

Prevalência de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto no Município do Rio de Janeiro, Brasil

Prevalence of physical intimate partner violence in the first six months after childbirth in the city of Rio de Janeiro, Brazil

Prevalencia de violencia física entre parejas durante los primeros seis meses tras el parto en el Municipio de Río de Janeiro, Brasil

Claudia Leite de Moraes ¹
Aline Gaudard e Silva de Oliveira ¹
Michael Eduardo Reichenheim ¹
Silvana Granado Nogueira da Gama ²
Maria do Carmo Leal ²

doi: 10.1590/0102-311X00141116

Resumo

O objetivo do estudo foi estimar a prevalência de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto entre mulheres que frequentam unidades básicas de saúde (UBS) do Rio de Janeiro, Brasil, para o acompanhamento da criança. Este é o primeiro estudo sobre o tema realizado com uma amostra representativa de UBS do Município do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo transversal, realizado entre junho e setembro de 2007, que incluiu 927 mães/bebês atendidos em 27 UBS, selecionadas por amostragem complexa e geograficamente representativas do município. As informações foram coletadas por meio de entrevistas face a face, por equipe previamente treinada, utilizando questionário estruturado. A história de violência física entre parceiros íntimos desde o nascimento da criança até a data da entrevista foi obtida por meio da versão nacional do instrumento Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Trinta por cento (IC95%: 26,2-33,8) das mães relataram ter vivenciado alguma forma de violência física entre parceiros íntimos no pós-parto e 14% (IC95%: 11,0-17,0) referiram violência física grave. Os abusos físicos ocorreram especialmente entre mães adolescentes, negras, que não viviam com o companheiro, em situação socioeconômica desfavorável, e que apresentavam falhas no cuidado pré-natal, na amamentação e na utilização do serviço de saúde. A ampla magnitude da violência física entre parceiros íntimos reforça a necessidade de enfrentamento imediato do problema. Para isso, é fundamental que os serviços de atenção primária estejam articulados a outras redes de apoio e os profissionais de saúde, preparados para lidar com o problema.

Violência por Parceiro Íntimo; Serviços de Saúde; Cuidado da Criança; Saúde Reprodutiva

Correspondência

A. G. S. Oliveira
Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rua São Francisco Xavier 524, 7º andar, bloco D, sala 7018, Rio de Janeiro, RJ 20559-900, Brasil.
alinegaudard@yahoo.com.br

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

A violência física entre parceiros íntimos é um problema global, que ocorre em todos os grupos sociais, econômicos, religiosos, culturais e em todas as fases da vida ¹. Prevalências elevadas têm sido evidenciadas tanto em estudos internacionais ¹ quanto no Brasil ^{2,3,4}. Estudos prévios realizados fora do país apontam que a magnitude da violência física entre parceiros íntimos é bastante expressiva nos primeiros meses após o parto ^{5,6,7,8}. No Brasil, no melhor do conhecimento dos autores, há apenas dois estudos que exploram a ocorrência de violência física entre parceiros íntimos nesse período da vida da mulher. A primeira pesquisa sobre o tema foi realizada com mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma região do Recife (Pernambuco), entre os anos de 2005 e 2006. Segundo os autores, 12,1% das mulheres entrevistadas relataram ter sido vítimas de violência física entre parceiros íntimos no pós-parto ⁹. O segundo estudo publicado, conduzido com mães de crianças de até cinco meses de idade atendidas em cinco unidades básicas de saúde (UBS) no Município do Rio de Janeiro em 2007, estimou em 16,2% a prevalência de violência física entre parceiros íntimos após o parto ¹⁰.

A relevância do problema nos primeiros meses de vida da criança aumenta consideravelmente à luz de suas consequências, que atingem não só os pares envolvidos, mas também a criança e outros membros da família. A literatura tem evidenciado sérias consequências da violência entre o casal na saúde da mulher e da criança, tais como depressão pós-parto, prejuízos à amamentação, desnutrição infantil, falhas na imunização e no acompanhamento da criança nos serviços de saúde ^{5,11,12}. Ademais, o ambiente hostil e inseguro e a violência testemunhada pela criança em idade precoce parecem ter efeitos emocionais duradouros que podem se manifestar ao longo de toda a vida, sendo ameaças ao pleno crescimento e desenvolvimento ^{13,14}. Ainda há que se considerar a possibilidade de que a violência não se restrinja aos parceiros, podendo atingir diretamente a criança, seja em sua forma física, psicológica ou sexual, ou mesmo em situações de negligência ^{13,15}.

Como apontado acima, apesar de tantas repercussões negativas à saúde de mães e bebês e do crescente número de publicações sobre o tema no contexto internacional, no país, as informações sobre a magnitude da violência nos primeiros meses após o parto são baseadas em apenas dois estudos anteriores, que envolveram mulheres usuárias de serviços de saúde específicos. Visando contribuir para o avanço do conhecimento sobre o tema no Brasil, este estudo estima a prevalência de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto em uma amostra ampla e representativa das usuárias da atenção básica do Município do Rio de Janeiro, identificando os subgrupos mais vulneráveis ao problema. Espera-se que a divulgação dos achados possa ampliar o debate sobre o tema, incluindo-o na pauta de discussão sobre a saúde da mulher e da criança. A maior circulação dos resultados deste estudo certamente incentivará a realização de ações para a detecção precoce e enfrentamento imediato desse importante problema de saúde pública em nosso município.

