

The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity

Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade

Celene Aparecida Ferrari Audi¹, Ana M. Segall Corrêa¹,
Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre², Sílvia M. Santiago¹

Resumo

Objetivo: Avaliar se a violência doméstica na gestação está associada a desfechos desfavoráveis na saúde do lactente, medidos pelo baixo peso ao nascer ou prematuridade.

Método: Estudo de coorte prospectiva, realizado com gestantes que fizeram pré-natal em 10 Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas (SP), durante os anos de 2004 a 2006. Foi utilizado questionário estruturado e validado no Brasil. As gestantes tiveram, no mínimo, duas e, no máximo, três entrevistas realizadas durante pré e pós-natal. Foi utilizada análise descritiva dos dados. O teste *t* de Student foi utilizado para comparar as médias do peso ao nascer e da idade gestacional entre os grupos de gestantes que sofreram, durante a atual gestação, violência doméstica e aqueles que não sofreram. A análise de regressão logística foi utilizada para verificar os fatores associados ao baixo peso ou prematuridade.

Resultados: Foram acompanhadas durante o período de pré-natal e pós-natal ($n = 1.229$) 89,1% das gestantes; 10,9% representam as perdas de acompanhamento, basicamente por mudança de endereço. O peso médio ao nascer foi de 3.233 g; idade gestacional foi em média 38,56 semanas. Apresentaram baixo peso ao nascer ou prematuridade 13,8% dos recém-nascidos. Condições de risco para baixo peso ao nascer ou prematuridade foram: gestante ter tido recém-nascido prematuro em outra gestação ($p < 0,005$), ser tabagista ($p < 0,001$), ter tido parto por cesárea ($p < 0,001$), ser baixa a escolaridade do parceiro ($p < 0,008$).

Conclusão: Neste estudo, não foi observada associação estatisticamente significativa entre violência doméstica perpetrada pelo parceiro e baixo peso ao nascer ou prematuridade.

J Pediatr (Rio J). 2008;84(1):60-67: Estudos de coorte, recém-nascido de baixo peso, recém-nascido prematuro, violência doméstica e gravidez.

Abstract

Objective: To investigate whether domestic violence during pregnancy is associated with unfavorable infant health outcomes, measured by low birth weight or prematurity.

Methods: This was a prospective cohort study enrolling pregnant women whose prenatal care was provided by 10 basic health units in the city of Campinas, SP, Brazil, between 2004 and 2006. A structured questionnaire was employed that had previously been validated for use in Brazil. Each mother attended a minimum of two and a maximum of three interviews during the prenatal and postnatal periods. Data were analyzed using descriptive statistics. Student's *t* test was used to compare means for birth weight and gestational age between mothers who had suffered domestic violence during the current pregnancy and those who had not. Logistic regression analysis was employed to identify factors associated with low birth weight or prematurity.

Results: During the prenatal and postnatal periods, 89.1% ($n = 1,229$) of the pregnant women were followed up, 10.9% being lost to follow-up, basically due to changes of address. Mean birth weight was 3,233 g; mean gestational age was 38.56 weeks. A total of 13.8% of the infants had low birth weight or were premature. Conditions associated with risk of low birth weight or prematurity were: mothers who had previously given birth prematurely ($p < 0.005$), who smoked ($p < 0.001$), who delivered by caesarian ($p < 0.001$) and whose partners had a low educational level ($p < 0.008$).

Conclusions: In this study, no statistically significant association was observed between domestic violence perpetrated by partners and low birth weight or prematurity.

J Pediatr (Rio J). 2008;84(1):60-67: Cohort studies, low birth weight newborn infants, premature newborn infants, domestic violence and pregnancy.

1. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP.

2. Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, UNICAMP, Campinas, SP.

Esta pesquisa recebeu apoio do DECIT/SCITIE e do Fundo Setorial de Saúde - CNPq (CT-saúde/CNPq), processo nº 505273/2004-7.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Como citar este artigo: Audi CA, Corrêa AM, Latorre MR, Santiago SM. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(1):60-67.

