

## Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil?

Intimate partner physical violence: an obstacle to initiation of childcare in primary healthcare units in Rio de Janeiro, Brazil?

Aline Gaudard e Silva <sup>1</sup>  
 Claudia Leite Moraes <sup>1,2</sup>  
 Michael Eduardo Reichenheim <sup>1</sup>

### Abstract

*The aim of this study was to evaluate whether intimate partner physical violence is a risk factor for late initiation of childcare in primary healthcare units (PHCU). This cross-sectional study included 927 mothers and their infants less than six months of age seen at 27 PHCU in Rio de Janeiro, Brazil. The target outcome was delay in first visit to the service (at 60 days of age or later). Interactions between intimate partner physical violence, maternal employment, and quality of prenatal care were explored using multivariate logistic regression. Postpartum intimate partner physical violence was an independent risk factor for late initiation of children's healthcare when mothers had no formal occupation (OR = 3.1, 95%CI: 1.5-6.3) or reported inadequate prenatal care (OR = 4.8, 95%CI: 2.4-9.5). The results emphasize the need for better training of health professionals to detect cases of intimate partner violence during prenatal and pediatric care, which themselves are important steps for reducing such occurrence and thus promoting adequate maternal and child care.*

*Domestic Violence; Maternal and Child Health; Child Care; Health Services*

### Introdução

A promoção e proteção à vida e à saúde são direitos de toda criança que devem ser garantidos por meio de políticas públicas. No campo da saúde, essas políticas envolvem, dentre outras, o acesso aos serviços de saúde. A assistência à saúde da criança inclui diversas linhas de cuidado que se iniciam ainda na atenção à saúde da mulher antes da concepção, perpassam a gestação e continuam depois do parto. Após o nascimento do bebê, ações como a triagem neonatal, o incentivo e apoio ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e a imunização são fundamentais para a promoção da saúde e para a prevenção, detecção precoce e tratamento de agravos. Para que essas ações sejam realizadas de forma adequada e alcancem os objetivos propostos, o acompanhamento da criança no serviço de saúde deve iniciar em suas primeiras semanas de vida, período em que ela está mais vulnerável e em que ocorre a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce, importante ameaça ao crescimento e desenvolvimento saudáveis <sup>1,2</sup>.

Apesar da importância de iniciar o acompanhamento da criança precocemente, percebe-se que apenas o conhecimento sobre os benefícios desta atenção por parte de seus responsáveis não é suficiente para a garantia da procura pelo serviço <sup>3,4</sup>. Com o objetivo de melhorar o acesso e o

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Mestrado em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil.

#### Correspondência

A. G. Silva  
 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

uso dos serviços de saúde para a atenção à criança, alguns estudos têm buscado identificar as condições que parecem dificultar sua utilização regular. A literatura sugere que os determinantes do uso de serviços de saúde na infância incluem não só o estado de saúde da criança, mas também atributos maternos e familiares, como características demográficas e socioeconômicas, atitudes, valores e conhecimentos sobre saúde e doença, bem como características dos próprios serviços, tais como qualidade do atendimento, horário de funcionamento e facilidade ou não de acesso<sup>5,6</sup>.

Além desses, fatores psicossociais maternos também parecem interferir no cuidado da criança. Segundo a revisão sobre os determinantes do uso de serviços de saúde para atendimento pediátrico primário realizada por Janicke & Finney<sup>6</sup>, estresse, ansiedade, humor negativo, problemas psicológicos de forma geral e baixos níveis de apoio social estariam entre esses fatores. Ainda que com um alerta para os poucos estudos direcionados ao tema, esses autores também sugerem que o alto nível de conflito familiar influencia a utilização de serviços de saúde.

A hipótese de que conflitos familiares podem estar participando do processo que afasta tanto a mulher quanto a criança dos serviços de saúde também se sustenta quando se considera a literatura do campo da violência familiar<sup>7,8,9</sup>. Segundo a literatura, a violência entre parceiros íntimos traz sérios e graves impactos à saúde da mulher, tais como lesões, dores crônicas, distúrbios psicossomáticos, depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, dentre outros<sup>10</sup>, que podem reduzir a capacidade materna de cuidar adequadamente de seus filhos<sup>8,11</sup>. Segundo Yount et al.<sup>9</sup>, em recente e ampla revisão sobre os impactos da violência familiar no crescimento e estado nutricional da criança, os efeitos físicos e psicológicos da violência vivenciada pelas mães parecem afetar a procura por serviços pediátricos.

Os achados de outra revisão sistemática, realizada por Bair-Merritt et al.<sup>7</sup>, também sugerem uma associação entre a experiência de violência entre parceiros íntimos e falhas na frequência aos serviços e no esquema de vacinação. Resultados de um estudo realizado nos Estados Unidos com famílias em situação de risco para abuso infantil reforçam esses achados<sup>12</sup>. Segundo os autores, as crianças cujas mães haviam relatado violência física entre parceiros íntimos apresentaram menor probabilidade de ter as cinco visitas recomendadas ao serviço de saúde até o primeiro ano de vida e o esquema vacinal completo aos dois anos de idade. Por outro lado, em uma pesquisa com mulheres cadastradas em um amplo

sistema de prestação de serviços de saúde nos Estados Unidos, Rivara et al.<sup>13</sup> indicaram que crianças cujas mães tinham referido violência entre parceiros íntimos utilizavam mais os serviços de atenção primária à saúde do que aquelas cujas mães não tinham sido expostas à violência entre parceiros íntimos. Schluter & Paterson<sup>14</sup>, em um estudo de seguimento realizado na Nova Zelândia, reforçaram essa ideia ao apontarem que crianças menores de seis anos cujas mães haviam relatado violência física entre parceiros íntimos tinham maior número de consultas por motivo de doença ou algum tipo de acidente do que aquelas não expostas à violência.