Métodos

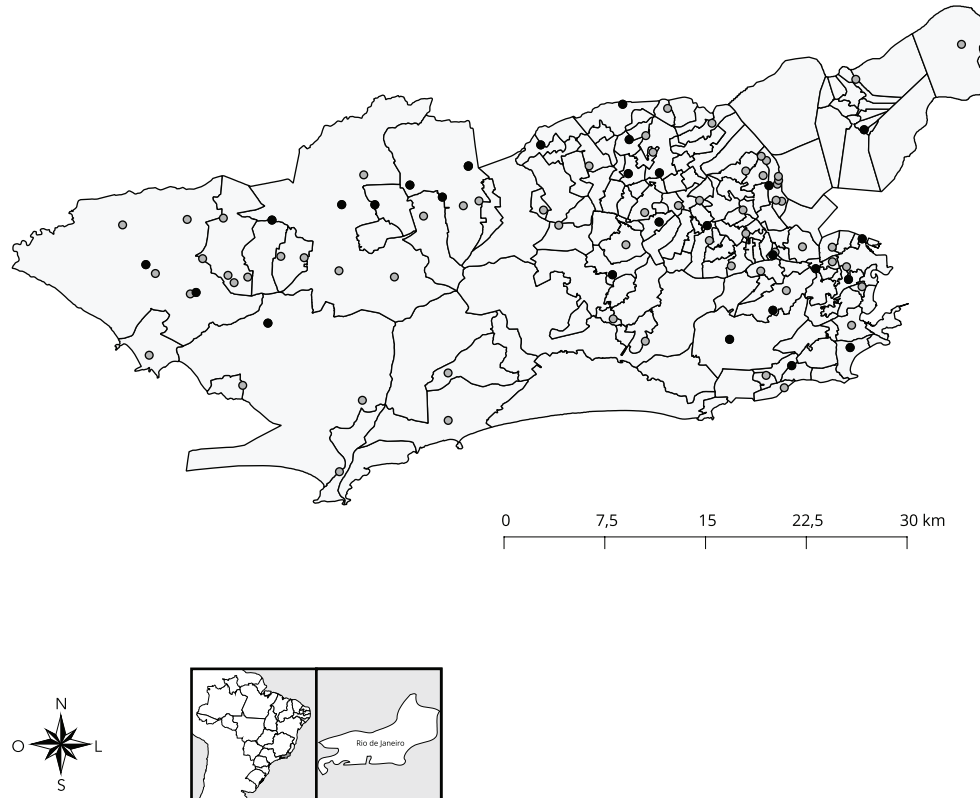
Desenho de estudo e estratégia de seleção de participantes

O presente estudo é um subprojeto da pesquisa *Avaliação da Qualidade da Assistência à Criança Menor de Seis Meses na Rede SUS do Município do Rio de Janeiro*, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Trata-se de um estudo transversal, realizado com mães de crianças com até seis meses de vida que buscaram consulta pediátrica ou de puericultura em 27 UBS do Sistema Único de Saúde (SUS), no Município do Rio de Janeiro, entre junho e setembro de 2007.

Para a seleção das participantes, foi realizada uma amostragem por conglomerado em dois estágios. As unidades primárias de amostragem foram as UBS e as unidades secundárias, as mães de crianças atendidas nas UBS selecionadas. Para obter uma amostra geograficamente representativa do município, as UBS foram ordenadas segundo a distância euclidiana, calculada a partir das coordenadas geográficas dos estabelecimentos de saúde, em relação ao Centro Administrativo do Município do Rio de Janeiro (Figura 1). Em seguida, as UBS foram selecionadas de forma sistemática, em caracol,

Figura 1

Distribuição das unidades básicas de saúde (UBS) selecionadas para o estudo (pontos pretos) e demais UBS do município (pontos cinza). Rio de Janeiro, Brasil.



com probabilidade de seleção proporcional ao número mensal médio de consultas a crianças menores de seis meses de idade realizadas no último ano. As unidades secundárias de amostragem (mães) foram selecionadas de forma sistemática, obedecendo à ordem de saída das consultas.

O tamanho amostral estimado inicialmente foi de 1.080 entrevistas, sendo 40 entrevistas em cada uma das 27 UBS. Dentre as 1.082 mulheres entrevistadas, 927 relataram ter companheiro na ocasião da entrevista e foram incluídas no presente estudo.

Trabalho de campo e instrumentos de aferição utilizados

Os dados foram coletados em entrevista com as mães, utilizando-se um questionário estruturado, aplicado por entrevistadoras devidamente treinadas. As entrevistas foram realizadas após a consulta pediátrica, em local reservado e sem a presença do companheiro, garantindo-se a privacidade da mulher.

As informações sobre a ocorrência de violência física entre parceiros íntimos desde o nascimento da criança até a data da entrevista foram obtidas com a utilização da versão em português do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*, adequadamente adaptado para uso no Brasil^{16,17,18}. Foram consideradas em situação de violência física entre parceiros íntimos as mulheres que responderam de forma positiva a pelo menos um dos 12 itens da escala de violência física referentes à violência perpetrada pela mulher e/ou pelo companheiro.

