



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA-
PPGISC**

JACKELYNE FAIERSTEIN CARNEIRO

**INADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL ENTRE AS GESTANTES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA FÍSICA PELO PARCEIRO ÍNTIMO NO RECIFE**

Recife
2012

JACKELYNE FAIERSTEIN CARNEIRO

**INADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL ENTRE AS GESTANTES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA FÍSICA PELO PARCEIRO ÍNTIMO NO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC), do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Thália Velho Barreto de Araújo.

**Recife
2012**

Catálogo na fonte
Bibliotecária Gláucia Cândida da Silva, CRB4-1662

C289i Carneiro, Jackelyne Faienstein.
Inadequação do pré-natal entre as gestantes vítimas de violência física pelo parceiro íntimo no Recife / Jackelyne Faienstein Carneiro. – Recife: O autor, 2012.
74 folhas: il. ; 30 cm.

Orientador: Thália Velho Barreto de Araújo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.
Inclui bibliografia e anexos.

1. Cuidado Pré-natal. 2. Violência contra a Mulher. 3. Gestantes. 4. Fatores de Risco. 5. Estudos Transversais. I. Araújo, Thália Velho Barreto de (Orientador). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2012-171)



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

JACKELYNE FAIERSTEIN CARNEIRO

No dia 20 de junho de 2012, às 9h, no Auditório do NUSP, Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Thália Velho Barreto de Araújo (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Maria Cynthia Braga (Doutor(a) do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ) Membro Externo e Sandra Valongueiro Alves (Doutor(a) do Hospital das Clínicas da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Jackelyne Faiersteim Carneiro, sobre a sua Dissertação intitulada: "*Adequação do Pré-Natal Entre as Gestantes Vítimas de Violência Física Pelo Parceiro Íntimo*". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Maria Cynthia Braga

Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves

Profa. Dra. Thália Velho Barreto de Araújo

Profa. Dra. *Maria Cynthia Braga*

Profa. Dra. *Sandra Valongueiro Alves*

Profa. Dra. *Thália Velho Barreto de Araújo*

**A Deus, sobre tudo e sobre todos.
Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas... (Romanos 11:36a).**

AGRADECIMENTOS

A Deus, que tem me dado o fôlego da vida e me concedeu mais este presente.

À minha mãe Helena que sempre acreditou, investiu e orou por mim. Certamente seu grande exemplo de vida e seu esforço foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

Ao meu esposo Romildo, que vivenciou também esta etapa árdua e vencedora, me incentivando, suportando os momentos difíceis e intercedendo por mim.

A todos os demais membros de minha família. Agradeço a Deus por todos vocês que também fazem parte dessa vitória.

A minha orientadora Thália Barreto por sua simplicidade, humildade, muita paciência e enorme conhecimento que me transmitiu ao longo desses dois anos.

A todos os professores do PPGISC que nesse período me transmitiram grandes conhecimentos. São grandes exemplos de conhecimento e humildade.

Aos membros da secretaria do PPGISC (Moreira e estagiárias) pelos serviços disponibilizados sempre que necessitei.

Aos meus colegas de turma pela trajetória que percorremos juntos.

A todos os meus colegas de trabalho (coordenadoras, gerentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais membros da equipe) que muito me incentivaram e ajudaram nesse período.

A todos os meus amigos que caminharam junto comigo, pela força, ajuda e encorajamento.

A todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho, meu muito OBRIGADA!

RESUMO

A violência na gravidez constitui um grave problema de saúde pública que entre outras consequências, pode levar ao uso inadequado do pré-natal contribuindo assim para o aumento dos índices de morbimortalidade materno-infantil. Estudo de corte transversal, realizado entre Julho de 2005 a Dezembro de 2006, teve por objetivo medir a frequência, descrever o padrão de uso do pré-natal e investigar a associação entre violência física antes e/ou durante a gestação pelo parceiro íntimo e a realização de pré-natal inadequado. Foram estudadas 1026 mulheres, entre 18 e 49 anos de idade, cadastradas no Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II do Recife. Foram realizadas entrevista face a face, para aplicação de questionário padronizado por entrevistadoras treinadas. A prevalência do pré-natal inadequado foi de 44,1% e da violência física foi de 25,6%. Na análise de regressão logística múltipla, no modelo final, a violência física pelo parceiro apresentou-se associada ao pré-natal inadequado (OR=1,37; IC95%:1,01-1,85) mesmo após ajuste pelas características socioeconômicas e demográficas da mulher, comportamentos de risco na gravidez, características da história reprodutiva e da gravidez atual. Outros fatores foram identificados como associados ao pré-natal inadequado: maior paridade (OR=2,18; IC95%:1,45-3,27); uso de álcool na gravidez (OR= 1,91; IC 95%:1,36-2,70), menor escolaridade (OR=1,65; IC95%:1,24-2,20) e gravidez não-preendida (OR=1,74; IC 95%:1,32-2,30). Mulheres que são vítimas de violência física pelo parceiro íntimo têm maior chance de realizarem um pré-natal inadequado, seja pelo início tardio, pela realização de menor número de consultas ou mesmo pelas duas condições juntas.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Violência contra a mulher; Gestantes; Fatores de risco; Prevalência; Estudos transversais.

ABSTRACT

Violence in pregnancy is a serious public health problem that among other consequences can lead to inadequacy of prenatal care utilization contributing to the increased rates of maternal and child morbimortality. A cross sectional was carried out, from July 2005 to December 2006, with the aim of to measure the frequency and to describe the pattern of use prenatal care and to investigate the association between physical violence, previous and/or in the pregnancy, by intimate partner and inadequate prenatal care. 1026 women were studied, aged from 18 to 49 years, registered in the Family Health Program of the Health District II of Recife. Face-to-face interviews were carried out, for the application of standardized questionnaire by female trained interviewers. The prevalence of inadequate prenatal care was 44.1% and physical violence before and /or during pregnancy was 25.6%. In the multiple logistic regression analysis, in the final model, physical violence by an intimate partner was found associated with inadequate prenatal care (OR=1.37; IC95%:1.01-1.85) even after controlling for women's socioeconomic and demographic characteristics, risk behaviors in pregnancy, characteristics of current pregnancy and reproductive history. Other risk factors has been identified as associated with inadequate prenatal care: higher parity (OR= 2.18; IC 95%:1.45-3.27); alcohol use during pregnancy; (OR= 1.91; IC 95%:1.36-2.70); low educational level (OR= 1.65; IC 95%:1.24-2.20) and unintended pregnancy (OR= 1.74; IC 95%:1.32-2.30). Women who are victims of physical violence by an intimate partner has a greater chance of making an inadequate prenatal is the late start or perform fewer visits or together by the two conditions.

Key words: Prenatal care; Violence against women; Pregnant women; Risk factors; Prevalence; Cross-Sectional Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01-	Perguntas relativas à violência física aplicadas na entrevista	34
Quadro 02-	Apresentação, definição e categorização das variáveis de estudo para as análises bivariada e multivariada.	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.....	39
Tabela 2 - Comportamentos de risco durante a última gravidez das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005 - 2006.....	40
Tabela 3 - História reprodutiva e características da gravidez atual das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.....	41
Tabela 4 - Utilização do pré-natal entre as mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.....	42
Tabela 5 - Associação entre a inadequação do pré-natal e características socioeconômicas e demográficas das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.....	43
Tabela 6 - Associação entre a inadequação do pré-natal e comportamentos de risco durante a última gravidez das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005 - 2006.....	44
Tabela 7 - Associação entre inadequação do pré-natal com a história reprodutiva e as características da gravidez atual. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.....	45
Tabela 8 - Caracterização da Violência Física pelo Parceiro Íntimo (VFPI) entre as mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.....	46
Tabela 9 - Associação entre Violência Física pelo Parceiro Íntimo (VFPI) e variáveis sócio-econômicas e demográficas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.....	46
Tabela 10 - Associação entre Violência Física pelo Parceiro Íntimo (VFPI) e comportamentos de risco durante a última gravidez das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.....	47
Tabela 11 - Associação entre Violência Física pelo Parceiro Íntimo (VFPI) e a história reprodutiva e características da gravidez atual entre as mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.....	48

Tabela 12- Associação entre Violência Física pelo Parceiro Íntimo (VFPI) e utilização do pré-natal entre as mulheres estudadas. Distrito Sanitário II, Recife, 2005-2006.....	49
Tabela 13- Associação entre violência física pelo parceiro íntimo e a inadequação do pré-natal, ajustado pela paridade, uso de álcool, escolaridade e pretensão da gravidez atual das mulheres estudadas. Distrito Sanitário II, Recife, 2005-2006.....	50
Tabela 14- Modelo final da associação entre violência física pelo parceiro íntimo e a inadequação do pré-natal, ajustado pela paridade, uso de álcool, e escolaridade das mulheres estudadas. Distrito Sanitário II, Recife, 2005-2006.....	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS- Agente comunitário de saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CCS- Centro de ciências da saúde

CEP- Conselho de ética e pesquisa

CNPQ- Conselho nacional de desenvolvimento científico e tecnológico

DECIT- Departamento de ciência e tecnologia da secretaria de ciência tecnológica e insumos estratégicos

DS – Distrito sanitário

IBGE- Instituto brasileiro de geografia e estatística

IC- Intervalo de confiança

MS - Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

OR- Odds ratio

PACS- Programa de agentes comunitários de saúde

PHPN- Programa de humanização ao pré-natal

PPGISC- Programa de pós-graduação integrado em saúde coletiva

PN- Pré-natal

PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PSF- Programa de saúde da família

SAF- Síndrome alcoólica fetal

SPSS- Statistical package for the social sciences

SRQ- Self Report Questionnaire

TMC- Transtornos mentais comuns

USF- Unidade de saúde da família

VFPI - Violência física pelo parceiro íntimo

VPI- Violência pelo parceiro íntimo

ZEIS- Zona especial de interesse social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Violência contra a mulher	13
1.2 Violência contra a mulher na gravidez	16
1.3 Panorama brasileiro e fatores associados à realização do pré-natal	20
1.4 Violência pelo parceiro íntimo e atenção pré-natal	23
2 JUSTIFICATIVA	26
3 HIPÓTESE	27
4 OBJETIVOS	28
4.1 Objetivo geral	28
4.2 Objetivos específicos	28
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
5.1 Desenho de estudo	29
5.2 Área de estudo	29
5.3 População de estudo	30
5.4 Procedimentos para coleta dos dados	31
5.5 Instrumento para coleta de dados	32
5.6 Definição de termos e elenco de variáveis	33
5.7 Processamento de dados	36
5.8 Análise dos dados	36
5.9 Aspectos éticos	37
5.10 Vantagens e limitações do estudo	37
6 RESULTADOS	39
6.1 Caracterização das mulheres estudadas	39
6.2 Padrão de utilização do pré-natal e fatores associados	41
6.3 A violência física pelo parceiro íntimo e fatores associados	45
6.4 Associação entre violência física pelo parceiro íntimo e inadequação do pré-natal	48
6.5 Análise multivariada dos fatores associados à inadequação do pré-natal	49
7 DISCUSSÃO	52
8 CONCLUSÕES	57
9 REFERÊNCIAS	58
ANEXO A	67
ANEXO B	72
ANEXO C	73

1 INTRODUÇÃO

1.1 Violência contra a mulher

A violência foi considerada a partir de 1996, na quadragésima nona assembléia mundial de saúde, como um importante e crescente problema de saúde pública que atinge o mundo inteiro. Ela traz consigo efeitos prejudiciais para o indivíduo, família, comunidades e países. O setor saúde é um dos especialmente afetados pelos altos índices de morbimortalidade que a violência causa em todas as faixas etárias, especialmente entre as pessoas de 15 a 44 anos de idade. A violência também gera custos altos, sejam eles visíveis do ponto de vista econômico, ou invisíveis quando se refere ao sofrimento e dor causados por ela (KRUG et al, 2002).

A violência contra a mulher também é reconhecido como um grave problema de saúde pública, implicando em obstáculos ao desenvolvimento econômico e social das nações (HEISE, 1994), além de ser considerada uma violação dos direitos humanos (OEA, 1994). A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) definiu a violência contra a mulher como: *“qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”* (OEA, 1994).

Em relação aos tipos de violência, o Ministério da Saúde (MS) define como violência física o *“uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade”*. A violência psicológica é definida como *“agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social”*, e a sexual como *“ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças”* (BRASIL, 2005a).

Os perpetradores da violência contra as mulheres podem ser os membros da família, vizinhos, professores, chefes, policiais, soldados, entre outros e principalmente seu companheiro (WATTS; ZIMMERMAN, 2002; SCHRAIBER et al, 2002). No Brasil, cerca de 80% dos atos violentos referidos pelas mulheres são cometidos pelo seu parceiro íntimo (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). O

parceiro íntimo da mulher pode ser considerado seu companheiro, namorado atual ou passado, independentemente de união formal, desde que haja relacionamento sexual entre eles (SCHRAIBER et al, 2007).

Em todos os países, seja qual for a sua situação econômica e orientação religiosa ou cultural, a violência contra a mulher está presente (KRUG et al, 2002). Para retratar esta realidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou em 2002 o estudo “Multipaíses sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher”. Participaram do estudo 24.000 mulheres entre 15 e 49 anos de idade, pertencentes a 15 localidades de 10 países distintos. Foi estimada a prevalência da violência sofrida por essas mulheres ao longo de suas vidas (especialmente a violência cometida pelo parceiro íntimo), além de terem sido avaliadas suas conseqüências para a saúde e as estratégias de enfrentamento adotadas por elas (GARCIA-MORENO et al, 2005).

O estudo citado revelou prevalências que variaram de 15% a 71%, entre as várias localidades estudadas, de mulheres que referiram ter sido agredida física ou sexualmente alguma vez na vida pelos seus parceiros. As maiores prevalências dos diversos tipos de violência e as formas mais graves ocorreram entre as moradoras da zona rural. A violência psicológica foi citada por 20 a 75% das mulheres estudadas. Os menores índices de violência física foram encontrados na zona urbana do Japão (13%) e os maiores na zona rural do Peru (61%). Em se tratando da violência sexual, o Japão, a Sérvia e Montenegro apresentaram as menores prevalências (6%), ao passo que na zona rural da Etiópia a prevalência foi de 59% (GARCIA-MORENO et al, 2005). No Brasil, as proporções de violência física variaram de 34% nas mulheres da zona rural (zona da mata de Pernambuco) e 27% nas da zona urbana (cidade de São Paulo) e as de violência sexual foram de 14% na zona rural e 10% na urbana (GARCIA-MORENO et al, 2005).

Em 2010, a Fundação Perseu Abramo realizou uma pesquisa revelando que 40% das mulheres brasileiras já sofreram algum ato violento ao longo da vida. Em relação aos tipos de violência, 24% das mulheres referiram já ter sofrido violência física, 23% psicológica e 10% sexual (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

No Recife, pesquisa realizada em 2005 com mulheres entre 15 e 49 anos, usuárias da rede básica de saúde, revelou que 52,2% das mulheres entrevistadas já tinham sofrido algum ato violento pelos seus parceiros ao longo de suas vidas. A

violência psicológica foi mais comum entre elas (46,4%), seguida da física (35,8%) e sexual (11,1%). Cerca de 10% dessas mulheres referiram sofrer episódios recorrentes de violência física (PORTELLA, 2008).