Artigo submetido em 18.07.07, aceito em 05.11.07.

doi:10.2223/JPED.1744

Introdução

A violência doméstica (VD) durante a gestação tem sido considerada importante fator de risco para a saúde da gestante e do feto, assim como um grave problema de saúde pública. Em revisão bibliográfica, encontrou-se uma prevalência de violência durante o período gestacional entre 0,9 e 20,1% e, na maioria das vezes, o parceiro íntimo (PI) é o perpetrador dessa violência^{1,2}.

A relação entre baixo peso ao nascer (BPN) e VD durante o período gestacional não é consensual na literatura especializada. Diferentes metodologias de pesquisa utilizadas podem contribuir para que essa relação permaneça desconhecida, uma vez que muitos dos resultados não são comparáveis. Isso justifica o fato de que alguns estudos têm descrito associação positiva da VD durante o período gestacional com BPN, prematuridade (PM) ou ambos³⁻⁵, e outros não encontraram qualquer associação⁶⁻⁸.

O BPN pode resultar de uma gama de fatores biológico, comportamental e socioeconômico e pode ser compreendido como uma conseqüência direta desses fatores ou como indireta. O efeito direto entre violência e BPN pode ocorrer por trauma abdominal e, de maneira indireta, mas não menos grave, por uso de drogas e álcool, situação de estresse e nutrição inadequada⁹. A literatura científica associou esses riscos indiretos à diminuição do crescimento fetal e trabalho de parto precoce, que podem culminar com a chegada de um recém-nascido (RN) com BPN ou PM¹⁰.

A VD contra a mulher caracteriza-se por um padrão de conduta coercitivo quanto a sua saúde física e/ou sexual, como também à psicológica. Poucas investigações realizadas no Brasil examinaram o impacto dessas violências ocorridas durante o período gestacional, as situações de estresse que provocam na gestante e sua repercussão sobre o peso ao nascer e PM dos bebês¹¹. O objetivo deste estudo foi avaliar se a VD na gestação está associada a desfechos desfavoráveis na saúde do RN, medidos pelo indicador de BPN ou de PM.

Métodos

Realizou-se um estudo de coorte prospectivo, que incluiu 1.379 gestantes que fizeram seus acompanhamentos de pré-natal em 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na Região Sudoeste do município de Campinas (SP), durante os anos de 2004 a 2006. Foram incluídas todas as gestantes que aceitaram participar do estudo. Quando a gestante tinha idade \leq 19 anos, uma pessoa da família que referia ser responsável pela gestante também assinava o termo de consentimento livre e esclarecido.

Procedimentos éticos foram respeitados durante todas as etapas do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (processo nº 116/2004).

O questionário usado para pesquisar eventos de VD foi validado para uso no Brasil por Schraiber¹². Este inclui questões referentes à violência psicológica, violência física e sexual

e à frequência com que esses eventos ocorreram: "uma vez", "várias vezes" e "muitas vezes". Esses eventos foram pesquisados: "durante esta gravidez, período pós-parto imediato e no último ano antes de engravidar". Neste artigo, analisamos questões referentes à violência perpetrada pelo PI contra a mulher durante a gestação atual.

As gestantes foram entrevistadas nas consultas de pré-natal, momento em que eram convidadas para participar da pesquisa, independente da idade gestacional. Para gestantes com até 28 semanas de gestação e que não referiram violência física e/ou sexual, uma nova entrevista era realizada quando esta estivesse no terceiro trimestre de gestação, e outra entrevista era agendada até 45 dias após o nascimento. A gestante que referisse episódios de violência física e/ou sexual nessa primeira entrevista tinha uma próxima agendada pós-parto. Quando a gestante no momento da primeira entrevista encontrava-se no terceiro trimestre de gestação independente de ter ou não referido violência, agendava-se uma entrevista pós-parto. Portanto, cada gestante pode ter tido, no mínimo, duas entrevistas e, no máximo, três entrevistas.