Esta revisão da literatura deixa claro que os estudos sobre o tema ainda são incipientes, controversos, restritos a alguns países e inexistentes na literatura nacional. Ademais, nenhum dos trabalhos anteriores investiga a relação entre a violência física entre parceiros íntimos e o momento de início do acompanhamento da criança no serviço de saúde, bem como as dimensões envolvidas nesse processo. Diante da grande magnitude das diferentes formas de violência entre parceiros íntimos em nosso país<sup>15</sup> e do reconhecimento de que grande contingente de crianças ainda não frequenta de forma regular aos serviços de saúde<sup>3,4</sup>, a realização de pesquisas que possam avaliar as possíveis repercussões das violências na utilização de serviços pediátricos se torna bastante oportuna. Sendo assim, o objetivo principal deste estudo foi avaliar se a violência entre parceiros íntimos, em particular a violência física entre eles nos primeiros seis meses após o parto, é um fator de risco para o início tardio do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde (UBS).

## Métodos

### Desenho, população de estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo transversal que está inserido no projeto interinstitucional *Avaliação da Qualidade da Assistência à Criança Menor de Seis Meses na Rede SUS do Município do Rio de Janeiro*, coordenado por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

A população estudada incluiu 927 crianças nos primeiros seis meses de vida, cujas mães relataram ter companheiro na ocasião da entrevista, dentre aquelas que buscaram consulta pediátrica ou de puericultura em 27 UBS do 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 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, e subsequentemente selecionadas de forma sistemática, em caracol, com probabilidade de seleção proporcional ao número mensal médio de consultas realizadas com crianças menores de seis meses de idade no último ano, com informações disponíveis na ocasião do planejamento do estudo (2005). As unidades secundárias de amostragem (crianças) foram selecionadas de forma sistemática, obedecendo à ordem de saída das consultas.

As informações foram obtidas por meio de entrevista com a mãe da criança utilizando-se um questionário estruturado, pré-testado e avaliado em estudo piloto, aplicado por entrevista-

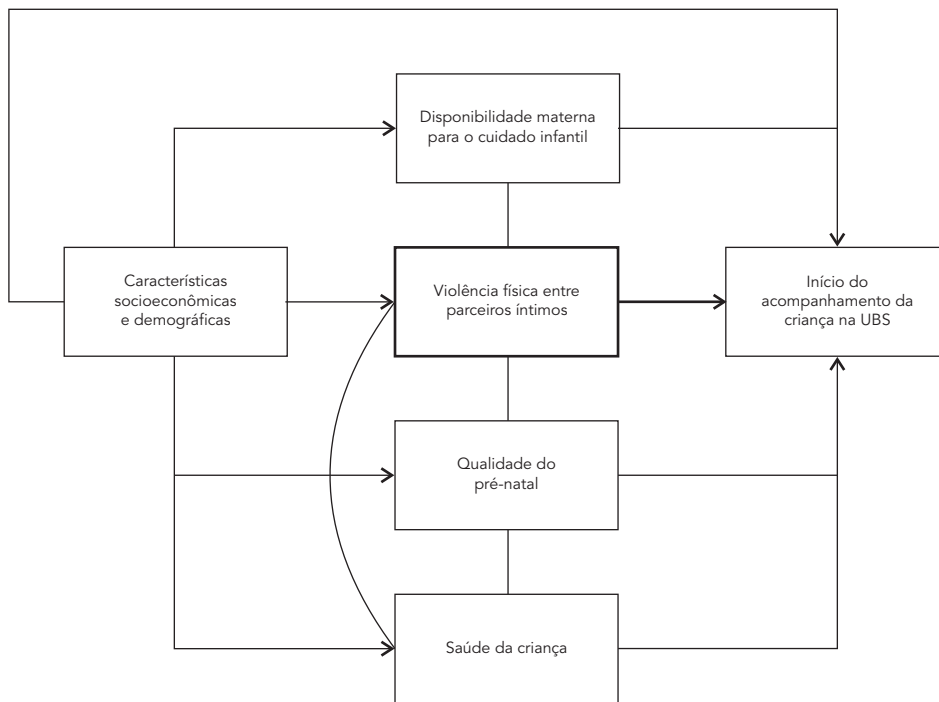
dores devidamente treinados. As entrevistas foram realizadas após a consulta pediátrica, sem a presença do parceiro íntimo e garantindo-se a privacidade materna em relação às demais mães que aguardavam atendimento.

