

Claudia Leite Moraes^I

Flávia Dias Nogueira Arana^{II}

Michael Eduardo Reichenheim^I

Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal

Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a violência física entre parceiros íntimos durante a gestação como fator de risco independente para a má qualidade da assistência pré-natal.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado em três maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, RJ. As 528 puérperas incluídas no estudo foram selecionadas em processo de amostragem aleatória simples dentre o conjunto de nascidos vivos a termo em 2000. As informações sobre a assistência pré-natal foram obtidas a partir do cartão da gestante e por meio de entrevistas face a face. Para a avaliação da qualidade da assistência pré-natal utilizou-se o índice de Kotelchuck. Para a identificação das situações de violência, foi utilizada a versão brasileira do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales*. Utilizou-se a regressão logística não condicional para avaliar o efeito da exposição, após controle de variáveis de confusão.

RESULTADOS: Mesmo após o ajuste por variáveis socioeconômicas, demográficas, reprodutivas e relativas aos hábitos de vida do casal, a violência física entre parceiros íntimos durante a gestação permaneceu associada à má qualidade da assistência pré-natal. Mulheres que relataram ter sido vítimas de abuso físico durante a gestação possuíam 2,2 vezes mais chance de apresentar uma assistência pré-natal inadequada do que as sem história de violência física.

CONCLUSÕES: Os resultados indicam a necessidade do rastreamento de situações de conflito familiar desde o início do pré-natal visando o seu enfrentamento e uma maior adesão das gestantes vitimizadas ao acompanhamento.

DESCRITORES: Gravidez. Mulheres Maltratadas. Maus-Tratos Conjugais. Violência contra a Mulher. Cuidado Pré-Natal. Violência Doméstica.

^I Departamento de Epidemiologia. Instituto de Medicina Social (IMS). Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IMS-UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Claudia Leite Moraes
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Medicina Social
R. São Francisco Xavier, 524
7º andar - Maracanã
20550-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: clmoraes@ims.uerj.br

Recebido: 18/5/2009

Aprovado: 8/2/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate physical intimate partner violence during gestation as an independent risk factor for low quality of prenatal care.

METHODS: A cross-sectional study was carried out at three public maternity wards of the municipality of Rio de Janeiro (Southeastern Brazil). The 528 puerperal women included in the study were selected by simple random sampling from all babies born at term in 2000. Prenatal care information was collected through the pregnant woman's card and face-to-face interviews. The Kotelchuck index was employed to assess the quality of prenatal care. In order to identify violence situations, the Brazilian version of the instrument Revised Conflict Tactics Scales was used. Non-conditional logistic regression was used to assess the effect of exposure, after controlling for confounding variables.

RESULTS: Even after adjustment for socioeconomic, demographic, reproductive, and couple's lifestyle variables, physical intimate partner violence during gestation remained associated with low quality of prenatal care. Women exposed to physical violence during gestation had 2.2 times more chance of presenting inadequate prenatal care compared to those without history of physical violence.

CONCLUSIONS: These findings point to the need of identifying family conflict situations since the beginning of prenatal care in order to address the issue and enable higher adherence to follow-up among victimized pregnant women.

DESCRIPTORS: Pregnancy. Battered Women. Spouse Abuse. Violence Against Women. Prenatal Care. Domestic Violence.

INTRODUÇÃO

A atenção materno-infantil é prioridade para os serviços de saúde, sobretudo os cuidados no decorrer da gestação. Durante a assistência pré-natal é possível realizar ações de promoção de saúde e prevenção, além de acompanhar e tratar condições que possam levar a desfechos adversos para a gestante e seu conceito. Assim, o monitoramento da qualidade do cuidado pré-natal é fundamental para o diagnóstico situacional e planejamento de políticas de saúde.^a

No Brasil, pesquisas indicam que a qualidade da assistência pré-natal apresenta grandes variações entre as regiões do País.²⁰ Essa variação é explicada tanto pelos diferentes níveis de qualidade dos serviços quanto pela heterogeneidade dos indicadores utilizados na avaliação. Embora a cobertura dos serviços tenha melhorado nos últimos anos, chegando a 99% em alguns municípios, e a média de consultas tenha aumentado em várias cidades, muitas gestantes iniciam o pré-natal após o primeiro trimestre de gravidez, têm menos consultas pré-natais do que o recomendado e não têm garantidos os exames complementares de rotina.^{3,28} Visando à melhoria da qualidade da assistência pré-natal, estudos têm buscado identificar fatores

associados à qualidade da assistência. Entretanto, a maioria deles se restringe à exploração do papel do perfil socioeconômico e demográfico das gestantes e/ou das características dos serviços de saúde. Tais pesquisas têm sugerido que a qualidade da assistência pré-natal é pior entre gestantes solteiras, adolescentes, com maior número de filhos, de baixa escolaridade, com menor renda e pertencentes a minorias étnicas.^{7,18} A fragmentação do cuidado, ou seja, a realização de consultas por diferentes profissionais, também tem sido associada à má qualidade do pré-natal.¹⁴