A violência contra a mulher também é denominada de violência de gênero (SHADIGAN; BAUER, 2004). O termo gênero designa as relações sociais entre os sexos independente de diferenças biológicas. É algo que é construído e imposto socialmente e que estabelece os papéis que os homens e mulheres exercem em uma determinada sociedade (SCOTT, 1995). Nesse sentido, Alberdi e Matas (2002) inferem que a violência contra a mulher está ligada a tal construção social e não a algo que é da natureza do homem ou da mulher. São criadas diferenças entre eles, sobretudo no ambiente familiar, moduladas pelos aspectos culturais de cada sociedade.

Os homens são estimulados a legitimar uma posição de superioridade em relação à mulher para serem aceitos socialmente e se vêem incentivados a exercerem a força, dirigirem instituições e governarem (ALBERDI; MATAS, 2002). Nas relações entre os casais, para garantir a posição de líder do relacionamento, o homem muitas vezes exerce a força contra as mulheres, utilizando a violência como mecanismo de subordinação (WATTS; ZIMMERMAN, 2002).

Muitas mulheres dependem financeiramente e/ou estão ligadas emocional e afetivamente aos seus parceiros (KRUG et al, 2002). Além disso, são identificadas justificativas culturais de naturalização da violência onde o homem tem o “direito” de agredir as mulheres em determinadas situações, e até mesmo esse tipo de ato ser tolerado por elas. Tal realidade tem implicações para a forma como as mulheres lidam com a violência (KRUG et al 2002). Em algumas sociedades, os atos violentos são utilizados como punição às transgressões das regras sociais impostas naquelas localidades (WATTS; ZIMMERMAN, 2002).

Instituições internacionais e movimentos sociais foram responsáveis por tornar visível o problema da violência contra a mulher. Entre eles citam-se os movimentos feminista e de defesa dos direitos humanos, organismos internacionais, além da atuação dos meios de comunicação (ALBERDI; MATAS, 2002). Neste contexto, no Brasil, três estratégias foram adotadas pelo Estado: a criação de delegacias da mulher em 1985; o surgimento dos Juizados Especiais Criminais em 1995 e a Lei 11.340/2006, também conhecida como “Lei Maria da Penha”, que trata a violência

contra a mulher de maneira ampla e integral prevendo medidas protetivas, preventivas e criminais de enfrentamento da violência (SANTOS, 2010).

Em relação à rede de apoio à mulher vítima de violência, a secretaria municipal de saúde da cidade do Recife conta com diversos equipamentos públicos que compõem a rede de assistência à mulher vítima de violência doméstica e sexista: núcleos de atenção jurídica, serviços de pronto-atendimentos, centro de referência Clarice Lispector, casa-abrigo, instituto de medicina legal, delegacia da mulher, equipes de saúde da família, maternidades e policlínicas. Cada um deles possuindo sua competência específica para cada nível de atenção (RECIFE, 2008).

Do ponto de vista dos estudos acadêmicos, a violência contra a mulher apenas torna-se objeto de pesquisa na saúde a partir de 1995, após iniciativas das áreas de ciências humanas, sociais e filosofia, o que conferiu maior visibilidade ao problema e suas consequências (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

1.2 Violência contra a mulher na gravidez

As prevalências de violência na gestação encontradas nos estudos realizados em países desenvolvidos sugerem que este é um problema bastante comum, superando até mesmo as prevalências de patologias clínicas frequentes na gravidez como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia (GAZMARARIAN et al, 1996). A violência contra a mulher na gravidez também significa um grave problema de saúde pública, devido ao elevado risco de morbimortalidade materna e neonatal associado à violência (DURAND; SCHRAIBER, 2007). Mesmo diante de diferenças metodológicas entre os diversos estudos realizados no mundo, as taxas de violência pelo parceiro íntimo (VPI) durante a gravidez podem variar de 3% (Londres) (BACCHUS; MEZEY; BEWLEY, 2004) a 31% (cidade do México) (DOUBOVA et al, 2007).

O estudo multipaíses da OMS encontrou prevalências de violência na gravidez que variaram de 1% no Japão a 28% no Peru. No Brasil, 8% das mulheres de São Paulo e 11% das da zona rural de Pernambuco relataram ter sofrido alguma forma de violência na gestação (GARCIA-MORENO et al, 2005). Dados preliminares encontrados em uma amostra da mesma população de estudo do presente trabalho,

mostrou uma prevalência de aproximadamente 30% de VPI na gravidez no Recife (PAZ, 2006).

Em estudos nacionais e internacionais foram evidenciados diversos aspectos que constituem fatores associados à ocorrência de VPI na gravidez. Os fatores ligados à mulher foram: baixa escolaridade, baixa condição sócio-econômica (AUDI et al, 2008; PAZ, 2006; NASIR; HYDER, 2003), ser responsável economicamente pela família, ter presenciado violência na família de origem, ter tido a primeira gestação antes dos 16 anos (AUDI et al, 2008), ter união conjugal não estável (AUDI et al, 2008; DURAND, 2005; PAZ, 2006), início precoce da atividade sexual (DURAND, 2005), multiparidade (NASIR; HYDER, 2003). Em relação ao parceiro citam-se: ser adolescente (PAZ, 2006), estar desempregado (AUDI et al, 2008), consumir álcool e drogas e possuir baixa escolaridade (AUDI et al, 2008; PAZ, 2006).

Castro e Ruíz (2004) acrescentam ainda os seguintes aspectos que aumentam o risco da mulher sofrer violência no período gestacional: gravidez indesejada, ter tido outro parceiro íntimo antes do atual, ter tido filhos com outros parceiros, ter parceiro que tem filhos com outras mulheres ou que violentam física ou emocionalmente os filhos.

Jasinski (2004) em uma revisão de literatura afirma não poder concluir se mulheres grávidas tinham maior risco de sofrer violência, em comparação com as não grávidas. Da mesma forma, alguns autores mostraram que a prevalência da violência antes e durante a gestação pode ser semelhante (MARTIN et al, 2001), sendo a persistência da violência mais comum quando a gravidez não foi planejada (JASINSKI, 2004). Outros sugerem que a gravidez pode ser um fator de proteção para elas, evidenciando a redução da prevalência nesse período (CASTRO; RUÍZ 2004; GUO, et al, 2004).

Estudos também evidenciaram que o fato da mulher ter sofrido violência em algum momento da vida constitui um fator de risco para ser agredida durante a gravidez (DURAND, 2005; HEDIN; JANSON, 2000; JASINSKI 2004; MARTIN et al, 2001; SHADIGAN; BAUER, 2004). Esta realidade também foi evidenciada na cidade do Recife: das grávidas que não relataram episódio de violência pelo parceiro antes da gravidez estudada, 9,7% sofreram violência durante a gestação, ao passo que entre aquelas que referiram algum episódio antes da gravidez, a violência se fez

presente na gravidez para 21,4% delas (SILVA et al, 2011). Além disso, mulheres que sofrem episódios repetitivos de violência ao longo da vida apresentam maior prevalência na gravidez (DURAND, 2005).

Entretanto, há evidências de mudanças no perfil da violência na gravidez. No Recife, entre as mulheres que referiam algum tipo de violência (psicológica, física ou sexual) antes da gravidez, a violência psicológica aumentou e a física e sexual diminuíram na gravidez (SILVA, 2009). Na cidade de São Paulo verificou-se que, entre as mulheres que relataram sofrer episódios repetitivos de violência pelo parceiro íntimo antes da gravidez, a violência psicológica aumentou três vezes, a física aumentou duas vezes e a sexual 1,8 vezes mais durante a gravidez (DURAND, 2005).

Alguns autores apontam o aumento de evidências que associam a VPI a desfechos desfavoráveis para a saúde materna e do concepto, apesar de que os mecanismos pelos quais acontecem alguns desfechos, como o baixo peso ao nascer, prematuridade e morte neonatal, ainda não estão claros e demandam novas pesquisas (SHARPS; LANGHON; GIANGRANDE, 2007). Os principais efeitos da VPI na gravidez para a saúde materna e fetal são: morte materna, doenças sexualmente transmissíveis, abortamentos, infecção do trato urinário, depressão e outros sintomas de saúde mental, hemorragia ante-parto, pré-eclâmpsia, morte fetal, nascimento prematuro, sofrimento fetal e baixo peso ao nascer (CAMPBELL, 2002; PALLITTO, 2004).

As gestantes vítimas de VPI podem igualmente apresentar com mais frequência alguns comportamentos de risco na gravidez, o que também pode contribuir para repercussões negativas na saúde materna e fetal (CAMPBELL, 2002). Entre estes são citados o consumo de substâncias como álcool (AUDI et al, 2008; GRIMSTAD, 1998; HEDIN; JASON, 2000; JASINSK, 2004; NASIR; HYDER, 2003), tabaco (COKER; SANDERSON; DONG, 2004; GRIMSTAD, 1998; HEDIN; JASON, 2000) e drogas ilícitas (JASINSK, 2004).

O uso do álcool produz sensação de euforia e bem-estar e, assim, pode ser utilizado como um redutor de tensões e suporte de alívio para resolução de conflitos. Dessa forma, os conflitos sofridos pelas mulheres vítimas de violência podem levá-las ao consumo de bebidas alcoólicas (ASSIS; CASTRO, 2010).

Ainda que não exista consenso na literatura sobre a dose de álcool que poderia ser ingerida com segurança na gravidez, é sabido que o álcool atravessa facilmente a placenta ocasionando repercussões negativas para o feto (SEGRE, 2010). Entre elas citam-se: a síndrome alcoólica fetal (SAF) (OMS, 2000), diminuição do peso ao nascer, menor comprimento e menor perímetro cefálico (FREIRE et al, 2005), malformação congênita cardíaca (WILLIAMS; CORREA; RASMUSSE, 2004) e renal (SLICKERS et al, 2008).

O uso de drogas ilícitas na gestação pode ser fator desencadeante de situações de violência e, a semelhança do uso do álcool, pode ser utilizada para aliviar os conflitos gerados pelos atos violentos sofridos (RODRIGUES; NAKANO, 2007). Ainda assim, há estudos que revelam que algumas usuárias de drogas ilícitas, descontinuam seu uso após o diagnóstico da gravidez (QUINLIVANA; EVANS, 2002). O uso da maconha (HAYATBAKHS et al, 2012; FERGUSON; HORWOOD; NORTHESTONE, 2002) e da cocaína e seus derivados (como por exemplo, o crack) (PLESSINGER; WOODS, 1998; GOUIN; MURPHY; SHAH, 2011) na gestação, tem sido associada a maior chance de recém nascidos pequenos para a idade gestacional, prematuros e de baixo peso ao nascer.

Ainda, as mulheres usuárias de drogas ilícitas têm maior probabilidade de se isolarem socialmente, de ficarem desabrigadas e sofrerem atos violentos. No período gestacional, tal comportamento pode contribuir para o início tardio ao pré-natal (QUINLIVANA; EVANS, 2002).

O uso do cigarro é condicionado especialmente por questões relacionadas ao humor, pois a nicotina (substância presente em maior proporção no cigarro) causa sensação de prazer e bem-estar por estimular no organismo a liberação de neurotransmissores, especialmente a dopamina (LOMBARDI et al, 2011). Assim, as gestantes vítimas de violência podem ter menor capacidade de parar de fumar ou até mesmo diminuir o número de cigarros consumidos (SCHOEMAN; GROVÉ; ODENDAAL, 2005). O hábito de fumar também tem sido observado como um fator associado a realização de pré-natal inadequado (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

Os derivados do tabaco também atravessam facilmente a placenta e induzem à hipóxia dos tecidos (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004) favorecendo o crescimento intrauterino retardado e baixo peso ao nascer (GALÃO et al, 2009), bem como

lesões neurológicas e alterações pulmonares (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004). Como complicações para a gravidez, são descritas maiores incidências de abortamentos, descolamento prematuro de placenta e ruptura prematura das membranas amnióticas (YAMAGUCHI et al, 2008; LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

1.3 Panorama brasileiro e fatores associados à realização do pré-natal.

A atenção pré-natal qualificada é essencial para a saúde materna e neonatal (BRASIL, 2005b). Desde junho de 2000 (portaria nº 569 /GM, 01/06/2000) o MS instituiu o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Este programa foi desenvolvido visando à redução da morbimortalidade materna e infantil, através da melhoria do acesso, cobertura e qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério com atribuições e competências distribuídas entre as três esferas de governo (BRASIL, 2002).

O modelo brasileiro de assistência pré-natal proposto pelo PHPN é mais abrangente do que o recomendado pela OMS no que se refere ao número de consultas e número de exames laboratoriais preconizados (SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2005).

O Ministério da Saúde estabelece algumas normas a serem seguidas visando uma melhor qualidade na atenção pré-natal. Dentre essas, se destacam: a captação precoce das gestantes, a realização de pelo menos seis consultas por gestante, realização de um elenco de exames laboratoriais básicos, vacinação antitetânica e o acesso aos serviços de saúde especializados, quando necessário, bem como a assistência ao parto (BRASIL, 2005b). Além disso, a assistência pré-natal pressupõe a identificação de fatores de risco que possam contribuir para um desfecho desfavorável da gravidez e a ausência do pré-natal, por si só, já pressupõe um risco para a saúde materno-infantil (BRASIL, 2010).

Passados mais de dez anos de implantação do PHPN no Brasil, houve um aumento da cobertura de pré-natal e aumento no número de consultas realizadas por gestante (ANDREUCCI; CECATTI, 2011). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) realizada em 2006 revelou uma cobertura elevada da assistência pré-natal no Brasil. Apenas 1,3% das gestantes brasileiras não realizaram nenhuma consulta, no Nordeste este percentual foi de 2,1%. Porém,

apesar da alta cobertura, muitas mulheres não chegam a completar o mínimo de seis consultas preconizadas pelo MS e começam o pré-natal após o primeiro trimestre. Na região Nordeste, apenas 70% das gestantes realizaram seis ou mais consultas e, aproximadamente, 20% iniciaram o pré-natal tardiamente (BRASIL, 2008). Em período mais recente (2007), como estratégia de enfrentamento a esta realidade, o governo do Estado de Pernambuco lançou o “programa mãe coruja pernambucana” envolvendo diversas secretarias estaduais. O principal objetivo do programa é a diminuição da mortalidade materna e infantil, onde a garantia do pré-natal de qualidade é um dos seus eixos principais (PERNAMBUCO, 2011). Além disso, o MS em 2011 lançou a estratégia “rede cegonha” tendo como uma das diretrizes a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal (BRASIL, 2012).

Pesquisa realizada na cidade do Recife em 2004 demonstrou que aproximadamente 82% das gestantes assistidas por ocasião do parto em dois hospitais públicos tiveram uma assistência pré-natal inadequada. Das gestantes analisadas, 5,6% não realizaram pré-natal ou fizeram apenas uma consulta (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Uma assistência pré-natal inadequada se reflete nos índices de morbimortalidade materna e perinatal que ainda permanecem relativamente elevados no Brasil e incompatíveis com o atual nível de crescimento econômico e social do país (BRASIL, 2002, 2010). Desfechos como óbitos perinatais e neonatais, sífilis congênita e baixo peso ao nascer, são mais frequentes entre as crianças cujas mães não realizaram o pré-natal, ou quando não cumpridas as normas da assistência pré-natal (VIDAL et al, 2011).

