



ARTIGO ORIGINAL

Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn[☆]

Elaine Fernandes Viellas*, Silvana Granado Nogueira da Gama,
Márcia Lazaro de Carvalho e Liana Wernersbach Pinto

Doutores. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde (DEMQS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Recebido em 14 de março de 2012; aceito em 29 de agosto de 2012

KEYWORDS

Violence against pregnant women;
Teenage pregnancy;
Infant mortality;
Prenatal care

Abstract

Objective: To assess the socioeconomic, demographic, and reproductive factors associated with physical aggression during pregnancy, and the negative outcomes for the newborn in two groups of women: adolescents and young adults.

Method: Cross-sectional study with a sample of 8,961 mothers who were admitted to hospitals of the city of Rio de Janeiro during delivery. To test the hypothesis of homogeneity of proportions, the chi-squared test was used. Odds ratio and confidence intervals were estimated using logistic regression.

Results: 5.0% of the adolescents and 2.5% of the young adult women suffered physical violence during pregnancy. In both groups, the variables associated with physical abuse were lower educational level, lower support from the child's father, and more attempts to interrupt the pregnancy. The increase in alcohol consumption was associated with physical abuse only in the group of adolescents; illicit drug use was only associated with physical abuse in young adults. The children of abused mothers had a two-fold increased chance of neonatal death, and a three-fold increased chance of post-neonatal death. Conversely, good quality prenatal care reduced the chance of physical aggression during pregnancy.

Conclusions: The results emphasize the increased chance of neonatal and post-neonatal mortality among children of victims of physical abuse during pregnancy, and indicate the importance of prenatal care to identify women at higher risk of suffering aggression, the appropriate time to provide measures of protection and care for mother and baby.

© 2013 Sociedade Brasileira de Pediatria. Published by Elsevier Editora Ltda.
All rights reserved.

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.02.013>

[☆]Como citar este artigo: Viellas EF, Gama SG, Carvalho ML, Pinto LW. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. J Pediatr (Rio J). 2013;89:83-90.

*Autor para correspondência.

E-mail: elaine.viellas@gmail.com (E.F. Viellas).

PALAVRAS-CHAVE

Violência contra
mulher grávida;
Gravidez na
adolescência;
Mortalidade infantil;
Assistência pré-natal

Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido**Resumo**

Objetivo: Verificar os fatores socioeconômicos, demográficos e reprodutivos associados à agressão física na gestação e os desfechos negativos para o recém-nascido em dois grupos de mulheres: adolescentes e adultas jovens.

Método: Estudo transversal com uma amostra de 8.961 puérperas que se hospitalizaram em maternidades do município do Rio de Janeiro por ocasião do parto. Para testar hipótese de homogeneidade de proporções foi utilizado o teste χ^2 . A razão de chances e os intervalos de confiança foram estimados através de regressão logística.

Resultados: Foi apontado que 5% das adolescentes e 2,5% das adultas jovens sofreram agressão física na gravidez. Em ambos os grupos, as variáveis associadas com o abuso físico foram: menor nível de escolaridade, menor apoio do pai da criança e maior tentativa de interrupção da gestação. O aumento no consumo de bebida alcoólica mostrou associação com o abuso físico apenas no grupo de adolescentes, e o uso de drogas ilícitas somente entre as adultas jovens. Os filhos das puérperas agredidas tiveram duas vezes mais chances de óbito neonatal, e três vezes mais de óbito pós-neonatal. Por outro lado, a assistência pré-natal de boa qualidade reduziu a chance de agressão física durante a gestação.

Conclusões: Os resultados alertam para o aumento da chance de óbito neonatal e pós-neonatal entre os filhos das vítimas de agressão física durante a gestação e apontam para a importância do pré-natal na identificação de mulheres sob maior risco de episódios violentos, momento oportuno para o desenvolvimento de ações de proteção e cuidado à mãe e ao bebê.

© 2013 Sociedade Brasileira de Pediatria. Publicado por Elsevier Editora Ltda.
Todos os direitos reservados.