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

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

onde i varia de 1 a 10 patrimônios; b_i é igual a 1 ou 0, respectivamente, na presença ou ausência de: rádio, geladeira ou freezer, aparelho de DVD ou videocassete, máquina de lavar roupa, micro-ondas, telefone fixo, computador, televisão, carro particular e ar condicionado. O peso atribuído à presença de cada item foi o complemento da frequência relativa (f_i) de cada item na amostra total; quanto mais rara a presença do item, maior o peso a lhe ser atribuído.

Para classificar a qualidade do pré-natal foi utilizada a escala *Adequacy of Prenatal Care Utilization Index* (APNCU), também denominada índice de Kotelchuck, previamente adaptada para uso no Brasil¹⁹. A escala conjuga informações sobre a época de início do pré-natal e o número de consultas realizadas pela gestante²⁰. As demais variáveis são autoexplicativas e estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Características da população de estudo: aspectos sociodemográficos. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

Variáveis	Distribuição	
	n	% (IC95%)
Idade da criança (dias)		
0 - 30	101	12,3 (8,1-16,5)
30 - 60	216	21,7 (17,9-25,5)
60 - 180	610	66,0 (61,6-70,4)
Idade materna (anos)		
20 ou mais	771	81,5 (77,9-85,1)
Abaixo de 20	155	18,5 (14,9-22,1)
Situação conjugal		
Vive com o companheiro	821	88,4 (85,9-90,9)
Tem companheiro, mas não vive com ele	106	11,6 (9,1-14,1)
Cor da mãe		
Branca/Parda	740	77,2 (73,0-81,4)
Preta	187	22,8 (18,6-27,0)
Número de filhos		
1	416	45,8 (40,8-50,8)
2 ou mais	510	54,2 (49,2-59,2)
Número de crianças menores de 5 anos		
1	637	69,4 (67,0-71,8)
2 ou mais	290	30,6 (28,2-33,0)
Indicador de bens		
> 2	251	26,9 (24,1-29,6)
> 1 e ≤ 2	238	23,9 (19,2-28,6)
≤ 1	438	49,2 (44,1-54,3)
Escolaridade materna		
Ensino Fundamental completo ou mais	560	56,6 (49,0-64,2)
Nenhuma ou Ensino Fundamental incompleto	367	43,4 (35,8-51,0)
Trabalho materno		
Possui emprego formal	270	28,8 (25,6-32,0)
Possui emprego informal/Não trabalha	657	71,2 (68,0-74,5)

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Análise de dados

O programa Stata 14.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos) foi utilizado para a análise. Testes exatos de Fisher foram realizados para testar a heterogeneidade das prevalências de violência física entre parceiros íntimos nos subgrupos populacionais. As diferenças de prevalência nos subgrupos foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de p foi menor do que 0,05. A análise foi realizada com a rotina *svy* do programa Stata 14.0 para lidar com o fato de os dados serem oriundos de uma amostragem complexa por conglomerados.

Questões éticas

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

Resultados

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

A maioria das mães iniciou o pré-natal no primeiro trimestre e teve pelo menos quatro consultas durante a gestação. Tal perfil resultou em um reduzido número de acompanhamentos pré-natais considerados de qualidade inadequada. Aproximadamente 7% das crianças haviam nascido com baixo peso (< 2.500g) e 8% já tinham sido hospitalizadas. No momento da entrevista, cerca de 60% dos bebês estavam em aleitamento materno exclusivo. Quase um quarto das mães referiu dificuldades para a realização do acompanhamento da criança na unidade de saúde (Tabela 2).

Como pode ser visto na Tabela 3, 30% das mulheres relataram ter se envolvido em pelo menos um ato de violência física com seu parceiro íntimo, desde o nascimento da criança até o momento da entrevista, seja como vítima ou autora da violência. Cerca de 28% se envolveram em atos de violência física avaliados como menores em termos de potencial de gravidade, enquanto 14% relataram atos de violência física grave. Tanto a violência física menor quanto a grave foram mais frequentemente cometidas pela mulher.

A Tabela 4 apresenta as prevalências de violência física menor e grave em diferentes subgrupos. Ambas as formas de violência física ocorreram particularmente entre mães adolescentes, negras, com menor escolaridade e que não possuíam emprego formal no momento da entrevista. Apenas a prevalência de violência física menor aumentou conforme a idade da criança. Mulheres que não viviam com o companheiro e que moravam em domicílios com mais de uma criança menor de cinco anos foram mais frequentemente envolvidas em atos de violência física entre parceiros íntimos grave. Nota-se também que a violência física grave ocorreu predominantemente entre mulheres que não haviam feito pré-natal ou que haviam feito o acompanhamento de forma inadequada, e entre aquelas que tinham comparecido a menos de quatro consultas pré-natais. A prevalência de violência física grave também foi maior entre mães de crianças que não estavam em aleitamento materno exclusivo e entre aquelas que relataram ter dificuldade para ir à UBS.