Aspectos psicossociais da gestante são pouco abordados na investigação sobre os determinantes do acompanhamento pré-natal. Apenas recentemente, estudos internacionais têm ampliado os modelos de compreensão dos fatores relacionados ao acesso e à qualidade da adesão da mulher aos serviços, incluindo o ambiente familiar hostil como potencial obstáculo ao cuidado durante a gestação; alguns deles sugeriram que mulheres vítimas de violência familiar utilizavam menos os serviços de saúde e a busca pela assistência pré-natal era tardia.^{1,8,15,25}

^a Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. 2.ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2005.

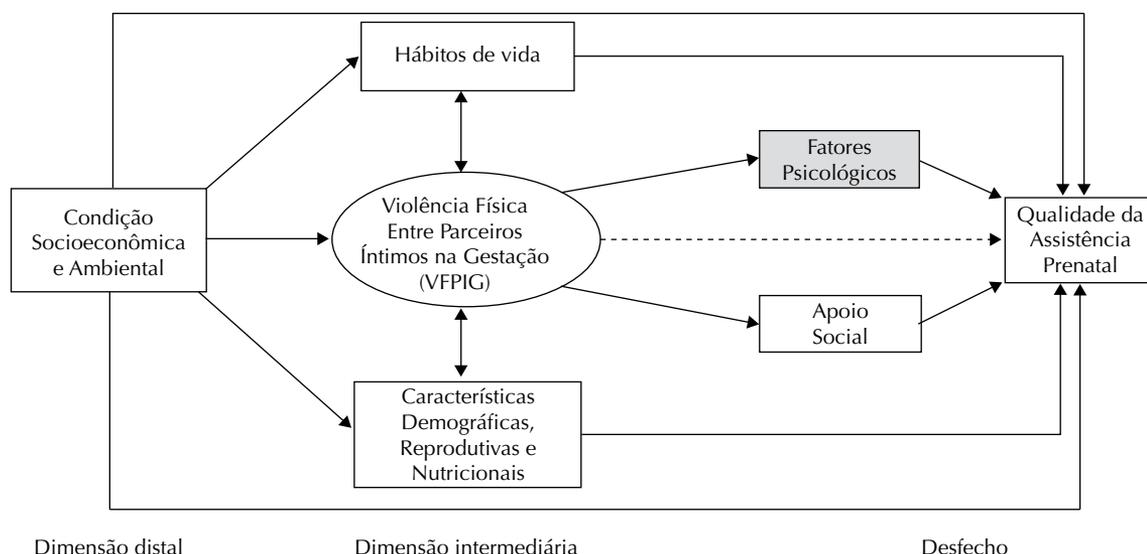


Figura. Modelo teórico-conceitual das possíveis relações entre violência física entre parceiros íntimos durante a gestação com qualidade da assistência pré-natal. Rio de Janeiro, RJ, 2000.

Contudo, essa lacuna no conhecimento do processo persiste, considerando que as pesquisas existentes são, predominantemente, conduzidas em países desenvolvidos e exploram o tema de maneira ainda insuficiente. A maioria dos estudos utiliza métodos pouco apropriados para a identificação da violência durante a gestação e não realiza uma apreciação do efeito da violência por parceiro íntimo condicional aos possíveis fatores de confusão.

Considerando as várias dimensões envolvidas com a qualidade da assistência pré-natal, o presente estudo teve por objetivo avaliar a violência física entre parceiros íntimos durante a gestação (VFPIG) como fator de risco independente para a má qualidade da assistência pré-natal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que utilizou apenas os controles de um estudo caso-controle sobre o papel da violência familiar durante a gestação na ocorrência de prematuridade do recém-nascido.^b Dessa forma, o perfil da amostra é semelhante ao da população de gestantes atendidas nos serviços públicos de saúde da cidade do Rio de Janeiro, RJ. A população estudada foi constituída por amostragem aleatória simples dentre as puérperas que deram luz a fetos vivos, a termo, em três maternidades públicas do Rio de Janeiro no ano de 2000 e que relataram algum relacionamento amoroso que tenha durado um mês ou mais durante a gestação. Foram excluídas as mulheres com diabetes

gestacional, doença hipertensiva específica da gravidez, gestação múltipla e que tenham dado luz a crianças com má-formação e infecções congênicas.