**Modelo teórico-conceitual e operacionalização das variáveis**

O modelo teórico-conceitual do estudo é composto por algumas das dimensões que vêm sendo mais frequentemente pesquisadas nas linhas de investigação sobre as consequências da violência entre parceiros íntimos na saúde da mulher e da criança, bem como as que são citadas pela literatura como envolvidas na determinação do cuidado materno e do uso dos serviços de saúde na infância. Como pode ser observado na Figura 1, no nível distal do modelo encontram-se as características socioeconômicas da família e as características demográficas maternas, representadas por sua condição econômica, escolaridade, trabalho, idade, situação conjugal e cor da pele. Para caracterizar a condição econômica do

Figura 1

Modelo teórico-conceitual proposto para estudo da relação entre violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto e início do acompanhamento da criança na unidade básica de saúde (UBS). Rio de Janeiro, Brasil.



domicílio utilizou-se o indicador de bens (IB), calculado da seguinte maneira:

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

em que  $i$  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, microondas, 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 atribuído a ele.

A variável de exposição de interesse central – violência física entre parceiros íntimos – situou-se no nível intermediário do modelo. As informações sobre a ocorrência de violência física entre parceiros íntimos desde o nascimento da criança até a data da entrevista foram obtidas por meio da utilização da versão em português do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2), adequadamente adaptado para uso no Brasil<sup>16,17</sup>. 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 dimensão abarcando a disponibilidade materna para o cuidado infantil e as relativas à qualidade do pré-natal e saúde da criança compõem o nível intermediário do modelo. A primeira foi representada por duas variáveis, a saber, número de filhos e número de crianças menores de cinco anos no domicílio. A qualidade do pré-natal foi avaliada usando-se a escala *Adequacy of Prenatal Care Utilization Index* (APNCU), também denominada de índice de Kotelchuck, que conjuga informações sobre a época de início do pré-natal e o número de consultas realizadas pela gestante<sup>18</sup>, previamente adaptada para uso no Brasil<sup>19</sup>. A dimensão saúde da criança foi representada pelas variáveis: peso ao nascer e ocorrência de problemas de saúde, esta última avaliada por meio da morbidade referida pelo relato materno, considerando todo o período de vida da criança.

A variável de desfecho, idade da criança na primeira visita à UBS, foi dicotomizada para fins de análise, tendo como ponto de corte 60 dias, visando a discriminar aquelas com maior atraso na iniciação da vacinação básica preconizada pelo Ministério da Saúde<sup>20</sup>.

As demais variáveis são autoexplicativas e estão na Tabela 1.

## Análise de dados

O modelo teórico-conceitual apresentado na Figura 1 norteou a seleção das possíveis variáveis de confusão a serem abordadas na análise de dados. A primeira etapa do processo consistiu na exploração das relações entre as diferentes variáveis representativas das dimensões do modelo e o desfecho por meio de regressão logística não condicional. Em princípio, foram consideradas candidatas ao modelo multivariado aquelas que se mostraram associadas ao desfecho, considerando-se um valor de  $p < 0,25$  como ponto de corte. Quando na análise bivariada uma determinada dimensão não revelou nenhuma variável com valor de  $p < 0,25$ , aquela com menor valor de  $p$  foi forçada ao modelo multivariado para assegurar que todas as dimensões do modelo teórico estivessem representadas.

Em seguida, a possibilidade de interação entre essas variáveis e a violência física entre parceiros íntimos foi explorada. Os termos de interação estatisticamente significativos no nível de 95% de significância na análise multivariada foram considerados na elaboração do modelo final. As variáveis selecionadas na análise bivariada, bem como os termos de interação que se mostraram estatisticamente significantes no modelo multivariado, foram introduzidos simultaneamente no modelo final.

A análise foi realizada com a rotina *svy* do programa Stata 12.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos) 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 primeira visita da criança à unidade de saúde ocorreu, em média, aos  $15 \pm 2$  dias de vida. Aproximadamente metade das crianças (48,9%;  $n = 373$ ) foi levada à UBS pela primeira vez na primeira semana de vida; 38% ( $n = 361$ ) entre 8 e 30 dias; 9% ( $n = 93$ ) entre 31 e 60 dias; e 4,1%

Tabela 1

Descrição da população de estudo e análise bivariada entre desfecho (início tardio do acompanhamento da criança na unidade básica de saúde – UBS) e demais variáveis do modelo teórico. Rio de Janeiro, Brasil, 2007 (N = 871).