Tabela 2

Características da população de estudo: saúde da mulher e da criança. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

Variáveis	Distribuição	
	n	% (IC95%)
Início do pré-natal		
Até 3 meses de gestação	703	75,8 (72,8-78,7)
4 meses ou mais de gestação	223	24,2 (21,3-27,2)
Número de consultas de pré-natal		
4 ou mais	883	94,7 (91,9-97,6)
Menos de 4	32	5,3 (2,4-8,2)
Qualidade do pré-natal		
Adequado/Mais que adequado	555	62,3 (58,0-66,5)
Intermediário	251	25,2 (21,4-29,4)
Não fez pré-natal/Inadequado	116	12,5 (10,8-14,2)
Peso ao nascer (g)		
2.500 ou mais	853	92,7 (81,1-94,4)
Abaixo de 2.500	71	7,3 (5,6-8,9)
Hospitalizações		
Nenhuma	840	91,7 (89,1-94,4)
1 ou mais	83	8,3 (5,6-10,9)
Aleitamento materno exclusivo		
Sim	539	58,6 (55,5-61,7)
Não	385	41,4 (38,3-44,5)
Dificuldade para levar o bebê à UBS		
Não	711	76,7 (72,7-80,7)
Sim	216	23,3 (19,3-27,3)

IC95%: intervalo de 95% de confiança; UBS: unidade básica de saúde.

Tabela 3

Estimativas de prevalência de violência física entre parceiros íntimos de acordo com autor e no casal. Rio de Janeiro, Brasil, 2007 (n = 923) *.

Violência física	Homem → Mulher % (IC95%)	Mulher → Homem % (IC95%)	Casal % (IC95%)
Menor	17,5 (14,8-20,3)	23,2 (18,8-27,6)	28,2 (24,0-32,4)
Grave	7,9 (5,8-10,1)	11,2 (8,3-14,0)	14,0 (11,0-17,0)
Total	18,3 (15,3-21,2)	25,0 (21,1-28,9)	30,0 (26,2-33,8)

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Número de indivíduos com dados completos para as variáveis analisadas.

Tabela 4

Estimativas de prevalência de violência física entre parceiros íntimos em subgrupos. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

Variáveis	Violência física menor		Violência física grave	
	% (IC95%)	Valor de p	% (IC95%)	Valor de p
Idade da criança (dias) [n = 923] *		< 0,000		0,340
0 - 30	14,0 (9,1-20,8)		7,7 (2,6-20,4)	
30 - 60	23,1 (15,8-32,4)		15,0 (8,7-24,5)	
60 - 180	32,5 (28,2-37,2)		14,8 (12,0-18,1)	
Idade materna (anos) [n = 922] *		0,024		< 0,000
20 ou mais	25,7 (21,6-30,4)		11,1 (8,6-14,1)	
Abaixo de 20	38,2 (28,7-48,7)		26,7 (20,3-34,4)	
Situação conjugal [n = 923] *		0,442		0,002
Vive com o companheiro	27,8 (23,6-32,5)		12,2 (9,2-16,1)	
Tem companheiro, mas não vive com ele	31,3 (23,0-41,1)		27,3 (18,8-37,8)	
Cor da mãe [n = 923] *		0,008		< 0,000
Branca/Parda	26,0 (22,2-30,1)		11,8 (9,6-14,5)	
Preta	35,8 (28,2-44,2)		21,2 (15,4-28,4)	
Número de filhos [n = 922] *		0,369		0,106
1	29,6 (25,6-33,9)		15,9 (12,7-19,7)	
2 ou mais	27,0 (21,8-33,0)		12,3 (8,9-16,7)	
Número de crianças menores de 5 anos [n = 923] *		0,369		0,001
1	26,8 (22,1-32,2)		12,3 (9,4-15,9)	
2 ou mais	31,3 (23,4-40,6)		17,7 (14,5-21,5)	
Indicador de bens [n = 923] *		0,451		0,806
> 2	24,6 (16,5-34,9)		12,1 (5,7-23,9)	
> 1 e ≤ 2	33,0 (24,3-43,1)		14,0 (8,7-21,6)	
≤ 1	27,8 (20,8-36,2)		15,0 (9,6-22,6)	
Escolaridade materna [n = 923] *		0,002		< 0,000
Ensino Fundamental completo ou mais	24,4 (19,7-29,8)		10,7 (7,7-14,7)	
Nenhuma ou Ensino Fundamental incompleto	33,2 (29,0-37,6)		18,2 (14,8-22,2)	
Trabalho materno [n = 923] *		0,032		0,006
Possui emprego formal	23,1 (17,8-29,4)		9,6 (6,4-14,1)	
Possui emprego informal/Não trabalha	30,3 (25,6-35,4)		15,7 (12,6-19,4)	
Início do pré-natal [n = 922]		0,067		0,076
Até 3 meses de gestação	25,6 (21,3-30,5)		11,9 (8,4-16,7)	
4 ou mais meses de gestação	36,9 (26,3-48,8)		20,7 (13,8-29,7)	
Número de consultas de pré-natal [n = 911]		0,0064		0,001
4 ou mais	26,1 (21,6-31,2)		12,4 (9,5-16,1)	
Menos de 4	62,4 (24,4-89,6)		36,3 (21,1-54,8)	
Qualidade do pré-natal [n = 918]		0,073		0,010
Intermediário/Adequado/Mais que adequado	26,3 (22,1-31,0)		12,7 (10,1-15,7)	
Não fez pré-natal/Inadequado	40,7 (26,1-57,2)		22,3 (14,4-33,0)	
Peso ao nascer (g) [n = 920]		0,591		0,125
2.500 ou mais	28,1 (24,2-32,2)		13,3 (10,4-16,9)	
Menos de 2.500	31,5 (19,4-46,8)		23,0 (11,8-40,0)	
Hospitalizações [n = 920]		0,322		0,616
Nenhuma	27,7 (23,7-32,0)		13,8 (11,2-16,8)	
1 ou mais	34,3 (21,5-49,9)		15,8 (8,5-27,5)	
Aleitamento materno exclusivo [n = 920]		0,379		< 0,000
Sim	26,8 (21,9-32,3)		11,5 (9,2-14,3)	
Não	30,4 (24,1-37,5)		17,4 (13,6-22,0)	
Dificuldade para levar o bebê à UBS [n = 923]		0,057		0,029
Não	26,3 (22,5-30,5)		11,8 (9,2-15,0)	
Sim	34,3 (25,7-44,1)		21,0 (13,4-31,4)	

