEGUCHI, Y., 2005. [Prevalence of intimate partner violence and related factors in a local city in Japan]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi,* 52:411-21.

HASSELMANN, M. H. & REICHENHEIM, M. E., 2006. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatric and Perinatal Epidemiology,* 20:299-311.

HASSELMANN, M. H.; LOPES, C. S. & REICHENHEIM, M. E., 1998. [Measurement reliability in a study on family violence and severe acute malnutrition]. [Portuguese]. *Revista de Saúde Pública,* 32:437-46.

HEDIN, L. W., 2000. Postpartum, also a risk period for domestic violence. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology,* 89:41-45.

HEISE, L., 1994. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública,* 10:135-145.

HEISE, L.; ELLSBERG, M. & GOTTMOELLER, M., 2002. A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics,* 78:S5-S14.

HILBERMAN, E., 1980. Overview: "the wife-beater's wife" reconsidered. *American Journal of Psychiatry,* 137:1336-1347.

HILLARD, P. J. A., 1985. Physical abuse in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology,* 66:185-190.

HOLTROP, T. G.; FISCHER, H.; GRAY, S. M.; BARRY, K.; BRYANT, T. & DU, W., 2004. Screening for domestic violence in a general pediatric clinic: be prepared! *Pediatrics,* 114:1253-7.

HORAN, D. L.; CHAPIN, J.; KLEIN, L.; SCHMIDT, L. A. & SCHULKIN, J., 1998. Domestic violence screening practices of obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol,* 92:785-9.

HUMPHREYS, J., 1993. Helping battered women take care of their children. *Clinical Issues in Perinatal & Womens Health Nursing,* 4:458-70.

JAFFE, P. G.; WOLFE, D. A. & WILSON, S. K., 1990. *Chidren of battered women*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

JASINSKI, J. L., 2004. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse,* 5:47-64.

JASINSKI, J. L. & WILLIAMS, L. M., 1998. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. London: SAGE Publications, Inc.

JEWKES, R., 2002. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet,* 359:1423-29.

KASHANI, J. H.; DANIEL, A. E.; DANDOY, A. C. & HOLCOMB, W. R., 1992. Family Violence: impact on children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 31:181-189.

KREITER, S. R.; KROWCHUK, D. P.; WOODS, C. R.; SINAL, S. H.; MD, M. R. L. & DURANT, R. H., 1999. Gender Differences in Risk Behaviors Among Adolescents Who Experience Date Fighting. *Pediatrics,* 104:1286-1292.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B. & LOZANO, R., 2002. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

LANGHINRICHSEN-ROHLING , J., 2005. Top 10 greatest "hits": important findings and future directions for intimate partner violence research. *Journal of Interpersonal Violence,* 20:108-18.

LAU, Y. & CHAN, K. S., 2007. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among chinese women in Hong Kong. *Journal of Midwifery & Women's Health,* 52:e15-20.

LEUNG, W. C.; LEUNG, T. W.; LAM, Y. Y. & HO, P. C., 1999. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. *International Journal of Gynecology & Obstetrics,* 66:23-30.

LEUNG, W. C.; KUNG, F.; LAM, J.; LEUNG, T. W. & HO, P. C., 2002. Domestic violence and postnatal depression in a chinese community. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 79:159-166.

LOURENCO, M. A. & DESLANDES, S. F., 2008. [Maternal care and breastfeeding experience of women suffering intimate partner violence.]. *Rev Saude Publica,* 42:615-21.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M. & SOUZA, L., 2006. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Revista de Saúde Pública,* 40:604-610.

MARTIN, S. L.; ENGLISH, K. T.; CLARK, K. A.; CILENTI, D. & KUPPER, L. L., 1996. Violence and substance use among North-Carolina pregnant women. *American Journal of Public Health,* 86:991-998.

MARTIN, S. L.; MACKIE, L.; KUPPER, L. L.; BUESCHER, P. A. & MORACCO, K. E., 2001. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA,* 285:1581-4.

MASUR, J. & MONTEIRO, M. G., 1983. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research,* 16:215-218.

MATTAR, F. N., 1995. Análise crítica dos estudos de estratificação sócioeconômica da ABA-Abipeme. *Revista de administração,* 30: 57-74.

MAYFIELD, D.; MCLEOD, G. & HALL, P., 1974. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry,* 131:1121-1123.

MCFARLANE, J.; PARKER, B. & SOEKEN, K., 1996a. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing,* 25:313-20.

MCFARLANE, J.; PARKER, B. & SOEKEN, K., 1996b. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research,* 45:37-42.

MENEZES, T. C.; AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L. C. & FAÚNDES, A., 2003. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,* 25:309-316.

MINAYO, M. C. S., 1994. A Violência Social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública,* 10:7-18.

MINAYO, M. C. S., 2006. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MORAES, C. L. & REICHENHEIM, M. E., 2002. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics,* 79:269-277.

MORAES, C. L. & REICHENHEIM, M. E., 2007. [Screening for alcohol use by pregnant women of public health care in Rio de Janeiro, Brazil]. *Rev Saude Publica,* 41:695-703.

MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. & REICHENHEIM, M. E., 2002. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar a violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública,* 18:163-175.

MORAES, C. L.; VIELLAS, E. F. & REICHENHEIM, M. E., 2005. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE, and TWEAK in a Brazilian setting. *Journal of Studies on Alcohol,* 66:165-173.

MORAES, C. L.; AMORIM, A. R. & REICHENHEIM, M. E., 2006. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 95:254-260.

MOURA, A. T. M. S. & REICHENHEIM, M. E., 2005. Estamos realmente detectando violência nas famílias de criança atendidas em nossos serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública,* 21:1124-1133.

MOURA, A. T. M. S. D.; MORAES, C. L. & REICHENHEIM, M. E., 2008. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* 24:2926-2936.

O'CAMPO, P.; FADEN, R.; GIELEN, A. & WANG, M., 1992. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal intervations. *Birth,* 19:195-201.

OLIVEIRA, A. S. D., 2008. *Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce?.* Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

OSOFSKY, J. D., 1995. Children who witness domestic violence: the invesible victims. *Social Policy Report,* IX:1-16.

PARISH, W. L.; WANG, T.; LAUMANN, E. O.; PAN, S. & LUO, Y., 2004. Intimate Partner Violence in China: National Prevalence,Risk Factors and Associated Health Problems. *International Family Planning Perspectives,* 30:174–181.

PARKER, B. & CHOUAF, K., 2002. Intimate partner violence following pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med,* 156:313-4.

PINHEIRO, P. S., 2006. Violence against children: a global report. *Ciência & Saúde Coletiva,* 11:453-60.

RAYNOR, M., 2006. Social and psychological context of childbearing. *Women's Health Medicine,* 3:64-67.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H. & MORAES, C. L., 1999. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência e Saúde Coletiva,* 4:109-121.

REICHENHEIM, M. E.; DIAS, A. & MORAES, C. L., 2006a. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública,* 40:595-603.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; SZKLO, A.; HASSELMANN, M. H.; SOUZA, E. R.; LOZANA, J. A. & FIGUEIREDO, V. C., 2006b. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cadernos de Saúde Pública,* 22:109-121.