Um dos indicadores de impacto na avaliação da qualidade da assistência pré-natal é a razão de mortalidade materna (BRASIL, 2000). Em países em desenvolvimento como no Brasil, as causas de morte materna são principalmente devido a causas obstétricas diretas e, na sua maioria, evitáveis com uma boa assistência ao pré-natal, parto e puerpério (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006). Dentre essas causas, os distúrbios hipertensivos, em especial a eclâmpsia e suas complicações, são, em geral, os principais responsáveis pela elevada razão de morte materna. A assistência pré-natal adequada, não necessariamente evitaria a

hipertensão na gravidez, porém contribuiria para prevenir suas complicações (MOURA et al, 2010).

A falta de qualidade da assistência pré-natal é uma característica identificada entre as gestantes que cursam com morbidades maternas graves e precisam de cuidados de terapia intensiva (AMORIM et al, 2008). Uma assistência pré-natal que se utiliza de práticas benéficas, pode alterar e/ou favorecer o prognóstico materno e fetal em situações de complicações da gravidez evitando assim, entre outros desfechos, a morte materna (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006). Estudos demonstram que no Nordeste brasileiro, cerca de um terço das mulheres que morreram por causas evitáveis não fizeram pré-natal (MORSE et al, 2011).

Fatores sociais marcados por desigualdades socioeconômicas estão associados a não realização ou a não utilização de assistência pré-natal de boa qualidade (SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2005). Em relação ao local de moradia, residir em zona rural tem sido identificado como um fator associado à realização de pré-natal de má qualidade, provavelmente pela dificuldade do acesso que as mulheres enfrentam (EGGLESTON, 2000). Além disso, ter baixa renda (COIMBRA et al, 2003; GONÇALVES; CESAR; MENDONZA-SASSI, 2009) e menor escolaridade formal (COIMBRA et al, 2003; HUESTON et al, 2003; MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010) são igualmente fatores que contribuem diretamente para a má qualidade do pré-natal realizado.

O fato da mulher pertencer à raça negra é outro fator associado à inadequação da assistência pré-natal (BRADY et al, 2003; HUESTON et al, 2003). Leal, Gama e Cunha (2005), observaram que as mulheres brancas eram mais propensas a terem uma assistência adequada em comparação com as pardas e negras evidenciando assim a desigualdade racial.

A idade avançada da mulher (>35 anos) e a multiparidade são também fatores que podem contribuir para a realização de menos consultas pré-natais (CECATTI et al, 1998; COIMBRA et al, 2003; EGGLESTON, 2000; SENESI et al, 2004). Em geral, essas duas características estão associadas entre si. Estas mulheres, pelo número elevado de filhos, podem priorizar outras situações cotidianas que não o cuidado com sua saúde (SENESE et al, 2004) ou podem se sentir mais experientes e seguras e, assim, negligenciar o cuidado pré-natal (COIMBRA et al, 2003).

A situação conjugal instável pode contribuir para a realização de pré-natal de má qualidade (COIMBRA et al, 2003; HUESTON et al, 2003; MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

Em relação à pretensão da gravidez, as mulheres que não pretendiam estar grávidas tem maior risco de começarem o pré-natal mais tardiamente (BRADY et al, 2003; EGGLESTON, 2000; GOODWIN et al, 2000) e de realizarem menor número de consultas (EGGLESTON, 2000), quando comparadas com aquelas cujas gravidezes foram pretendidas. A insatisfação do companheiro com a gravidez também aumenta as chances da gestante ter um pré-natal de má qualidade (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

O estado emocional em que a mulher se encontra durante a gestação pode interferir na prioridade que ela dá às questões de saúde. A presença de sintomas depressivos na gestação pode levar a mulher a ter menor preocupação com a sua saúde e menor adesão ao pré-natal (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Ainda, as mulheres que fazem uso abusivo de álcool e/ou drogas ilícitas podem descuidar da sua saúde por enfrentarem episódios depressivos, não terem apoio social ou temerem a repercussão desse hábito, especialmente em países como no Brasil, onde o uso de drogas ilícitas é criminalizado. Dessa forma, as mulheres nestas condições podem entrar mais tardiamente no pré-natal (BRADY et al, 2003).

Gestantes que são vítimas de violência têm uma maior chance de não fazerem o pré-natal adequado (KOSKI; STEPHENSON; KOENIG, 2011; MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010). Entre outros motivos, por atitudes de não encorajamento, desestímulo ou impedimento por parte do companheiro que ela compareça às consultas na tentativa de ocultar a situação de violência (KOSKI; STEPHENSON; KOENIG, 2011).

1.4 Violência pelo parceiro íntimo e atenção pré-natal

Pesquisas evidenciam que as mulheres vítimas de violência física e/ou sexual têm maiores dificuldades de comparecerem às consultas de pré-natal (AUDI et al, 2008; BOHN, 2002). Além disso, são mais propensas a iniciarem as consultas mais tardiamente (BAILEY; DAUGHERTHY, 2007; CHAMBLISS, 2008; DIETZ et al, 1997; GOODWIN et al, 2000; THANANOWAN; HEIDRICH, 2008;). Moraes, Arana e

Reichenheim (2010), no Rio de Janeiro - Brasil, ao compararem mulheres que sofreram episódios de violência física na gestação com as que não sofreram, encontraram associação da violência com a inadequação da assistência pré-natal (não realização ou início do pré-natal após o quarto mês de gestação e/ou número insuficiente de consultas para a idade gestacional), onde a chance de ter pré-natal inadequado era duas vezes maior entre as que foram agredidas.

Estudo realizado na Índia também mostrou que as mulheres que sofrem pelo menos um episódio de violência física durante a gestação, iniciaram o pré-natal mais tardiamente e realizaram menor número de consultas, aumentando desta forma os riscos para sua saúde bem como de seus filhos (KOSKI; STEPHENSON; KOENIG, 2011).

Mesmo sendo a baixa adesão ao pré-natal mais comum entre as mulheres que sofrem violência, a vinculação que o profissional de saúde adquire com a gestante durante as consultas pode estabelecer um espaço que conquiste uma maior confiança delas e assim lhe permita abordar assuntos delicados como o da violência (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010). Especialmente entre os serviços de atenção básica, onde deve haver uma maior ênfase nas ações de promoção e prevenção da saúde, os casos de violência poderiam ser identificados (D'OLIVEIRA et al, 2009).

O Ministério da Saúde do Brasil afirma que a assistência pré-natal é um espaço distinto para identificar as gestantes que são agredidas promovendo uma oportunidade de interromper o ciclo da violência. Assim, propõe que o tema da violência seja abordado pelos profissionais de saúde com as gestantes e familiares durante as ações educativas desenvolvidas no pré-natal. Também elenca alguns fatores que podem facilitar a identificação de violência sexual entre as gestantes adolescentes (BRASIL, 2005b).

Todavia, no que tange às medidas a serem adotadas pelos profissionais no atendimento à mulher vítima de tais atos, as ações sugeridas são voltadas às gestantes que sofreram violência sexual, por pessoa diferente do parceiro e/ou traumas físicos decorrentes especificamente da violência sexual. Não são apresentados protocolos de identificação e/ou atendimento àquelas vítimas de violência psicológica ou física. Pesquisadores do tema apontam que, em geral, os

serviços de saúde apresentam-se pouco resolutivos para lidar com a mulher vítima de violência no Brasil (D'OLIVEIRA et al, 2009).

Em 2010, o Ministério da Saúde propôs aos profissionais que, na identificação de fatores de risco gestacionais, seja questionado à mulher sobre a presença de conflitos familiares, visando à identificação de situações de violência na gravidez (BRASIL, 2010).

É observado que o setor saúde enfrenta muitas dificuldades para lidar com a violência tornando-a um problema com pouca visibilidade (D'OLIVEIRA et al, 2009). Os profissionais deste setor ainda identificam e notificam muito pouco este agravo (BOMFIM; LOPES; PERETTO, 2010; KRONBAUER; MENEGUEL, 2005) e, na maioria dos casos, só é considerado quando a mulher apresenta sintomas evidentes do abuso ou queixam-se diretamente de terem sofrido tais atos. Ainda assim é tratada por muitos deles como um problema que não seria de sua competência (BOMFIM; LOPES; PERETTO, 2010).

Em estudos internacionais, algumas questões são citadas pelos profissionais de saúde como empecilhos para a identificação/notificação da violência: falta de tempo, falta de apoio e recursos, medo de ofender a mulher, falta de formação específica para lidar com o assunto e falta de capacidade de responder as demandas geradas pelas mulheres nessa situação. Outros fatores mais graves podem também ser mencionados, como o fato do próprio profissional de saúde concordar com o exercício da violência em algumas situações, ser vítima ou até mesmo ser perpetrador de violência contra o parceira/o (GARCIA-MORENO, 2002).

2 JUSTIFICATIVA

Estudos demonstram que entre as gestantes vítimas de violência física, muitas não fazem o pré-natal, e quando o fazem, há uma maior incidência de início tardio e/ou da realização de número menor de consultas do que o preconizado, podendo ser considerado, portanto, inadequado. Tal problema contribui de forma negativa na saúde da mãe e conceito aumentando os índices de morbimortalidade materna, perinatal e infantil.

Há poucos estudos brasileiros e especialmente no Nordeste que avaliam a repercussão da violência no pré-natal dessas mulheres. Dessa forma, um estudo que revele a associação entre a Violência Física pelo Parceiro Íntimo (VFPI) antes e/ou na gravidez e a inadequação do pré-natal, trará informações importantes que irão contribuir para a elaboração de políticas públicas e sociais de prevenção e enfrentamento desse problema. Da mesma forma, seus resultados podem contribuir para sensibilizar os profissionais de saúde no sentido de identificarem, notificarem e fornecerem apoio às mulheres em situação de violência.

3 HIPÓTESE

Mulheres que sofrem violência física pelo parceiro íntimo possuem uma chance maior de realizarem um pré-natal inadequado.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Descrever a frequência, o padrão de uso do pré-natal e analisar a chance de mulheres, cadastradas no Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II do Recife, que foram vítimas de violência física antes e/ou durante a gravidez pelos parceiros íntimos, realizarem um pré-natal inadequado em 2006.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever a frequência e o padrão de uso do pré-natal;
- Descrever a frequência de mulheres que sofreram violência física pelo parceiro íntimo antes e/ou durante a gravidez;
- Determinar a associação entre VFPI e a chance das mulheres realizarem pré-natal inadequado.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal desenvolvido como parte integrante da pesquisa original intitulada: *“violência na gravidez: determinantes e conseqüências para a saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais”*. Esta pesquisa consistiu em um coorte prospectivo inserido na linha “gênero, sexualidade e saúde reprodutiva”, desenvolvida pelo Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC).

Esta contou com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência Tecnológica e Insumos estratégicos (DECIT) do Ministério da Saúde do Brasil.

5.2 Área de estudo

A pesquisa foi realizada na cidade do Recife no Distrito Sanitário (DS) II situado na região Norte desta. O DS II possui 18 bairros que estão distribuídos em três microrregiões. Limita-se ao Norte e à Leste com o município de Olinda e com o DS III à Oeste e ao Sul. É composto pelos seguintes bairros: Arruda, Campina do Barreto, Campo Grande, Encruzilhada, Hipódromo, Peixinhos, Ponto de parada, Rosarinho, Torreão, Água Fria, Alto de Santa Terezinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão, Porto da Madeira, Beberibe, Dois Unidos e Linha do Tiro.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir do censo de 2000 (IBGE, 2000), o número de habitantes do DS II em 2005 era de 220.792 habitantes, distribuídos em 52.383 domicílios, representando 14,48% da população recifense. A maior parte da população era composta por mulheres (53,46%) seguida por 46,54% de homens; a faixa etária mais predominante estava entre 15 e 34 anos (36,9%).

O DS II correspondia à menor das seis regiões da cidade do Recife, com extensão territorial de 1.430 hectares, porém com as maiores densidades domiciliares e demográficas (3,79 habitantes por domicílio e 144 habitantes/ha

respectivamente) da cidade. A maior densidade domiciliar era encontrada no bairro da Linha do Tiro (4,52 habitantes por domicílio) e a menor no Torreão (3,38 habitantes por domicílio).

A ocupação do DS II era predominantemente residencial, composta na maior parte por famílias de média e baixa renda. Apresentava cinco zonas especiais de interesse social (ZEIS) que concentrava cerca de 60% de toda sua população.

Em relação à renda dos responsáveis pelo domicílio, na ocasião da coleta de dados, cerca de 40% não possuíam rendimento ou ganhavam até um salário mínimo. O DS II possuía cerca de 95% dos seus domicílios com abastecimento de água, porém, em relação ao esgotamento sanitário, 51,58% possuíam fossa rudimentar e apenas 31,26% estavam ligados à rede geral de esgotamento. A coleta de lixo era feita em 96% das residências e as demais (4%) queimavam, enterravam ou jogavam o lixo em terreno baldio.

A rede de atenção à saúde era composta por 38 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), representando cobertura de aproximadamente 78% da população do Distrito. Possuía ainda dois centros de saúde tradicionais, uma policlínica, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), três residências terapêuticas e uma maternidade.

Como os critérios para o cadastramento das famílias nas unidades dos PSF's são os mesmos em todas as áreas do município do Recife, optou-se por fazer a pesquisa em um único DS, visando minimizar os deslocamentos das entrevistadoras e otimização operacional. O critério utilizado para selecionar o referido distrito esteve relacionado à facilidade de acesso à diretoria do Distrito pela coordenação da pesquisa.

5.3 População de estudo

O presente estudo teve base populacional, estudando mulheres advindas de uma mesma área e foi constituído por todas as gestantes com idade igual ou superior a 18 anos cadastradas no PSF do DS II. A idade mínima de 18 anos para participação na pesquisa esteve relacionada à autonomia da entrevistada para concordar com o termo de consentimento, sem a necessidade de autorização de

peessoas responsáveis. A identificação de situação de violência em menores de 18 anos implicaria em cumprir com as exigências de notificação preconizadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil.

As gestantes foram identificadas a partir dos registros do pré-natal das unidades do PSF ou através dos registros das agentes comunitárias de saúde do DSII.

A pesquisa realizou duas entrevistas com cada mulher, a primeira em torno da 31ª semana de gestação e a segunda no puerpério (entre a oitava e trigésima segunda semana após o parto). Para minimizar a não identificação de mulheres elegíveis, foi realizada “varredura” na área de estudo buscando identificar alguma gestante que porventura não tivesse sido identificada pela equipe de saúde do PSF local.

5.4 Procedimento para a coleta de dados

As duas entrevistas da pesquisa foram feitas por entrevistadoras previamente treinadas para tal. O treinamento abordou questões sobre violência contra a mulher e desigualdades de gênero. Os principais objetivos e o conteúdo do questionário foram discutidos, além de ter sido enfatizado as questões éticas pertinentes. Foi realizado um estudo piloto para identificar possíveis problemas na receptividade das mulheres à entrevista, testar a adequação do questionário e selecionar as entrevistadoras.

A coleta de dados foi realizada no período de Julho de 2005 a Dezembro de 2006. Os profissionais de saúde dos PSF's foram esclarecidos a respeito do estudo antes do início do trabalho de campo. Na primeira fase da pesquisa, o contato com as gestantes foi feito durante a consulta PN. A entrevista poderia ser realizada antes ou imediatamente após a consulta, em uma sala reservada na própria Unidade de Saúde da Família (USF), no carro da pesquisa ou agendada para a data e local mais conveniente e seguro para a mulher. As gestantes que não realizavam PN na USF ou aquelas que não frequentavam o PN regularmente foram identificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as entrevistas realizadas em local de escolha da mulher, em sua maioria no domicílio. O questionário foi aplicado através

de entrevista face a face sem a presença do companheiro ou outra pessoa com idade maior do que dois anos.