Introdução

A violência é um dos principais problemas de saúde pública em todo mundo, e a violência contra a mulher, perpetrada pelo seu parceiro íntimo, assume especial relevância, pois vem sendo referida como uma das principais formas de violência na população.^{1,2}

Mesmo durante a gravidez, a violência entre parceiros íntimos não cessa. Na verdade, a ocorrência dos abusos pode muitas vezes iniciar ou aumentar a frequência no período gestacional.³⁻⁵

Apesar de encontrarem resultados conflitantes, os estudos que versam sobre o tema têm encontrado prevalências em torno de 40%.⁴⁻⁶ Até o momento, como apontam pesquisas realizadas no Brasil, a prevalência de violência entre parceiros íntimos durante a gravidez parece oscilar entre 7 e 34%.⁷⁻⁹ De acordo com estudo realizado por Moraes e Reichenheim,⁷ no ano de 2000, na cidade do Rio de Janeiro, aproximadamente 16% das puérperas usuárias de serviços de saúde pública relataram ter sofrido agressão física ao longo da gravidez.

Dentre os fatores associados à violência física entre parceiros íntimos durante a gestação, além das contusões localizadas, observa-se que as mulheres costumam iniciar o pré-natal mais tardiamente, apresentam baixa autoestima, baixo nível de escolaridade e maior consumo de álcool e outras drogas, acarretando um possível aumento de complicações maternas e fetais. Acredita-se que o estresse permanente, a decepção com o companheiro e a falta de esperança em modificar a situação de violência são os principais

precursores da aquisição ou intensificação destes hábitos de vida.⁸⁻¹¹

Embora se observe que a violência entre parceiros íntimos na gestação seja um fenômeno universal, que atinge todos os grupos sociais, a violência durante este período de vida incide principalmente em mulheres jovens ou adolescentes. Postula-se que estes grupos sejam mais frequentemente vitimados do que as mulheres mais velhas, pois, ao fato de serem mulheres, soma-se a baixa idade, o que representa um fator de vulnerabilidade no enfrentamento da situação à qual estão submetidas.^{4,7,12,13}

Além disso, a violência durante a gestação pode levar a uma situação conflituosa e importante para toda a família, com possíveis repercussões no desenvolvimento da criança. Ferreira,¹⁴ em seu estudo de revisão, destaca que o abuso físico está muito relacionado ao vínculo entre pais e filhos e a questões culturais da educação infantil. Destaca, ainda, a importância do pediatra na identificação das famílias de risco, pela atuação na prevenção dos desfechos negativos para o recém-nascido.

Estudos apontam para uma falha na prevenção de agressão a esses bebês, cuja consequência pode ser a prematuridade, o baixo peso ao nascer, o crescimento intrauterino restrito e até mesmo o óbito perinatal e neonatal.^{5,8,9,15,16}

Neste sentido, o objetivo do presente estudo é identificar os fatores associados à agressão física em dois grupos de gestantes - as adolescentes e as adultas jovens -, e os principais desfechos negativos para o bebê, no município do Rio de Janeiro.

Método

O trabalho faz parte do «Estudo da Morbimortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro», desenvolvido com base em uma amostra de puérperas hospitalizadas em maternidades do município por ocasião do parto, no período de 2000-2001.

Foi feita uma amostra estratificada proporcional, na qual os estabelecimentos de saúde foram agrupados segundo a proporção de baixo peso ao nascer em três estratos: 1- municipais e federais; 2- estaduais, militares, filantrópicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS); 3- privados.

Para o estudo, foi selecionada uma amostra de, aproximadamente, 10% de parturientes do número previsto de partos em todos os hospitais de cada estrato. Por questões logísticas, foram excluídos os estabelecimentos com menos de 200 partos por ano, correspondente a apenas 3,7% do total de nascimentos.

O tamanho da amostra em cada estrato foi estabelecido com o objetivo de comparar proporções em amostras iguais no nível de significância de 5% e detectar diferenças de pelo menos 3%, com poder do teste de 90%, baseando-se na proporção de baixo peso ao nascer.