ROBERTS, T. A.; AUINGER, P. & KLEIN, J. D., 2005. Intimate partner abuse and the reproductive health of sexually active female adolescents. *J Adolesc Health,* 36:380-5.

RODRIGUEZ, M. A.; BAUER, H. M.; MCLOUGHLIN, E. & GRUMBACH, K., 1999. Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse: Practices and Attitudes of Primary Care Physicians. *JAMA,* 282:468-474.

RUIZ-PÉREZ, I.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J. & VIVES-CASES, C., 2007. Methodological issues in the study of violence against women. *Journal of Epidemiological Community Health,* 61:ii26-ii31.

RUSSELL, M.; MARTIER, S. S.; SOKOL, R. J.; MUDAR, P.; BOTTOMS, S.; JACOBSON, S. & JACOBSON, J., 1994. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research,* 18:1156-1161.

SALTZMAN, L. E.; FANSLOW, J. L.; MCMAHON, P. M. & SHELLEY, G. A., 1999. Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, . In: (C. f. D. C. a. P. National Center for Injury Prevention and Control, eds.)^(Eds.), (Version 1.0. (2002) ed.).

SAUREL-CUBIZOLLES, M. J. & LELONG, N., 2005. Familiar violence during pregnancy. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction,* 34:S47-53.

SAUREL-CUBIZOLLES, M. J.; BLONDEL, B.; LELONG, N. & ROMITO, P., 1997. [Marital violence after birth]. *Contracept Fertil Sex,* 25:159-64.

SCHERER, E. A. & SCHERER, Z. A. P., 2000. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* 8:22-29.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. & COUTO, M. T., 2006. Violence and health: recent scientific studies. *Revista de Saúde Pública,* 40:(N Esp).

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; DINIZ, S.; PORTELLA, A. P.; LUDERMIR, A. B.; VALENÇA, O. & COUTO, M. T., 2007. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Revista de Saúde Pública,* 41:797-807.

SHARPS, P. W.; LAUGHON, K. & GIANGRANDE, S. K., 2007. Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. *Trauma Violence Abuse,* 8:105-16.

SHOFFNER, D. H., 2008. We don't like to think about it: intimate partner violence during pregnancy and postpartum. *J Perinat Neonatal Nurs,* 22:39-48.

SILVERMAN, J. G.; RAJ, A.; MUCCI, L. A. & HATHAWAY, J. E., 2001. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *JAMA,* 286:572-9.

SILVERMAN, J. G.; DECKER, M. R.; REED, E. & RAJ, A., 2006. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. *Journal of Women's Health,* 15:934-940.

SMART, R. G.; ARIF, A.; HUGHES, P.; MEDINA MORA, M. E.; NAVARATNAM, V.; VARMA, V. K. & WADUD, K. A., 1981. Drug use among non-student youth. *WHO Offset Publication,* 60:5-58.

SOARES, B. M.; GASPARY, M. C. & INGELFRITZ, I., 1999. *Textos selecionados: violência intrafamiliar contra a mulher*. Rio de Janeiro: Subsecretaria de Pesquisa e Cidadania, Secretaria de Estado de Segurança Pública.

SOARES, G. A. D.; MIRANDA, D. & BORGES, D., 2006. *As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

SOUZA, E. R., 1994. Homicídios no Brasil: O Grande Vilão da Saúde Pública na década de 80. *Cadernos de Saúde Pública,* 10:45-60.

SOUZA, E. R. & LIMA, M. L. C., 2006. The panorama of urban violence in Brazil and its capitals. *Ciência & Saúde Coletiva,* 11:363-373.

STATACORP, 2005. *Stata Statistical Software: Release 9*. College Station (TX): Stata Corporation.

STEWART, D. E., 1994. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. *CMAJ,* 151:1601-4.

STOCKWELL, M. S.; BROWN, J.; CHEN, S.; VAUGHAN, R. D. & IRIGOYEN, M., 2008. Is underimmunization associated with child maltreatment? *Ambul Pediatr,* 8:210-3.

STRAUS, M., 2000. *Handbook for the Conflict Tactics Scales (CTS)*. Durham: Family Research Laboratory, University of New Hampshire.

STRAUS, M. A., 1979. Measuring intra-familiar conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and Family,* 41:75-88.

STRAUS, M. A., 2004. Cross-Cultural Reliability and Validity of the Revised Conflict Tactics Scales: A Study of University Student Dating Couples in 17 Nations. *Cross-Cultural Research,* 38:407-432.

STRAUS, M. A. & GELLES, R. J., 1995. *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publisher.

STRAUS, M. A.; HAMBY, S. L.; BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D. B., 1996. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues,* 17:283-316.

THOMPSON, R. S.; BONOMI, A. E.; ANDERSON, M.; REID, R. J.; DIMER, J. A.; CARRELL, D. & RIVARA, F. P., 2006. Intimate partner violence - Prevalence, types, and chronicity in adult women. *American Journal of Preventive Medicine,* 30:447-457.

VALDEZ-SANTIAGO, R. & SANÍN-AGUIRRE, L. H., 1996. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México,* 38:352-362.

VALLADARES, E.; ELLSBERG, M.; PENA, R.; HOGBERG, U. & PERSSON, L. A., 2002. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics and Gynecology,* 100:700-705.

WEBSTER, J.; SWEETT, H. & STOLZ, T. A., 1994. Domestic violence in pregnancy: a prevalence study. The Medical Journal of Australia, 161:466-477.

WHO, 2005. Addressing violence against women and achieving the millennium development goals. Geneva, Switzerland: Department of Gender, Women and Health - World Health Organization.

WRIGHT, R. J.; WRIGHT, R. O. & ISAAC, N. E., 1997. Response to Battered Mothers in the Pediatric Emergency Department: A Call for an Interdisciplinary Approach to Family Violence. Pediatrics, 99:186-192.

ANEXO A - Termo de consentimento

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada "violência entre parceiros íntimos durante a gestação e pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?" desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informada, ainda, de que a pesquisa é coordenada por Alessandra S. Dias de Oliveira, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (x-21) 2587-7303 ramal 218 ou e-mail alessadias@ims.uerj.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar o papel da violência entre parceiros íntimos na iniciação e duração do aleitamento materno.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista estruturada a ser realizada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, poderei contatar a pesquisadora responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro situado na Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 - Cidade Nova, Tel.: 2293-5549 e E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

A pesquisadora principal me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o acompanhamento do meu filho(a) ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXO B - Questionário de elegibilidade

Número de Identificação |___|___|___|___|

Instruções para preenchimento:
Em todo questionário preencher 7 (ou 77 – 777 – 7777 – 77/77 – 77/77/77) para recusa; 8 (ou similares 88 ...) para "não sabe" ou "não se lembra"; e 9 (ou similares 99 ...) para não se aplica.