O estudo se baseia em modelo teórico-conceitual composto por algumas das dimensões mais frequentemente investigadas em pesquisas sobre violência familiar durante a gestação e suas conseqüências para saúde materno-infantil (Figura). Segundo o modelo proposto, uma possível via de associação entre exposição e desfecho seria a adoção, pela gestante e seu companheiro, de hábitos de vida prejudiciais a uma gravidez saudável, como uso inadequado do álcool, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Outra possibilidade seria que o ambiente familiar hostil e estressante gerado pela violência levasse a mulher a deixar a gestação e os cuidados com a própria saúde em segundo plano. Ou então que um apoio social reduzido – comum entre vítimas de violência – poderia dificultar seu acesso aos serviços de pré-natal, uma vez que a gestante não teria com quem deixar outros filhos, com quem conversar ou se informar sobre a importância da assistência pré-natal. Por fim, é possível postular que a vivência de relações íntimas violentas possa influenciar o perfil reprodutivo, aumentando o número de filhos vivos e reduzindo o tempo de intervalo interpartal, dificultando ainda mais a adesão das gestantes aos serviços de saúde. As associações entre VFPIG e as variáveis que compõem as dimensões hábitos de vida e características demográficas, reprodutivas e nutricionais não parecem unidirecionais, sendo importante considerá-las como possíveis fatores de confusão no processo.

^b Moraes CL. Aspectos metodológicos relacionados a um estudo sobre a violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade do recém-nascido [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; 2001.

Os dados sobre assistência pré-natal foram obtidos do cartão de pré-natal da gestante e por um questionário aplicado à puérpera nas primeiras 48 horas de pós-parto, antes da alta hospitalar, por equipe previamente treinada, em entrevistas face a face, em local privado e sem a presença do parceiro.

A qualidade da assistência pré-natal foi avaliada por meio do índice de Kotelchuck,⁶ também denominado *Adequacy of Prenatal Care Utilization (APNCU) Index*, adaptado para uso no Brasil.⁷ Tal índice considera o momento do início do acompanhamento e o número de consultas realizadas. Essas duas dimensões foram analisadas de forma independente: informam os graus de adequação do momento de início dos cuidados e dos serviços recebidos. Em relação ao início dos cuidados, os meses foram divididos em quatro grupos: um e dois, três e quatro, cinco e seis, e sete a nove. A adequação dos serviços recebidos se baseou na análise do número de consultas realizadas durante o pré-natal, conforme a American College of Obstetricians and Gynecologists para gestações não complicadas, ajustado para a idade gestacional de início dos cuidados e para a idade gestacional ao nascimento. A medida é uma razão entre o número de visitas realizadas e o número de visitas esperadas: quando a razão é < 50%, considera-se o número de consultas inadequado; entre 50% e 79%, intermediário; entre 80% e 109%, adequado; e ≥ 110%, muito adequado. Segundo o índice de Kotelchuck, a assistência pré-natal como um todo é considerada inadequada quando o início do acompanhamento for posterior ao quarto mês de gestação ou quando o número de consultas pré-natais for inadequado. A proposta nacional acrescenta uma categoria às quatro (inadequada, intermediária, adequada e muito adequada) do índice original para abranger as gestantes que não realizaram pré-natal.

Devido ao número insuficiente de mulheres em algumas categorias da proposta de classificação original, utilizou-se a variável índice de Kotelchuck de forma binária. Mulheres classificadas originalmente como pré-natal adequado ou muito adequado foram reclassificadas como “assistência de pré-natal adequada”, e as categorias ausência de pré-natal, qualidade inadequada e qualidade intermediária foram unidas em “qualidade inadequada do pré-natal”. Em suma, em crianças a termo, esse grupo compreende as mulheres que não realizaram o pré-natal, as que o iniciaram após o quarto mês de gestação e as que tiveram menos de 6, 7, 8 e 9 consultas em gestações de 37, 38, 39 e 40 semanas, respectivamente.

A VFPIG foi avaliada utilizando-se a *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*,²³ previamente adaptadas e validadas para uso no Brasil.^{10,11,16} Foram consideradas

vítimas as mulheres que referiram ter sofrido pelo menos um dos 12 atos de violência física da escala durante o período da gestação.

A dimensão socioeconômica foi expressa pela escolaridade da mulher e renda *per capita* da família. A dimensão de hábitos de vida foi representada pelas variáveis tabagismo e uso de álcool pela mulher e de drogas ilícitas pelo casal. Foram considerados casos de uso inadequado as mulheres que tiveram duas ou mais respostas positivas ao instrumento *Tolerance–Worry–Eye-opener–Amnesia–Cut-down (Tweak)*,¹⁹ previamente adaptado e validado para uso no Brasil.¹² Para identificação do uso de drogas, utilizou-se o *Non-Student Drug Use Questionnaire (NSDUQ – versão em português)*, respectivamente.⁶ Os casais que haviam feito uso de pelo menos uma droga ilícita foram considerados positivos.

As dimensões demográficas e reprodutivas da gestante foram representadas pela idade, situação conjugal, ocupação (atividade remunerada ao longo da gestação), cor da pele auto-referida, número de crianças menores de cinco anos no domicílio e história pregressa de agravos perinatais (história prévia de abortamento, feto morto, prematuridade ou baixo peso).