Os dados foram coletados do prontuário materno e do recém-nascido, além de entrevista estruturada com as mães no pós-parto imediato. Um maior detalhamento sobre a metodologia do projeto pode ser encontrado no estudo sobre morbimortalidade perinatal e publicado por Leal et al.¹⁷

Para o presente artigo foram selecionadas as puérperas com idade entre 10 e 34 anos, com o campo do questionário «*Você alguma vez foi agredida fisicamente durante esta gestação?*» preenchido, e cujo perpetrador tenha sido o pai do bebê. Todas aquelas que sofreram agressão por outro perpetrador ou cujo campo da pergunta estivesse sem qualquer informação foram excluídas da amostra. As puérperas com idade igual ou superior a 35 anos também foram excluídas.

Desta forma, 8.961 puérperas compuseram a amostra, formando dois grupos distintos - um com idade entre 10 e 19 anos (adolescentes); e outro de 20 a 34 anos (adultas jovens). A categorização nessas faixas etárias se deu em função da incidência de violência entre parceiros íntimos durante a gestação ser maior entre adolescentes e jovens.^{4,7,12,13}

Definiu-se como agressão física o uso intencional de força física com potencial para determinar morte, incapacidade, injúria e ferimento, que inclui, mas não está limitado, a arranhões, bofetadas, empurrões, perfurações, chutes, contusões, queimaduras, fraturas ósseas, espancamento, lesões na cabeça, lesões internas, lesões permanentes e uso de arma (revólver, faca ou outro objeto).¹⁸

Para a análise, a variável «resposta» foi categorizada em dois níveis distintos - sofreu ou não agressão física na gestação perpetrada pelo pai do bebê. E para determinar a associação entre agressão física e os possíveis fatores associados, foram selecionadas as variáveis: cor da pele (branca e amarela; preta e parda); escolaridade (em anos de estudo e na forma binária, sendo $\leq 4^{\text{a}}$ série do ensino fundamental (EF) ou $> 4^{\text{a}}$ série EF); trabalho remunerado

(sim ou não); história de tabagismo (fumou ou não durante a gravidez); consumo de álcool (ingestão ou não durante a gravidez); e uso de drogas (sim ou não durante a gravidez). As características psicossociais, como o apoio do pai do bebê em relação à gestação atual, viver com o pai do bebê e tentativa de interrupção da gravidez atual por parte da puérpera, foram todas classificadas em sim ou não.

A assistência pré-natal foi analisada a partir de um escore de adequação de utilização do pré-natal - o índice de Kotelchuck, adaptado por Leal et al.¹⁹ Ele avalia o número de consultas de pré-natal baseado no mês de seu início e na proporção de consultas observadas sobre o número de consultas esperadas, de acordo com a idade gestacional no nascimento. No índice de Kotelchuck modificado, as mulheres que não fizeram pré-natal são identificadas como grupo 1; no grupo 2, o pré-natal é classificado como inadequado; no grupo 3, como intermediário; no grupo 4 é considerado adequado; e no grupo 5, mais que adequado. Em etapa posterior à análise, o escore de adequação foi categorizado de forma binária, unindo os grupos 1 e 2; e os grupos 3, 4 e 5.

Quanto aos recém-nascidos, os desfechos de interesse foram representados pelo baixo peso ao nascer (peso ao nascer < 2.500 g), prematuridade (nascimento < 37 semanas gestacionais), óbito fetal (óbito a partir da 22^a semana completa de gestação e/ou feto com peso ≥ 500 g), óbito neonatal (óbito de recém-nascido com até 28 dias de vida) e óbito pós-neonatal (óbito ocorrido em crianças com mais de 28 dias de vida e com menos de 1 ano de idade).

Para a idade gestacional, foi usada a informação obtida pela ultrassonografia ou pela data da última menstruação. Na ausência de ambas, utilizou-se informação fornecida pela mãe. Os dados sobre mortalidade infantil foram coletados a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade, a partir de um processo de ligação entre o banco de nascidos vivos dessa amostra e os óbitos infantis ocorridos no município do Rio de Janeiro. Foi utilizado o método do relacionamento probabilístico de registros, cujo procedimento completo está descrito por Pereira et al.²⁰ As definições para os óbitos foram as descritas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).²¹