IC95%: intervalo de 95% de confiança; UBS: unidade básica de saúde.

* Número de indivíduos com dados completos para as variáveis analisadas.

Discussão

Este é o primeiro estudo que estima a prevalência de violência entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto realizado com uma amostra representativa e abrangente das famílias que frequentam as UBS do Município do Rio de Janeiro. Assim, espera-se que a divulgação de seus resultados amplie o debate sobre o tema, reforçando a sua importância na pauta de discussão sobre a saúde da mulher e da criança em nosso município.

Como apontado anteriormente, quase um terço das mulheres se envolveu, como vítima ou autora, em situações de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto, indicando a relevância do problema nesse período da vida da mulher. Tal estimativa é bem superior à obtida (16,2%) em estudo também realizado no Município do Rio de Janeiro considerando apenas cinco UBS¹⁰. As estimativas que se reportam apenas à violência física contra a mulher também superaram os dois estudos anteriores realizados no Brasil. Enquanto 18,3% das mulheres entrevistadas neste estudo afirmaram terem sido vítimas de violência física entre parceiros íntimos desde o nascimento da criança até o momento da entrevista (até seis meses após o parto), pesquisa realizada entre os anos de 2005 e 2006 com mulheres cadastradas na ESF de uma região do Recife, estimou em 12,1% a prevalência de vitimização no pós-parto⁹.

Quando as estimativas do estudo são comparadas às internacionais, a relevância do problema no Rio de Janeiro fica ainda mais evidente. Pesquisas que avaliaram a magnitude de violência física contra a mulher ao longo do primeiro ano após o parto nos Estados Unidos^{7,8,21,22,23}, Canadá²⁴, Inglaterra²⁵, Suécia²⁶, Austrália²⁷, China²⁸, Índia²⁹ e África do Sul³⁰ apresentaram prevalências que variam entre 1,8% (Inglaterra) e 13,5% (África do Sul), valores bastante inferiores ao estimado para usuárias das UBS do Rio de Janeiro. Não só a violência com menor potencial de repercussões na saúde física (violência “menor”) se mostrou evento corriqueiro entre as mulheres entrevistadas. A violência física grave, que envolve atos como dar um murro, jogar contra a parede, dar uma surra, chutar, sufocar, estrangular, queimar ou mesmo usar uma faca ou arma, também atingiu patamares bastante elevados. Trata-se, claramente, de um quadro ameaçador, não somente à mulher, mas também à criança, dada sua total dependência dos cuidados maternos em tal período da vida.

É possível que as diferenças entre as prevalências estimadas neste estudo e aquelas oriundas de pesquisas fora do Brasil sejam decorrentes dos diferenciais socioeconômicos entre as populações estudadas, na medida em que a maior parte das mulheres que utilizam o SUS para o acompanhamento de seus filhos tem uma condição socioeconômica inferior às mulheres que participaram dos estudos internacionais. A maior probabilidade de ocorrência de violência física entre parceiros íntimos entre mães adolescentes, negras, com baixa escolaridade, desempregadas ou em situação ocupacional instável descrita neste estudo e na literatura^{31,32,33} corrobora essa proposição.

É importante ressaltar que as estimativas poderiam ter sido ainda mais elevadas se o estudo tivesse sido um inquérito de base populacional e não uma amostra de mulheres que frequentavam as UBS. Como apontado em estudo anterior, mães envolvidas em relacionamentos violentos frequentam menos os serviços de saúde para o acompanhamento de rotina da criança, dificultando a sua captação em pesquisas realizadas apenas em serviços de saúde³⁴. Para um retrato mais abrangente da situação, seria interessante que estudos de base populacional fossem realizados, para que mulheres que não frequentam ou que frequentam pouco as UBS possam também ser contempladas.