I -Identificação do questionário

Nome da Unidade de Saúde **1.** Marcolino Candau **2.** Heitor Beltrão **3.** Ariadne Lopes de Menezes **4.** Silveira Martins **5.** Jacarepaguá	|___|
Entrevistador _____	|___|___|
Data da entrevista	|___|___|/|___|___|/|___|___|
Digitador _____	|___|___|
Data da digitação	**1.** |___|___|/|___|___|/|___|___|

II -Identificação da mãe e do bebê / Critérios de elegibilidade

Qual o seu nome (mãe)? _____			
Qual a sua data de nascimento (mãe)?			**2.** |___|___|/|___|___|/|___|___|
Qual a sua idade (mãe)			**3.** |___|___| **anos**
Qual o nome do bebê? **4.** _____			
Não perguntar, apenas marcar a opção de resposta conforme o nome do bebê Sexo do bebê **1.** Masculino **2.** Feminino			**5.** |___|
Qual a data de nascimento de (nome do bebê)			**6.** |___|___|/|___|___|/|___|___|
Qual a idade de (nome do bebê)?			**7.** |___| **meses** **8.** |___|___| **dias**
Qual a sua cor? **Leia as alternativas** **1.** Branca **2.** Parda/Mulata/Morena/Cabocla **3.** Negra **4.** Amarela/Oriental **5.** Indígena			**9.** |___|
Você já freqüentou ou freqüenta a escola? Qual foi a última série que V/S completou? **00.** Não estuda ou estudou **30.** Terceiro grau incompleto ou mais			**10.** |___| |___| (grau) (série)
Atualmente, você tem um relacionamento amoroso? **Se não, pule para a questão 18**	**1.** Sim	**0.** Não	**11.** |___|
Você mora com esse companheiro? **Anote a resposta e pule a próxima questão**	**1.** Sim	**0.** Não	**12.** |___|
Você teve um relacionamento amoroso por mais de 1 mês desde que soube estar grávida?	**1.** Sim	**0.** Não	**13.** |___|
Seu bebê mama no peito? **Se sim, vá ao módulo de "Caracterização da Entrevistada"**	**1.** Sim	**0.** Não	**14.** |___|
Seu bebê mamou no peito?	**1.** Sim	**0.** Não	**15.** |___|
Por qual motivo o seu bebê não mama (ou não mamou) no peito?			
- Mãe portadora do vírus HIV	**1.** Sim	**0.** Não	**16.** |___|
- Mãe em tratamento oncológico	**1.** Sim	**0.** Não	**17.** |___|
- Mãe fazendo uso de medicação que contra-indica	**1.** Sim	**0.** Não	**18.** |___|
- Criança com problemas metabólicos que impedem a amamentação	**1.** Sim	**0.** Não	**19.** |___|
- Criança com lábio leporino e mal-formação bilateral	**1.** Sim	**0.** Não	**20.** |___|
- Outros: _____ **Anote o motivo. O campo será preenchido pelo supervisor**			**21.** |___|___|

III - Caracterização da entrevistada

1. Elegível	**2.** Recusou-se a participar da pesquisa	**3.** Não elegível	**22.** |___|

ANEXO C - Questionário principal

Número de Identificação |___|___|___|___|

Instruções para preenchimento: **Em todo questionário preencher 7 (ou 77 – 777 – 7777 – 77/77 – 77/77/77) para recusa; 8 (ou similares 88 ...) para "não sabe" ou "não se lembra"; e 9 (ou similares 99 ...) para não se aplica.**

I. Identificação do questionário

Unidade de Saúde **1.** Marcolino Candau **2.** Heitor Beltrão **3.** Ariadne Lopes de Menezes **4.** Silveira Martins **5.** Jacarepaguá	|___|
Entrevistador _____	|___|___|
Data da entrevista.....	|___|___|/|___|___|/|___|___|
Revisado por _____	|___|___|
Data da revisão.....	**23.** |___|___|/|___|___|/|___|___|
Digitador _____	**24.** |___|___|
Data da digitação.....	**25.** |___|___|/|___|___|/|___|___|

II. Identificação da mãe e do bebê

De um modo geral, em comparação com as outras crianças da mesma idade do(a) (nome do bebê), como você considera a saúde dele(a)? **Leia as alternativas** **1.** Excelente **2.** Muito Boa **3.** Boa **4.** Regular **5.** Ruim			**26.** |___|
Você tem outros filhos vivos? **Se não, vá à questão 17**	**1.** Sim	**0.** Não	**27.** |___|
Quantos filhos vivos você tem? **Excluindo a criança alvo**			**28.** |___|___|
Quantos filhos menores de 5 anos você tem? **Excluindo a criança alvo**			**29.** |___|___|
Qual a data de nascimento do(s) seu(s) (dois) último(s) filho(s), antes de (nome do bebê)? **Anotar a data de nascimento dos últimos dois filhos, mesmo que tenha(m) mais de 5 anos**			**30.** |___|___|/|___|___| **31.** |___|___|/|___|___| (mês) (ano)
Você amamentou seu último filho? **Se não, vá à questão 17**	**1.** Sim	**0.** Não	**32.** |___|
Por quanto tempo?			**33.** |___||___| meses **34.** |___||___| dias
Você foi amamentada?	**1.** Sim	**0.** Não	**35.** |___|
Você trabalhou fora de casa durante a gravidez do(a) (nome do bebê)? **Atenção! Considere como positivo mesmo que a respondente tenha trabalhado um pequeno período da gestação, só no início por exemplo** **Se a resposta for não, pule a próxima questão**	**1.** Sim	**0.** Não	**36.** |___|
Você teve direito à licença maternidade?	**1.** Sim	**0.** Não	**37.** |___|
Atualmente, você trabalha fora de casa?	**1.** Sim	**0.** Não	**38.** |___|

III. Dados sobre o pré-natal

Você fez pré-natal? **Se não, vá à questão 26**	**1.** Sim	**0.** Não	**39.** |___|
Com quanto tempo de gravidez você começou o pré-natal?			**40.** |___||___| meses **41.** |___||___| semanas
Quantas consultas de pré-natal você fez?			**42.** |___|___|
Você recebeu orientação sobre amamentação durante o pré-natal?	**1.** Sim	**0.** Não	**43.** |___|
Você esteve internada durante a gestação? **Atenção! Considere como positivo mesmo as situações em que ela ficou internada antes do parto, e na mesma internação teve o bebê** **Se a resposta for não, vá ao módulo IV**	**1.** Sim	**0.** Não	**44.** |___|
Por qual motivo você esteve internada durante a gestação?	**1.** Sim	**0.** Não	|___|
- Pressão alta	**1.** Sim	**0.** Não	|___|
- Diabetes	**1.** Sim	**0.** Não	|___|
- Vômitos freqüentes	**1.** Sim	**0.** Não	|___|
- O bebê queria nascer antes do tempo	**1.** Sim	**0.** Não	|___|
- Outros _____			