Na segunda etapa, procedimentos estatísticos foram utilizados para buscar explicações entre as diferenças nas proporções da variável «resposta» e as independentes. Inicialmente, testou-se a homogeneidade das proporções através do teste χ^2 , e as variáveis cujo p -valor foi inferior a 0,20 foram incluídas na análise multivariada. Foram estimadas as razões de chances *odds ratio* (OR) brutos e ajustados e os respectivos intervalos de 95% de confiança para as variáveis que permaneceram no modelo. Nessa etapa, valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. A análise estatística foi realizada usando os *softwares* SPSS versão 17.0.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (CAAE 0240.0.031.000-9). A coleta de dados foi feita mediante assinatura, pela mãe ou seu responsável, quando necessário, de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Das 8.961 puérperas, 22% possuíam menos de 19 anos de idade. Cerca de 5% das adolescentes e 2,5% das adultas jovens referiram terem sido vítimas de pelo menos um ato de agressão física perpetrada pelo pai do bebê durante a gravidez.

Observou-se que o maior consumo de bebidas alcólicas e o uso de cigarros e outras drogas durante a gestação se mostraram associados à agressão, tanto para as adolescentes como para as adultas jovens. A falta de apoio percebida pela puérpera durante a gravidez, assim como a vontade de interromper a gestação, também foram fatores associados ao abuso físico (Tabela 1).

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria das puérperas que sofreram agressão física durante a gestação tinha menos de oito anos de estudo. Quanto ao acompanhamento

pré-natal, as puérperas vítimas de agressão física na gestação apresentaram assistência menos adequada. Conforme mostra a Tabela 1, um total de 11,5% das adolescentes e 5,3% das adultas jovens não recebeu qualquer consulta de pré-natal.

No grupo de puérperas adultas jovens, o baixo peso ao nascer e os óbitos neonatal e pós-neonatal mostraram-se associados à agressão física durante a gestação. Por outro lado, entre as adolescentes, apenas a variável “óbito neonatal” foi selecionada para compor a análise multivariada, dentre as variáveis relativas às condições de saúde do recém-nascido estudadas (Tabela 2).

Por meio da análise multivariada (Tabela 3), identificou-se que, entre as gestantes adolescentes, ter menor rendimento escolar, consumir mais bebidas alcólicas durante a gravidez, tentar interromper a gestação e sentir-se menos apoiada pelo pai da criança durante esta fase da vida são

Tabela 1 Características das puérperas adolescentes e adultas jovens atendidas em maternidades do município do Rio de Janeiro e a associação com a agressão física durante a gestação.

Variável	Idade materna							
	≤ 19 anos				20-34 anos			
	Agressão física na gestação				Agressão física na gestação			
	n	Não %	Sim %	p-valor	n	Não %	Sim %	p-valor
<i>Raça/cor da pele</i>								
Branca	822	42,5	32,2		3611	52,4	35,6	
Preta	448	22,5	30,0		1241	17,5	33,3	
Amarela	51	2,6	3,3		154	2,2	2,3	
Parda	636	32,4	34,4	0,21	1942	27,9	28,7	< 0,01
<i>Anos de estudo</i>								
0-3 anos	181	8,9	16,7		598	8,3	19,0	
4-7 anos	960	48,4	60,0		1988	28,2	40,8	
8-10 anos	664	34,4	21,1		1478	21,1	25,3	
11 anos e mais	158	8,3	2,2	< 0,01	2909	42,4	14,9	< 0,01
<i>Trabalho remunerado</i>								
Sim	223	11,4	9,9	0,66	3015	43,3	35,4	0,04
<i>Vive c/o pai do bebê</i>								
Sim	1304	67,3	46,2	< 0,01	6097	87,6	74,3	< 0,01
<i>Apoio do pai do bebê</i>								
Sim	1670	86,3	57,3	< 0,01	6333	91,4	65,1	< 0,01
<i>Tentou interromper a gravidez</i>								
Sim	174	8,2	23,1	< 0,01	309	4,2	14,3	< 0,01
<i>Fumou na gestação</i>								
Sim	214	10,6	17,6	0,04	882	12,5	19,0	0,01
<i>Bebeu na gestação</i>								
Sim	329	15,8	35,2	< 0,01	1327	18,7	29,9	< 0,01
<i>Usou droga na gestação</i>								
Sim	16	0,7	2,2	0,13	27	0,3	4,0	< 0,01
<i>Kotelchuck modificado</i>								
Não fez	93	4,8	11,5		243	3,6	5,3	
Inadequado	724	39,6	37,9		1556	23,0	42,8	
Intermediário	657	35,8	36,8		2072	31,2	30,3	
Adequado	295	16,3	11,5		2173	33,0	17,8	
Mais que adequado	65	3,6	2,3	0,06	604	9,2	3,9	< 0,01