Além do módulo sobre violência, o questionário continha variáveis relacionadas a características demográficas e socioeconômicas da gestante e do PI, história reprodutiva materna e situação da gravidez atual, situação do pós-parto e alimentação infantil, condições de moradia e presença de rede social. A classificação elaborada pela Associação Nacional das Empresas de Pesquisa Mercado (ANEP)¹³, conhecida por Critério de Classificação Econômica Brasil, foi utilizada para categorizar o estrato social das gestantes.

Para identificação de provável transtorno mental, o SQR-20-*Self-Report Questionnaire* foi usado em todas as entrevistas, utilizando ponto de corte \leq 7 (não) e $>$ 7 (sim)¹⁴. Para essa análise, consideramos aquelas respostas referentes à primeira e segunda entrevistas, realizadas durante a gestação. Os eventos adversos relacionados a essa gravidez foram pesquisados em um rol de questões que fazem parte do questionário sobre problemas de saúde da atual gestação.

As variáveis do RN foram pesquisadas na última entrevista com as puérperas, sendo esses dados coletados da carteira de registro do pré-natal ou da carteira de registro que a criança recebe no momento da alta hospitalar.

Foi considerado BPN todo RN com peso inferior a 2.500 g; prematuros foram aqueles que nasceram quando a gestante se encontrava com menos de 37 semanas de gestação (variáveis dependentes). Os tipos de violência sofridos foram analisados como variáveis independentes, e as demais variáveis – sociodemográficas (da gestante e seu parceiro), antecedentes e morbidade gestacional – como controles.

Para esse estudo, foi definida uma amostra de 1.400 gestantes selecionadas segundo a ordem de comparecimento à consulta de pré-natal, independente da idade gestacional em

que se encontravam, em todas as 10 UBS da Região Sudoeste de Campinas. Essa região, de cerca de 200.000 habitantes, foi escolhida por ter alta proporção de dependência do Sistema Único de Saúde, aproximadamente 90% da população. Essa amostra atendeu a duas exigências principais: estimar com razoável confiabilidade e precisão ($\alpha < 0,05$ e $1-\beta < 0,20$) a proporção de gestantes vítimas de violência nesta coorte; e a magnitude da associação entre VD e vários desfechos, entre eles BP ou PM, com estimativa de risco relativo (RR) de 2, razão entre expostos e não expostos à VD de 1:6, proporção de efeito entre expostos de 16%, com confiabilidade de 95% e poder de teste de 80, além de expectativa de perda de seguimento de 20%.

Para a análise da associação entre BPN ou PM e as formas de violência contra a gestante, foram realizados testes de associação usando a estatística do qui-quadrado, seguidas de análise múltipla com uso de modelo de regressão logística. Foram selecionadas para o modelo de regressão logística todas as variáveis com valor de $p < 0,20$ nas análises bivariadas. A variável permaneceu no modelo final caso fosse estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). As medidas de risco utilizadas foram: RR nas análises bivariadas e *odds ratio* (OR) na análise de regressão logística múltipla. O teste *t* de Student foi utilizado para comparar as médias do peso ao nascer e da idade gestacional entre os grupos de gestantes que sofreram VD e aquelas que não foram vítimas desse tipo de violência.

Resultados

Das 1.400 gestantes previstas, foi possível incluir 1.379, sendo que 1.229 (89,1%) foram acompanhadas durante o período de pré-natal e pós-natal. Dentre aquelas que não concluíram o seguimento, o principal motivo foi o não comparecimento da gestante à consulta de pré-natal sem ser possível localizar o endereço referido na busca ativa, seguido das gestantes que tiveram aborto espontâneo, RN faleceu, pseudo-ciese e a gestante que não quis continuar a entrevista.

Os RN que fizeram parte dessa coorte apresentaram peso médio ao nascer de 3.233 g (DP = 522,95), e a idade gestacional foi, em média, 38,56 (DP = 1,89) semanas de gestação. Tiveram BPN ao nascer 84 (6,1%) RN, foram PM 142 (10,3%) e aqueles que tiveram BPN ou PM foram 190 (13,8%), sendo essa última a condição analisada neste estudo.