Na segunda fase da pesquisa, as puérperas foram contatadas a partir do agendamento para as consultas de puericultura. Aquelas que não haviam agendado, ou não compareceram à consulta foram identificadas e a entrevista feita no domicílio. As entrevistadoras foram submetidas a novo treinamento e as entrevistas foram realizadas seguindo o mesmo padrão estabelecido para a primeira fase.

5.5 Instrumento da coleta de dados

Para a coleta dos dados foram utilizados dois questionários estruturados e pré-codificados: o questionário da mulher aplicado às gestantes, e o questionário da puérpera aplicado no pós-parto. As perguntas sobre a violência foram adaptadas das questões contidas no Questionário da Mulher do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica da OMS (GARCIA-MORENO et al, 2006).

O questionário aplicado às gestantes permitiu investigar as diversas formas de violência contra a mulher, os fatores associados, suas conseqüências para a saúde e as estratégias utilizadas por elas para seu enfrentamento. É composto por 11 seções. Para o presente estudo foram utilizadas questões das seguintes seções (Anexo A):

Seção 1: Características sócio-econômicas e demográficas da mulher

Seção 2: História reprodutiva e contraceptiva

Seção 3: Gravidez atual

Seção 4: Saúde mental

Seção 7: A entrevistada e seu parceiro atual (ou mais recente)

Seção 10: Autonomia financeira

O questionário da puérpera aborda questões relacionadas à violência contra a mulher no puerpério, o apoio social, o uso de serviços de pré-natal, as condições do parto, a depressão pós-parto e as conseqüências da violência na gravidez para a saúde materna e para os resultados perinatais. É composto por 14 seções. Para esse estudo foram utilizadas questões inclusas na seção 2 - atenção pré-natal (Anexo B). A informação sobre o número de consultas de pré-natal foi obtida a partir

dos registros do cartão da gestante, que era solicitado pela entrevistadora. Quando não disponível, era registrada a informação dada pela mulher.

5.6 Definição de termos e elenco de variáveis

Variável dependente: Inadequação do pré-natal. Considerou-se o **pré-natal adequado**, tendo como referência as normas do PHPN, quando a mulher iniciou as consultas no primeiro trimestre de gravidez e realizou seis ou mais consultas. O pré-natal foi considerado **intermediário** quando apenas uma dessas condições foi satisfeita e **inadequado** quando iniciou após o primeiro trimestre e realizou menos de seis consultas, ou simplesmente não realizou o pré-natal. Também foi considerado PN inadequado quando a mulher não lembrava quando começou o PN e relatava menos de seis consultas.

Para a análise bi e multivariada, os casos classificados inicialmente como “intermediários” foram reclassificados como “inadequado”, tornando-se esta variável dicotômica (adequado X inadequado).

Variáveis independentes: A violência física pelo parceiro íntimo (VFPI) na relação, considerando o período antes (12 meses) e/ou durante a gravidez atual, foi trabalhada como a exposição principal no presente estudo. Foi identificada como tendo sofrido violência física antes e/ou durante a gravidez a mulher que respondeu positivamente a pelo menos uma das perguntas apresentadas no Quadro 01.

Quadro 01: Perguntas relativas à violência física aplicadas na entrevista

VIOLÊNCIA FÍSICA
Durante essa gravidez o seu atual marido/companheiro/namorado atual, alguma vez, tratou você da seguinte forma:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 2. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão? 3. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? 4. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 5. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? 6. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?
<p>Para todos os itens acima foi perguntado: “Isto aconteceu alguma vez sem que você estivesse grávida?”</p>

O parceiro íntimo foi considerado como o marido, companheiro ou namorado atual ou ex- companheiro/namorado mais recente, independentemente de união formal e de o mesmo ser ou não o pai da criança esperada.

O Quadro 2 apresenta as covariáveis selecionadas para o presente estudo com suas definições e categorização utilizada nas etapas bi e multivariada da análise.

Quadro 2: Apresentação, definição e categorização das variáveis de estudo para as análises bivariada e multivariada.

Apresentação	Definição	Categorização
Idade	Anos completos	- ≤ 24 - 25-29 - ≥30
Raça/cor	Autoclassificação da mulher	- Branca - Não branca
Escolaridade	Anos completos de estudo	- Menos de nove - Nove ou mais
Número de bens duráveis	Quantidade de bens duráveis que a mulher possuía: Televisão colorida Vídeo-cassete DVD Rádio Carro de passeio Telefone Aspirador de pó Máquina de lavar roupa Geladeira Freezer Computador	- Quatro ou menos - Cinco ou mais

Renda própria	Recebimento de qualquer quantia monetária mensal pela mulher	- Sim - Não
Situação conjugal	Condição referida pela mulher	- Casada/vive junto - Tem parceiro/não mora junto - Sem companheiro
Hospitalização na gravidez (auto-referida)	Segundo a informação da mulher de que foi admitida e permaneceu pelo menos uma noite na unidade de saúde	- Sim - Não
Tabagismo	Uso de cigarro pela mulher na gravidez atual	- Sim - Não
Duração do tabagismo	Período da gravidez em que a mulher permaneceu fumando durante a gravidez atual	- Não fumou - Fumou em algum período na gravidez - Fumou toda gravidez
Uso de álcool	Uso de bebida alcoólica pela mulher na gravidez atual	-Sim -Não
Duração do uso de álcool	Período da gravidez em que a mulher permaneceu ingerindo álcool durante a gravidez atual	- Não ingeriu álcool - Ingeriu álcool em algum período na gravidez - Ingeriu álcool toda gravidez
Uso de drogas ilícitas	Uso de drogas ilícitas pela mulher na gravidez atual	- Sim - Não
Paridade	Número de filhos tidos pela mulher	- Nenhum - Um ou dois - Três ou mais
Pretensão da gravidez atual	Pretensão por parte da mulher de ter engravidado desta vez	- Sim - Não
Início do pré-natal	Período da gravidez em que a gestante iniciou as consultas pré-natal	- Precoce (Início no primeiro trimestre) - Tardio (Início após o primeiro trimestre)
Número de consultas de pré-natal	Número total de consultas pré-natal que a gestante realizou na gravidez atual	- Nenhuma - Menos de seis - Seis ou mais
Atitude do companheiro em relação ao pré-natal	Atitude demonstrada pelo companheiro da mulher em relação à mesma realizar o pré-natal	- Encorajou - Não se interessou / Tentou impedir / Impediu
Transtornos mentais comuns	Presença de, pelo menos, oito respostas positivas do SRQ-20 (Seção 4 do Anexo A)	- Caso (oito ou mais respostas positivas) - Não caso (menos de oito respostas positivas)
Problemas de saúde na gravidez (auto-referido)	Presença de algum problema de saúde que levou a gestante a procurar ou ser encaminhada a outro serviço de saúde que não o serviço de pré-natal.	- Sim - Não

Para a análise multivariada, todas as variáveis que entraram no modelo foram dicotomizadas, a exceção da paridade que foi analisada em três níveis.

5.7 Processamento de dados

Os dados da pesquisa original foram digitados através do software Epi-Info, versão 6.04, com dupla entrada de dados, por digitadores diferentes e posteriormente, foi utilizado o aplicativo *Validate* para eliminar os erros de digitação. Em seguida, foram realizadas a limpeza e checagem da consistência dos dados. Para o presente estudo, foi utilizado o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 13.0 para *windows*.

5.8 Análise dos dados

Foram selecionados fatores associados à VFPI e à inadequação do PN relacionados na literatura científica e que estavam presentes no banco de dados. Inicialmente foram realizadas as distribuições de frequências relativas ao perfil sócio-econômico das mulheres estudadas, comportamentos de risco da mulher, história reprodutiva e características da gravidez atual além do padrão de utilização do pré-natal e características da VFPI.

Posteriormente, procedeu-se à análise bivariada, verificando-se as possíveis associações das covariáveis com a exposição (VFPI) e com o desfecho principal (inadequação do PN). A medida de associação estimada foi a razão de chance (odds ratio) bruta. A significância estatística dos resultados foi avaliada a partir do quiquadrado de *Mantel Haenzel* com o correspondente valor de p ($\leq 0,05$) e respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%.

Na etapa final, realizou-se a análise multivariada empregando a regressão logística não condicional para medir a associação entre VFPI e adequação do pré-natal independente do efeito de outras covariáveis. Foram incluídas no modelo de regressão as variáveis que obtiveram valor de $p \leq 0,10$ na análise bivariada para serem ajustadas entre si. No processo de modelagem, as que se mostraram associadas de forma independente ao desfecho estudado ($p \leq 0,05$), ou que ajustaram a exposição principal em mais ou menos 10% da odds ratio (OR) bruta, foram mantidas no modelo. Foi utilizado o método *stepwise forward* na análise, estabelecendo como critério para a entrada das variáveis o nível de significância obtido na análise bivariada, em ordem crescente do valor de p .

5.9 Aspectos éticos

A pesquisa original foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (protocolo de Pesquisa número 303/2004-CEP/CCS- Anexo C).

O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado a todas as mulheres elegíveis para o estudo, facultando às mesmas participar ou não da pesquisa. Para as mulheres que concordaram em participar, a entrevistadora registrava, após a leitura do mesmo, a concordância assinando o termo. O sigilo foi garantido a todas as entrevistadas, assim como o direito de interromper a entrevista ou de não responder a qualquer uma das perguntas realizadas. Caso durante a entrevista houvesse a interferência de outras pessoas, a entrevistadora utilizava um questionário substituto com questões gerais sobre saúde para evitar a exposição da mulher.

Ao final de cada entrevista, as mulheres- mesmo que não tenham mencionado situações em que foram no passado, ou estivessem sendo vítimas de violência atualmente - recebiam um panfleto elaborado pela equipe da pesquisa. Este continha informações e listagem de endereços sobre os serviços sociais, de saúde, jurídicos e policiais especializados em atendimento às mulheres em situação de violência na cidade do Recife.

5.10 Vantagens e limitações do estudo

Uma das vantagens do presente estudo é o fato de ser de base populacional, cujos resultados podem ser inferidos para as mulheres usuárias de PSF's, em razão dos critérios de cadastramento das famílias no programa serem semelhantes para os seis DS's do Recife. Também, não houve recusa a participação na pesquisa e as perdas de participantes foram mínimas ao logo da coleta de dados, minimizando o risco de vieses de seleção.

A violência foi averiguada a partir de perguntas que não fazem juízo de valor e que foram adaptadas de questionário já validado no Brasil (SCHRAIBER et al, 2010) e em diferentes países (GARCIA-MORENO et al, 2006).

As entrevistadoras foram devidamente treinadas para perguntarem de maneira adequada e a lidarem com as respostas sobre violência e demais questões. Foi garantida a privacidade no momento da entrevista e confidencialidade das respostas minimizando, assim, a ocorrência de viés de informação. No entanto, há de se levar em consideração que as mulheres que são vítimas de violência, podem omitir o evento ou algumas outras informações pertinentes por constrangimento ou medo dos parceiros, sobretudo nos casos de violência sexual. Neste sentido, a medida da associação pode estar subestimada.

Em se tratando das variáveis que abordam o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, problemas passíveis de crítica quando utilizados durante a gestação, dados relativos ao uso podem ter sido omitidos ou minimizados por algumas mulheres, levando à subestimação da medida de associação.

Por se tratar de um estudo de corte transversal, há uma limitação quanto à dificuldade de precisar a cronologia entre os eventos – exposição e desfecho, não podendo as associações encontradas serem interpretadas como causais.

6 RESULTADOS

Das 1.133 mulheres identificadas como elegíveis no início da pesquisa original, houve 13 perdas (1,15%), totalizando 1.120 mulheres. Não houve recusa em participar da pesquisa. No intervalo da primeira para a segunda entrevista houve mais 64 perdas perfazendo ao final 1.056 mulheres (6,8% de perdas no total).

No presente estudo foram incluídas 1.026 mulheres com informação presente no banco de dados para todas as variáveis estudadas; houve vinte e duas exclusões por ausência de informação sobre o pré-natal e oito para a variável atitude do companheiro quanto ao pré-natal (PN).

6.1 Caracterização das mulheres estudadas

A média de idade das mulheres estudadas foi de 25,3 anos, onde a maioria possuía menos de 25 anos de idade. A maior parte referiu ser parda, e possuir de cinco a oito anos de estudo. Pouco mais da metade delas possuía menos de cinco bens duráveis, não possuía renda própria e vivia/morava junto com o parceiro.

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006. (continua)

Variável	N	%
Idade (anos completos)		
≤24	530	51,7
25-29	286	27,9
30-34	134	13,1
35-39	59	5,8
≥40	17	1,7
Média (desvio padrão)	25,3 (5,4)	
Raça/cor		
Branca	202	19,7
Preta	160	15,6
Parda	625	60,9
Outras	39	3,8
Escolaridade (anos de estudo)		
Nenhum	14	1,4
Um a quatro	217	21,2
Cinco a oito	409	39,9
Nove a doze	374	36,5
Treze e mais	12	1,2
Média (desvio padrão)	7,18 (3,18)	

Continuação da Tabela 1

Posse de bens duráveis		
≥Cinco	448	43,7
≤ Quatro	578	56,3
Média (desvio padrão)	4,66 (3,06)	
Possuía renda própria		
Sim	474	46,2
Não	552	53,8
Situação conjugal (no momento da entrevista)		
Casada	175	17,1
Vive/mora junto	554	54,0
Tem parceiro/não vive junto	132	12,9
Não tem parceiro	130	12,7
Outro	35	3,4

A tabela 2 ilustra os comportamentos de risco na gravidez – tabagismo, consumo de álcool e de drogas ilícitas. Cerca de 13,5% das mulheres afirmaram ter feito uso de cigarro na gestação atual e 10,1% destas fumaram durante toda a gestação. O uso de álcool na gravidez foi relatado por 17,7% das mulheres e 6,7% delas bebeu durante toda a gravidez. O uso de drogas ilícitas foi declarado por 1,9% das entrevistadas.

Tabela 2: Comportamentos de risco durante a última gravidez das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005 - 2006.

Variáveis	N	%
Tabagismo na gravidez		
Não	887	86,5
Sim	139	13,5
Duração do tabagismo ¹		
Fumou em algum momento	35	3,4
Fumou toda gravidez	104	10,1
Uso de álcool na gravidez		
Não	844	82,3
Sim	182	17,7
Duração do uso do álcool ²		
Bebeu em algum momento	113	11,0
Bebeu toda gravidez	69	6,7
Uso de drogas ilícitas na gravidez		
Não	1007	98,1
Sim	19	1,9

Notas:

¹ Referente às 139 mulheres que relataram ter fumado na gravidez² Referente às 182 mulheres que relataram ter ingerido bebida alcoólica na gravidez

Com relação à história reprodutiva e às características da gravidez atual (Tabela 3), a maioria das mulheres relatou que a gravidez atual não foi pretendida (64,2%), e tinham tido pelo menos um filho. Em se tratando dos transtornos mentais comuns (TMC), quase a metade das mulheres (42,8%) relatou sinais e sintomas que puderam caracterizá-las como caso de TMC. 25,7% das mulheres referiram ter tido algum problema de saúde na gravidez e 11,3% ter necessitado de internação hospitalar.