Tabela 2 Perfil das condições de saúde dos recém-nascidos segundo episódio de agressão física durante a gestação de puérperas adolescentes e adultas jovens atendidas em maternidades do município do Rio de Janeiro.

Variável	Idade materna							
	≤ 19 anos				20-34 anos			
	Agressão física na gestação				Agressão física na gestação			
	n	Não %	Sim %	p-valor	n	Não %	Sim %	p-valor
<i>Idade gestacional < 37 sem</i>								
Sim	302	16,2	19,0	0,49	825	12,2	15,3	0,25
<i>Peso ao nascer < 2.500 g</i>								
Sim	214	11,4	7,9	0,30	632	9,1	16,6	< 0,01
<i>Óbito fetal</i>								
Sim	23	1,2	0,0	0,29	67	1,0	0,6	0,60
<i>Óbito neonatal</i>								
Sim	28	1,3	3,3	0,12	60	0,8	2,9	< 0,01
<i>Óbito pós-neonatal</i>								
Sim	13	0,6	1,1	0,60	33	0,4	1,7	0,02

Tabela 3 Análise bruta e ajustada entre as características das puérperas adolescentes e adultas jovens e ocorrência de agressão física durante a gravidez, no município do Rio de Janeiro.

Variável	OR bruto	IC 95%	OR ajustado	IC 95%
<i>Mãe adolescente</i>				
Escolaridade > 4ª série EF	0,52	0,33-0,83	0,56	0,34-0,91
Vive com o pai do bebê	0,42	0,27-0,64	0,63	0,39-1,04
Teve apoio do pai do bebê	0,21	0,14-0,33	0,32	0,19-0,53
Interrupção da gestação	3,37	2,01-5,64	2,03	1,16-3,55
Fumou na gestação	1,81	1,03-3,16	1,08	0,59-2,00
Bebeu na gestação	2,88	1,84-4,51	2,41	1,48-3,93
<i>Mãe adulta jovem</i>				
Cor da pele preta ou parda	1,97	1,44-2,68	1,40	0,99-1,99
Escolaridade > 4ª série EF	0,39	0,28-0,54	0,64	0,43-0,95
Trabalho remunerado	0,72	0,53-0,98	0,88	0,62-1,25
Vive com o pai do bebê	0,41	0,29-0,58	1,04	0,65-1,67
Teve apoio do pai do bebê	0,17	0,13-0,25	0,28	0,18-0,45
Interrupção da gestação	3,83	2,47-5,94	1,85	1,08-3,15
Fumou na gestação	1,64	1,12-2,42	0,71	0,42-1,18
Bebeu na gestação	1,85	1,33-2,58	1,33	0,90-1,98
Usou drogas na gestação	14,22	5,93-34,08	8,06	2,70-24,04
Pré-natal adequado	0,39	0,28-0,54	0,67	0,46-0,97

EF, ensino fundamental; IC, intervalo de confiança; OR, *odds ratio*.

fatores associados ao sofrimento de agressão física durante a gestação.

Para as puérperas adultas jovens, as associações foram semelhantes. No entanto, o consumo de bebida alcoólica perdeu parte da sua significância estatística quando ajustado às demais variáveis do modelo, e o uso de drogas surgiu como fator associado aos casos de agressão física na gravidez.