Segundo a literatura, as mulheres negras e pardas são mais vulneráveis à violência entre parceiros íntimos, provavelmente porque em países em desenvolvimento a variável “cor de pele” pode ser compreendida como *proxy* de situação socioeconômica. Assim, testamos essa variável juntando negras e pardas num único grupo e como categorias isoladas. Uma vez que a variável que considerava as negras separadamente foi mais eficiente para discriminar mulheres que tinham realizado acompanhamento pré-natal adequado e inadequado, optamos por essa forma de operacionalização da variável.

O nível de apoio social percebido pela gestante foi avaliado por meio da versão em português do instrumento elaborado para o *Medical Outcome Study (MOS)*,²¹ composto por cinco subescalas: apoio material, afetivo, emocional, apoio para informação e para interação social positiva. O escore total foi dividido em quintis, agrupados em: do primeiro ao quarto quintil (apoio social ausente) e o quinto quintil (apoio social presente). A satisfação paterna com a gestação foi avaliada pela pergunta, elaborada especificamente para a pesquisa: “o seu companheiro ficou satisfeito quando soube que você estava grávida?”.

Inicialmente, foram realizadas regressões logísticas bivariadas visando identificar interações entre as variáveis independentes e a VFPIG, selecionando-se aquelas que obtiveram valor de $p \leq 0,25$ para a análise

multivariada. As variáveis selecionadas foram testadas gradualmente, com base no modelo teórico-conceitual, introduzindo-se primeiramente as que representavam as dimensões mais distais ao desfecho. Foram selecionadas aquelas cujos níveis de significância foram $\leq 5\%$ e/ou as que modificaram em pelo menos 10% o *odds ratio* da exposição VFPIG.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Processo nº 23412/1999, aprovado em fevereiro de 2000). Todas as participantes receberam informações sobre as instituições de apoio às famílias vítimas de violência e foram encorajadas a procurá-las caso sentissem necessidade.

RESULTADOS

Cerca de 20% das mulheres referiu ter sido vítima de pelo menos um ato de violência física perpetrada pelo parceiro íntimo durante a gravidez. Quase dois terços das mulheres (71,3%; n = 352) teve assistência pré-natal aquém da desejada: 14 (4,0%) não realizaram o pré-natal, 39 (11,1%) iniciaram o pré-natal após o quarto mês de gestação, 240 (68,2%) realizaram menos de 80% do número esperado de consultas para a idade gestacional de finalização da gestação, e 59 (16,7%) iniciaram o pré-natal tardiamente e tiveram número menor de consultas (Tabela 1).

Quanto às características sociodemográficas da população de estudo, 30% era de adolescentes, a maioria não se auto-referia como negra, tinha o primeiro grau incompleto, co-habitava com o pai do recém-nascido durante a gestação, não co-habitava com outras crianças menores de cinco anos e não trabalhou durante a gestação. A maior parte não referiu o apoio paterno à gestação, tampouco de uma rede social mais ampla. A renda familiar média foi baixa, um pouco mais do que 1 salário mínimo à época da pesquisa (R\$ 238,5; DP = 235,2).

A VFPIG esteve associada à qualidade da assistência pré-natal na análise univariada (Tabela 2). A análise exploratória inicial indicou que algumas características demográficas, reprodutivas, de hábitos de vida e socioeconômicas maternas deveriam ser testadas como possíveis fatores de confusão, por se mostrarem associadas à inadequação da assistência pré-natal e estarem relacionadas à ocorrência de violência familiar. A variável renda *per capita* também mostrou associação estatisticamente significativa com a má qualidade do pré-natal ($p = 0,007$).

Não foram encontradas interações significativas entre as variáveis de interesse e a ocorrência de violência física perpetrada pelo companheiro. Na avaliação da linearidade das variáveis ordinais, a variável “abuso de

álcool pela gestante” apresentou uma relação não linear com a qualidade da assistência pré-natal. As categorias do escore Tweak foram avaliadas separadamente e observou-se que, quanto maior o escore (abuso grave e dependência), pior foi a qualidade da assistência pré-natal. Entretanto, as mulheres que fazem “uso social” do álcool (escore igual a dois) apresentaram menor prevalência de pré-natal inadequado do que as abstêmias e/ou as que ingeriam bebidas alcoólicas ocasionalmente (escore igual a 0 ou 1). A análise multivariada (Tabela 3) mostra a ocorrência de VFPIG como um significativo fator de risco para um pré-natal insatisfatório, pois as mulheres submetidas a essa forma de violência tiveram 2,2 vezes mais chance de apresentar uma assistência pré-natal inadequada do que aquelas

Tabela 1. Características da população de estudo quanto a exposição, desfecho e aspectos sociodemográficos. Rio de Janeiro, RJ, 2000.