Tabela 3: História reprodutiva e características da gravidez atual das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.

Variável	N	%
Pretensão da gravidez		
Sim	367	35,8
Não	659	64,2
Paridade (número de filhos tidos)		
Nenhum	358	34,9
Um a dois	498	48,5
Três ou mais	170	16,6
Transtornos mentais comuns		
Não caso	587	57,2
Caso	439	42,8
Problemas de saúde na gravidez (auto-referido)		
Não	762	74,3
Sim	264	25,7
Hospitalização na gravidez (auto-referida)		
Não	910	88,7
Sim	116	11,3

6.2 Padrão de utilização do pré-natal e fatores associados

A tabela 4 mostra que quase todas as mulheres estudadas (99,5%) informaram ter feito PN, porém mais de um terço delas (35,3%) iniciaram as consultas tardiamente. A maioria delas fez seis ou mais consultas. No que tange à adequação do PN realizado, mais da metade das mulheres teve um PN adequado, quase um terço teve um PN intermediário e 151 mulheres (14,7%) tiveram PN inadequado. Em se tratando da atitude do companheiro em relação ao PN, 81,5% das mulheres referiram que ele encorajou-a a realizá-lo. Ainda assim, observa-se que 18,1%

relataram que o companheiro não demonstrou interesse, tentou impedir ou chegou até mesmo a impedir que ela fizesse o PN.

Tabela 4: Utilização do pré-natal entre as mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.

Variável	n	%
Realização do pré-natal		
Sim	1021	99,5
Não	5	0,5
Início do pré-natal ¹		
Precoce	658	64,1
Tardio	362	35,3
Número de consultas realizadas ²		
Nenhuma	5	0,5
Uma a três	44	4,3
Quatro a cinco	177	17,2
Seis ou mais	800	78,0
Adequação do pré-natal		
Adequado	573	55,9
Intermediário	302	29,4
Inadequado	151	14,7
Atitude do companheiro em relação ao pré-natal		
Encorajou	836	81,5
Não demonstrou interesse	186	18,1
Tentou impedir ou impediu	4	0,4

Notas:

¹ Uma mulher não se recorda dessa informação e cinco não fizeram o PN

² Dez mulheres não lembram dessa informação

Para a análise bivariada, a variável “adequação do PN” foi dicotomizada (Inadequado / Adequado) e para as demais covariáveis foram utilizadas as categorias descritas no Quadro 2. Na tabela 5, ao verificar a associação das variáveis sócio-econômicas e demográficas com a inadequação do PN, verifica-se que a baixa escolaridade (menos de nove anos de estudo), possuir quatro ou menos bens duráveis, não morar junto com o parceiro ou simplesmente não ter companheiro (na ocasião da entrevista) foram as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho estudado.

Tabela 5: Associação entre a inadequação do pré-natal e características socioeconômicas e demográficas das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.

Variáveis	Adequação do pré-natal		OR _{bruta} (IC 95%)	p-valor
	Inadequado %(n)	Adequado %(n)		
Idade (anos completos)				
≤ 24	46,8 (248)	53,2 (282)	1	
25-29	39,5 (113)	60,5 (173)	0,74 (0,55-1,01)	0,04
≥ 30	43,8 (92)	56,2 (118)	0,89 (0,63-1,24)	0,46
Raça/cor				
Branca	41,1 (83)	58,9 (119)	1	
Não Branca	44,9 (370)	55,1 (454)	1,17 (0,85-1,62)	0,32
Escolaridade (anos de estudo)				
Nove ou mais	31,9 (123)	68,1 (263)	1	
Menos de nove	51,6 (330)	48,4 (310)	2,28 (1,73-2,99)	<0,001
Número de bens duráveis				
Cinco ou mais	39,1 (175)	60,9 (273)	1	
Quatro ou menos	48,1 (278)	51,9 (300)	1,45 (1,12-1,87)	0,003
Possui renda própria				
Sim	42,8 (203)	57,2 (271)	1	
Não	45,3 (250)	54,7 (302)	1,11 (0,86-1,43)	0,42
Situação conjugal (no momento da entrevista)				
Casada/vive junto	38,1 (278)	61,9 (451)	1	
Tem parceiro, mas não mora junto	56,9 (95)	43,1 (72)	2,14 (1,50-3,05)	<0,001
Sem companheiro	61,5 (80)	38,5 (50)	2,60 (1,74-3,80)	<0,001

O uso de cigarro e álcool, notadamente durante toda a gestação, além do uso de drogas ilícitas também aumenta a chance das mulheres terem um PN inadequado (Tabela 6).

Tabela 6: Associação entre a inadequação do pré-natal e comportamentos de risco durante a última gravidez das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005 - 2006.

Variáveis	Adequação do Pré-natal		OR _{bruta} (IC 95%)	p-valor
	Inadequado %(n)	Adequado %(n)		
Tabagismo na gravidez				
Não	41,6 (369)	58,4 (518)	1	
Sim	60,4 (84)	39,6 (55)	2,14 (1,49-3,09)	<0,001
Duração do tabagismo				
Não fumou	41,6 (369)	58,4 (518)	1	
Fumou em algum momento	65,7 (23)	34,3 (12)	2,69 (1,26-5,81)	0,004
Fumou toda gravidez	58,7 (61)	41,3 (43)	1,99 (1,29-3,07)	<0,001
Tendência linear			$\chi^2 = 14,64$	<0,001
Uso de álcool na gravidez				
Não	40,3 (340)	59,7(504)	1	
Sim	62,1 (113)	37,9 (69)	2,43 (1,75-3,38)	<0,001
Duração do uso de álcool				
Não bebeu	40,3 (340)	59,7 (504)	1	
Bebeu em algum momento	56,6 (64)	43,4(49)	1,94 (1,28-2,93)	<0,001
Bebeu toda gravidez	71,0 (49)	29,0 (20)	3,63 (2,06-6,45)	<0,001
Tendência linear			$\chi^2 = 32,39$	<0,001
Uso de drogas ilícitas na gravidez				
Não	43,6 (439)	56,4(568)	1	
Sim	73,7 (14)	26,3 (5)	3,62 (1,29-10,13)	0,009

De acordo com os dados da tabela 7, a gravidez não pretendida aumenta duas vezes a chance da mulher ter realizado um PN inadequado. Quanto maior o número de filhos, a presença de TMC e o fato do companheiro não ter se interessado, ter tentado impedir ou ter impedido a mulher de realizar o PN, aumenta a chance da realização de PN inadequado. Das mulheres que referiram problemas de saúde na gravidez e/ou hospitalização neste período, a maioria apresentou PN adequado. Tais variáveis associaram-se ao desfecho como um fator de proteção.

Tabela 7: Associação entre inadequação do pré-natal com a história reprodutiva e as características da gravidez atual. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.

Variáveis	Adequação do Pré-natal		OR _{bruta} (IC 95%)	p-valor
	Inadequado %(n)	Adequado %(n)		
Pretensão da gravidez				
Sim	33,0 (121)	67,0 (246)	1	
Não	50,4 (332)	49,6 (327)	2,06 (1,57-2,72)	<0,001
Paridade				
Nenhum filho	31,0 (111)	69,0 (247)	1	
Um ou dois filhos	48,6 (242)	51,4(256)	2,10 (1,57-2,83)	<0,001
Três ou mais filhos	58,8(100)	41,2(70)	3,18 (2,14-4,73)	<0,001
Tendência linear			$\chi^2 = 42,56$	<0,001
Transtornos mentais comuns				
Não caso	41,1 (241)	58,9 (346)	1	
Caso	48,3 (212)	51,7 (227)	1,34 (1,04-1,72)	0,02
Problemas de saúde na gravidez (auto-referidos)				
Não	45,9 (350)	54,1 (412)	1	
Sim	39,0 (103)	61,0 (161)	0,75 (0,57-1,00)	0,05
Hospitalização na gravidez (auto-referida)				
Não	45,6 (415)	54,4 (495)	1	
Sim	32,8 (38)	67,2(78)	0,58 (0,38-0,89)	0,008
Atitude do companheiro em relação ao pré-natal				
Encorajou	41,5 (347)	58,5 (489)	1	
Não se interessou/ Tentou impedir/impediu	55,8 (106)	44,2 (84)	1,78 (1,28-2,47)	<0,001

6.3 A violência física pelo parceiro íntimo e fatores associados

Verifica-se na tabela 8 que a VFPI ocorreu em 25,6% das mulheres estudadas, considerando o período de doze meses antes e/ou durante a gravidez atual. Dentre estas, aproximadamente a metade referiu a VFPI apenas antes da gravidez, 20,1% relatou que a VFPI ocorreu pela primeira vez na gravidez e cerca de 30% informou que a violência ocorreu tanto antes como durante a gestação.

Tabela 8: Caracterização da Violência Física pelo Parceiro Íntimo (VFPI) entre as mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.

Variável	N	%
VFPI antes e/ou na gravidez		
Não	763	74,4
Sim	263	25,6
VFPI exclusivamente antes da gravidez		
	131	49,8
VFPI exclusivamente na gravidez		
	53	20,1
VFPI antes e durante a gravidez		
	79	30,1

Na análise bivariada, utilizada para verificar a associação entre a VFPI e as características sócioeconômicas e demográficas da mulher (Tabela 9), foi identificado que as mulheres com menor escolaridade (menos de nove anos de estudo) e possuindo quatro ou menos bens duráveis, tiveram mais chance de terem sofrido VFPI em algum momento da relação.

Tabela 9: Associação entre Violência Física pelo Parceiro Íntimo (VFPI) e variáveis sócio-econômicas e demográficas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.

Variáveis	VFPI		OR _{bruta} (IC 95%)	p-valor
	Sim %(n)	Não %(n)		
Idade (anos completos)				
≤ 24	25,8 (137)	74,2 (393)	1	
25-29	26,9 (77)	73,1 (209)	1,06 (0,75-1,48)	0,73
≥ 30	23,3 (49)	76,7 (161)	0,87 (0,59-1,29)	0,47
Raça/cor				
Branca	23,8 (48)	76,2 (154)	1	
Não Branca	26,1 (215)	73,9 (609)	1,13 (0,78-1,65)	0,49
Escolaridade (anos de estudo)				
Nove ou mais	15,8 (61)	84,2 (325)	1	
Menos de nove	31,6 (202)	68,4 (438)	2,46 (1,76-3,43)	<0,001
Número de bens duráveis				
Cinco ou mais	33,6 (90)	47,3 (372)	1	
Quatro ou menos	30,3 (175)	69,7 (403)	1,79 (1,33-2,43)	<0,001
Possui renda própria				
Sim	25,9 (123)	74,1 (351)	1	
Não	25,4 (140)	74,6 (412)	0,97 (0,73-1,30)	0,83
Situação conjugal (no momento da entrevista)				
Casada/vive junto	24,8 (181)	75,2 (548)	1	
Tem parceiro, mas não mora junto	26,9 (45)	73,1 (122)	1,12 (0,75-1,66)	0,57
Sem companheiro	28,5 (37)	71,5 (93)	1,20 (0,78-1,86)	0,38

Os dados da tabela 10 mostram que o tabagismo e o consumo de álcool especialmente durante toda a gestação, além do uso de drogas ilícitas, se mostraram associados à VFPI.

Tabela 10: Associação entre Violência Física pelo Parceiro Íntimo (VFPI) e comportamentos de risco durante a última gravidez das mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.

Variáveis	VFPI		OR _{bruta} (IC 95%)	p-valor
	Sim % (n)	Não % (n)		
Tabagismo na gravidez				
Não	22,3 (198)	77,7 (689)	1	
Sim	46,8 (65)	53,2 (74)	3,06 (2,08-4,49)	<0,001
Duração do tabagismo				
Não fumou	22,3 (198)	77,7 (689)	1	
Fumou em algum período	37,1 (13)	62,9 (22)	2,06 (0,96-4,36)	0,04
Fumou toda gravidez	50,0 (52)	50,0 (52)	3,48 (2,25-5,38)	<0,001
Tendência linear			$\chi^2 = 39,87$	<0,001
Uso de álcool na gravidez				
Não	21,6 (182)	78,4 (662)	1	
Sim	44,5 (81)	55,5 (101)	2,92 (2,06-4,14)	<0,001
Duração do uso de álcool				
Não bebeu	21,6(182)	78,4 (662)	1	
Bebeu em algum momento	40,7 (46)	59,3 (67)	2,50 (1,62-3,84)	<0,001
Bebeu toda gravidez	50,7 (35)	49,3(34)	3,74 (2,21-6,35)	<0,001
Tendência linear			$\chi^2 = 42,69$	<0,001
Uso de drogas ilícitas na gravidez				
Não	25,0 (252)	75,0 (755)	1	
Sim	57,9 (11)	42,1 (8)	4,12 (1,52-11,35)	0,001

A gravidez não pretendida, maior paridade e a presença de transtornos mentais comuns apresentaram associação com VFPI (Tabela 11). Nessa etapa da análise, os problemas de saúde e a hospitalização auto-referidos pela mulher na gravidez, não se mostraram estatisticamente significante.

Tabela 11: Associação entre Violência Física pelo Parceiro Íntimo (VFPI) e a história reprodutiva e características da gravidez atual entre as mulheres estudadas. Distrito sanitário II, Recife, 2005-2006.

Variáveis	VFPI		OR _{bruta} (IC 95%)	p-valor
	Sim %(n)	Não %(n)		
Pretensão da gravidez				
Sim	19,1 (70)	80,9 (297)	1	
Não	29,3 (193)	70,7 (466)	1,76 (1,27-2,42)	<0,001
Paridade				
Nenhum filho	18,2 (65)	81,8 (293)	1	
Um a dois filhos	25,9 (129)	74,1 (369)	1,58 (1,11-2,24)	0,007
Três ou mais filhos	40,6 (69)	59,4 (101)	3,08 (2,01-4,73)	<0,001
Tendência linear			$\chi^2 = 28,9$	<0,001
Transtornos Mentais Comuns				
Não caso	16,7 (98)	83,3 (489)	1	
Caso	37,6 (165)	62,4 (274)	3,00 (2,22-4,06)	<0,001
Problemas de saúde na gravidez (auto-referidos)				
Não	24,8 (189)	75,2 (573)	1	
Sim	28,0 (74)	72,0 (190)	1,18 (0,85-1,64)	0,30
Hospitalização na gravidez (auto-referida)				
Não	25,5 (232)	74,4 (678)	1	
Sim	26,7 (31)	73,3 (85)	1,07 (0,67-1,68)	0,77

6.4 Associação entre violência física pelo parceiro íntimo e inadequação do pré-natal.

O fato da mulher relatar VFPI não revelou associação estatisticamente significativa com a realização do PN. Porém, ao analisarmos as demais variáveis relativas ao desfecho estudado, fica evidente que as mulheres vítimas de VFPI, com mais frequência, iniciaram o PN mais tardiamente (após o primeiro trimestre), fizeram menos de seis consultas e assim tiveram maior chance de realizar o PN inadequado. Além disso, verifica-se associação estatisticamente significativa entre sofrer VFPI e o fato do companheiro ter uma atitude de indiferença ou, até mesmo, de impedimento em relação à mulher fazer o PN (Tabela 12).

Tabela 12: Associação entre Violência Física pelo Parceiro Íntimo (VFPI) e utilização do pré-natal entre as mulheres estudadas. Distrito Sanitário II, Recife, 2005-2006.