Quanto aos desfechos para o recém-nascido, após a análise multivariada, a agressão física entre parceiros íntimos durante a gestação aumentou em duas vezes as chances de óbito do bebê no período neonatal, e em três vezes de

óbito pós-neonatal, se comparado aos filhos de gestantes não vítimas de agressões pelo pai do bebê. A assistência pré-natal adequada diminuiu a chance de a criança nascer com baixo peso, assim como a protegeu da ocorrência de óbito neonatal e pós-neonatal (Tabela 4).

Discussão

Os resultados do presente estudo concordam com os encontrados em outras pesquisas que investigam a agressão física

Tabela 4 Análise multivariada para avaliação do papel da agressão física por parceiro íntimo na gestação como fator associado à ocorrência de desfechos negativos da gravidez, no município do Rio de Janeiro.

Variável	OR	IC 95%
<i>Baixo peso ao nascer</i>		
Agressão física na gestação	1,35	0,90-2,01
Mãe adolescente	0,94	0,79-1,12
Escolaridade > 4ª série EF	1,10	0,90-1,35
Teve apoio do pai do bebê	1,16	0,90-1,49
Interrupção da gestação	0,97	0,71-1,34
Bebeu na gestação	1,03	0,85-1,24
Usou drogas na gestação	1,86	0,79-4,36
Pré-natal adequado	0,44	0,38-0,51
<i>Óbito neonatal</i>		
Agressão física na gestação	2,43	1,02-5,80
Mãe adolescente	0,72	0,45-1,15
Escolaridade > 4ª série EF	1,43	0,77-2,63
Teve apoio do pai do bebê	1,37	0,66-2,83
Interrupção da gestação	0,73	0,28-1,86
Bebeu na gestação	1,10	0,64-1,89
Usou drogas na gestação	1,76	0,23-13,6
Pré-natal adequado	0,25	0,16-0,40
<i>Óbito pós-neonatal</i>		
Agressão física na gestação	3,01	1,02-8,84
Mãe adolescente	0,75	0,38-1,47
Escolaridade > 4ª série EF	0,90	0,42-1,93
Teve apoio do pai do bebê	0,64	0,28-1,45
Interrupção da gestação	0,49	0,11-2,11
Bebeu na gestação	1,07	0,50-2,26
Usou drogas na gestação	0,00	.
Pré-natal adequado	0,40	0,21-0,77

EF, ensino fundamental; IC, intervalo de confiança; OR, *odds ratio*.

íntima durante a gestação em adolescentes.^{8,22} Um recente estudo realizado no Rio de Janeiro encontrou prevalência em torno de 7%.²²

Os achados também se encaixam nas atuais dimensões do modelo teórico conceitual referente às relações envolvidas entre a agressão física entre parceiros íntimos na gestação e o perfil das mulheres, considerando importantes fatores descritos na literatura, tais como: a baixa escolaridade, a situação conjugal instável, os fatores que refletem o estilo de vida da gestante (tabagismo, consumo de álcool e drogas) e os fatores relacionados à sua saúde reprodutiva (assistência pré-natal e parto).⁸⁻¹¹

Dentre eles, cabe destacar o papel da escolaridade. As principais explicações para a associação entre violência física e nível de escolaridade da gestante destacam que o menor tempo de estudo pode determinar dificuldades na relação interpessoal entre homens e mulheres, por interferir na forma como conseguem resolver os problemas cotidianos, gerando episódios violentos, com agressões.^{1,7,8}

No presente estudo, observamos que as puérperas que sofreram agressão física durante a gravidez foram aquelas

que se mostraram mais insatisfeitas, por se sentirem menos apoiadas pelo pai do bebê e por tentarem interromper a gestação cerca de duas vezes mais do que as gestantes que não sofreram tal agressão.

Além disso, a falta de apoio às mulheres no momento em que mais precisam de cuidados e acolhimento parece estar relacionado com a tendência de a mulher estabelecer comportamentos de risco. De acordo com alguns autores,^{8,23,24} tais hábitos acentuam o desequilíbrio de controle e poder exercidos pelo parceiro, aumentando a perda da autoestima da puérpera, conduzindo ao progressivo desinteresse no seu bem-estar e do seu filho.