IV. Dados sobre o nascimento

Quando você ficou grávida do(a) (nome do bebê), estava querendo engravidar? **Leia as alternativas** **1.** Sim, naquele momento. **2.** Sim, mas não naquele momento. **3.** Não queria engravidar.			**45.** |___|
Onde o(a) (nome do bebê) nasceu? Maternidade			**46.** _____
Município			**47.** _____
Foi de parto normal ou cesariana? **1.** Normal (ou fórceps) **2.** Cesariana			**48.** |___|
Nasceu de quanto tempo? **Se a mãe responder em meses, checar se foram realmente meses inteiros (ou 7 meses e meio, ou 7 meses e 3 semanas, por exemplo)**			**49.** |___| meses **50.** |___||___| semanas
Com que peso (nome do bebê) nasceu?			**51.** |___|___|___|___| gramas
Com que tamanho/comprimento (nome do bebê) nasceu?			**52.** |___|___| cm
O(A) (nome do bebê) ficou o tempo todo na enfermaria ou no quarto com você? **Se sim, pule a próxima questão**	**1.** Sim	**0.** Não	**53.** |___|
Onde ele(a) ficou? **1.** No Berçário **2.** No CTI ou UI			**54.** |___|
Quanto tempo você ficou na maternidade depois do nascimento do bebê?			**55.** |___|___|___| dias
E o(a) (nome do bebê)?			**56.** |___|___|___| dias
Ofereceram algum tipo de leite que não de peito para (nome do bebê) na maternidade?	**1.** Sim	**0.** Não	**57.** |___|
O(A) (nome do bebê) saiu da maternidade mamando só no peito?	**1.** Sim	**0.** Não	**58.** |___|

V. Módulo: Saúde Mental

Instruções para preenchimento:
Para cada uma das questões a seguir há duas opções de resposta. Leia as alternativas após a primeira pergunta, a partir da segunda apenas relembre as opções caso a respondente necessite. Marque o número correspondente à resposta da entrevistada: 1. Sim 0. Não

"Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho sobre como você tem se sentido".

Você tem dores de cabeça freqüentes?	**59.** |___|
Você tem falta de apetite?	**60.** |___|
Você dorme mal?	**61.** |___|
Você assusta-se com facilidade?	**62.** |___|
Você tem tremores nas mãos?	**63.** |___|
Você sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	**64.** |___|
Você tem má digestão	**65.** |___|
Você tem dificuldade de pensar com clareza?	**66.** |___|
Você tem se sentido triste ultimamente?	**67.** |___|
Você tem chorado mais do que o de costume?	**68.** |___|
Você encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	**69.** |___|
Você tem dificuldades para tomar decisões?	**70.** |___|
Você tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	**71.** |___|
Você é incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	**72.** |___|
Você tem perdido o interesse pelas coisas?	**73.** |___|
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	**74.** |___|
Você tem a idéia de acabar com a vida?	**75.** |___|
Você sente-se cansada o tempo todo?	**76.** |___|
Você tem sensações desagradáveis no estômago?	**77.** |___|
Você se cansa com facilidade?	**78.** |___|

VI. Eventos de "stress" na vida (DURANTE a gestação e APÓS o parto)

Desde que soube estar grávida de (nome do bebê), algum desses acontecimentos ocorreu com você? **Leia as perguntas abaixo**			***Durante a sua gravidez...***	***Após o parto...***
Óbito de um companheiro ou parente próximo	**1.** Sim	**0.** Não	**79.** |___|	**80.** |___|
Separação de um companheiro, ou rompimento de uma relação amorosa	**1.** Sim	**0.** Não	**81.** |___|	**82.** |___|
Perda do seu emprego (ou pedido de demissão)	**1.** Sim	**0.** Não	**83.** |___|	**84.** |___|
Perda do emprego - companheiro (ou pedido de demissão)	**1.** Sim	**0.** Não	**85.** |___|	**86.** |___|
Forçada a mudar de casa, contra sua vontade	**1.** Sim	**0.** Não	**87.** |___|	**88.** |___|
Dificuldades financeiras, maiores que as habituais	**1.** Sim	**0.** Não	**89.** |___|	**90.** |___|
Assalto, ou roubo	**1.** Sim	**0.** Não	**91.** |___|	**92.** |___|
Agressão física	**1.** Sim	**0.** Não	**93.** |___|	**94.** |___|

VII. Dados sobre a alimentação do bebê

"Você agora pode me dizer quais alimentos o(a) (NOME DO BEBÊ) tem tomado, ou comido? Inicialmente, eu vou falando o nome de cada alimento, e você me responde se o(a) (NOME DO BEBÊ) o tomou ou comeu nas últimas 24 HORAS. A seguir, eu digo o nome de cada alimento, e você me responde se o(a) (NOME DO BEBÊ) o tomou ou comeu nos últimos 7 DIAS. Por fim, eu gostaria de saber quando o alimento foi dado pro(a) (NOME DO BEBÊ) pela primeira vez".

Instruções para preenchimento:
Para cada período (24 HORAS ou ÚLTIMOS 7 DIAS), marque 1 se o alimento foi ingerido pelo bebê, ou 0 se o alimento não foi ingerido. A última coluna será indagada sempre que o alimento tenha sido utilizado. As perguntas devem ser feitas na ordem de numeração, isto é, seguindo as colunas.

O(A) (nome do bebê), comeu ou tomou...	*Desde ontem de manhã, até hoje de manhã (últimas 24 horas)?*	*Nos últimos 7 dias?*	*Com que idade o (a) (nome do bebê) tomou ou comeu (alimento) pela primeira vez?*
Leite de peito?	**95.** |___|	**106.**|___|	**117.**|___|___| meses **118.**|___|___| dias
Outro leite, que não o de peito?	**96.** |___|	**107.**|___|	**119.**|___|___| meses **120.**|___|___| dias
Mingau ou leite engrossado com farinha?	**97.** |___|	**108.**|___|	**121.**|___|___| meses **122.**|___|___| dias
Sopa ou papa de legumes? **Relembre o período do recordatório**	**98.** |___|	**109.**|___|	**123.**|___|___| meses **124.**|___|___| dias
"Comida de panela"?	**99.** |___|	**110.**|___|	**125.**|___|___| meses **126.**|___|___| dias
Água pura?	**100.**|___|	**111.**|___|	**127.**|___|___| meses **128.**|___|___| dias
Água com açúcar?	**101.**|___|	**112.**|___|	**129.**|___|___| meses **130.**|___|___| dias
Chá? **Relembre o período do recordatório**	**102.**|___|	**113.**|___|	**131.**|___|___| meses **132.**|___|___| dias
Suco de fruta?	**103.**|___|	**114.**|___|	**133.**|___|___| meses **134.**|___|___| dias
Fruta em pedaço ou amassada?	**104.**|___|	**115.**|___|	**135.**|___|___| meses **136.**|___|___| dias
Tomou ou comeu algum outro alimento diferente dos que eu já citei?	**105.**|___|	**116.**|___|	**137.**|___|___| meses **138.**|___|___| dias
De todos os alimentos ou líquidos que eu te perguntei, algum foi dado por mamadeira ou chuquinha?		**1.** Sim **0.** Não	**139.**|___|

Você já tinha vontade de amamentar (nome do bebê) antes dele(a) nascer? **Se sim, pule a próxima questão**	**1.** Sim	**0.** Não	**140.**|___|
E depois que (nome do bebê) nasceu, você teve vontade de amamentar ele(a)?	**1.** Sim	**0.** Não	**141.**|___|
Você acha que o seu companheiro incentivou, ou seja, deu força para você amamentar, e manter o(a) (nome do bebê) mamando no peito?	**1.** Sim	**0.** Não	**142.**|___|

VIII. Violência entre parceiros íntimos (CTS2)

"Agora eu gostaria de saber um pouco sobre o(s) seu(s) companheiro(s)..."