Gestantes que tiveram RN com baixo peso ou prematuro tinham, em média, 23,2 (DP = 5,2) anos de idade, 50 (17,5%) eram adolescentes. Noventa e quatro (16,5%) tinham até 8 anos de escolaridade e 95 (16,9%) pertenciam à classificação econômica D ou E. Cento e quarenta e duas gestantes (16,9%) não trabalhavam fora de casa, e 152 (15,2%) eram casadas ou estavam em situação de união consensual estável. Nenhuma dessas variáveis apresentou associação estatisticamente significativa com BP ou PM (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra as incidências e riscos relativos para BP ou PM. A entrada tardia no pré-natal ($p = 0,028$), antecedentes maternos de filhos com BPN ($p = 0,015$) ou PM ($p = 0,003$), fumar cigarros durante a gestação ($p < 0,001$) e parto cirúrgico na atual gestação foram condições de risco para RN apresentarem BP ou PM.

Entre as características do PI, apenas sua baixa escolaridade representou risco para BPN ou PM. A prevalência de BPN ou PM entre gestantes vítimas de violência foi de 14,8%. Embora tenham sido constatadas altas prevalências de violências sofridas pelas gestantes na coorte estudada, não foi observada associação significativa com o BPN ou PM (Tabela 3).

Do mesmo modo, não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias das idades gestacionais e as do peso ao nascer, entre os grupos de gestantes expostas à VD e o grupo de gestantes não expostas à VD. A média das idades gestacionais no grupo exposto foi de 38,30 (DP = 1,99) semanas de gestação e, no grupo não exposto, foi de 38,65 (DP = 1,81). RN de gestantes expostas à VD nasceram com peso médio de 3.230 g (DP = 541,26), e o grupo não exposto com média de 3.251 g (DP = 492,55).

Apresentamos, na Tabela 4, as condições de risco para BPN ou PM na coorte estudada. Após realização do modelo de regressão logística, observou-se que são preditores para BPN ou PM: ocorrência de filho prematuro em gestação anterior ($p = 0,005$), uso de cigarro durante a gestação, partos cirúrgicos ($p < 0,001$) e baixa escolaridade do PI ($p = 0,008$).

Discussão

A PM associada ao BPN é considerada uma importante questão de saúde pública, em razão de sua significativa prevalência no Brasil, que está em torno de 10%. Em Campinas, local deste estudo, foi observado, em 2004, freqüências de 9,7% de BPN e 8,7% de PM. Sabe-se que ambas são condições que conferem maiores riscos de mortalidade e de comprometimento da qualidade de vida de muitos dos que sobrevivem¹⁵. A opção de trabalhar com uma variável que represente a condição de BP ou de PM justifica-se porque a prevalência de baixo peso, em princípio, pode estar associada tanto à PM como ao retardo do crescimento uterino¹⁶.

Os resultados do estudo de coorte aqui apresentados não confirmaram a hipótese inicialmente colocada de que a violência perpetrada contra a mulher durante a gravidez pode levar a um maior risco de partos com RN prematuros ou de baixo peso.

Todavia, foram observadas associações significativas dessas condições, como tabagismo durante a gestação, parto cirúrgico e histórico de BPN ou PM em gestações anteriores, achados comuns a outros estudos^{6,10}.

Não foi encontrada na literatura científica pesquisada a relação, verificada neste estudo, entre BPN ou PM e baixa escolaridade do PI. Entretanto, em revisão sistemática, os

Tabela 1 - Incidência e riscos relativos brutos para baixo peso ou prematuridade, segundo características sociodemográficas das gestantes (Campinas, SP, 2004-2006)