Moraes et al.,¹¹ em seu estudo sobre violência familiar e má qualidade do pré-natal no Rio de Janeiro, revelaram que a alta prevalência de violência durante a gestação e a gama de fatores associados indicam a importância de o tema ser incorporado à rotina dos serviços de saúde que atendem a mulher. A atenção básica tem um papel privilegiado no enfrentamento das agressões entre parceiros íntimos, pois as gestantes que apresentam dificuldades para comparecer às consultas de pré-natal são as que mais sofrem com as ameaças de seus agressores. Os autores identificaram que, ter sido vítima de pelo menos um ato de violência física perpetrada pelo companheiro durante a gestação, quase triplica a chance de realização de um pré-natal inadequado.

Na análise exploratória inicial, as categorias do índice de Kotelchuck modificado foram avaliadas separadamente, e observou-se que quanto melhor a classificação do índice, menor a frequência de agressão física na gestação. Já na análise multivariada (Tabela 3), foi possível verificar a ocorrência de agressão física na gestação como um fator significativo associado a um pré-natal de pior qualidade, pois as adultas jovens que apresentaram uma assistência mais adequada apresentaram uma chance 33% menor de sofrer essa forma de violência do que àquelas não envolvidas com o problema.

Tais achados levam a refletir sobre o papel do serviço de saúde na captação deste grupo excluído para o qual, certamente, o pré-natal teria um efeito fundamental para a autoestima da gestante e sobre os resultados da gestação.

Importantes consequências foram detectadas para o conceito em nosso estudo, cabendo destacar a frequência de óbito neonatal e pós-neonatal significativamente maior entre gestantes vítimas de agressão física. Os resultados são concordantes com os de outras investigações, nas quais os óbitos também mostraram associação com a agressão física durante a gravidez. Postula-se que os episódios violentos entre casais podem fazer parte de uma intrincada interação de fatores que contribuem, entre outras coisas, para o aumento da mortalidade infantil.^{8,13,25}

Além da agressão, a associação encontrada entre o óbito neonatal e pós-neonatal, assim como o baixo peso ao nascer e a assistência pré-natal, mesmo após o ajuste para um conjunto expressivo de variáveis, reforça a questão da necessidade de melhoria no cuidado de gestantes e nascidos vivos em situação de maior vulnerabilidade.²⁶

Os resultados encontrados por Gama et al.,²⁷ utilizando dados desta mesma pesquisa sobre morbimortalidade perinatal, porém investigando a experiência de gravidez na

adolescência com três grupos de gestantes, não mostraram diferença estatística entre os «desfechos negativos» e os grupos maternos quando a gestante compareceu a quatro consultas ou mais no pré-natal. Por outro lado, naquelas em que a cobertura do pré-natal foi insuficiente ou nula (0-3 consultas), o risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer foi significativamente maior no grupo de mães adolescentes.

Segundo Lansky et al.,²⁸ as medidas para melhoria devem ter como principal objetivo reduzir os óbitos evitáveis, pois através de um acompanhamento rigoroso, consegue-se identificar as situações de risco de forma precoce e, assim, tomar as devidas providências.

Costa et al.,²⁹ estudando a mortalidade perinatal e a evitabilidade dos óbitos em maternidades do município do Rio de Janeiro, identificaram que os resultados perinatais negativos estão associados à falta de cuidados de saúde recebidos pela puérpera durante o pré-natal, oriundos da dificuldade de acesso aos serviços. Mediante as possibilidades do pré-natal, é fundamental que as gestantes tenham essa assistência garantida.

Apesar das limitações inerentes a todos os estudos do tipo transversal, como a possível causalidade reversa do papel da agressão física na gestação em relação às demais variáveis, e mesmo sabendo não ter sido o presente estudo desenhado com a finalidade de investigar a violência física em casais de uma maneira mais acurada, diante da relevância do tema, justifica-se a importância dessa investigação. Os resultados encontrados podem ser analisados considerando seus pontos positivos.

Inicialmente, destaca-se a aplicação do questionário no pós-parto imediato, pois parece facilitar a detecção dos casos de agressão, conforme elucidado nos estudos de Moraes et al.¹¹ e de Menezes et al.⁸. Os autores comentam que o puerpério vem sendo identificado como período oportuno para investigação do agravo, uma vez que, para muitas mulheres, representa oportunidade única de contato com o serviço de saúde, com a vantagem de permitir a identificação dos casos de agressão do início da gravidez até o nascimento da criança.