Variável	n	%	IC 95%
Violência física entre parceiros íntimos durante a gestação			
Sim	96	18,2	14,9;21,5
Não	431	81,8	78,5;85,1
Assistência pré-natal inadequada			
Sim	352	71,3	67,3;75,3
Não	142	28,7	24,7;32,7
Idade materna			
Adolescente	165	31,2	27,3;35,4
Adulta	363	68,8	64,6;72,7
Cor auto-referida			
Negra	59	11,2	8,7;14,2
Outras	467	88,8	85,8;91,4
Anos de estudo da gestante			
Até 7	307	58,1	53,8;62,4
8 ou mais	221	41,9	37,6;46,2
Mora com o pai do recém-nascido			
Sim	406	76,9	73,1;80,4
Não	122	23,1	19,6;26,9
Nº de crianças < 5 anos no domicílio			
Nenhuma	339	64,2	60,1;68,3
Uma ou mais	189	35,8	31,7;39,9
Trabalho durante a gestação			
Sim	226	42,8	38,5;47,1
Não	302	57,2	52,9;61,5
Satisfação paterna com a gestação			
Sim	246	46,6	42,3;50,9
Não	282	53,4	49,1;57,7
Falta de apoio social			
Sim	423	80,1	76,7;83,5
Não	105	19,9	16,5;23,3

Tabela 2. Análise univariada entre qualidade da assistência pré-natal com as variáveis do modelo teórico. Rio de Janeiro, RJ, 2000.

Variável	Assistência pré-natal adequada			Assistência pré-natal inadequada			p
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Violência física entre parceiros íntimos durante a gestação							
Sim	14	16,3	8,3;24,2	72	83,7	75,8;91,7	0,00
Não	128	31,4	26,9;36,0	279	68,6	64,0;73,1	
Anos de estudo da gestante							
Até 7	69	24,0	19,1;29,0	218	76,0	71,0;80,9	0,01
8 ou mais	73	35,3	28,7;41,8	134	64,7	58,2;71,3	
Idade materna							
Adolescente	40	26,5	19,4;33,6	111	73,5	66,4;80,6	0,46
Adulta	102	29,7	24,9;34,6	241	70,3	65,4;75,1	
Origem étnica da mãe							
Negra	11	20,4	9,3;31,5	43	79,6	68,5;90,7	0,15
Outras	131	29,8	25,5;34,1	308	70,2	65,9;74,5	
Mora com o pai do recém-nascido							
Sim	120	31,3	26,6;35,9	264	68,7	64,1;73,4	0,02
Não	22	20,0	12,4;27,6	88	80,0	72,4;87,6	
Nº de crianças < 5 anos no domicílio							
Nenhuma	102	31,8	26,7;37,0	219	68,2	63,1;73,3	0,04
Uma ou mais	40	23,1	16,8;29,5	133	76,9	70,5;83,2	
Trabalho materno na gestação							
Sim	68	31,8	25,5;38,1	146	68,2	61,9;74,5	0,19
Não	74	26,4	21,2;31,6	206	73,6	68,4;78,8	
História prévia de agravos perinatais							
Sim	56	34,4	27,0;41,7	107	65,6	58,3;73,0	0,05
Não	86	26,0	21,2;30,7	245	74,0	69,3;78,8	
Tabagismo materno durante a gestação							
Sim	15	15,2	8,0;22,3	842	84,8	77,7;92,0	0,00
Não	127	32,2	27,6;36,9	67	67,8	63,1;72,4	
Suspeição de uso inadequado de álcool pela gestante							
Tweak = 0 / 1	101	28,9	24,1;33,6	249	71,1	66,4;75,9	0,01
Tweak = 2	16	50,0	31,7;68,3	16	50,0	31,7;68,3	
Tweak = 3 / 4	17	27,0	15,7;38,3	46	73,0	61,7;84,3	
Tweak = 5 / 6 / 7	5	13,5	2,0;25,1	32	86,5	74,9;98,0	
Uso de drogas ilícitas pelo casal							
Sim	10	17,0	7,1;26,8	49	83,1	73,2;92,9	0,03
Não	132	30,3	26,0;34,7	303	69,7	65,3;74,0	
Falta de apoio social							
Sim	106	27,0	22,6;31,4	287	73,0	68,6;77,4	0,09
Não	36	35,6	26,1;45,1	65	64,4	54,9;73,9	
Satisfação paterna com a gestação							
Sim	75	32,3	26,3;38,4	157	67,7	61,6;73,7	0,10
Não	67	25,6	20,3;30,9	195	74,4	69,1;79,7	

Tweak: *Tolerance–Worry–Eye-opener–Amnesia–Cut-down*

não envolvidas com o problema. Segundo o modelo final, a VFPIG aumentou a chance de as gestantes terem uma assistência pré-natal de má qualidade, independentemente do nível de escolaridade materna,

renda *per capita*, situação conjugal, história prévia de agravos perinatais, relato de tabagismo e suspeita de uso inadequado de álcool durante a gravidez, e satisfação paterna com a gestação.