Variável	Baixo peso ou prematuridade n = 190	Controle n = 1.039	RR	IC95%	p
Situação conjugal					
Casada	152	846	0,98	0,92-1,05	0,718
Outras	38	193	1,00		
Idade (anos)					
≤ 19	50	236	1,18	0,88-1,58	0,323
> 19	140	803	1,00		
Cor da pele					
Preta/parda	90	441	1,18	0,91-1,53	0,250
Branca/amarela	100	595*	1,00		
Escolaridade (anos de estudo)					
≤ 8	94	477	1,12	0,86-1,46	0,434
> 8	96	558 [†]	1,00		
Trabalho atual					
Sim	48	261	1,01	0,74-1,36	0,960
Não	142	778	1,00		
Classificação econômica					
D/E	95	468	1,18	0,91-1,54	0,237
C	95	571	1,00		

IC95% = intervalo de confiança de 95%; RR = risco relativo.

* Para três sujeitos não foi registrada a cor da pele.

[†] Quatro sujeitos não informaram a escolaridade.

autores encontraram associação entre BP ou PM com a profissão do PI – maiores riscos foram observados entre os agricultores, trabalhadores das indústrias, mineiros e desempregados, quando comparados com os técnicos ou aquelas profissões que requerem maior especialização¹⁷.

A produção científica disponível hoje não mostra consenso a respeito dos resultados da análise da possível relação entre VD durante gestação e BPN ou PM. Estudo de metanálise, realizado com o objetivo de verificar a relação da violência com essas condições ao nascer, constatou existência de

associação positiva (OR 1,4; IC95% 1,1-1,8), concluindo que o abuso durante o período gestacional pode fazer parte de uma complexa interação de fatores que contribuem para o baixo peso⁵.

Nasir et al.¹⁰ realizaram revisão sistemática da literatura em países em desenvolvimento, selecionando seis estudos: em dois deles os autores encontraram associação positiva com o baixo peso. Outros estudos transversais constataram que as gestantes que sofreram agressão física são mais propensas a ter filhos com baixo peso e prematuros^{9,18}.

Tabela 2 - Incidência e riscos relativos brutos para baixo peso ou prematuridade, segundo história reprodutiva materna e morbidade referida na atual gestação (Campinas, SP, 2004-2006)

Variável	Baixo peso ou prematuridade n = 190	Controle n = 1.039	RR	IC95%	p
Idade da 1ª gravidez (anos)					
≤ 19	119	589	1,23	0,94-1,62	0,148
> 19	71	450	1,00		
Início consultas PN (semanas)					
≤ 12	139	936	1,00	1,05-1,88	0,028
> 12	51	203	1,41		
Dificuldade comparecer consultas PN					
Sim	10	71	0,79	0,43-1,43	0,520
Não	180	968	1,00		
Em outra gestação RNBP					
Sim	13	31	1,98	1,23-3,18	0,015
Não	177	1.008	1,00		
Em outra gestação RNPM					
Sim	12	23	2,30	1,43-3,71	0,003
Não	178	1.016	1,00		
Gravidez atual					
Não planejada	120	699	0,85	0,64-1,11	0,268
Planejada	67	320	1,00		
Hipertensão arterial					
Sim	16	102	0,87	0,54-1,40	0,665
Não	172	935 [†]	1,00		
Infecção urinária					
Sim	47	240	1,07	0,79-1,45	0,716
Não	143	794 [‡]	1,00		
Transtorno mental comum					
Sim	90	536	1,00	0,80-1,35	0,852
Não	100	503	1,04		
Sentimento de rejeição					
Sim	37	146	1,38	1,00-1,91	0,068
Não	153	893	1,00		
Internação*					
Sim	35	170	1,13	0,81-1,58	0,552
Não	155	869	1,00		
Tipo de parto					
Cesárea	96	398	1,52	1,17-1,97	0,002
Vaginal	94	641	1,00		
Consumo de cigarro durante a gestação					
Sim	44	121	1,94	1,45-2,61	< 0,001
Não	146	918			

IC95% = intervalo de confiança de 95%; PN = pré-natal; RNBP = recém-nascido de baixo peso; RNPM = recém-nascido prematuro; RR = risco relativo.

* Internação durante o período gestacional.