Instruções para preenchimento:

Caso a respondente esteja com o mesmo companheiro desde que soube estar grávida, ou seja o mesmo companheiro identificado para a gestação e pós-parto, preencha apenas o primeiro módulo de características do companheiro.

Se forem companheiros distintos nos dois períodos, preencha os dois módulos de características do companheiro.

Você tem companheiro atualmente? **Se não, pule a próxima questão**	**1.** Sim	**0.** Não	**143.**|___|
Ele é o mesmo desde que você soube estar grávida? **Se sim, vá para a questão 138**	**1.** Sim	**0.** Não	**144.**|___|

"Então, gostaria de saber um pouco sobre os seus relacionamentos amorosos desde que soube estar grávida..."

Você teve algum companheiro durante a gestação? **Se não, vá à questão 135**	**1.** Sim	**0.** Não	**145.**|___|
Quantos?			**146.**|___|
Qual o nome do companheiro que ficou com você durante a gestação? **Caso haja 2 ou mais companheiros nesse período, anote o nome daquele que ficou mais tempo com ela**	**147.**_____		

Você teve algum companheiro depois do nascimento do(a) (nome do bebê)? **Se não, vá à questão 138**	**1.** Sim	**0.** Não	**148.**|___|
Quantos?			**149.**|___|
Qual o nome do companheiro que ficou com você depois do parto? **Caso haja 2 ou mais companheiros nesse período, anote o nome daquele que ficou mais tempo com ela**	**150.**_____		

Qual a idade do seu companheiro (da gestação)? **Só leia o trecho entre parênteses no caso de mulheres que tiveram companheiros diferentes na gestação e no pós-parto**			**151.**|___|___| anos
Ele é o pai de (nome do bebê)	**1.** Sim	**0.** Não	**152.**|___|
Você mora (ou morou) com ele?	**1.** Sim	**0.** Não	**153.**|___|
Há quanto tempo vocês estão (ou estiveram) juntos? **Se ela citar "4 meses e 15 dias" (e daí em diante), "arredonde" para 5 meses. Abaixo disso (14 dias ou menos), "arredonde" para baixo.**			**154.**|___|___| anos **155.**|___|___| meses
Ele já freqüentou ou freqüenta a escola? Qual foi a última série que ele completou?			**156.** |___| |___|

00. Não estuda ou estudou **30.** Terceiro grau incompleto ou mais	(grau) (série)
Qual a cor dele? **Leia as alternativas** **1.** Branca **2.** Parda/Mulata/Morena/Cabocla **3.** Negra **4.** Amarela/Oriental **5.** Indígena	**157.**|___|

Se a mulher tem o mesmo companheiro desde a gestação, vá para a questão 152. As questões 145 a 151 referem-se ao companheiro do período pós-parto quando esse for diferente do companheiro da gestação ou a respondente não tiver tido companheiro na gestação

Qual a idade do companheiro que esteve (ou está) com você depois do parto?		**158.**|___|___| anos
Ele é o pai de (nome do bebê)	**1.** Sim **0.** Não	**159.**|___|
Você mora (ou morou) com ele?	**1.** Sim **0.** Não	**160.**|___|
Há quanto tempo vocês estão (ou estiveram) juntos?		**161.**|___|___| anos **162.**|___|___| meses
Ele já freqüentou ou freqüenta a escola? Qual foi a última série que ele completou? **00.** Não estuda ou estudou **30.** Terceiro grau incompleto ou mais		**163.** |___| |___| (grau) (série)
Qual a cor dele? **Leia as alternativas** **1.** Branca **2.** Parda/Mulata/Morena/Cabocla **3.** Negra **4.** Amarela/Oriental **5.** Indígena		**164.**|___|

"Os casais têm maneiras diferentes de tentar resolver suas diferenças. Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia com o outro, discutem e se agridem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer".

"Por favor, eu gostaria de saber se você e seu (ex)companheiro fizeram cada uma das coisas que eu vou dizer a seguir desde que você soube que estava grávida".

Instruções para preenchimento:

Leia cada uma das questões a seguir e pergunte se "isto já aconteceu". Marque o número correspondente à resposta do entrevistado:

0. Não 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez

Se a resposta for positiva (alternativa 1 ou 2), perguntar: "Ocorreu durante a gravidez?", e depois perguntar "Ocorreu depois que o bebê nasceu?".

ATENÇÃO:

‡ **Para as questões de negociação, as opções de resposta são: 0. Não 1. Sim**

Obs: as questões de negociação são aquelas que não são sucedidas pela pergunta "Isso aconteceu mais de uma vez?"

† **Quando forem diferentes companheiros para a gestação e depois do parto, aplicar toda a CTS2 (questões 152 a 263) para aquele da gestação, e a seguir para o companheiro do pós-parto.**

"(Desde que você soube estar grávida), diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro..."	***Durante a sua gravidez...***	***Após o parto...***
Você mostrou que se importava com ele, mesmo que vocês estivessem discordando?	**165.**|___|	**166.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?	**167.**|___|	**168.**|___|
Você explicou para seu (ex)companheiro (ou aaa) o que você não concordava com ele?	**169.**|___|	**170.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) explicou para você o que ele não concordava com você?	**171.**|___|	**172.**|___|
Você insultou ou xingou o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	**173.**|___|	**174.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**175.**|___|	**176.**|___|
Você jogou alguma coisa no seu (ex)companheiro (ou aaa) que poderia machucá-lo? Isso aconteceu mais de uma vez?	**177.**|___|	**178.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**179.**|___|	**180.**|___|

Você torceu o braço do seu (ex)companheiro (ou aaa) ou puxou o cabelo dele? Isso aconteceu mais de uma vez?	**181.**|___|	**182.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**183.**|___|	**184.**|___|
"(Desde que você soube estar grávida), diante de uma discussão entre Você e seu (ex)companheiro..."	***Durante a sua gravidez...***	***Após o parto...***
Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	**185.**|___|	**186.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	**187.**|___|	**188.**|___|
Você deu um empurrão no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	**189.**|___|	**190.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**191.**|___|	**192.**|___|
Você usou uma faca ou arma contra o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	**193.**|___|	**194.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**195.**|___|	**196.**|___|
Você chamou o seu (ex)companheiro (ou aaa) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?	**197.**|___|	**198.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?	**199.**|___|	**200.**|___|
Você deu um murro ou acertou o seu (ex)companheiro (ou aaa) com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez?	**201.**|___|	**202.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**203.**|___|	**204.**|___|
"(Desde que você soube estar grávida), diante de uma discussão entre Você e seu (ex)companheiro..."	***Durante a sua gravidez...***	***Após o parto...***
Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu (ex)companheiro (ou aaa) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	**205.**|___|	**206.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	**207.**|___|	**208.**|___|
Você sufocou ou estrangulou seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez ?	**209.**|___|	**210.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**211.**|___|	**212.**|___|
Você gritou ou berrou com o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	**213.**|___|	**214.**|___|
O seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**215.**|___|	**216.**|___|
Você jogou o seu (ex)companheiro (ou aaa) contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	**217.**|___|	**218.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**219.**|___|	**220.**|___|
Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	**221.**|___|	**222.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	**223.**|___|	**224.**|___|
Você deu uma surra no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	**225.**|___|	**226.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**227.**|___|	**228.**|___|
"(Desde que você soube estar grávida), diante de uma discussão entre Você e seu (ex)companheiro..."	***Durante a sua gravidez...***	***Após o parto...***
Você segurou o seu (ex)companheiro (ou aaa) com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	**229.**|___|	**230.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**231.**|___|	**232.**|___|

Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez?	**233.**|___|	**234.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	**235.**|___|	**236.**|___|
Você deu um tabefe ou bofetada no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	**237.**|___|	**238.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**239.**|___|	**240.**|___|
Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?	**241.**|___|	**242.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso?	**243.**|___|	**244.**|___|
Você queimou ou derramou líquido quente em seu (ex)companheiro (ou aaa) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	**245.**|___|	**246.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**247.**|___|	**248.**|___|
Você acusou o seu (ex)companheiro (ou aaa) de ser "ruim de cama"? Isso aconteceu mais de uma vez?	**249.**|___|	**250.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te acusou disso? Isso aconteceu mais de uma vez?	**251.**|___|	**252.**|___|
"(Desde que você soube estar grávida), diante de uma discussão entre Você e seu (ex)companheiro..."	***Durante a sua gravidez...***	***Após o parto...***
Você fez alguma coisa para ofender o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	**253.**|___|	**254.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	**255.**|___|	**256.**|___|
Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	**257.**|___|	**258.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	**259.**|___|	**260.**|___|
Você chutou o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	**261.**|___|	**262.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	**263.**|___|	**264.**|___|
Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?	**265.**|___|	**266.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) concordou em tentar uma solução que você sugeriu?	**267.**|___|	**268.**|___|
Você impediu seu (ex)companheiro (ou aaa) de sair de casa, ver ou falar com os parentes dele? Isso aconteceu mais de uma vez?	**269.**|___|	**270.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) impediu você de sair de casa, ver ou falar com seus parentes?	**271.**|___|	**272.**|___|
Você queimou seu (ex)companheiro (ou aaa) com ferro, cigarro ou qualquer outra coisa de propósito? Isto aconteceu mais de uma vez?	**273.**|___|	**274.**|___|
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você?	**275.**|___|	**276.**|___|

IX. Módulo Depressão Pós-Parto

"Agora nós gostaríamos de saber como você tem se sentindo NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje".

Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas. **Leia as alternativas** **0.** Como você sempre fez **1.** Não tanto quanto antes **2.** Sem dúvida menos que antes **3.** De jeito nenhum	**277.**|___|
Você sente prazer quando pensa no que está por acontecer em seu dia-a-dia. **Leia as alternativas** **0.** Como sempre sentiu **1.** Talvez menos do que antes **2.** Com certeza menos **3.** De jeito nenhum	**278.**|___|

Você tem se culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas. **Leia as alternativas** **0.** Não, nenhuma vez **1.** Não muitas vezes **2.** Sim, algumas vezes **3.** Sim, na maioria das vezes	**279.**|___|
Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão. **Leia as alternativas** **0.** Não, de maneira alguma **1.** Pouquíssimas vezes **2.** Sim, algumas vezes **3.** Sim, muitas vezes	**280.**|___|
Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo. **Leia as alternativas** **0.** Não, nenhuma vez **1.** Não muitas vezes **2.** Sim, algumas vezes **3.** Sim, muitas vezes	**281.**|___|
Você tem se sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia. **Leia as alternativas** **0.** Não. Você consegue lidar com eles tão bem quanto antes **1.** Não. Na maioria das vezes você consegue lidar bem com eles **2.** Sim. Algumas vezes você não consegue lidar bem como antes **3.** Sim. Na maioria das vezes você não consegue lidar bem com eles	**282.**|___|
Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir. **Leia as alternativas** **0.** Não, nenhuma vez **1.** Não muitas vezes **2.** Sim, algumas vezes **3.** Sim, na maioria das vezes	**283.**|___|
Você tem se sentido triste ou arrasada. **Leia as alternativas** **0.** Não, de jeito nenhum **1.** Não muitas vezes **2.** Sim, muitas vezes **3.** Sim, na maioria das vezes	**284.**|___|
Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado **Leia as alternativas** **0.** Não, nenhuma vez **1.** De vez em quando **2.** Sim, muitas vezes **3.** Sim, quase todo o tempo	**285.**|___|
A idéia de fazer mal a si mesma passou por sua cabeça. **Leia as alternativas** **0.** Nenhuma vez **1.** Pouquíssimas vezes, ultimamente **2.** Algumas vezes nos últimos dias **3.** Sim, muitas vezes, ultimamente	**286.**|___|

X. Hábitos de vida da mulher e do companheiro

"Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu uso de qualquer bebida que contenha álcool no último ano".

"Mesmo que a quantidade de álcool tomada tenha sido pequena, seria muito importante que você respondesse a todas as perguntas".

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a <u>uma lata</u> ou <u>meia garrafa de cerveja</u>, a <u>1 chopp</u>, a <u>2 copos de cerveja</u>, a <u>1 copo ou taça de vinho</u>, a <u>uma dose de uísque/cachaça</u> ou <u>outros destilados</u> ou a <u>1 copo de caipirinha</u>.

*** Obs: uma garrafa de vinho corresponde a 5 taças, e 1 garrafão de vinho (5 litros) corresponde a 32 taças. ATENÇÃO também à definição de "caixa de cerveja". Uma caixa de cerveja em garrafa (600 ml) possui 24 garrafas; já quando se menciona uma caixa de cerveja em lata a respondente pode estar se referindo a 6 ou 12 latas.**

Você bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? **Se não, CONFIRME com a respondente se ela não bebe um pouquinho, nem em situações/ocasiões especiais.** **Mantida a resposta não, vá à questão 282**	**1.** Sim **0.** Não **287.**|___|

Quantas doses você precisa beber para se sentir "alta", ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito "normal"? **Anote a resposta, especificando o tipo de bebida, e converta em doses depois** _____			**288.**|___||___|,|___|
Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?	**1.** Sim	**0.** Não	**289.**|___|
As pessoas a aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	**1.** Sim	**0.** Não	**290.**|___|
Você se sente culpada pela maneira com que costuma beber?	**1.** Sim	**0.** Não	**291.**|___|
Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	**1.** Sim	**0.** Não	**292.**|___|
Seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?	**1.** Sim	**0.** Não	**293.**|___|
Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?	**1.** Sim	**0.** Não	**294.**|___|

"Agora vamos falar sobre outros hábitos que as pessoas têm no dia-a-dia..."

Você fumou nos últimos doze meses? **Caso a resposta seja não, confirme se realmente ela não fumou nenhum cigarro.** **Se mantida a resposta não, pule para a questão 287**	**1.** Sim	**0.** Não	**295.**|___|
Você fumou durante algum período da gestação? **Se não, pule a próxima questão**	**1.** Sim	**0.** Não	**296.**|___|
Quantos cigarros, em média, você fumou durante a gestação? **Leia as alternativas** **1.** Menos de meio maço por dia **2.** Meio a um maço por dia **3.** Mais de um e menos de dois maços por dia (20 a 40 cigarros) **4.** Dois ou mais maços por dia (mais de 40 cigarros)			**297.**|___|
Você fumou depois do nascimento de (nome do bebê)? **Se não, pule a próxima questão**	**1.** Sim	**0.** Não	**298.**|___|
Quantos cigarros, em média, você fumou após o nascimento de (nome do bebê)? **Leia as alternativas** **1.** Menos de meio maço por dia **2.** Meio a um maço por dia **3.** Mais de um e menos de dois maços por dia (20 a 40 cigarros) **4.** Dois ou mais maços por dia (mais de 40 cigarros)			**299.**|___|

"Também é importante saber sobre o uso de drogas por você. Essas questões são muito importantes pra gente. Gostaria de lembrar novamente que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa".