Tabela 3. Resultados da análise multivariada utilizada para a avaliação do papel da violência física por parceiro íntimo na gestação como fator de risco para má qualidade da assistência pré-natal. Rio de Janeiro, RJ, 2000.

Variável	OR	IC 95%	p
Violência física entre parceiros íntimos durante a gestação			
Não	1		
Sim	2,20	1,10;4,40	0,03
Anos de estudo da gestante			
Até 7	1		
8 ou mais	0,65	0,42;1,01	0,05
Renda <i>per capita</i>	0,99	0,69;2,57	0,14
Mora com o pai do recém-nascido			
Sim	1		
Não	1,65	0,91;3,00	0,10
História prévia de agravos perinatais			
Não	1		
Sim	0,64	0,40;1,01	0,05
Tabagismo durante a gestação			
Não	1		
Sim	2,51	1,29;4,89	0,01
Uso inadequado de álcool pela gestante			
Tweak = 0 / 1	3,73	1,57;8,86	0,00
Tweak = 2	13,18	1,16;8,68	-
Tweak = 3 / 4	7,02	1,83;26,98	0,02
Tweak = 5 / 6 / 7	1		0,00
Satisfação paterna com a gestação			
Sim	1		
Não	1,57	1,01;2,45	0,04

Tweak: *Tolerance–Worry–Eye-opener–Amnesia–Cut-down*

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo corroboram os de outras pesquisas realizadas em países desenvolvidos,²⁵⁻²⁷ em que gestantes vítimas de violência íntima durante a gestação apresentaram maior chance de ter uma assistência pré-natal insatisfatória em relação aos padrões estabelecidos pelas instituições ligadas à saúde da mulher e da criança. Ter sido vítima de pelo menos um ato de violência física perpetrada pelo companheiro durante a gestação mais que dobra a chance de um pré-natal de pior qualidade.

Esses achados reforçam a importância de se estabelecerem formas de inclusão precoce das gestantes nos serviços de atenção pré-natal para cuidado integral e sistemático. Os cuidados não devem ficar restritos a procedimentos e exames complementares tradicionalmente associados à gestação, por serem instrumentos diagnósticos de patologias típicas desse ciclo de vida. A assistência deve abranger a saúde da gestante de

forma integral, incluindo os aspectos psicossociais. Os profissionais de saúde devem estar aptos a lidar com a ocorrência de violência conjugal e intervir de maneira apropriada. O contato freqüente e contínuo propiciado durante o pré-natal favorece o estabelecimento de uma relação de confiança e a discussão de assuntos considerados constrangedores, como é o caso da violência.

Considerando que a violência raramente se inicia durante a gestação, já que com freqüência se configura um padrão regular e sistemático de relacionamento do casal, é fundamental que o tema seja abordado desde a primeira consulta nos serviços de saúde, buscando-se identificar as famílias que vivenciaram conflitos conjugais, mesmo antes da atual gestação. Da mesma forma, identificar situações de violência deveria fazer parte da rotina de internação e atendimentos das maternidades, especialmente quanto às gestantes que iniciaram tardiamente e/ou tiveram um número reduzido de consultas pré-natais.

As mulheres que sofrem abusos físicos durante a gestação merecem atenção especial nos serviços de saúde. Além de suas características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas e relativas aos hábitos de vida, que, por si só, aumentam os riscos de complicações, essas mulheres ainda podem apresentar problemas decorrentes da violência, tais como depressão, baixa auto-estima, sangramentos vaginais freqüentes, ameaça de trabalho de parto prematuro, dentre outros.

A alta prevalência de violência durante a gestação (20%) indica a importância de o tema ser incorporado à rotina dos serviços de saúde que atendem a mulher.

Em relação às dimensões envolvidas nas relações entre a VFPIG e a má qualidade do pré-natal, de forma geral, os resultados corroboram o modelo teórico conceitual sugerido na Figura. Como apresentado na Tabela 3, a qualidade da atenção à gestante aparece influenciada por fatores de ordem macroestrutural (situação socioeconômica da família); de ordem familiar (situação conjugal e satisfação paterna com a gestação); que refletem o estilo de vida da gestante (tabagismo e consumo de álcool durante a gestação); e por fatores relativos à sua saúde reprodutiva (história anterior de agravos perinatais). Dessa forma, foi necessário o ajuste por essas variáveis ao se estimar o papel da VFPIG na qualidade da assistência pré-natal.

Entretanto, o modelo proposto é uma tentativa de representação gráfica das possíveis relações entre as diferentes dimensões. São necessários estudos epidemiológicos que utilizem modelos de análise mais complexos para elucidar as relações recíprocas entre dimensões, e o papel das variáveis intervenientes no processo.