Variáveis	Distribuição		Início tardio do acompanhamento da criança na UBS	
	n	% (IC95%)	OR (IC95%)	Valor de p
Violência física entre parceiros íntimos				
Não	621	70,9 (67,0-74,7)	1,00	
Sim	250	29,1 (25,3-33,0)	<b>2,20 (1,20-4,01)</b>	<b>0,012</b>
Indicador de bens				
≤ 1	413	48,6 (44,1-53,1)		
> 1 e ≤ 2	220	23,5 (18,8-28,3)	0,80 (0,58-1,12) *	0,185 *
> 2	238	27,9 (24,8-31,0)		
Escolaridade materna				
Ensino Médio completo ou mais	244	26,6 (22,6-30,5)	1,00	
Menor do que Ensino Médio completo	627	73,4 (69,5-77,4)	1,32 (0,64-2,75)	0,440
Trabalho materno				
Possui emprego formal	256	28,5 (25,3-31,7)	1,00	
Não trabalha/Possui emprego informal	615	71,5 (68,3-74,7)	1,74 (0,87-3,50)	0,114
Idade materna (anos)				
20 ou mais	729	82,1 (78,7-85,5)	1,00	
Abaixo de 20	142	17,9 (14,6-21,3)	1,52 (0,64-3,59)	0,327
Situação conjugal				
Tem companheiro, mas não vive com ele	99	11,9 (8,9-14,9)	1,00	
Vive com o companheiro	772	88,1 (85,1-91,1)	1,87 (0,58-5,96)	0,281
Cor da mãe				
Branca	251	27,4 (23,0-31,8)	1,00	
Parda/Preta/Amarela/Indígena	620	72,6 (68,2-77,0)	1,78 (0,70-4,54)	0,218
Número de filhos				
1	392	46,8 (41,7-51,9)	1,09 (0,76-1,56) *	0,645 *
2 ou mais	479	53,2 (48,1-58,3)		
Número de crianças menores de 5 anos				
1	605	70,3 (67,8-72,7)	0,89 (0,49-1,60) *	0,676 *
2 ou mais	266	29,8 (27,3-32,2)		
Qualidade do pré-natal				
Adequado/Mais que adequado	527	63,2 (58,7-67,7)	1,00	
Intermediário/Inadequado/Não fez pré-natal	344	36,8 (32,3-41,3)	<b>2,28 (1,19-4,36)</b>	<b>0,015</b>
Peso ao nascer (gramas)				
2.500 ou mais	805	92,7 (91,1-94,3)	1,02 (0,50-2,10) *	0,949 *
1.000-2.500	66	7,3 (5,7-8,9)		
Ocorrência de problemas de saúde				
Não	293	35,2 (30,7-39,6)	1,00	
Sim	578	64,8 (60,4-69,3)	1,19 (0,57-2,47)	0,630

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

\* OR, IC95% e valor de p da variável contínua, tal como foi introduzida no modelo multivariado.

(n = 44) das mães levaram seus bebês à UBS pela primeira vez com mais de 60 dias de nascidos. A maioria das mães tinha escolaridade inferior ao ensino médio completo, não trabalhava ou possuía emprego informal no momento da entrevista, tinha 20 anos ou mais de idade, vivia

com o companheiro e se autorreferia parda ou preta. O pré-natal foi considerado adequado ou mais que adequado para 63,2% das mães, e 64,8% relataram que o bebê já havia apresentado algum problema de saúde desde o seu nascimento (Tabela 1).

Desde o nascimento da criança até o momento da entrevista, cerca de 30% das mulheres relataram ter se envolvido em pelo menos um ato de violência física com seu parceiro íntimo, seja como vítima ou autora. Na análise bivariada, no agregado (sem consideração de uma possível modificação de efeito), a presença de violência física no relacionamento do casal após o nascimento da criança se mostrou estatisticamente associada a uma visita tardia à unidade de saúde.

Ao testar a possibilidade de interação entre as variáveis candidatas ao modelo multivariado e a exposição de interesse central (violência física entre parceiros íntimos), as variáveis “trabalho materno” e “qualidade do pré-natal” apresentaram interação estatisticamente significativa com a violência física entre parceiros íntimos (valores de  $p$  iguais a 0,02 e  $< 0,00$ , respectivamente). Dessa forma, foram construídos dois modelos estatísticos: o modelo I considerou a interação entre a violência física entre parceiros íntimos e o tipo de trabalho materno, e o modelo II considerou a interação entre a exposição central e o grau de qualidade do pré-natal.

Enquanto a violência física entre parceiros íntimos não mostrou nenhuma relação estatisticamente significativa com a idade da criança na

primeira visita à UBS entre as mães que possuíam emprego formal, dentre as que não trabalhavam ou possuíam emprego informal no momento da entrevista essa violência física aumentou em cerca de três vezes a chance da primeira visita ter ocorrido após 60 dias (Tabela 2).

Uma importante modificação de efeito também foi identificada quando se considerou a qualidade do pré-natal. Entre as mães que não haviam feito pré-natal ou que tinham feito o acompanhamento de forma inadequada, a presença de violência física entre parceiros íntimos aumentou em 4,7 vezes a chance de uma busca tardia pelo serviço de saúde. No entanto, o efeito dessa violência física perdeu sua significância estatística quando se considerou as mães que tiveram um pré-natal adequado ou mais que adequado (Tabela 2).

## Discussão

O perfil da população de estudo sugere que a amostra seja representativa do conjunto de mães que fazem o acompanhamento de seus filhos em UBS do Município do Rio de Janeiro, na medida em que evidencia que uma grande parcela de

Tabela 2

Análise logística multivariada entre violência física entre parceiros íntimos e início tardio do acompanhamento da criança na unidade básica de saúde (UBS) em função do trabalho materno (modelo I) e da qualidade do pré-natal (modelo II). Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

	Início tardio do acompanhamento da criança na UBS OR ajustado (IC95%) *	Valor de p
Trabalho materno (modelo I; N = 876) **		
Possui emprego formal		
Nenhum ato de violência física entre parceiros íntimos	1,00	
1 ou mais atos de violência física entre parceiros íntimos	0,36 (0,08-1,62)	0,195
Não trabalha/Possui emprego informal		
Nenhum ato de violência física entre parceiros íntimos	1,00	
1 ou mais atos de violência física entre parceiros íntimos	<b>3,11 (1,53-6,30)</b>	<b>0,004</b>
Qualidade do pré-natal (modelo II; N = 871) ***		
Adequado/Mais que adequado		
Nenhum ato de violência física entre parceiros íntimos	1,00	
1 ou mais atos de violência física entre parceiros íntimos	0,66 (0,23-1,90)	0,446
Intermediário/Inadequado/Não fez pré-natal		
Nenhum ato de violência física entre parceiros íntimos	1,00	
1 ou mais atos de violência física entre parceiros íntimos	<b>4,79 (2,41-9,51)</b>	<b>0,0001</b>