† Dois sujeitos não tiveram pressão arterial registrada.

‡ Para cinco sujeitos não consta resultado de exame.

Tabela 3 - Incidência e riscos relativos brutos para baixo peso ou prematuridade, segundo perfil do parceiro íntimo e situação de violência (Campinas, SP, 2004-2006)

Variável	Baixo peso ou prematuridade n = 190	Controle n = 1.039	RR	IC95%	p
Idade do PI (anos)					
≤ 19	19	82	1,24	0,81-1,90	0,407
> 19	171	957	1,00		
Reside com o PI					
Sim	152	855	0,88	0,64-1,22	0,514
Não	38	184	1,00		
Escolaridade (anos de estudo)					
≤ 8	107	467	1,47	1,13-1,92	0,004
> 8	83	572	1,25		
Gestante responsável pela família					
Sim	13	84	0,86	0,51-1,45	0,661
Não	177	955	1,00		
Violência durante a atual gestação					
Sim	35	202	0,95	0,67-1,33	0,819
Não	155	837	1,00		
VP sofrida pela gestante na atual gestação					
Sim	35	197	0,97	0,69-1,34	0,941
Não	155	842	1,00		
VFS sofrida pela gestante na atual gestação					
Sim	9	66	0,77	0,41-1,43	0,489
Não	181	973	1,00		
Gestante presenciou violência física na infância					
Sim	69	315	1,25	0,96-1,64	0,119
Não	121	724	0,95	0,97-1,48	
Gestante sofreu agressão física na infância					
Sim	39	179	1,20	0,87-1,65	0,321
Não	151	860	1,00		
Gestante foi tocada sexualmente na infância					
Sim	13	63	1,11	0,67-1,86	0,805
Não	177	976	1,00		

IC95% = intervalo de confiança de 95%; PI = parceiro íntimo; RR = risco relativo; VFS = violência física sexual; VP = violência psicológica.

Por outro lado, estudos de coorte realizados com gestantes/puérperas em clínicas de pré-natal não encontraram associação entre violência física e BPN, violência e PM ou mesmo entre VD e BPN ou PM^{6,19-21}. A falta de associação entre PM, BPN e violência durante a gestação também foi constatada em estudo transversal, realizado durante o pré-natal⁷. Em estudo caso-controle, realizado para avaliar o impacto do abuso físico durante a gestação, também não se

confirmou que este evento seja um fator de risco para BPN ou PM⁸.

Os resultados da investigação aqui apresentada não contradizem os de outros estudos, mas confirmam a complexidade das associações entre violência contra a mulher e os efeitos sobre as condições de saúde dos RN. O desenho do estudo, o tamanho da amostra e a qualidade dos procedimentos de entrevista foram adequados para a análise da hipótese

Tabela 4 - Análise de regressão logística dos fatores associados a baixo peso ou prematuridade (Campinas, SP, 2004-2006)

Características	Baixo peso ou prematuridade n = 190 (13,8%)			
	RR* bruto	OR ajustado	IC ajustado	p
Gestante teve prematuro em outra gestação	2,85	2,88	1,37-6,06	0,005
Gestante fumou durante a gravidez	1,99	2,12	1,44-3,17	< 0,001
Parto por cesárea	1,64	1,71	1,25-2,35	< 0,001
Escolaridade até 8 anos de estudo do PI	1,58	1,53	1,11-2,10	0,008

* Risco Relativo calculado diretamente em análises bivariadas.

IC = intervalo de confiança; OR = *odds ratio*; PI = parceiro íntimo; RR = risco relativo.

colocada. Entretanto, como em qualquer outro estudo que aborda a questão da VD, não se pode afastar a hipótese da existência de sub-registro de casos de abusos, o que poderia ter levado à subestimação de seus efeitos.

Este estudo, apesar de não ter confirmado a hipótese de efeitos adversos da violência sobre as condições de nascimento, mostra um espaço enorme de possibilidades de intervenção dos serviços de saúde, tanto no que diz respeito à assistência ao pré-natal da mulher vítima de violência quanto na abordagem adequada dos outros fatores associados ao BPN ou PM, os quais não foram objetos de discussão neste trabalho.