"Nos últimos 12 meses..."

...Você usou tranqüilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan, Lorax, Diazepan, ou outros?	**1.** Sim	**0.** Não	**300.**|___|
... Você usou cola de sapateiro, cheiro da loló ou lança perfume?	**1.** Sim	**0.** Não	**301.**|___|
... Você usou maconha?	**1.** Sim	**0.** Não	**302.**|___|
... Você usou cocaína?	**1.** Sim	**0.** Não	**303.**|___|
... Você usou outros tipos de drogas? Quais? _____	**1.** Sim	**0.** Não	**304.**|___|

Caso a mãe <u>não</u> tenha relatado uso de drogas, pule próxima questão

As pessoas se preocupam com o seu uso de drogas (ou tranqüilizantes) e/ou sugerem que você pare de usá-las?	**1.** Sim	**0.** Não	**305.**|___|

"Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o uso, pelo seu (ex)companheiro (ou aaa), de qualquer bebida que contenha álcool, no último ano".

Se a respondente teve diferente(s) companheiro(s) durante a gestação e depois do parto, as próximas perguntas devem ser feitas apenas para o companheiro que esteve mais tempo com ela no pós-parto. Tendo apenas companheiro(s) na gestação, as perguntas deverão ser direcionadas para o companheiro que esteve mais tempo com ela durante a gestação. No caso de gestantes que tiveram um único companheiro na gestação e no pós-parto, as questões deverão ser referenciadas a este.

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a <u>uma lata</u> ou <u>meia garrafa de cerveja</u>, a <u>1 chopp</u>, a <u>2 copos de cerveja</u>, a <u>1 copo ou taça de vinho</u>, a <u>uma dose de uísque/cachaça</u> ou <u>outros destilados</u> ou a <u>1 copo de caipirinha</u>.

*** Obs: uma garrafa de vinho corresponde a 5 taças, e 1 garrafão de vinho (5 litros) corresponde a 32 taças. Atenção também à definição de "caixa de cerveja". Uma caixa de cerveja em garrafa (600 ml) possui 24 garrafas; já quando se menciona uma caixa de cerveja em lata a respondente pode estar se referindo a 6 ou 12 latas.**

Ele bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? **Se não, CONFIRME com a respondente se ele não bebe um pouquinho, nem em situações/ocasiões especiais** **Mantida a resposta não, vá à questão 301**	**1.** Sim	**0.** Não	**306.**|___|
Quantas doses ele precisa beber para se sentir "alto", ou seja, quantas doses são necessárias para que ele comece a se sentir diferente do seu jeito "normal"? **Anote a resposta especificando o tipo de bebidas e converta em doses depois** _____			**307.**|___|___|,|___|
Alguma vez ele sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?	**1.** Sim	**0.** Não	**308.**|___|
As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	**1.** Sim	**0.** Não	**309.**|___|
Ele se sente culpado pela maneira com que costuma beber?	**1.** Sim	**0.** Não	**310.**|___|
Ele costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	**1.** Sim	**0.** Não	**311.**|___|
Você, ou os pais dele, preocupam-se ou reclamam quando ele bebe?	**1.** Sim	**0.** Não	**312.**|___|
Alguma vez ele acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?	**1.** Sim	**0.** Não	**313.**|___|

"Também é importante saber sobre o uso de drogas por seu (ex) companheiro (ou aaa). Essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa".

Se a respondente teve diferente(s) companheiro(s) durante a gestação e depois do parto, as próximas perguntas devem ser feitas apenas para o companheiro que esteve mais tempo com ela no pós-parto. Tendo apenas companheiro(s) na gestação, as perguntas deverão ser direcionadas para o companheiro que esteve mais tempo com ela durante a gestação. No caso de gestantes que tiveram um único companheiro na gestação e no pós-parto, as questões deverão ser referenciadas a este.

"Nos últimos 12 meses..."			
... Ele usa tranqüilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan, Lorax, Diazepan, ou outros?	**1.** Sim	**0.** Não	**314.**|___|
... Ele usa cola de sapateiro, cheiro da loló ou lança perfume?	**1.** Sim	**0.** Não	**315.**|___|
... Ele usa maconha?	**1.** Sim	**0.** Não	**316.**|___|
... Ele usa cocaína?	**1.** Sim	**0.** Não	**317.**|___|
... Ele usa outros tipos de drogas? Quais? _____	**1.** Sim	**0.** Não	**318.**|___|

Caso a respondente <u>não</u> tenha relatado uso de drogas pelo companheiro, pule próxima questão

As pessoas se preocupam com o uso de drogas (ou tranqüilizantes) por ele, e/ou sugerem que ele pare de usá-las?	**1.** Sim	**0.** Não	**319.**|___|

XI. Módulo: Auto-Estima

"Agora eu gostaria de conversar um pouquinho sobre o que você acha de você mesma. Eu vou dizer algumas frases sobre você, e você responde se concorda ou não, conforme as opções de resposta desse cartão".

Instruções para preenchimento:
Para cada uma das questões a seguir temos 4 opções de resposta (ver abaixo). Entregue o cartão de opções para a respondente e leia as perguntas. As alternativas de resposta devem ser lidas apenas após a primeira pergunta. Marque o número correspondente à resposta da entrevistada:
1. Concordo. 2. Concordo Totalmente 3. Discordo 4. Discordo Totalmente

No Conjunto, você está satisfeita consigo mesma.	**320.**|___|
Às vezes, você acha que não presta para nada.	**321.**|___|
Você sente que não tem várias boas qualidades.	**322.**|___|
Você é capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	**323.**|___|
Você sente que não tem muito do que se orgulhar.	**324.**|___|
Você, com certeza, se sente inútil às vezes.	**325.**|___|
Você sente que é uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas	**326.**|___|
Você gostaria de poder ter mais respeito por si mesma.	**327.**|___|
No geral, você está inclinada a sentir que é um fracasso.	**328.**|___|
Você tem uma atitude positiva em relação a si mesma.	**329.**|___|

XII. Apoio Social

"As próximas perguntas são sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda...".