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

\* Ajustado pelas variáveis: indicador de bens, cor da mãe, idade materna, situação conjugal, número de filhos, peso ao nascer e ocorrência de problemas de saúde;

\*\* Avaliação de ajuste do modelo I: teste de Hosmer-Lemeshow:  $F = 0,65$  ( $p = 0,738$ );

\*\*\* Avaliação de ajuste do modelo II: teste de Hosmer-Lemeshow:  $F = 0,30$  ( $p = 0,965$ ).

mulheres tem 20 anos ou mais de idade, é primípara, não possui emprego formal e não tem o ensino médio completo<sup>21</sup>. Dessa forma, os resultados da pesquisa podem ser transpostos para o contexto das demais UBS do Município do Rio de Janeiro.

Os principais achados da pesquisa confirmam a hipótese de que a violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto é um fator de risco independente para o início tardio do acompanhamento da criança em UBS, em mulheres com uma situação ocupacional instável e entre aquelas que não haviam realizado um adequado acompanhamento pré-natal. Essas evidências corroboram algumas pesquisas realizadas em outros países que apontam uma relação entre violência e menor utilização dos serviços de atenção básica ao cuidado à criança<sup>12,22,23</sup>. Entretanto, vale ressaltar que não foi possível avaliar se essa tendência se mantém independentemente do tipo de cuidado prestado pelo serviço – promoção, prevenção ou assistência à saúde. Seria interessante que trabalhos futuros abordassem a questão, já que também existem evidências anteriores sugerindo que esse comportamento só esteja presente quando se considera as ações de prevenção de saúde<sup>13,14,22,23</sup>.

Diferentes caminhos podem ser propostos ao se tentar entender como a violência física entre parceiros íntimos pode afetar a capacidade das mães para cuidar de forma adequada de seus filhos e, então, modificar a procura por serviços pediátricos. Uma das hipóteses que explicam a ida tardia ao serviço de saúde, pelas mães envolvidas em situação de violência física entre parceiros íntimos, é o comprometimento de sua energia física e emocional e do tempo disponível para o cuidado da criança, provocado pela violência. Esse comprometimento pode decorrer das próprias lesões físicas, dos agravos à saúde mental e emocional, ou ainda, de uma demanda aumentada de energia para lidar com conflitos e incidentes violentos, para atender às necessidades do companheiro, bem como para promover a própria segurança<sup>11,24</sup>. Além disso, mães que experimentam violência física entre parceiros íntimos podem ser relutantes em levar seus filhos ao serviço de saúde para evitar que a situação de violência seja detectada pelo profissional de saúde<sup>23</sup>. Tais hipóteses devem ser exploradas em trabalhos futuros que lancem mão de modelos de análise mais complexos, tais como os modelos de equações estruturais.

Interessantes nuances evidenciadas na pesquisa foram as modificações do efeito da violência física entre parceiros íntimos em função do tipo de trabalho materno no momento da entrevista e pelo grau de qualidade do pré-natal.

Tais achados são inéditos, na medida em que, no conhecimento dos autores, este é o primeiro estudo a explorar o tema nesses subgrupos. Como visto, há uma grande sinergia entre a ocorrência de violência e a situação ocupacional, caracterizada por trabalho informal ou ausência de qualquer tipo de trabalho remunerado materno após o nascimento da criança. Conforme apresentado na seção de Resultados, entre as mulheres nessa situação ocupacional a violência física entre parceiros íntimos aumenta em mais de três vezes a chance de procura tardia pelo serviço pediátrico, enquanto que entre aquelas com vínculo trabalhista formal, a presença de violência física entre parceiros íntimos parece não alterar o momento de início do acompanhamento.

Uma primeira hipótese para explicar o que estaria por trás desses achados seria que o efeito da violência na adesão aos serviços se modificaria segundo o tipo de trabalho materno, devido a um tempo maior para o cuidado da criança entre as trabalhadoras formais, na medida em que estas estariam em licença maternidade. Dessa forma, mesmo vivendo uma situação de violência física entre parceiros íntimos, ainda assim a mulher acabaria levando a criança à UBS em seus primeiros dois meses de vida. Por outro lado, uma mulher que depende de um trabalho informal para a sua subsistência teria de retornar rapidamente ao trabalho após o nascimento da criança, o que tenderia a dificultar as visitas à UBS, cujo funcionamento se restringe ao horário comercial. Entretanto, considerando o perfil das mulheres que compõem o grupo das que “não trabalham ou têm trabalho informal”, tal suposição não é corroborada, já que a maior parte destas referiu não trabalhar (94%) e, em princípio, teria mais tempo disponível para cuidar da criança.