Agradecimentos

Às mulheres e funcionários do Centro de Referência e Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e da UBS Santa Mônica, aos profissionais de saúde da Região Sudoeste de Campinas (SP), que contribuíram para a realização deste estudo. À psicóloga Sílvia Nogueira Cordeiro, pelo apoio psicológico às entrevistadoras. À Marina F. Réa, pelo apoio na realização deste artigo.

Referências

- Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. [Prevalence of violence against pregnant women](#). JAMA. 1996;275:1915-20.
- Jasinski JL. [Pregnancy and domestic violence: a review of the literature](#). Trauma Violence Abuse. 2004;5:47-64.
- Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. [Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda](#). Trop Med Int Health. 2006;11:1576-84.
- Shumway J, O'Campo P, Gielen A, Witter FR, Khouzami AN, Blakemore KJ. [Preterm labor, placental abruption, and premature rupture of membranes in relation to maternal violence or verbal abuse](#). J Matern Fetal Med. 1999;8:76-80.
- Murphy CC, Schei B, Myhr T, Du Mont J. [Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis](#). CMAJ. 2001;164:1567-72.
- Panaretto K, Lee H, Mitchell M, Larkins S, Manassis V, Buettner P, et al. [Risk factors for preterm, low birth weight and small for gestational age birth in urban Aboriginal and Torres Strait Islander women in Townsville](#). Aust N Z J Public Health. 2006;30:163-70.
- Leung WC, Lueng TW, Lam YY, Ho PC. [The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community](#). Int J Gynecol Obstet. 1999;66:23-30.
- Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. [Physical abuse and low birth weight: a case-control study](#). Br J Obstet Gynaecol. 1997;104:1281-7.
- Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. [Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence](#). Arch Fam Med. 2000;9:451-7.
- Nasir K, Hyder AA. [Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence](#). Eur J Public Health. 2003;13:105-7.
- Menezes CT, Amorim MM, Santos LC, Faúndes A. [Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério](#). Rev Bras Ginecol Obstet. 2003;25:309-16.
- Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Pinho AA, Hanada H, Felicissimo A, et al. [Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher, São Paulo, FMUSP. 2003. \(Relatório Final da Pesquisa a FAPESP, Processo nº 98/14070-9\)](#).
- Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (ANEP). Critério de Classificação Econômica do Brasil. Disponível em: <http://www.datavale-sp.com.br/CCEB.pdf>. Acesso em: 15.04.2007.
- Mari JJ, Williams P. [A validity study of a psychiatric screening questionnaire \(SQR-20\) in primary care in the city of São Paulo](#). Br J Psychiatry. 1986;148:23-6.

15. Brasil, Ministério da Saúde. Indicadores de morbidade e fatores de risco. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd17.htm>. Acesso em: 19.01.2007.
16. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara TL. **Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000**. Rev Saude Publica. 2003;37:303-10.
17. Scowitz IKT, Santos IS. **Fatores de risco na recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: um estudo de revisão**. Cad Saude Publica. 2006;22:1129-36.
18. Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría A. **La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nascer em Costa Rica**. Rev Panam Salud Publica. 2003;14:75-83.
19. Covington DL, Hage M, Hall T, Mathis M. **Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy**. J Reprod Med. 2001; 46:1031-9.
20. Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD. **Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women**. Am J Obstet Gynecol. 1994; 170:1760-6.
21. Jagoe J, Magann FE, Chauhan SP, Morrison JC. **The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in a low-risk obstetric population**. Am J Obstet Gynecol. 2000;182:1067-9.

Correspondência:

Celene Aparecida Ferrari Audi
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Pós Graduação em Saúde Coletiva
Rua Tessália Vieira Camargo, 126
Cidade Universitária Zeferino Vaz, UNICAMP
CEP 13084-270 – Campinas, SP
Tel.: (19) 3521.8036
E-mail: celenefaudi@yahoo.com.br