Também pode ser considerado um ponto positivo a robustez dos achados mediante a utilização de uma abordagem multivariada na análise dos dados e a apreciação de possíveis fatores associados ao agravo e importantes desfechos para o nascimento, conforme aventado na introdução.

Apesar das limitações e do lapso de tempo entre a coleta e a análise dos dados, o estudo ainda é relevante por contribuir com dados representativos do município, analisando tanto suas instituições públicas quanto as privadas.

Espera-se que os achados possam servir tanto para sensibilizar os profissionais de saúde no pré-natal e na pediatria sobre o problema, quanto para serem utilizados para identificar possíveis fatores associados à violência física entre parceiros íntimos e os desfechos desfavoráveis ao longo do primeiro ano de vida da criança.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1. Kronbauer JF, Meneghel SN. Profile of gender violence by intimate partners. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:695-701.
2. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, de Souza ER, Lozana J de A, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:425-37.
3. Schraiber LB, D'Oliveira AF. Violence against women: interfaces with health care. *Interface Comunic Saúde Educ*. 1999;3:11-27.
4. Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N. Familial violence during pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2005;34: S47-53.
5. Collado Peña SP, Villanueva Egan LA. Relationship between domestic violence during pregnancy and risk of low weight in the newborn. *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75:259-67.
6. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368: 1260-9.
7. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;79:269-77.
8. Menezes TC, Amorim MM, Santos LC, Faúndes A. Domestic physical violence and pregnancy: results of a survey in the postpartum period. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25:309-16.
9. Audi CA, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade M da G, Pérez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:877-85.
10. Gelles RJ. *Intimate violence in families*. London, UK: SAGE Publications; 1997. p. 188.
11. Moraes CL, Arana FD, Reichenheim ME. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:667-76.
12. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstet Gynecol*. 1994;84:323-8.
13. Monteiro C de F, Costa NS, Nascimento PS, de Aguiar YA. Intrafamiliar violence against pregnant adolescents. *Rev Bras Enferm*. 2007;60:373-6.
14. Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:5173-80.
15. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002;103:26-9.
16. Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Impact of police-reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obstet Gynecol*. 2003;102:557-64.
17. Leal M do C, Gama SG, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CL, et al. Factors associated with perinatal morbidity and mortality in a sample of public and private maternity centers in the City of Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:S20-33.
18. World Health Organization (WHO). *Violence against women: a priority health issue*. Geneva: World Health Organization; 1997 [acessado em 22 Ago 2012]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_FRH_WHD_97.8.pdf
19. Leal M do C, Gama SG, Ratto KM, Cunha CB. Use of the modified Kotelchuck index in the evaluation of prenatal care and its relationship to maternal characteristics and birth weight in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:S63-72.
20. Pereira AP, Gama SG, Leal MC. Infant mortality in a sample of births in the municipality of Rio de Janeiro 1999-2001: linkage with the Mortality Information System. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2007;7:83-8.

21. World Health Organization (WHO). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). 10ª ed. vol. 1. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1997.
22. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Obstetric complications, stressful life events, violence and depression during pregnancy in adolescents at primary care setting. *Rev Psiquiatr Clín.* 2010;37:216-22.
23. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79:625-30.
24. Sabroza AR, Leal M do C, Gama SG, Costa JV. A socioeconomic and psychosocial profile of post-partum adolescents in the City of Rio de Janeiro, Brazil, 1999-2001. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:S112-20.
25. Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *Am J Public Health.* 2006;96:1423-8.
26. Almeida SD, Barros MB. Health care and neonatal mortality. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7:22-35.
27. Gama SG, Szwarzwald CL, Leal Md Mdo C. Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18:153-61.
28. Lansky S, França E, Leal M do C. Perinatal mortality and evitability: a review. *Rev Saúde Pública.* 2002;36:759-72.
29. Costa ML. Perinatal death and the avoidable deaths from a sample of mothers of Rio de Janeiro, 1999-2001 [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008. p. 87.