Variáveis	VFPI		OR <i>bruta</i> (IC 95%)	p-valor
	Sim %(n)	Não %(n)		
Realização do Pré-natal				
Sim	99,2 (261)	99,6 (760)	1	
Não	0,8 (2)	0,4 (3)	1,94 (0,23-14,3)	0,46
Início do Pré-natal ¹				
Precoce	56,7(149)	66,7 (509)	1	
Tardio	42,6 (112)	32,8 (250)	1,53 (1,14-2,06)	0,003
Número de consultas ²				
≥ 6	70,1 (183)	80,4 (607)	1	
< 6	29,9 (78)	19,6 (148)	1,75 (1,25-2,44)	<0,001
Adequação do Pré-natal				
Adequado	44,9 (118)	59,6 (455)	1	
Inadequado	55,1 (145)	40,4 (308)	1,82 (1,35-2,43)	<0,001
Atitude do companheiro em relação ao Pré-natal				
Encorajou	71,5 (188)	84,9 (648)	1	
Não demonstrou interesse/tentou impedir/impediu	28,5 (75)	15,1 (115)	2,25 (1,59-3,18)	<0,001

Notas:

¹ Uma mulher não se recorda dessa informação e cinco não fizeram o PN

² Dez perdas (não lembravam o número de consultas)

6.5 Análise multivariada dos fatores associados à inadequação do PN

Na etapa multivariada foram introduzidas no modelo a variável dependente e a independente, seguidas das covariáveis que se mostraram associadas a ambas. Estas entraram uma a uma pela ordem do menor valor de p, obedecendo a seguinte sequência: paridade, uso de álcool na gravidez, escolaridade, tabagismo na gravidez, pretensão da gravidez, atitude do companheiro em relação ao PN, número de bens duráveis, uso de drogas ilícitas e transtornos mentais comuns. A primeira variável a perder significância estatística e ser excluída do modelo foi o tabagismo (p=0,38; IC 95%= 0,79-1,81); em seguida, a atitude do companheiro em relação ao PN (p=0,058; IC 95%= 0,98-1,92), número de bens duráveis (p=0,77; IC 95%= 0,78-1,37), uso de drogas ilícitas (p=0,38; IC 95%= 0,55-4,69) e transtornos mentais comuns (p=0,67; IC 95%= 0,81-1,38). A variável paridade ajustou a OR em 11,46%, constituindo assim um forte confundimento para a associação estudada. Além dela,

o uso de álcool na gravidez também ajustou a OR em 9,3% caracterizando-se também como variável de confundimento. As demais variáveis apresentaram ajustes pequenos na OR sendo, portanto consideradas fatores preditores do PN inadequado.

A gravidez não pretendida se mostrou associada tanto à inadequação do PN quanto à VFPI na análise bivariada. Na multivariada, quando da introdução dessa variável no modelo, a associação da VFPI com o desfecho tornou-se não estatisticamente significativa. Nessa etapa, a associação entre gravidez não pretendida e inadequação do PN, ajustada pelas demais variáveis presentes no modelo, foi estatisticamente significativa e ajustou em 4% a odds ratio, não caracterizando um confundimento (Tabela 13). Devido a esta situação, a variável constitui provavelmente um fator interveniente entre a exposição principal e o desfecho estudado.

Tabela 13: Associação entre violência física pelo parceiro íntimo e a inadequação do pré-natal, ajustado pela paridade, uso de álcool, escolaridade e pretensão da gravidez atual das mulheres estudadas. Distrito Sanitário II, Recife, 2005-2006.

Variáveis	OR bruta	OR ajustada	p-valor
VFPI			
Não	1	1	
Sim	1,81 (1,36-2,40)	1,31 (0,97-1,78)	0,07
Paridade			
Nenhum	1	1	
Um ou dois filhos	2,10 (1,57-2,83)	1,69(1,25-2,28)	0,001
Três ou mais filhos	3,18 (2,14-4,73)	1,91(1,26-2,89)	0,002
Uso de álcool			
Não	1	1	
Sim	2,43 (1,75-3,38)	1,91 (1,35-2,70)	<0,001
Escolaridade (anos de estudo)			
Nove ou mais	1	1	
Menos de nove	2,28 (1,73-2,99)	1,63 (1,22-2,18)	0,001
Pretensão da gravidez			
Sim	1	1	
Não	2,06 (1,57-2,72)	1,74 (1,31-2,30)	<0,001

Assim, no modelo final mostrado na tabela 14, ao retirarmos a variável pretensão da gravidez, é observado que as mulheres vítimas de VFPI têm 1,37 vezes mais chance de terem um pré-natal inadequado ($p=0,04$). Identifica-se que a

mulher ter três ou mais filhos foi o fator de exposição mais fortemente associado com a realização do PN inadequado. O segundo fator mais associado ao desfecho principal foi o uso do álcool na gravidez aumentando cerca de duas vezes a chance da realização do PN inadequado. E por último, a menor escolaridade apresentou-se também associado com OR=1,65 (IC 95%: 1,24-2,20).

Tabela 14: Modelo final da associação entre violência física pelo parceiro íntimo e a inadequação do pré-natal, ajustado pela paridade, uso de álcool e escolaridade das mulheres estudadas. Distrito Sanitário II, Recife, 2005-2006.

Variáveis	OR bruta	OR ajustada	p-valor
VFPI			
Não	1	1	
Sim	1,81 (1,36-2,40)	1,37 (1,01-1,85)	0,04
Paridade			
Nenhum	1	1	
Um ou dois filhos	2,10 (1,57-2,83)	1,76(1,31-2,37)	<0,001
Três ou mais filhos	3,18 (2,14-4,73)	2,18(1,45-3,27)	<0,001
Uso de álcool			
Não	1	1	
Sim	2,43 (1,75-3,38)	1,91 (1,36-2,70)	<0,001
Escolaridade (anos de estudo)			
Nove ou mais	1	1	
Menos de nove	2,28 (1,73-2,99)	1,65 (1,24-2,20)	0,001

7 DISCUSSÃO

A realização de um PN de boa qualidade pode reduzir os índices de morbimortalidade materno-infantil promovendo uma condição de saúde mais satisfatória tanto para a mãe quanto para o concepto (BRASIL, 2002, 2005b). A elevada cobertura de pré-natal encontrada foi similar àquela estimada para o Recife na época deste estudo, que em 2005 era de 96,4% (DATASUS, 2005).

Apesar da cobertura satisfatória, houve um alto percentual de mulheres que iniciaram o PN após o terceiro trimestre (35,3%) e fizeram menos de seis consultas (22%). Semelhantemente, o estudo de Carvalho e Araújo (2007) realizado na cidade do Recife identificou uma alta cobertura da assistência pré-natal (96%), porém com elevado percentual de mulheres que iniciaram tardiamente e fizeram menos de seis consultas (38%). Estes dados sugerem que há uma deficiência na captação precoce das mulheres e que o número de consultas ainda está aquém do preconizado pelo MS (BRASIL, 2002). Vale salientar que no presente estudo, as mulheres eram cadastradas no PSF, assim, seria esperado que os percentuais de entrada precoce e realização do número mínimo de consultas fossem mais elevados.

Em se tratando de violência física na relação com o parceiro, a prevalência encontrada nesse estudo (25,6%) foi inferior à identificada por Portella (2008) estudando mulheres usuárias do PSF do Recife, que encontrou prevalência de 35,8% para violência física sofrida alguma vez na vida. Entretanto, a prevalência de violência no presente estudo se refere a episódios ocorridos na relação com o parceiro atual ou ex-parceiro mais recente. Ainda assim, há uma possibilidade de que a associação encontrada entre VFPI e PN inadequado neste estudo esteja subestimada. As mulheres que são vítimas de violência, podem omitir os eventos por constrangimento ou vergonha em falar sobre a violência ou, ainda, por temor de represália por parte do perpetrador, caso descubra que a mulher relatou a violência para outras pessoas. Além do mais, se o episódio violento tiver sido demasiadamente traumático, ela pode não querer falar sobre o assunto (ELLSBERG et al, 2001).

A prevalência do PN inadequado entre mulheres vítimas de violência foi de 55,1%, inferior a 83,7% encontrada em estudo realizado no Rio de Janeiro (MORAES; ARANA; REICHENEIM, 2010). Todavia, salienta-se que neste último foi

utilizado um instrumento diferente para identificação da violência (*Revised Conflict Tactics Scales*). Ainda, as mulheres que sofriam VFPI tiveram a chance de PN inadequado aumentada em 37% em relação aquelas sem história de violência na relação com o parceiro. No estudo de Moraes, Arana e Reicheneim (2010) a chance das mulheres terem PN inadequado foi duas vezes maior para as vítimas de violência em comparação com as mulheres que não sofreram violência. Estudos semelhantes realizados na Índia (KOSKI; STEPHENSON; KOENIG, 2011) e Estados Unidos (DIETZ et al, 1997; GOODWIN et al, 2000; LIA-HOAGBERG et al, 1990) também encontraram associação entre a violência na gravidez e o uso inadequado do PN.

No Brasil, são raros os estudos realizados especificamente para investigar a associação entre VPI e a realização de PN. Ressalta-se que o presente estudo analisou casos de violência física antes e/ou durante a gravidez, pela possibilidade das mulheres que sofrem violência na gravidez já terem sido agredidas anteriormente pelo parceiro (MARTIN et al, 2001; SILVA, 2009). Foi levado em consideração que entre as mulheres que sofriam violência antes de estarem grávidas, mesmo que a violência tivesse descontinuado no período gestacional, a adesão e o início precoce ao PN poderiam ter sido afetados. De acordo com Ellsberg et al (2001), mesmo quando a violência cessa muitas mulheres permanecem sofrendo seus efeitos. Tal situação foi evidenciada na análise, onde as mulheres que sofreram VFPI exclusivamente antes da gravidez, apresentaram quase duas vezes mais chance de realizarem PN inadequado. Isto pode ter minimizado uma das limitações do estudo que, pelo fato de ser de corte transversal, não permite estabelecer precisamente a sequência temporal entre os eventos estudados (SANTANA; CUNHA, 2011).

Outros fatores foram identificados como associados ao PN inadequado. A baixa escolaridade apresentou associação com o PN inadequado mesmo após o ajuste pelas demais variáveis. Diversos estudos encontraram resultado semelhante (BRADY et al, 2003; COIMBRA et al, 2007; COUTINHO et al, 2003; HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001; HUESTON et al 2003; LEAL et al 2004; MORAES, ARANA e REICHENEIM, 2010). É possível que as mulheres nesta situação, por terem menos informação, tenham pouco entendimento da importância da assistência pré-natal para sua saúde e do conceito. Assim, podem ser mais

propensas a ingressarem tardiamente, fazerem menos consultas ou, até mesmo, não realizarem o PN. Além disso, a baixa escolaridade frequentemente está associada a situações socioeconômicas desfavoráveis (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001). Dados da PNDS revelam que a região nordeste apresentava, em 2006, os menores índices de escolaridade do Brasil, e que a realização do PN diminuía com a escolaridade (BRASIL, 2008). No presente estudo, a baixa escolaridade esteve associada à violência, semelhantemente ao verificado nos estudos de Martin et al (2001), Menezes et al (2003), Nasir e Hyder (2003) e Audi et al (2008).

A paridade foi o fator de exposição mais fortemente associado com a inadequação do PN, com a chance quase duas vezes maior entre aquelas que tinham tido três filhos ou mais. Estudos identificam associação de multiparidade com a violência pelo parceiro (DURAND 2005; NASIR; HYDER, 2003) e que o acesso ao PN diminui com o aumento do número de filhos (BRASIL, 2008). Leal et al (2004), no Rio de Janeiro, e Coimbra et al (2003), no Maranhão, apesar de não terem estudado a adequação do PN com a exposição à violência, encontraram associação entre maior paridade e o PN inadequado. Isto sugere que, tanto ter mais filhos quanto sofrer violência, pode reduzir a possibilidade de comparecer às consultas pré-natais ou de iniciar o PN na época adequada.

A gravidez não pretendida também se mostrou fortemente associada à inadequação do PN e à VFPI. Quando introduzida essa variável na análise multivariada, a associação da VFPI com o desfecho se tornou não estatisticamente significativa. Isto sugere que a gravidez não pretendida pode ser uma variável interveniente entre a exposição e o desfecho estudado. Paredes et al (2005) e Dietz et al (1997), identificaram associação entre a gravidez não pretendida e a realização inadequada do PN. Eggleston (2000) também identificou que entre as mulheres com gravidezes não pretendidas, havia uma menor chance de realizarem o PN e, quando realizavam, iniciavam mais tardiamente e faziam menos consultas quando comparadas a mulheres com gravidezes pretendidas. Azevêdo (2008) evidenciou associação estatisticamente significativa entre a violência pelo parceiro íntimo e a gravidez não pretendida, mesmo após ajuste pelas condições socioeconômicas e demográficas da mulher e parceiro, bem como pelas características da relação entre eles.

De acordo com Lia-Hoagberg et al (1990), o suporte familiar e o encorajamento da mulher em relação à assistência PN por parte de pessoas próximas, funcionam como importantes motivadores para que o PN seja adequado. Moraes, Arana e Reicheneim (2010) afirmam que mulheres que vivem em ambiente familiar hostil, com baixo apoio social podem ter dificuldades no acesso ao PN. Allendorf (2010) num estudo na Índia identificou que as mulheres que contavam com melhores relações familiares tinham melhor acesso ao PN. No presente estudo, a atitude demonstrada pelo companheiro em relação ao PN se mostrou fortemente associada ao PN inadequado na etapa inicial da análise. Entretanto, na análise multivariada esta variável perdeu significância estatística, embora com um valor de p limítrofe (0,058).

Dos comportamentos de risco durante a gravidez investigados, apenas o uso do álcool na gestação mostrou-se associado com o pré-natal inadequado. Alguns autores identificaram que as gestantes que o ingerem têm quase duas vezes mais chance de realizarem um PN inadequado (HUESTON et al, 2003; BRADY et al, 2003). Além disso, diversos estudos identificam a associação do uso de álcool na gravidez com a violência (AUDI et al 2008; HEDIN; JANSON, 2000; JASINSK 2004; NADIR; HYDER, 2003).

Salienta-se que as medidas de associação encontradas para estas variáveis podem estar subestimadas pelo fato de gestantes que fazem o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas poderem ser discriminadas e assim existe a possibilidade delas não confirmarem precisamente essas informações gerando vieses de informação. O uso de drogas ilícitas, ainda que fortemente associada ao desfecho pode não ter se mantido na etapa final da análise devido ao número muito pequeno de mulheres que declararam o uso dessas drogas, que inclusive é criminalizado no Brasil.

Os resultados deste estudo mostram a importância da sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos na atenção à mulher, especialmente no PN, para a identificação dos casos de violência. Além disso, o PSF por desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde, pode ser um espaço utilizado para a abordagem de questões relativas à violência (D'OLIVEIRA et al, 2009). Ainda que, há relatos de dificuldades dos profissionais de saúde em lidarem com a violência por não a reconhecerem como problema de saúde, por não se sentirem preparados para lidar

com os casos identificados, ou mesmo por serem vítimas ou perpetradores de violência nas relações conjugais (GARCIA-MORENO, 2002).