Apesar de não ser o foco central do artigo, ressaltamos a grande parcela de mulheres que tiveram uma assistência pré-natal insuficiente (71,3%). De certo modo, a baixa

qualidade da assistência pré-natal encontrada era esperada, já que, segundo avaliação anterior realizada por Leal et al⁷ no Rio de Janeiro, entre 1999 e 2001, cerca de 60% das mulheres entrevistadas não haviam realizado pré-natal ou haviam tido a assistência inadequada ou intermediária, segundo o mesmo índice. É possível que a pior situação da assistência pré-natal observada se deva à restrição do domínio desta investigação, já que a amostra estudada foi composta apenas por mulheres que deram à luz em maternidades públicas do município, enquanto o estudo de Leal et al⁷ incluiu as redes pública e privada.

Diante desse quadro, sugere-se priorizar ações de saúde que visem à garantia de acesso e à adesão ao acompanhamento na reorganização da atenção à gestação. Nesse contexto, a ampliação da atenção primária, sobretudo do Programa de Saúde da Família, parece ser uma boa estratégia no Rio de Janeiro, uma vez que o acompanhamento da gestação de baixo risco é uma das prioridades do Programa.

A situação crítica com relação ao cuidado pré-natal ocorre também em outros estados. Entre os artigos nacionais publicados nos últimos dez anos que analisaram o momento do início do pré-natal e o número de consultas realizadas na avaliação da assistência, a prevalência de gestantes com assistência classificada como inadequada e intermediária variou entre 40% e 87%.^{2,3,13,20,22,24}

Dentre os pontos positivos do presente estudo, destacam-se a estratégia de classificação utilizada para avaliação das principais variáveis de interesse, o cuidadoso trabalho de campo e o modelo de análise utilizado. O índice de Kotelchuck, utilizado para avaliar a qualidade do pré-natal, é empregado em diferentes estudos e contextos, o que permite comparação dos nossos achados com os de outras pesquisas. A utilização do índice modificado,⁷ visando à inclusão das gestantes que não realizaram pré-natal, também parece oportuna, na medida em que, infelizmente, essa ainda é uma realidade em nosso País.

A opção por um instrumento para a identificação das situações de VFPIG amplamente utilizado e previamente validado em diferentes contextos,^{5,23} inclusive no Brasil,^{9,10,16} contribuiu para a identificação de várias situações de violência que, de outro modo, poderiam passar despercebidas.

Outro ponto forte do estudo foi o fato de as entrevistas serem realizadas após o nascimento da criança, o que permite que o recordatório sobre as violências sofridas englobasse toda a gestação. A utilização exclusiva de entrevistadoras do sexo feminino, treinadas para a abordagem da violência familiar, e a garantia da privacidade durante a entrevista, possivelmente, também facilitaram a revelação de situações, reforçando a qualidade da informação.

A opção por uma abordagem multivariada no processo de análise de dados orientada por um modelo teórico-conceitual também é um dos pontos positivos da presente pesquisa. O modelo contempla grande parte das dimensões supostamente envolvidas no processo e ainda possibilita a exploração do papel da violência física, considerando importantes fatores de confusão descritos na literatura.

O estudo também apresenta limitações. Uma delas é o tamanho amostral relativamente pequeno, que não permitiu a utilização do índice de Kotelchuck com todas as suas formas de classificação. Como discutido na seção de Métodos, o desfecho foi avaliado de forma binária após o agrupamento de categorias, o que leva a uma avaliação menos detalhada, mas não invalida os resultados encontrados. Outro ponto importante, relacionado ao índice, diz respeito às fontes de informação utilizadas para a sua composição. Algumas das mulheres entrevistadas não traziam consigo o cartão de pré-natal, o que fez com que o mês de gestação do início do pré-natal e o número de consultas realizadas fossem obtidos diretamente com as mães. Tal fato pode ter reduzido a qualidade dessas informações, sobretudo as referentes ao número de consultas pré-natais.

Outro ponto de crítica refere-se à não-incorporação de medidas que considerem aspectos qualitativos e de satisfação da gestante na avaliação da qualidade do pré-natal. Apesar de ser amplamente utilizado, alguns autores^{3,13} criticam o índice de Kotelchuck devido a seus indicadores não serem capazes de revelar as minúcias da qualidade do atendimento prestado. A complementação da avaliação com indicadores de processo possibilitaria uma visão mais abrangente da qualidade da assistência.^{3,13}

Outra questão que merece discussão diz respeito à possibilidade de subestimação das associações encontradas. Alguns autores têm sugerido que a VFPIG está associada à prematuridade, neomortalidade e natimortalidade, agravos aparentemente também associados à má-qualidade do pré-natal.⁴ Como o estudo envolveu apenas pacientes que deram luz a fetos vivos e a termo, é possível que se tenha excluído uma parcela de mulheres com baixa qualidade de pré-natal e com história de VFPIG, o que reduziria a força de associação entre a exposição e o desfecho de interesse. Outra situação que poderia ter reduzido as estimativas encontradas é o viés de memória, decorrente da avaliação retrospectiva da exposição à violência na gestação. Conforme a literatura de referência,¹⁷ a má-classificação não diferencial da exposição dicotoma tende a subestimar as associações do estudo. Dessa forma, é possível que vivenciar a violência na gestação tenha um papel ainda mais importante no retardo da procura e na baixa adesão às consultas pré-natais do que os apresentados no presente estudo.