Esses achados sugerem que a diferença entre os grupos esteja preferencialmente relacionada ao grau de autonomia da mulher e sua participação no controle dos recursos e orçamento familiar, que, segundo alguns autores, são importantes determinantes do cuidado materno com a criança<sup>25</sup>. O trabalho formal também parece propiciar o bom funcionamento familiar, promover o bem-estar da mãe e favorecer a participação paterna no cuidado da criança<sup>26</sup>. Ademais, a maior parte das atividades laborais promove uma maior convivência com outras mulheres em idade reprodutiva, facilitando a troca de informações sobre a importância do cuidado com a criança. Todos esses fatores acabam contribuindo favoravelmente para a qualidade do cuidado que, dentre vários aspectos, manifesta-se também pela utilização mais adequada dos serviços de atenção à saúde infantil. Situação bem diversa ocorre quando a mãe não tem uma atividade

remunerada e é dependente essencialmente do companheiro.

Os resultados também sugerem que a violência física entre parceiros íntimos retarda o início do acompanhamento da criança no serviço de saúde apenas entre as mães que não fizeram o acompanhamento pré-natal ou o fizeram de modo inadequado. Entre essas mulheres, a violência física entre parceiros íntimos aumenta em quase cinco vezes a chance de procura tardia pelo serviço de saúde. É possível que isso decorra da falta de vínculo com o serviço e da consequente falta de informação, já que há uma diminuída adesão ao pré-natal, momento em que a mulher recebe as primeiras orientações quanto à importância da continuidade do cuidado no serviço de saúde após o nascimento da criança. Quando o pré-natal é adequado, os profissionais de saúde têm mais oportunidades para orientar as gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido, alertar quanto à importância da triagem neonatal na primeira semana de vida do bebê, bem como incentivar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde o seu nascimento e a vacinação<sup>27</sup>. Tais resultados ressaltam a importância de um bom acompanhamento pré-natal e reforçam estudos anteriores que mostram que seus benefícios à saúde materno-infantil transcendem o período gestacional<sup>28</sup>.

Apesar da violência física entre parceiros íntimos ter sido considerada apenas no período entre o nascimento da criança e o momento da entrevista, muitas mães que relataram essa violência também devem ter experimentado situações de violência durante a gravidez, uma vez que o problema não parece se deflagrar apenas após o parto. Em uma pesquisa recente, também realizada em UBS do Município do Rio de Janeiro, a prevalência de violência física entre parceiros íntimos após o parto foi cerca de oito vezes maior entre casais que tinham vivenciado a violência na gestação, se comparada àqueles que não haviam experimentado esta situação<sup>29</sup>.

Uma vez que a violência pode levar ao uso inadequado do serviço de saúde tanto no pré-natal<sup>30</sup> quanto após o nascimento da criança, é fundamental que as equipes de saúde identifiquem as gestantes, prioritariamente, e as mães faltosas às unidades de saúde, já que entre essas a probabilidade de ocorrência de violência física entre parceiros íntimos é maior. O pré-natal é um momento privilegiado para identificar as mulheres que vivem em situações de violência e oferecer o atendimento apropriado, tendo em vista não só o acompanhamento dos casos para a interrupção do processo, como também a prevenção de problemas no cuidado com a criança.

Dessa forma, a elaboração e o planejamento de estratégias que visam a promover a adequada utilização de serviços de saúde na infância devem considerar a importância de detectar e rastrear situações de violência o mais cedo possível. Faz-se necessário organizar e manter uma rede de atenção que promova a articulação entre diferentes profissionais de saúde e que garanta a continuidade do cuidado desde a gestação até a infância, induzida, por exemplo, por modelos assistenciais baseados em uma real integração entre profissionais que trabalham na atenção à saúde da mulher e da criança, tais como obstetras, ginecologistas e pediatras, ou baseados em equipes multiprofissionais responsáveis pela atenção à saúde de toda a família, tais como o Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os resultados deste estudo devem ser vistos à luz de seus pontos positivos e suas limitações. Dentre os aspectos positivos, ressalta-se que esta foi a primeira pesquisa no Brasil a abordar as possíveis relações entre a ocorrência de violência entre parceiros íntimos e a utilização de serviços de saúde pela criança em seus primeiros meses de vida. Espera-se que a divulgação dos resultados do trabalho em fóruns acadêmicos e profissionais e entre a sociedade civil possa ampliar o debate sobre a necessidade de ações de promoção e prevenção que reduzam a ocorrência de situações de violência, bem como ações que visem à detecção precoce das mesmas e seu monitoramento.

A opção por um instrumento epidemiológico largamente utilizado para detectar a ocorrência de violência física entre parceiros íntimos, validado no Brasil e em diferentes contextos<sup>16,17</sup>, também é um ponto positivo. Outro ponto forte da pesquisa foi a abordagem multivariada na análise dos dados, orientada por um modelo teórico-conceitual, que possibilitou uma avaliação do papel da violência considerando importantes fatores de confusão no processo. O ajuste por variáveis relacionadas às condições de saúde da criança, tais como o “peso ao nascer” e a “ocorrência de problemas de saúde”, foi um procedimento inovador no âmbito dos estudos sobre o tema. A inclusão dessas variáveis no modelo final indicou que a dificuldade das mães, que vivenciam as situações de violência, de ir precocemente aos serviços pediátricos independe das necessidades de saúde da criança, determinante mais proximal do uso de serviços de saúde<sup>6</sup>. A oportunidade de avaliar se essas relações se modificavam em função de outras características maternas e do acesso aos serviços durante o pré-natal também foi bastante auspiciosa, uma vez que pesquisas anteriores ainda não haviam explorado estas possibilidades.