Mesmo diante das limitações deste trabalho, enfatizamos sua importância devido ao fato de ser o primeiro estudo realizado no Nordeste brasileiro, até onde temos conhecimento, que abordou a associação entre violência pelo parceiro e a inadequação do PN. Além do mais, acredita-se que os resultados aqui encontrados possam contribuir na elaboração de políticas públicas no que tange a melhoria da assistência pré-natal e a redução da violência contra a mulher, especialmente durante a gestação.

8 CONCLUSÕES

Apenas cinco mulheres estudadas (0,5%) não realizaram pré-natal na gravidez atual indicando uma alta cobertura dessa assistência. Apesar da maioria delas ter iniciado as consultas durante o primeiro trimestre e terem realizado mais de seis consultas, foi identificado um alto percentual de mulheres que só iniciaram o PN tardiamente (35,3%) e fizeram menos de seis consultas (22%). Vale salientar que as mulheres estudadas eram cadastradas no programa de saúde da família.

Mesmo a assistência PN tendo sido considerada adequada para a maioria das mulheres estudadas (55,9%), um número expressivo de mulheres ainda tiveram um PN inadequado (44,1%). Situações como ter tido maior número de filhos, uso de álcool na gravidez, baixa escolaridade e gravidez não pretendida foram os fatores que associaram-se ao pré-natal inadequado mesmo após o ajuste pelas demais variáveis. Neste sentido, políticas públicas de acesso à educação, planejamento familiar e combate às drogas são pertinentes para contribuir para o aumento do uso adequado do pré-natal.

Cerca de um quarto das mulheres estudadas relataram que sofreram algum episódio de violência física pelo parceiro íntimo antes e/ou durante a gravidez. Os fatores associados à violência foram: baixa escolaridade, possuir menos de cinco bens duráveis, ter comportamentos de risco (tabagismo, uso de álcool e uso de drogas), gravidez não pretendida, ter tido maior número de filhos e transtornos mentais comuns.

Os dados obtidos no presente estudo confirmam a hipótese de que mulheres que são vítimas de violência física pelo parceiro íntimo têm uma maior chance de realizarem um pré-natal inadequado, seja pelo início tardio (após o primeiro trimestre), pela realização de menos de seis consultas como preconizado pelo MS do Brasil, ou mesmo pelas duas condições juntas. Esta informação traz a importância da identificação da violência por parte dos profissionais de saúde, pois as mulheres que iniciam tardiamente, fazem poucas consultas ou não realizam o PN, podem estar sendo vítimas de violência.

9 REFERÊNCIAS

- ALBERDI, Inés; MATAS, Natalia. La violencia doméstica Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. **Colección Estudios Sociales**, n. 10. Barcelona, 2002.
- ALLENDORF, Keera. The Quality of Family Relationships and Use of Maternal Health-care Services in India. **Studies in Family Planning**, vol. 41, n° 4, p. 263–276, Dezembro, 2010.
- AMORIM, Melania Maria Ramos; KATZ, Leila; VALENÇA, Mariana; ARAÚJO, Daniella Ericsson. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região Nordeste do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, vol. 54, n.3, p. 261-6, 2008.
- ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n.6, p.1053-1064, junho, 2011.
- ASSIS, Dilma Franco; CASTRO, Fátima de Norida Teotônio. Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 358 - 370, ago./dez., 2010.
- AUDI, Celene Aparecida Ferrari; SEGALL-CORRÊA, Ana M ; SANTIAGO, Silvia M; ANDRADE, Maria da Graça G; PÉREZ-ESCAMILLA, Rafael. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo vol. 42, n. 5, p. 877-85, 2008.
- AZEVÊDO, Ana Carolina da Costa. A violência cometida pelo parceiro íntimo e outros fatores associados à gravidez não-pretendida. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, 2008.
- BACCHUS L; MEZEY G; BEWLEY S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, vol. 113, n.1, p. 6–11, Março, 2004.
- BAILEY, Beth A.; DAUGHERTY, Ruth Ann. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Incidence and Associated Health Behaviors in a Rural Population **Maternal Child Health Journal**. Vol. 11, p.495–503, 2007.
- BOHN, Diane K. Lifetime and Current Abuse, Pregnancy Risks, and Outcomes Among Native American Women. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Vol.13, n. 2, p. 184-198, Maio, 2002.
- BONFIM, Elisiane Gomes; LOPES, Marta Julia Marques; PERETTO, Marcele. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a(in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 14, n.1, p. 97-104, Janeiro-Março, 2010.

BRADY, Thomas M.; VISSCHER, Wendy; FEDER, Moshe; BURNS, Allison M. Maternal Drug Use and the Timing of Prenatal Care. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, vol.14, n. 4, pp. 588-607, Novembro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 569 de 01 de Junho de 2000. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico, Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança PND 2006. Relatório final. Brasília (DF), 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico, 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 01/06/2012.

CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; CECATTI, José Guilherme; VEGA, Carlos Eduardo Pereira. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 28, n. 5, p. 310-5, 2006.

CAMPBELL , Jacquelyn C . Health consequences of intimate partner violence. **THE LANCET** , Vol. 359, 2002.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos; ARAÚJO, Thália Velho Barreto. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco . **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, vol.7, n. 3, p. 309-317, Julho a Setembro, 2007.

CASTRO, Roberto; RUIZ, Agustín. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. **Revista de Saúde Pública**, México, vol. 38, n.1, p. 62-70, 2004.

CECATTI, José G.; FAÚNDES, Aníbal; SURITA, Fernanda G. C.; AQUINO, Márcia M. A. O Impacto da Idade Materna Avançada sobre os Resultados da Gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 20, nº 7, 1998.

CHAMBLISS, Linda R., Intimate Partner Violence and its Implication for Pregnancy **Clinical obstetrics and gynecology**, vol. 51, n. 2, p. 385–397, 2008.

COIMBRA, Liberata C; SILVA, Antônio A M; MOCHELA, Elba G.; ALVES, Maria T S B; RIBEIRO, Valdinar S; ARAGÃO, Vânia M F; BETTIOL, Heloisa. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, vol. 37, n. 4, p. 456-62, 2003.

COIMBRA L.C.; FIGUEIREDO F.P.; SILVA A.A.M.; BARBIERI M.A.; BETTIO H. L; CALDAS A.J.M.; MOCHEL E.G.; RIBEIRO V.S. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, vol. 40, p. 1195-1202, 2007.

COKER Ann L.; SANDERSON, Maureen; DONG, Beili. **Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes**. Paediatric and Perinatal Epidemiology, vol. 18, 260–269, 2004.

COUTINHO, Tadeu; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante; DAIN, Sulamis; SAYD, Jane Dutra; COUTINHO, Larissa Milani. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, nº 10, 2003.

DATASUS. Informações de saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2005. Disponível em : www.datasus.gov.br. Acesso em 20/01/12.

DIETZ , Patricia M.; GAZMARARIAN , Julie A.; GOODWIN, Mary M.; BRUCE F. Carol; JOHNSON, Christopher H.; ROCHAT, Roger W. Delayed Entry Into Prenatal Care: Effect of Physical Violence. **Obstetrics & Gynecology**, vol. 90, n. 2, agosto, 1997.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima; HANADA Heloisa; DURAND, Julia. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.14, n.4, p. 1037-1050, 2009.

DOUBOVA, SV; PAMANES-GONZALEZ, V; BILLINGS, DL, TORRES-ARREOLA L. del P. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de Mexico. **Revista de Saúde Pública**, vol, 41, n. 4, p. 582–90, 2007.

DURAND, Júlia Garcia. Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde na grande São Paulo. **Dissertação de Mestrado**. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

DURAND, Julia Garcia; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol.10, n.3 São Paulo, 2007.

EGGLESTON, Elizabeth. Unintended pregnancy and women's use of prenatal care in Ecuador. **Social Science & Medicine**, vol. 51, p. 1011-1018, 2000.

ELLSBERG MC; HEISE L; PEÑA R; AGURTO S; WINKVIST A. Researching Domestic Violence Against Women: Methodological and Ethical Considerations. *Studies in Family Planning*, vol. 32, n. 1, 2001.

FERGUSON, David M.; HORWOOD L. John; NORTHSTONE, Kate. Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. **BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, vol. 109, p. 21-27, janeiro, 2002.

FREIRE, Tácio de Melo; MACHADO, José Cassiano; MELO, Enaldo Vieira, MELO, Débora Gusmão. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 27, n. 7, p. 376-81, 2005.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado. São Paulo, 2010. Disponível em: www.fpabramo.org.br.

GALÃO, Adriani Oliveira; SODER, Stephan Adamour; GERHARDT, Moisés; FAERTES, Theo Halpern; KRÜGER, Marília Sfredo; PEREIRA, Diego Fraga; BORBA, Clarissa Moreira. Efeitos do fumo materno durante a gestação e complicações perinatais. **Revista HCPA**, vol. 29, n.3, p. 218-224, 2009.

GARCIA-MORENO, Cláudia. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. **The Lancet**, vol. 359, Abril, 2002.

GARCIA-MORENO, Cláudia; JANSEN, Henrica A.F.M. (Henriette); WATTS, Charlotte; ELLSBERG, Mary; HEISE, Lori. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Organización Mundial de Saúde: Ginebra, 2005.

GARCIA-MORENO, Cláudia; JANSEN, Henrica A.F.M.; ELLSBERG, Mary; HEISE, Lori; WATTS, Charlotte. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v. 368, p. 1260-1269. Outubro, 2006.

GAZMARARIAN, Julie A.; LAZORICK Suzanne; SPITZ, Alison M.; BALARD Terri J.; SALTZMAN, Linda E.; MARKS, James S. Prevalence of Violence Against Pregnant Women. **JAMA**, vol. 275, n. 24, 1996.

GONÇALVES, Carla Vitola ; CESAR, Juraci Almeida; MENDOZA-SASSI, Raul A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 25, n.11, p.2507-2516, novembro, 2009.

GOODWIN, Mary M.; GAZMARARIAN, Julie A.; JOHNSON, Christopher H.; GILBERT, Brenda Colley; SALTZMAN Linda E. Pregnancy Intendedness and Physical Abuse Around the Time of Pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 1996–1997. **Maternal and Child Health Journal**, vol. 4, n. 2, 2000.

GOUIN, Katy; MURPHY, Kellie; SHAH, Prakesh S.; Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. **American Journal Obstetric and Gynecology**, 204:340.e1-12, 2011.

GRIMSTAD, Hilde; BACKE, Bjorn; JACOBSEN, Geir; SCHEI, Berit. Abuse history and health risk behaviors in pregnancy. **Acta Obstet Gynecol Scand**, vol. 77 p. 77: 893–897, 1998.

GUO, SF; WU, JL; QU, CY; YAN, RY. Domestic abuse on women in China before, during, and after pregnancy. **Chinese Medical Journal**, vol. 117, n.3, p. 331-336, 2004.

H Aidar, Fátima Hussein; OLIVEIRA, Urânia Fernandes; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.17, n.4, p. 1025-1029, julho-agosto, 2001.

HAYATBAKHS, Mohammad R.; FLENADY Vicki J.; GIBBONS, Kristen S.; KINGSBURY Ann M.; HURRION, Elizabeth; MAMUN, Abdullah A.; NAJMAN, Jake. Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy. **Pediatric Research**, vol. 71, n. 2, fevereiro, 2012.

HEDIN, Lena Widding; JANSON, Per Olof. Domestic violence during pregnancy: The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. **Acta Obstetric Gynecology Scandinavia**, vol. 79, p. 625–630, 2000.

HEISE, Lori. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.10 (supl. 1), p. 135-145, 1994.

HUESTON, William J. ; GILBERT, Gregory E.; DAVIS, Lucy; STURGILL, Vanessa. Delayed prenatal care and the risk of low birth weight delivery. **Journal of Community Health**, vol. 28, n. 3, Junho, 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados do Universo do Censo 2000. Disponível em www.ibge.gov.br/cidades. Acesso em 08/01/11.

JASINSK, Jana L. PREGNANCY AND DOMESTIC VIOLENCE: A Review of the Literature. **Trauma Violence & Abuse**, vol. 5, n. 1, p. 47-64. University of Central Florida, 2004

KOSKI, Alissa D.; STEPHENSON, Rob; KOENIG, Michael R. Physical Violence by Partner during Pregnancy and Use of Prenatal Care in Rural India. **Journal of health, population and nutrition**, vol. 29, n.3, p. 245-254, Junho, 2011.

KRONBAUER, José Fernando Dresch ; MENEGUEL, Stela Nazareth e. Perfil da violência de gênero perpetrada por Companheiro. Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde. Universidade Vale dos Sinos. São Leopoldo, RS, 2005.

KRUG , Etienne G.; DAHLBERG , Linda L.; MERCY, James A.; ZWI Anthony B.; LOZANO, Rafael . Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização mundial de saúde: Genebra, 2002.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA , Silvana Granado Nogueira; RATTO, Katia Maria Netto Ratto; CUNHA, Cynthia Braga da Cunha. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.20, Sup 1:S63-S72, 2004.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA , Silvana Granado Nogueira; CUNHA, Cynthia Braga da Cunha. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de saúde pública**, vol. 39, n.1, p. 100-7, 2005.

LEOPÉRCIO, Waldir; GIGLIOTTI, Analice. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, vol. 30, n. 2, Março/Abril, 2004.

LIA-HOAGBERG, Betty; RODE, Peter; SKOVHOLT, Catherine J.; OBERG, I CHARLES; BERG, Cynthia; MULLETT, Sara; CHOI, Thomas. Barriers and motivators to prenatal care among low-income women. **Soc. Sci. Med.** vol. 30, n. 4, p. 487-495, 1990.

LOMBARDI, Elisa Maria Siqueira; PRADO, Gustavo Faibichew; SANTOS, Ubiratan de Paula; FERNANDES, Frederico Leon Arrabal. O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios: artigo de revisão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, vol. 37, n.1, p. 118-128, 2011.

MARTIN, Sandra L.; MACKIE, Linda; KUPPER, Lawrence L.; BUESCHER Paul A.; MORACCO, Kathryn E. Physical Abuse of Women Before, During, and After pregnancy. **JAMA**, v. 285, n.12, p.1581-1584, 2001.

MENEZES, Telma Cursino; AMORIM, Melania Maria Ramos; SANTOS, Luiz Carlos; FAÚNDES, Aníbal. Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** , vol. 25, n. 5, 2003.

MORAES, Claudia Leite; ARANA, Flávia Dias Nogueira; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, vol.44, n. 4, p. 667-76, 2010.

MORSE, Marcia Lait; FONSECA, Sandra Costa; BARBOSA, Mariane Doelinger; CALIL, Manuele Bonatto; EYER, Fernanda Pinella Carvalhal. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.27,n.4, p. 623-638, abril, 2011.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; OLIVEIRA, Clarisse Gracielle Santos; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro; PEREIRA, Mayenne Myrcea Quintino. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, vol.15, n.2, p.250-5, Abril-Junho, 2010.

NASIR, Khurram; HYDER, Adnan. Violence against pregnant women in developing countries. Review of evidence. **European Journal of Public Health**, vol. 13, 105-107, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. World Health Organization, 2000.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (Convenção de Belém do Pará), Belém,1994.

PALLITTO, Christina C. Domestic violence and maternal, infant, and reproductive health: A critical review of the literature. Pan American Health Organization, Washington, DC, 2004.

PAREDES, I; HIDALGO, L.; CHEDRAUI, P.; PALMA J.; EUGENIO J. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, vol.88, p. 168-172, 2005.