Algumas questões metodológicas relativas à estratégia utilizada para a detecção das situações de violência também podem ter contribuído para as frequências de violência física entre parceiros íntimos encontradas estarem acima das estimadas em estudos realizados em outros contextos. É provável que a utilização de um instrumento com boas propriedades psicométricas, largamente utilizado na literatura e adaptado para uso no Brasil^{16,17,18}, tenha agregado valor ao processo de mensuração e diminuído as chances de subestimação da violência. Das pesquisas internacionais citadas, apenas Gartland et al.²⁷ e Hellmuth et al.⁸ utilizaram um instrumento estruturado para avaliar a ocorrência de violência entre o casal. As demais utilizaram questões isoladas para a detecção de violência física entre parceiros íntimos, o que pode ter levado à subestimação das prevalências. Além disso, a aplicação do questionário por uma equipe de campo devidamente treinada, sem a presença do parceiro íntimo e garantindo-se a privacidade materna com relação às demais mães que aguardavam atendimento, também pode ter contribuído para uma aferição mais refinada da violência física entre parceiros íntimos.

Outra questão a ser debatida diz respeito ao fato de as mulheres terem sido mais autoras do que vítimas dos atos de abuso físico, achado que é consistente com a literatura^{33,35,36,37,38}. Estudo anterior que abordou a prevalência de violência durante a gestação no Município do Rio de Janeiro também já havia chamado a atenção para a reciprocidade da violência entre o casal³⁹. É possível que esse perfil de violência seja decorrente do perfil da amostra estudada, que abarcou apenas as mulheres que frequentam os serviços de saúde. Em geral, pesquisas com amostras de usuárias de serviços de saúde detectam, prioritariamente, situações de violência leve e moderada, mais frequentemente praticadas pelas mulheres. Por outro lado, estudos realizados em abrigos e outros serviços de proteção à mulher reúnem maior quantidade de casos graves, habitualmente praticados pelos parceiros⁴⁰.

Também é necessário considerar que algumas mulheres podem ter evitado revelar os atos de violência sofridos por medo de retaliação dos companheiros ou mesmo para “protegê-los”, em função do reconhecimento da ilegalidade da violência contra a mulher⁴⁰. Desse modo, seria interessante que pesquisas futuras buscassem obter as informações de interesse com os dois membros do casal. De toda sorte, apesar de as evidências indicarem uma maior prevalência de violência física das mulheres contra seus companheiros, vários estudos anteriores apontam que as consequências negativas da violência entre parceiros íntimos à saúde são muito mais drásticas na mulher^{35,40}. Como já mencionado na introdução, tais repercussões, além de atingirem substancialmente a saúde e o bem-estar da vítima, acabam por atingir também a criança, seja de forma direta – violência contra a criança propriamente dita – ou indireta, uma vez que a situação afeta sobremaneira a capacidade materna de cuidar de seus filhos^{13,14}.

Consistente com o que mostra a literatura^{6,31,32,33,41}, apesar de a violência física entre parceiros íntimos ter ocorrido em todos os subgrupos populacionais estudados, as mães adolescentes, que não viviam com o companheiro, se autorreferiram negras, moravam em domicílios com mais de uma criança menor de cinco anos, tinham menor escolaridade e possuíam emprego informal ou não trabalhavam tiveram uma prevalência maior dessa forma de violência. Os resultados apontam que características relativas à saúde e ao cuidado materno-infantil também podem estar relacionadas a maiores frequências de abusos. Mães que tiveram um cuidado pré-natal insatisfatório ou que relataram dificuldade para ir ao serviço básico de saúde estiveram mais frequentemente envolvidas em relacionamentos violentos, o que as tornam ainda mais vulneráveis. Do mesmo modo, observou-se que a violência física entre parceiros íntimos foi mais comum entre aquelas que não estavam oferecendo aleitamento materno exclusivo aos seus filhos, tão importante nos primeiros seis meses de vida da criança.

A identificação deste perfil de mulheres envolvidas em situações de violência física com seus parceiros pode ser bastante útil aos profissionais que atuam na atenção básica. O conhecimento de que falhas no cuidado pré-natal, na amamentação e na utilização do serviço de saúde em mulheres com as características sociodemográficas apontadas pode sinalizar a ocorrência de violência entre parceiros íntimos, facilitando a detecção de casos suspeitos, já que são questões rotineiramente apreciadas pelos profissionais. A suspeição deve servir de base para abordagens mais detalhadas com a utilização de instrumentos específicos e outros métodos de rastreamento que possam trazer mais elementos para a identificação de situações concretas e posterior intervenção.

Os resultados do presente estudo devem ser vistos à luz de suas limitações. Como apontado anteriormente, a pesquisa foi desenvolvida apenas nas UBS tradicionais, não incorporando, portanto, as famílias que utilizam regularmente a ESF. É possível que as estimativas fossem ainda mais elevadas se essa clientela houvesse feito parte da amostra, já que esse modelo assistencial vem priorizando áreas reconhecidas como mais vulneráveis às diversas formas de violência interpessoal ao longo de sua implantação no Município do Rio de Janeiro. A opção por entrevistar apenas a mãe da criança, presente na unidade de saúde, também pode ter levado à subestimação dos achados, uma vez que somente um dos membros do casal foi ouvido. Entretanto, como sugerido em estudos anteriores^{42,43}, a decisão de focalizar a violência no âmbito do casal, considerando-se como casos positivos as situações nas quais a mulher ou o parceiro cometeram atos de violência física entre parceiros íntimos, aumenta a sensibilidade da estratégia de identificação dos abusos, amenizando o problema. Outra limitação importante é o fato de a coleta de dados já ter sido realizada há alguns anos. Com a piora da situação econômica do país e do Estado do Rio de Janeiro, cujas repercussões também são sentidas pela população de nosso município, o quadro atual tende a ser semelhante ou pior do que o

que se apresenta neste estudo. Em função da escassez de estudos sobre o tema e por ser este o primeiro estudo com uma amostra representativa de usuárias dos serviços de atenção básica desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro, entende-se que seus resultados podem servir de ponto de partida para pesquisas e ações futuras.