Outra contribuição da pesquisa aos programas de investigação sobre o tema se refere à introdução de um novo indicador de utilização dos serviços de saúde no debate sobre as principais ferramentas para operacionalização do construto “qualidade do acompanhamento da criança”. Diferentes indicadores têm sido utilizados para explorar os efeitos da violência entre parceiros íntimos nas relações da mãe e bebê com os serviços de saúde. Dentre os que levam em consideração a utilização dos serviços pela criança, há os que avaliam o tipo de serviço utilizado, o número de consultas na atenção primária, o número de visitas aos serviços de emergência e a ocorrência de hospitalizações. O presente estudo é o primeiro que utiliza a idade na primeira visita à UBS como indicador de perfil de utilização de serviços pediátricos. A opção por esse indicador amplia o conjunto de indicadores já explorados, incorporando uma informação de fácil obtenção e de grande valia em função das diferentes ações, já descritas, voltadas à criança em seu período inicial de vida.

Algumas limitações da pesquisa também devem ser discutidas. A primeira é que as associações encontradas podem estar subestimadas, uma vez que o cenário estudado deixou de contemplar as mães que não frequentam qualquer serviço de atenção à saúde da criança, as que frequentam de forma preferencial serviços de emergência pediátrica e aquelas referidas às unidades de maior complexidade. Como evidências anteriores apontam maiores probabilidades de ocorrência de violência física entre parceiros íntimos entre essas mulheres<sup>13,31</sup>, se elas tivessem sido incluídas no trabalho poderiam ter contribuído para aumentar a força de associação entre a exposição e o desfecho. Novos estudos de base populacional e menos restritivos talvez permitam lançar mais luz a essa questão.

A impossibilidade de se garantir que a violência tenha ocorrido antes da primeira visita à UBS é outra limitação. Por se tratar de um estudo transversal, cujo processo de coleta de dados não especificou o momento exato da ocorrência das situações de violência entre parceiros íntimos, não é possível afirmar que a exposição tenha precedido o desfecho. Entretanto, dada a cronicidade da violência entre parceiros íntimos durante a fase grávido-puerperal apontada em estudos anteriores<sup>29</sup>, entende-se que a maior parte das situações ocorridas após o parto deve ter se iniciado durante a gestação ou mesmo antes da gravidez. A grande parcela de mulheres vítimas de violência que também relatam falha no cuidado pré-natal reforça essa hipótese. Finalmente, o tamanho amostral da pesquisa não permitiu a exploração de termos de interação de

terceira ordem, o que impediu uma apreciação do efeito da violência física entre parceiros íntimos no início do acompanhamento da criança entre mulheres que não tinham emprego formal e que haviam realizado um acompanhamento pré-natal aquém do desejado. É possível que nesses casos, o efeito da violência seja ainda mais proeminente. O tema merece trabalhos futuros.

Por fim, vale destacar a importância da abordagem ampliada e integral no atendimento de mães e crianças, considerando as importantes consequências à saúde provocadas pela violência e por outros aspectos psicossociais familiares, poucas vezes explorados por profissionais de saúde. Na população estudada, apenas 7,4% das mulheres relataram já ter conversado sobre a violência entre o casal com profissionais da unidade de saúde, percentual que permanece muito pequeno (8,9%) entre aquelas que referiram violência física (dados não mostrados). Portanto, uma abordagem integral não será possível sem a devida atenção dos planejadores de políticas públicas do setor saúde à necessidade de se preparar os profissionais de saúde e a rede de serviços para abordar o tema e acompanhar as famílias em situação de violência<sup>32</sup>.

Nesse sentido, é muito importante que os profissionais de saúde conheçam as características comumente relacionadas à ocorrência de violência entre parceiros íntimos, como seus fatores de risco e outras consequências, que podem aumentar ainda mais o prejuízo ao cuidado infantil. Ainda, é fundamental atentar ao fato de que existe paulatinamente mais chance da violência ocorrer para além do relacionamento conjugal e, em muitos casos, estar acompanhada também de violência cometida contra filhos, passando a se manifestar como um fenômeno englobando todo o grupo familiar<sup>33</sup>.

Como estratégia de enfrentamento à iniciação tardia do acompanhamento da criança nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde inclui as crianças que não compareceram à UBS na primeira semana de vida na classificação de risco para vigilância à saúde, e recomenda que as unidades de atenção básica façam a captação precoce por meio da busca ativa e ofereçam assistência especial a essas crianças<sup>2</sup>. Entretanto, ações como essas ainda enfrentam os obstáculos da elevada demanda e da irrestrita área de cobertura das UBS. Entende-se que a ampliação do ESF seria potencialmente promotora de um acompanhamento precoce e continuado da criança. Seus pressupostos fundamentais incluem a abordagem familiar integrada nos diferentes ciclos de vida e ações de saúde que extrapolam os muros das UBS, o que facilita a detecção de famílias em

risco e permite vínculos mais estreitos entre usuários e serviços.

Outra iniciativa que pode contribuir para a promoção de um cuidado adequado à saúde da criança é o Programa Acolhimento Mãe-Bebê<sup>34</sup>, estratégia desenvolvida no Município do Rio de Janeiro com o objetivo de integrar e garantir as ações preconizadas para a puérpera e o recém-nato na primeira semana de vida. O programa preconiza que, no momento da alta da maternidade, a mãe receba orientação e um cartão de referência para o primeiro atendimento em uma UBS. Apesar de estar implantada desde 2003, essa estratégia ainda não possui uma cobertura

adequada, apenas 69,4% das mães incluídas neste estudo haviam recebido o cartão de referência (dados não mostrados).