PAZ, Alcieros Martins. Violência por parceiros contra mulheres grávidas do Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. 2006.

PEREIRA, Priscila Krauss; LOVISI, Giovanni Marcos. Revisão da literatura: Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 35, n.4, p. 144-53, 2008.

PERNAMBUCO. Programa mãe coruja pernambucana. Manual do programa mãe coruja pernambucana. Secretaria Estadual de Saúde. Recife, 2011.

PLESSINGER, Mark A.; WOODS, James R. Cocaine in pregnancy. Recent data on maternal and fetal risks. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, vol. 25, n. 1, março, 1998.

PORTELLA, Ana Paula. Situação de saúde e violência contra as mulheres no Recife, PE. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

QUINLIVANA, Julie A.; EVANS, Sharon F. The impact of continuing illegal drug use on teenage pregnancy outcomes—a prospective cohort study. **BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, vol. 19, p. 1148–1153, outubro, 2002.

RECIFE. Secretaria de saúde do Recife. Gerência de Atenção à Saúde da Mulher. Assistência Integral à mulher vítima de violência doméstica e sexista. Protocolo. Recife, 2008.

RODRIGUES, Daniela Taysa; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 60, n. 1, p. 77-80, Brasília, 2007.

SANTANA, W.; CUNHA, S. Estudos transversais. In: Barreto, Mauricio Lima & Almeida Filho, Naomar. Epidemiologia & Saúde - Fundamentos, Métodos e Aplicações. Editora: GUANABARA KOOGAN. Capítulo 16, p.186-193, 2011.

SANTOS, Cecília MacDowell. Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha: Absorção/tradução de demandas feministas pelo Estado. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, vol. 89, p. 153-170, Junho, 2010.

SCHOEMAN, Jeanne; GROVÉ, Debbie V.; ODENDAAL, Hein J. Are Domestic Violence and the Excessive Use of Alcohol Risk Factors for Preterm Birth? **Journal of Tropical Pediatrics**, vol. 51, n. 1, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima ; D'OLIVEIRA , Ana Flávia P L.; FRANÇA-JUNIOR, Ivan; PINHO, Adriana. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol. 36, n.4, p. 470-7, 2002.

SCHRAIBER, Lilia Blima ; D'OLIVEIRA , Ana Flávia P L ; JUNIOR, Ivan França; DINIZ, Simone; PORTELLA, Ana Paula; LUDERMIR, Ana Bernarda; VALENÇA, Otávio; COUTO, Márcia Thereza. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, vol. 41, n.5, p.797-807, 2007.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 25, supl.2. Rio de Janeiro, 2009.

SCHRAIBER, Lilia Blima; LATORRE, Maria do Rosário Dias; FRANÇA, Ivan Jr; SEGRI, Neuber José; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Rev Saúde Pública**, vol. 44, n. 4, p. 658-66, 2010.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Recife, 1995.

SEGRE, Conceição Aparecida de Mattos. Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido. São Paulo:Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.

SENESI, Lenira Gaede; TRISTÃO, Edson Gomes; ANDRADE, Rosires Pereira; KRAJDEN, Márcia Luiza; JUNIOR, Fernando Cesar de Oliveira; NASCIMENTO, Denis José. **Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 26, n. 6, 2004.

SHADIGAN, E. M.; BAUER, S. T. Screening for partner violence during pregnancy. Social issues in reproductive health. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, n. 84, 2004.

SHARPS, Phyllis W. ; LAUGHON, Kathryn ; GIANGRANDE, Sandra K. INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND THE CHILDBEARING YEAR Maternal and Infant Health Consequences. **Trauma Violence Abuse**, vol, 8, 105, 2007.

SILVA, João Luiz Pinto; CECATTI, José Guilherme; SERRUYA, Suzanne Jacob. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, Março, 2005.

SILVA, Elisabete Pereira. Violência no pós-parto: outra face da violência contra mulher. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, 2009.

SILVA, Elisabete Pereira; LUDERMIR, Ana Bernarda; ARAÚJO, Thália Velho Barreto; VALONGUEIRO, Sandra Alves. **Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez**. Revista de Saúde Pública, vol. 45, n.6, p. 1044-53, 2011.

SLICKERS, Jennifer E.; OLSHAN, Andrew F.; SIEGA-RIZ, Anna Maria; HONEIN, Margaret A.; AYLSWORTH Arthur S. Maternal Body Mass Index and Lifestyle Exposures and the Risk of Bilateral Renal Agenesis or Hypoplasia. **American Journal of Epidemiology**, vol. 168, n. 11, p. 1259–1267, 2008.

VIDAL, Suely Arruda; SAMICO, Isabella Chagas; FRIAS, Paulo Germano; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Estudo exploratório de custos e conseqüências do pré-natal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, vol. 45, n. 3, p. 467-74, 2011.

WATTS, Charlotte; ZIMMERMAN, Cathy. Violence against women: global scope and magnitude. **The Lancet** , vol. 359, abril, 2002.

WILLIAMS, Laura J.; CORREA, Adolfo; RASMUSSEN, Sonja. Maternal lifestyle factors and risk for ventricular septal defects. **Birth Defects Research (Part A): Clinical and Molecular Teratology**, 70:59 – 64, 2004.

THANANOWAN, Nanthana; HEIDRICH, Susan M. Intimate Partner Violence Among Pregnant Thai Women. **Violence Against Women**, vol. 14, n. 5, 2008.

YAMAGUCHI, Eduardo Tsuyoshi; CARDOSO, Mônica Maria Siaulys Capel; TORRES, Marcelo Luis Abramides; ANDRADE, Arthur Guerra Drogas de abuso e gravidez. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 35, supl 1, p. 44-47, 2008.

ANEXO A

**PESQUISA SOBRE SAÚDE DAS MULHERES GRÁVIDAS E SUAS
EXPERIÊNCIAS DE VIDA**

QUESTIONÁRIO DA MULHER

**ESTUDO CONDUZIDO PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA (PIPASC) DA UFPE**

Confidencial uma vez preenchido

DATA: DIA [][] MÊS [][] ANO [2

REGISTRE A HORA		Hora.....[][]	
		Minutos.....[][]	
SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER			
	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	
109	Nesta casa existem quantos destes itens? REGISTRE A QUANTIDADE DE CADA ITEM ENTRE OS COLCHETES.	<input type="checkbox"/> TELEVISÃO COLORIDA <input type="checkbox"/> VÍDEO-CASSETE <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> RÁDIO <input type="checkbox"/> CARRO DE PASSEIO <input type="checkbox"/> TELEFONE <input type="checkbox"/> ASPIRADOR DE PÓ <input type="checkbox"/> MAQ. DE LAVAR ROUPA <input type="checkbox"/> GELADEIRA <input type="checkbox"/> FREEZER <input type="checkbox"/> COMPUTADOR	<u>NR</u> 89 89 89 89 89 89 89 89 89 89 89
113	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos completos [][]	
117	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor ou raça?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 89. Não quis responder 99. Não sabe	
120	Qual a última série e grau que você concluiu com aprovação? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO. CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO.	01. Primeiro Grau Menor _____ Ano 02. Primeiro Grau Maior _____ Ano 03. 2º grau /Secundário/Técnico _____ Ano 04. Universitário Incompleto ____ Ano..... 05. Universitário completo _____ Ano 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
		Nº de anos de instrução [][]	
121	Atualmente você está casada ou vive com alguém? ANOTE NO BOX A	1. ATUALMENTE CASADA ⇒ passe p/ Q.126 2. VIVE/MORA JUNTO COM UM HOMEM ⇒ passe p/ Q.126 3. TEM UM PARCEIRO (MANTENDO RELAÇÃO SEXUAL), MAS NÃO VIVE JUNTO. 4. NÃO ESTÁ CASADA OU VIVENDO COM ALGUÉM (SEM RELACIONAMENTO SEXUAL). 5. OUTRO _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	

][0][0][]

SEÇÃO 2 – HISTORIA REPRODUTIVA E CONTRACEPTIVA

Agora eu gostaria de falar sobre alguns fatos e situações vividas pela maioria das mulheres: seus relacionamentos e seus parceiros, gravidezes e filhos que teve.

204	<p>Você já pariu uma criança? Quantas?</p> <p>Explore: pode ter sido uma criança nascida viva ou morta.</p>	<p>01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.207 Não aplicável88</p> <p>NÚMERO DE PARTOS [][]</p>	
-----	---	--	--

SEÇÃO 3 – GRAVIDEZ ATUAL

303	<p>Antes de saber que estava grávida, você</p>	<p>01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR ⇒ passe p/ Q.305 02. ESTAVA QUERENDO ENGRAVIDAR ⇒ passe p/ Q.305 03. QUERIA ENGRAVIDAR, MAS NÃO AGORA 04. NÃO QUERIA ENGRAVIDAR 05. NÃO FAZIA DIFERENÇA 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.305</p>	
329	<p>Você estava com quantas semanas de gravidez, quando fez a primeira consulta de pré-natal?</p>	<p>[][] semanas ou [][] meses Não aplicável '88'</p>	
330	<p>Em relação ao pré-natal você diria que o seu companheiro</p>	<p>01. ENCORAJOU 02. NÃO DEMONSTROU INTERESSE 03. TENTOU IMPEDIR/IMPEDIU 88. Não aplicável 89. Não quis responder</p>	

SEÇÃO 4 – SAÚDE MENTAL

401	As próximas perguntas são relacionadas com outros problemas comuns que talvez a tenham incomodado nas <u>últimas 4 semanas</u> . Se você teve problemas nas <u>últimas 4 semanas</u> , responda SIM. Se não, responda NÃO.		<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>
a)	Tem dores de cabeça freqüentes?	a) DOR DE CABEÇA	01	02
b)	Tem falta de apetite?	b) FALTA DE APETITE	01	02
c)	Dorme mal?	c) DORME MAL	01	02
d)	Assusta-se com facilidade?	d) ASSUSTA-SE	01	02
e)	Tem tremores nas mãos?	e) MÃOS TRÊMULAS	01	02
f)	Sente-se nervosa, tensa, preocupada?	f) NERVOSA	01	02
g)	Tem má digestão?	g) MÁ DIGESTÃO	01	02
h)	Tem dificuldade em pensar com clareza?	h) DIF.EM PENSAR	01	02
i)	Tem se sentido triste ultimamente?	i) TRISTE	01	02
j)	Tem chorado mais que de costume?	j) CHORA MUITO	01	02
k)	Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas atividades diárias?	k) DIF. ATIV. DIÁRIAS	01	02
l)	Tem dificuldade para tomar decisões?	l) DIFICULDADE DECISÕES	01	02
m)	Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	m) DIFICULDADE SERVIÇO	01	02
n)	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	n) SEM PAPEL ÚTIL	01	02
o)	Tem perdido o interesse pelas coisas?	o) SEM INTERESSE	01	02
p)	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	p) DESVALORIZADA	01	02
q)	Tem tido a idéia de acabar com a vida?	q) POR FIM À VIDA	01	02
r)	Sente-se cansada o tempo todo?	r) SENTE-SE CANSADA	01	02
s)	Tem sensações desagradáveis no estômago?	s) PROBL. ESTOMACAIS	01	02
t)	Você se cansa com facilidade?	t) CANSAÇO	01	02

SEÇÃO 7 – A ENTREVISTADA E SEU COMPANHEIRO ATUAL (OU MAIS RECENTE).

ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 7 CHEQUE O ESTADO MARTIAL NA FOLHA DE REFERÊNCIA, BOX A

Quando duas pessoas casam, vivem juntas ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seu relacionamento atual (ou mais recente) e como o seu marido / companheiro a trata / ou a tratava. Se alguém nos interromper, eu mudarei o assunto de nossa conversa. Gostaria de lhe assegurar, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo, e que você não precisa responder a nada que não queira. Posso continuar?

704	Durante essa gravidez o seu atual marido / companheiro / namorado atual, alguma vez, tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim, continue com B. Se não, passe para o item C) <u>SIM NÃO NA NR</u>	C) Isto aconteceu alguma vez sem que você estivesse grávida? Se sim, passe para o item D. Se não, passe a pergunta seguinte. <u>SIM NÃO NA NR</u>
	1. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	01 02 88 89	01 02 88 89
	2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	01 02 88 89	01 02 88 89
	3. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)?	01 02 88 89	01 02 88 89
	4. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?	01 02 88 89	01 02 88 89

SEÇÃO 10 – AUTONOMIA FINANCEIRA

Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre o seu trabalho ou alguma atividade que você faz para ganhar dinheiro. Precisamos dessas informações para compreender a situação financeira das mulheres hoje em dia.

1001	Você tem alguma renda/recebe algum dinheiro? Considere como trabalho toda atividade pela qual você receba dinheiro ou alguma outra forma de pagamento, mesmo que você o tenha realizado em sua casa.	01. Sim 02. Não	
------	---	--------------------	--

ANEXO B

**PESQUISA SOBRE SAÚDE DAS MULHERES GRÁVIDAS E
SUAS EXPERIÊNCIAS DE VIDA**

QUESTIONÁRIO DA PUÉRPERA

**ESTUDO CONDUZIDO PELO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PIPASC) DA
UFPE**

**CONFIDENCIAL
(uma vez preenchido)**

SEÇÃO 2 - PRÉ-NATAL			
201	Você fez o seu pré-natal? Q.211	1. Sim 2. Não ⇒ Q.211 89. Não quis responder⇒	
207	Durante o pré-natal, quantas consultas você fez? (CONSULTE O CARTÃO DA GESTANTE)	Número de consultas [] [] Informação: [] cartão de PN; [] da mulher 99. Não lembra 88. Não aplicável	
212	Durante sua última gravidez, você teve algum problema de saúde que precisou procurar ou ser encaminhada para outro serviço de saúde? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01 A. Sim, procurou 01 B. Quantas vezes..... 02 A. Sim, foi encaminhada 02 B. . Quantas vezes..... 03. Não ⇒ Q.218	
214	Alguma dessas ocasiões em que você procurou o serviço de saúde, você chegou a ser hospitalizada?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.218 Se SIM, quantas vezes? [] []	
219	Você fumou na última gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.222 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.222 88. Não aplicável	
220	Você diria que na sua última gravidez, você fumou: (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. Durante toda gravidez. 02. Apenas nos três primeiros meses. 03. Apenas entre o 4º e o 6º mês. 04. Apenas do 7º mês ao final da gravidez. 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
223	Você bebeu na última gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.228 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
224	Você diria que na sua última gravidez, você bebeu: (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. Durante toda gravidez. 02. Apenas nos três primeiros meses. 03. Apenas entre o 4º e o 6º mês. 04. Apenas do 7º mês ao final da gravidez. 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
228	Você usa ou já usou algum tipo de droga?	01. Sim, usa. 02. Não usa mais. 03. Nunca usou ⇒ SEÇÃO 3 89. Não quis responder ⇒ SEÇÃO 3	

ANEXO C

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 027/2005-CEP/CCS

Recife, 28 de fevereiro de 2005.

Ref. Protocolo de Pesquisa n.º 303/2004-CEP/CCS
Título "Violência na gravidez: Determinantes e conseqüências para saúde reprodutiva, saúde mental e resultados ."

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE registrou e analisou, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 28 de fevereiro de 2005.

Ressaltamos que ao pesquisador responsável deverá apresentar relatório, em 30/ 10/ 2005.

Atenciosamente,


Prof.ª M.ª Clara Albuquerque
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa CCS/UFPE