Instruções para preenchimento:
Para cada uma das questões a seguir temos 5 opções de resposta (ver abaixo). Entregue o cartão de opções para a respondente e leia as perguntas. As alternativas de resposta devem ser lidas apenas após a primeira pergunta. Marque o número correspondente à resposta da entrevistada
0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre

Com que freqüência você conta com alguém que a ajude se ficar de cama?	**330.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém para lhe ouvir quando você precisa conversar?	**331.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém para lhe dar bons conselhos em situações de crise?	**332.**|___|
Se você precisar, com que freqüência você conta com alguém para levá-la ao médico?	**333.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?	**334.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém para se divertir junto?	**335.**|___|
Se você precisar, com que freqüência você conta com alguém para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?	**336.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém em quem confiar para falar de você ou sobre seus problemas?	**337.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém que lhe dê um abraço?	**338.**|___|
Se você precisar, com que freqüência você conta com alguém com quem relaxar?	**339.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	**340.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém de quem você, realmente, quer conselhos?	**341.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém com quem distrair a cabeça?	**342.**|___|
Se você precisar, com que freqüência você conta com alguém para ajudá-la nas tarefas diárias se você ficar doente?	**343.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	**344.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	**345.**|___|
Se você precisar, com que freqüência você conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?	**346.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém que compreenda seus problemas?	**347.**|___|
Com que freqüência você conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querida?	**348.**|___|

XIII. Situação Sócio-Econômica

"Agora, gostaria de saber um pouco sobre sua casa...".

Quem é a pessoa de maior renda na sua casa? **Se a 1 ou 2, vá à questão 339** **1.** A própria **2**. O companheiro **3.** Outra	**349.**|___|
Qual o seu parentesco com ela? **Anotar para posterior preenchimento do campo (pelo supervisor)** _____	**350.**|___|___|
(Nome da pessoa de maior renda) já freqüentou ou freqüenta a escola? Qual foi a última série que ele completou? **00.** Não estuda ou estudou **30.** Terceiro grau incompleto ou mais	**351.** |___| |___| (grau) (série)
Durante a sua infância e adolescência quem era a pessoa de maior renda na sua casa? **1.** Mãe **2.** Pai **3.** Outro: _____	**352.** |___|
Qual era a escolaridade dele(a)? **Refere-se à pessoa escolhida na opção anterior** **00.** Não estuda ou estudou **30.** Terceiro grau incompleto ou mais	**353.** |___| |___| (grau) (série)
Quantas pessoas ao todo vivem em sua casa? **Incluir a criança alvo**	**354.**|___|___|

Quantos cômodos tem sua casa, incluindo cozinha e banheiro e sem contar com varanda ou área? **Fale para a mãe não considerar aqueles de uso comum a outras famílias**	**355.**|___|___|
De que material é feita a maior parte do chão de sua casa? **Leia as alternativas** **1.** Cimento **2.** Madeira tratada/tacos **3.** Madeira bruta **4.** Cerâmica/Ladrilho **5.** Barro/Terra/ Areia **6.** Outros	**356.**|___|
Aonde você joga o lixo? **Leia as alternativas** **1.** Caçamba **2.** Local aberto ou terreno baldio **3.** Recolhimento em casa **4.** Outros	**357.**|___|
Para onde vai o esgoto de sua casa? **Leia as alternativas** **1.** Rede geral de esgoto **2.** Fossa **3.** Vala aberta **4.** Outros	**358.**|___|

"Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre alguns bens e utensílios que as pessoas têm em casa. Quantos desses você tem?"

Automóvel	**359.**|___|
Televisor em cores	**360.**|___|
Banheiro	**361.**|___|
Rádio (excluindo do carro)	**362.**|___|
Máquinas de lavar roupa	**363.**|___|
Videocassete/ DVD	**364.**|___|
Aspirador de pó	**365.**|___|
Geladeira	**366.**|___|
Freezer (ou geladeira duplex)	**367.**|___|
Empregada (mensalista)	**368.**|___|

"Muito obrigado!!!"

Para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista

A cooperação da entrevistada foi: **1.** Excelente **2.** Muito boa **3.** Boa **4.** Razoável **5.** Fraca	**369.**|___|

ANEXO D - Parecer dos comitês de ética em pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2587-7303 / 2284-8249
FAX: 55-021-2264-1142

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo de pesquisa "Violência entre parceiros íntimos durante a gestação e pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?", desenvolvido por Alessandra Silva Dias de Oliveira, nº de registro 21/2006, submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), foi aprovado na data de hoje, após atendimento das exigências levantadas na reunião realizada de 22 de novembro de 2006.

Rio de Janeiro, 1º de dezembro de 2006

MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

PREFEITURA

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 07A/2007 Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2007.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 143/06

TÍTULO: Violência entre parceiros íntimos durante a gestação e pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Alessandra Silva Dias de Oliveira.

UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Centro Municipal de Saúde Ariadne Lopes de Menezes, Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão e Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau.

DATA DA APRECIAÇÃO: 18/02/2007.

PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96).*

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO E - Lista de instituições que prestam auxílio a mulheres vítimas de violência conjugal

1. CIAM - CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO À MULHER
   Rua Regente Feijó, 15 - Centro - Rio de Janeiro
   Tel: 2299-2122

2. NIAM - NÚCLEO INTEGRADO
   - Campos - Tel. (22) 2735-3925
   - Macaé - Rua Manoel Guilherme Toboada, nº 58 - Centro
   - Nova Iguaçu - Tel. (21) 2667-1278
   - Nova Friburgo - Tel (22) 2522-5278/ 2522-9000
   - Petrópolis - Tel. (24) 2246-8744/ 2246-8745

3. SOS MULHER-HOSPITAL PEDRO II
   Rua do Prado, nº 325 - Santa Cruz - Rio de Janeiro
   Tel: 3395-0123

4. CASA DA MULHER BERTHA LUTZ
   Rua Grandes Lojas, 107 Bom Retiro - Volta Redonda
   Tel: (24) 3345-4444

5. DEAM - DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO Á MULHER
   - Belford Roxo - Av. Retiro da Imprensa,800
     Tel: (21) 3399-3530/ 3980
   - Campo Grande- - Rua Maria Tereza, 8 - Rio de Janeiro
     Tel: (21) 3399-5710/5711/5712
   - Caxias - Rua Tenente José Dias, 344- Centro
     Tel: (21) 3399-3708/3710
   - Centro - Rua Visconde do Rio Branco, 12 - Rio de Janeiro
     Tel: 3399-3370/3371/3372/3374/3376
   - Jacarepaguá - Rua Henriqueta, 197-Tanque - Rio de Janeiro
     Tel: (21) 3399-7580
   - Niterói - Av. Amaral Peixoto,577-Centro
     Tel: (21) 3399-3700/ 3701/ 3703/ 3798
   - Nova Iguaçu - Rua Joaquim Sepa,180 Marco 2,
     Tel: (21) 3399-3720/3721
   - São Gonçalo - Av. Dezoito do Forte,578, Mutua
     Tel: (21) 3399-3730/3733
   - Volta Redonda - Rua General Nilton Fontoura, 540, Jardim Paraíba
     Tel. (24) 3337-9178/ 33470501

6. Disque Mulher Baixada - São João de Meriti
Tel: (21)2751-5825

7. Disque Defesa Mulher
Tel: (21) 2553-1177

8. Disque Racismo
Tel: (21) 3399-1300

9. Disque Mulher
Tel: (21) 2299-2121

10. Disque Mulher Nova Friburgo
Tel: (22) 2523-2706

11. CENTRO DE DEFESA DA VIDA (CD Vida)
Duque de Caxias - Tel: (21) 3774-3993

12. INSTITUTO DA MULHER FERNANDO MAGALHÃES
Atendimento a Violência Sexual
Rua General José Cristino, 87
São Cristóvão - Rio de Janeiro
Tel: (21) 2580-1132/ 8343