A grande magnitude da violência entre parceiros íntimos encontrada no estudo reforça o que já vem sendo aclamado por pesquisadores e profissionais de saúde: a necessidade de enfrentamento imediato do problema. Os serviços de saúde são locais estratégicos para detectar riscos e identificar os casos de violência íntima, pois a procura por serviços especializados ainda é bastante estigmatizada e o acesso, restrito. As oportunidades de rastrear situações de violência no início da vida da criança, momento de muitos contatos da mulher com profissionais de saúde, não podem ser desperdiçadas. Os profissionais de saúde que atuam juntamente às famílias durante esse ciclo de vida devem estar sensibilizados à questão da violência e preparados para lidar com ela, para que consigam promover um ambiente seguro e acolhedor, favorável à revelação da situação.

Também é fundamental que os serviços de assistência à saúde estejam articulados a uma rede de proteção que envolva diferentes setores da sociedade, tais como os conselhos tutelares, o judiciário, a segurança pública e a assistência social. Diante da alta magnitude, sérias consequências e complexidade das violências, apenas com políticas públicas e estratégias de ação integradas, continuadas e em rede, será possível reduzir este importante problema de saúde pública. Espera-se que a discussão da magnitude do problema, especialmente em certos subgrupos populacionais, aumente sua visibilidade, sensibilizando gestores e profissionais de saúde sobre a importância da realização de ações que objetivem sua pronta identificação e manejo em nosso município.

Colaboradores

C. L. Moraes participou do planejamento e execução do estudo, análise e interpretação de dados e redação do texto. A. G. S. Oliveira colaborou na pesquisa bibliográfica, análise e interpretação de dados e redação do texto. M. E. Reichenheim contribuiu na revisão crítica do texto. S. G. N. Gama e M. C. Leal participaram do planejamento e execução do estudo e colaboraram na revisão crítica do texto.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), ao Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Papes IV/Fiocruz) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento.

Referências

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:425-37.
3. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermit AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007;41:797-807.
4. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.
5. Kendall-Tackett KA. Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8:344-53.
6. Martin SL, Arcara J, Pollock MD. Violence during pregnancy and the postpartum period. Harrisburg: VAWnet: The National Online Resource Center on Violence Against Women, National Resource Center on Domestic Violence; 2012.
7. Agrawal A, Ickovics J, Lewis JB, Magriples U, Kershaw TS. Postpartum intimate partner violence and health risks among young mothers in the United States: a prospective study. *Matern Child Health J* 2014; 18:1985-92.
8. Hellmuth JC, Gordon KC, Stuart GL, Moore TM. Risk factors for intimate partner violence during pregnancy and postpartum. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16:19-27.
9. Silva EP, Ludermit AB, Araújo TVB, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:1044-53.
10. Moraes CL, Tavares da Silva TS, Reichenheim ME, Azevedo GL, Dias Oliveira AS, Braga JU. Physical violence between intimate partners during pregnancy and postpartum: a prediction model for use in primary health care facilities. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011; 25:478-86.
11. O'Reilly R. Domestic violence against women in their childbearing years: a review of the literature. *Contemp Nurse* 2007; 25:13-21.
12. Yount KM, Digirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Soc Sci Med* 2011; 72:1534-54.
13. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Negl* 2008; 32:797-810.
14. Cunha AJLA, Leite AJM, Almeida IS. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. *J Pediatr (Rio J)* 2015; 91 Suppl 1:S44-51.
15. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Coocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:595-603.
16. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:163-76.
17. Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:783-96.
18. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Issues* 1996; 17:283-316.
19. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:S63-72.
20. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84:1414-20.
21. Charles P, Perreira K. Intimate partner violence during pregnancy and 1-year postpartum. *J Fam Violence* 2007; 22:609-19.

22. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA* 2001; 285:1581-4.
23. Scribano PV, Stevens J, Kaizar E. The effects of intimate partner violence before, during, and after pregnancy in nurse visited first time mothers. *Matern Child Health J* 2013; 17:307-18.
24. Daoud N, Urquia ML, O'Campo P, Heaman M, Janssen PA, Smylie J, et al. Prevalence of abuse and violence before, during, and after pregnancy in a national sample of Canadian women. *Am J Public Health* 2012; 102:1893-901.
25. Bowen E, Heron J, Waylen A, Wolke D; ALSPAC Study Team. Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG* 2005; 112:1083-9.
26. Rubertsson C, Hildingsson I, Rådestad I. Disclosure and police reporting of intimate partner violence postpartum: a pilot study. *Midwifery* 2010; 26:e1-5.
27. Gartland D, Hemphill SA, Hegarty K, Brown SJ. Intimate partner violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. *Matern Child Health J* 2011; 15:570-8.
28. Guo SF, Wu JL, Qu CY, Yan RY. Physical and sexual abuse of women before, during, and after pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 84:281-6.
29. Wagman JA, Donta B, Ritter J, Naik DD, Nair S, Saggurti N, et al. Husband's alcohol use, intimate partner violence, and family maltreatment of low-income postpartum women in Mumbai, India. *J Interpers Violence* 2016; pii:0886260515624235. [Epub ahead of print].
30. Groves A, Moodley D, McNaughton-Reyes L, Martin S, Foshee V, Maman S. Prevalence, rates and correlates of intimate partner violence among South African women during pregnancy and the postpartum period. *Matern Child Health J* 2015; 19:487-95.
31. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence. Geneva: World Health Organization; 2012.
32. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse* 2012; 3:231-80.
33. Jasinski JL, Williams LM. Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research. London: Sage Publications; 1998.
34. Silva AG, Moraes CL, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil? *Cad Saúde Pública* 2012; 28:1359-70.
35. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2000; 126:651-80.
36. Archer J. Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Aggress Violent Behav* 2002; 7:313-51.
37. Swan SC, Gambone LJ, Caldwell JE, Sullivan TP, Snow DL. A review of research on women's use of violence with male intimate partners. *Violence Vict* 2008; 23:301-14.
38. Bair-Merritt MH, Crowne SS, Thompson DA, Sibinga E, Trent M, Campbell J. Why do women use intimate partner violence? a systematic review of women's motivations. *Trauma Violence Abuse* 2010; 11:178-89.
39. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79:269-77.
40. Chan KL. Gender differences in self-reports of intimate partner violence: a review. *Aggress Violent Behav* 2011; 16:167-75.
41. Silva EP, Valongueiro S, Araújo TVB, Luder-mir AB. Incidence and risk factors for intimate partner violence during the postpartum period. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:46.
42. Archer J. Assessment of the reliability of the Conflict Tactics Scales: a meta-analytic review. *J Interpers Violence* 1999; 14:1263-89.
43. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalência semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1083-93.

Abstract

The aim of the study was to estimate the prevalence of physical intimate partner violence in the first six months after childbirth among women attending primary care clinics (UBS) for the infant's follow-up in Rio de Janeiro, Brazil. This is the first study on the theme using a representative sample of primary care clinics in the city of Rio de Janeiro. The study used a cross-sectional design from June to September 2007 and included 927 mothers/infants seen at 27 UBS, selected by complex sampling, geographically representative of the city. The information was collected in face-to-face interviews by a previously trained team, using a structured questionnaire. History of physical intimate partner violence from the child's birth to the date of the interview was obtained with the Brazilian version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Thirty percent (95%CI: 26.2-33.8) of mothers reported having experienced some form of physical intimate partner violence in the postpartum and 14% (95%CI: 11.0-17.0) reported severe physical violence. The physical abuse occurred especially among black teenage mothers, in unfavorable socioeconomic situation, that did not live with the partner and that had received inadequate or no prenatal care and reported difficulties in breastfeeding and use of healthcare services. The widespread occurrence of physical intimate partner violence emphasizes the urgent need to deal with the problem. Primary healthcare services must be linked to other support networks and health professionals need to be prepared to deal with the problem.

Intimate Partner Violence; Health Services; Child Care; Reproductive Health

Resumen

El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de la violencia física entre parejas durante los primeros seis meses, tras el parto, entre mujeres que frecuentan unidades básicas de salud (UBS) de Río de Janeiro, Brasil, para el seguimiento del niño. Este es el primer estudio sobre el tema, realizado con una muestra representativa de UBS del Municipio de Río de Janeiro. Se trata de un estudio transversal, realizado entre junio y setiembre de 2007, que incluyó a 927 madres/bebés, atendidos en 27 UBS, seleccionadas por muestra compleja y geográficamente representativas del municipio. La información fue recogida de entrevistas cara a cara, por un equipo previamente entrenado, utilizando un cuestionario estructurado. La historia de violencia física entre parejas desde el nacimiento del niño, hasta la fecha de la entrevista, se obtuvo mediante la versión nacional del instrumento Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Un treinta por ciento (IC95%: 26,2-33,8) de las madres informaron haber experimentado alguna forma de violencia física entre parejas en el pos-parto y un 14% (IC95%: 11,0-17,0) informaron un violencia física entre parejas grave. Los abusos físicos se produjeron especialmente entre madres adolescentes, negras, que no vivían con el compañero, en una situación socioeconómica desfavorable, y que presentaba fallos en el cuidado pre-natal, en la lactancia y en la utilización del servicio de salud. La amplia magnitud de la violencia física entre parejas refuerza la necesidad de un combate inmediato a este problema. Para eso, es fundamental que los servicios de Atención Primaria estén coordinados con otras redes de apoyo y profesionales de salud, preparados para lidiar con el problema.

Violencia de Pareja; Servicios de Salud; Cuidado del Niño; Salud Reproductiva

Recebido em 11/Ago/2016
Versão final reapresentada em 22/Set/2016
Aprovado em 14/Out/2016