O fortalecimento dessas e de outras iniciativas que vêm sendo desenvolvidas e implantadas com o objetivo de garantir a continuidade e a integração das ações de assistência à saúde materno-infantil, como a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis<sup>1</sup> e a Rede Cego-nha<sup>35</sup>, parece promissor na busca pela qualidade de vida das crianças desde os seus primórdios, estimulando suas competências e habilidades na perspectiva do crescimento e desenvolvimento integral.

## Resumo

*O objetivo do trabalho foi avaliar se a violência física entre parceiros íntimos é um fator de risco para o início tardio do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde (UBS). Trata-se de um estudo transversal que incluiu 927 mães/bebês com até seis meses de vida, atendidos em 27 UBS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Ter ido pela primeira vez à UBS após 60 dias de vida foi considerado o desfecho de interesse. Interações entre violência física entre parceiros íntimos, trabalho materno e qualidade do pré-natal foram exploradas utilizando-se a regressão logística multivariada. A violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses de vida da criança foi um fator de risco independente para o início tardio do acompanhamento da criança em mulheres que não tinham ocupação formal (OR = 3,1; IC95%: 1,5-6,3) e naquelas que não haviam realizado um pré-natal adequado (OR = 4,8; IC95%: 2,4-9,5). Os resultados apontam para a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para rastrear situações de violência física entre parceiros íntimos no pré-natal e na puericultura, visando ao seu enfrentamento e à promoção de uma adequada assistência materno-infantil.*

*Violência Doméstica; Saúde Materno-Infantil; Cuidado da Criança; Serviços de Saúde*

## Colaboradores

A. G. Silva participou da pesquisa bibliográfica, análise e interpretação de dados e redação do texto. C. L. Moraes participou do planejamento e execução do estudo, análise e interpretação de dados e redação do texto. M. E. Reichenheim colaborou na revisão crítica do texto.

## Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), pelo financiamento.

## Referências

1. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. O futuro hoje: Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. Primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Moura EC. The relationship between the use of primary health care and infant health status at 12 months in a Brazilian community. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1:79-87.
4. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. *J Pediatr (Rio J)* 2010; 86:80-4.
5. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
6. Janicke DM, Finney JW. Determinants of children's primary health care use. *J Clin Psychol Med Settings* 2000; 7:29-39.
7. Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics* 2006; 117:278-90.
8. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:109-21.
9. 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.
10. Gunter J. Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34:367-88.
11. Durand JG, Schraiber LB, França-Junior I, Barros C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:355-64.
12. Bair-Merritt MH, Crowne SS, Burrell L, Caldera D, Cheng TL, Duggan AK. Impact of intimate partner violence on children's well-child care and medical home. *Pediatrics* 2008; 121:473-80.
13. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D, et al. Intimate partner violence and health care costs and utilization for children living in the home. *Pediatrics* 2007; 120:1270-7.
14. Schluter PJ, Paterson J. Relating intimate partner violence to health-care utilisation and injuries among Pacific children in Auckland: the Pacific Islands Families Study. *J Paediatr Child Health* 2009; 45:518-24.
15. 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.
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. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Issues* 1996; 17:283-316.
18. 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.
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. Programa Nacional de Imunizações, Ministério da Saúde. Calendário básico de vacinação da criança. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/vi\\_sualizar\\_texto.cfm?idtxt=21462](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/vi_sualizar_texto.cfm?idtxt=21462) (acessado em 19/Set/2010).
21. Castro IRR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RVFV, Gomes MASM. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:1021-9.
22. Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Rev Méd Chile* 2003; 131:1454-62.
23. Onyskiw JE. Health and use of health services of children exposed to violence in their families. *Can J Public Health* 2002; 93:416-20.
24. Letourneau N, Young C, Secco L, Stewart M, Hughes J, Critchley K. Supporting mothering: service providers' perspectives of mothers and young children affected by intimate partner violence. *Res Nurs Health* 2011; 34:192-203.
25. Engle PL, Menon P, Haddad L. Care and nutrition: concepts and measurement. Washington DC: International Food Policy Research Institute; 1997.
26. Hoffman LW. The effects of the mother's employment on the family and the child. <http://parenthood.library.wisc.edu/Hoffman/Hoffman.html> (acessado em 23/Nov/2011).
27. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

28. Reichman NE, Corman H, Noonan K, Schwartz-Soicher O. Effects of prenatal care on maternal postpartum behaviors. *Rev Econ Househ* 2010; 8:171-97.
29. 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.
30. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:667-76.
31. Bair-Merritt MH, Feudtner C, Localio AR, Feinstein JA, Rubin D, Holmes WC. Health care use of children whose female caregivers have intimate partner violence histories. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162:134-9.
32. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
33. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:595-603.
34. Silva MAV, Guimarães MHF, Rito RVV, Morgado CMC. Acolhimento mãe-bebê na unidade básica de saúde após alta da maternidade: estratégia utilizada no Município do Rio de Janeiro. *Revista de Pediatria SOPERJ* 2006; VII:36.
35. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial União* 2011; 27 jul.

---

Recebido em 17/Jan/2012

Versão final reapresentada em 02/Abr/2012

Aprovado em 17/Abr/2012