Concluindo, os resultados encontrados foram consistentes com a hipótese do estudo e corroboraram os achados de investigações anteriores realizadas fora do Brasil. Ainda que exploratório, o presente estudo é pioneiro na busca da compreensão dos complexos mecanismos que conectam a violência entre parceiros íntimos durante a gestação à má qualidade da

assistência pré-natal. É fundamental que se investiguem essas associações em outros contextos e domínios, e que se abarquem outros aspectos envolvidos no processo, entre eles: características dos serviços de saúde, perfil psicológico da gestante e nível de apoio social, especificamente relacionado ao autocuidado materno durante a gravidez.

REFERÊNCIAS

- Chambliss LR. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2008;51(2):385-97. DOI:10.1097/GRF.0b013e31816f29ce
- Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica*. 2003;37(4):456-62. DOI:10.1590/S0034-89102003000400010
- Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(10):717-24. DOI:10.1590/S0034-89102003000400010
- Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2004;5(1):47-64. DOI:10.1177/1524838003259322
- Jones NT, Ji P, Beck M, Beck N. The reliability and validity of the revised Conflict Tactics Scale (CTS2) in a female incarcerated population. *J Fam Issues*. 2002;23(3):441-57. DOI:10.1177/0192513X02023003006
- Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health*. 1994;84(9):1414-20. DOI:10.2105/AJPH.84.9.1414
- Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Supl 1):63-72. DOI:10.1590/S0102-311X2004000700007
- Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *J Psychosom Res*. 2006;61(2):139-51. DOI:10.1016/j.jpsychores.2005.11.006
- Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):163-76. DOI:10.1590/S0102-311X2002000100017
- Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saude Publica*. 2002;18(3):783-96. DOI:10.1590/S0102-311X2002000300027
- Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;79(3):269-77. DOI:10.1016/S0020-7292(02)00250-3
- Moraes CL, Viellas EF, Reichenheim ME. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE, and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol*. 2005;66(2):165-73.
- Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad Saude Publica*. 2006;22(1):173-9. DOI:10.1590/S0102-311X2006000100018
- Petrou S, Kupek E, Vause S, Maresh M. Clinical, provider and sociodemographic determinants of the number of antenatal visits in England and Wales. *Soc Sci Med*. 2001;52(7):1123-34. DOI:10.1016/S0277-9536(00)00212-4
- Quelopana AM, Champion JD, Salazar BC. Health behavior in Mexican pregnant women with a history of violence. *West J Nurs Res*. 2008;30(9):1005-18.
- Reichenheim ME, Klein R, Moraes CL. Assessing the physical violence component of the Revised Conflict Tactics Scales when used in heterosexual couples: an item response theory analysis. *Cad Saude Publica*. 2007;23(1):53-62. DOI:10.1590/S0102-311X2007000100007
- Rothman KJ, Greenland S. Modern epidemiology. 2 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
- Rowe R, Garcia J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *J Public Health Med*. 2003;25(2):113-9. DOI:10.1093/pubmed/fdg025
- Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S, et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994;18(5):1156-61. DOI:10.1111/j.1530-0277.1994.tb00097.x
- Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1281-9. DOI:10.1590/S0102-311X2004000500022
- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14. DOI:10.1016/0277-9536(91)90150-B
- Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publica*. 2001;17(1):131-9. DOI:10.1590/S0102-311X2001000100013

23. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues*. 1996;17(3):283-16. DOI:10.1177/019251396017003001
24. Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16(6):986-92. DOI:10.1590/S0104-11692008000600008
25. Ta V, Hayes D. Racial differences in the association between partner abuse and barriers to prenatal health care among Asian and native Hawaiian/other Pacific Islander women. *Matern Child Health J*. 2010;14(3):350-9. DOI:10.1007/s10995-009-0463-4
26. Taggart L, Mattson S. Delay in prenatal care as a result of battering in pregnancy: cross-cultural implications. *Health Care Women Int*. 1996;17(1):25-34. DOI:10.1080/07399339609516217
27. Thananowan N, Heidrich SM. Intimate partner violence among pregnant Thai women. *Violence Against Women* 2008;14(5):509-27. DOI:10.1177/1077801208315525
28. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(5):293-9. DOI:10.1590/S0100-72032002000500002

Artigo baseado na tese de doutorado de Arana FDN, apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2006.

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.