**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

MARIA INÊS ROSSELLI PUCCIA

Violência por parceiro íntimo e morbidade materna grave

RIBEIRÃO PRETO

2012

MARIA INÊS ROSSELLI PUCCIA

Violência por parceiro íntimo e morbidade materna grave

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Sociedade, Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Villela Mamede

RIBEIRÃO PRETO

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Puccia, Maria Inês Rosselli

Violência por parceiro íntimo e morbidade materna grave.
Ribeirão Preto, 2012.

144 p.; 30 cm

Tese, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Mamede, Marli Villela.

1. Violência doméstica. 2. Mulheres maltratadas.
3. Complicações na gravidez. 4. Mortalidade materna.
5. Atenção à Saúde.

Nome: PUCCIA, Maria Inês Rosselli

Título: Violência por parceiro íntimo e morbidade materna grave

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo e
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 30/11/2012

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Marli Villela Mamede

Julgamento Aprovada

Instituição: EERP - USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Ana Maria de Almeida

Julgamento Aprovada

Instituição: EERP - USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Flávia de Azevedo Gomes

Julgamento Aprovada

Instituição: EERP - USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Leila Maria Geromel Dotto

Julgamento Aprovada

Instituição: UFAC - Externo

Assinatura: _____

Prof. Dr. Rodolfo de Carvalho Pacagnella Instituição: UFSCar - Externo

Julgamento Aprovada

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Para Ricardo, Victor e João Vicente, que me
permitem viver o amor em sua plenitude.*

*A Izaura, minha mãe (in memoriam), que me
conduz por este caminho.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof.^a. Dr.^a. Marli Villela Mamede, que me acolheu prontamente como orientanda, acreditando desde o início no projeto proposto. Agradeço imensamente pelo carinho, confiança, paciência, respeito e amizade. Mais que o aprendizado científico que me proporcionou, levo comigo seus ensinamentos sobre os valores de vida!

AGRADECIMENTOS

Á todas as mulheres que participaram do estudo, muito obrigado! Cada entrevista realizada teve um significado especial para o meu aprendizado científico e pessoal.

A toda equipe do Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo, pela colaboração no estudo. Particularmente agradeço às enfermeiras: Camila, Cida, Cleusa, Cristiane, Debora, Denise, Elenice, Érica, Eveline, Fabiana, Ivanete, Karla, Liege, Luciana, Marlene, Monica Barbosa, Monica Maia, Rosa, Rose, Sanae, Selma, Silvia, Tatiane, Thalita e Vanessa; ao enfermeiro Cleber; Alexandra e toda equipe da agência transfusional, pois sem a enorme colaboração de vocês a coleta de dados da pesquisa não teria sido possível.

Igualmente agradeço **a toda equipe do Hospital da Mulher**, pela colaboração no estudo. Em especial às enfermeiras: Adriana, Aline, Alice, Ana Paula, Denise, Gisele, Ivone, Juliane, Juliana, Maria, Maria Solidade, Marilsa, Simone, Tatiane e equipe da agência transfusional, sem a ajuda das quais a pesquisa não teria sido concretizada neste hospital.

Ao **Prof. Dr. Luiz de Souza**, estatístico da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela disponibilidade, paciência e trabalho desenvolvido no planejamento amostral e análise dos dados.

À **Prof^ª. Dr^ª. Lilia Blima Schraiber**, Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelos ensinamentos e autorização do uso do instrumento: “Saúde da Mulher, Relações familiares e Serviços de Saúde”.

A **Prof^ª. Dr^ª. Simone Grilo Diniz**, pelo incentivo e reflexões sobre a temática de Gênero e Saúde Materna.

Ao **Dr. João Paulo Dias de Souza** e ao **Prof. Dr. Guilherme Cecatti** pela atenção em responderem aos meus questionamentos.

Ao **Ivaldo Olímpio da Silva**, analista de sistemas do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela grande contribuição na confecção do banco de dados da pesquisa.

À **Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria de Almeida**, à **Prof^ª. Dr^ª. Flávia Azevedo Gomes**, à **Prof^ª. Dr^ª. Leila Maria Geromel Dotto** e ao **Prof. Dr. Rodolfo de Carvalho Pacagnella** pelas grandes contribuições ao presente estudo.

Às colegas docentes da **Faculdade de Medicina do ABC** pelo apoio nos momentos mais difíceis da execução do projeto.

Às colegas docentes da **Universidade Paulista** pelo carinho, amizade e incentivo.

À **Prefeitura Municipal de Santo André**, pela concessão de licença sem vencimentos para realização do doutorado.

A minha irmã **Márcia** e à **Tia Laura**, eternas companheiras de todos os dias, por acreditarem tanto em mim.

Ao meu irmão **Nelson**, ocupado com o sacerdócio, mas sempre tão próximo.

Aos meus filhos **Victor** e **João Vicente**, pela alegria e energia de todos os dias.

Ao meu marido **Ricardo**, por todo amor, carinho, paciência e compreensão.

Nem tudo é fácil

É difícil fazer alguém feliz, assim como é fácil fazer triste.

É difícil dizer eu te amo, assim como é fácil não dizer nada

É difícil valorizar um amor, assim como é fácil perdê-lo para sempre.

É difícil agradecer pelo dia de hoje, assim como é fácil viver mais um dia.

É difícil enxergar o que a vida traz de bom, assim como é fácil fechar os olhos e atravessar a rua.

É difícil se convencer de que se é feliz, assim como é fácil achar que sempre falta algo.

É difícil fazer alguém sorrir, assim como é fácil fazer chorar.

É difícil colocar-se no lugar de alguém, assim como é fácil olhar para o próprio umbigo.

Se você errou, peça desculpas...

É difícil pedir perdão? Mas quem disse que é fácil ser perdoado?

Se alguém errou com você, perdoa-o...

É difícil perdoar? Mas quem disse que é fácil se arrepender?

Se você sente algo, diga...

É difícil se abrir? Mas quem disse que é fácil encontrar alguém que queira escutar?

Se alguém reclama de você, ouça...

É difícil ouvir certas coisas? Mas quem disse que é fácil ouvir você?

Se alguém te ama, ame-o...

É difícil entregar-se? Mas quem disse que é fácil ser feliz?

Nem tudo é fácil na vida... Mas, com certeza, nada é impossível.

Precisamos acreditar, ter fé e lutar para que não apenas sonhemos,

Mas também tornemos todos esses desejos, realidade!!!

Cecília Meireles

RESUMO

PUCCIA, M. I. R. **Violência por parceiro íntimo e morbidade materna grave**. Ribeirão Preto. 2012. 144 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Violência por parceiro íntimo (VPI) e morbidade materna grave constituem-se em importantes agravos à saúde sexual e reprodutiva feminina e representam formas de expressão das desigualdades de gênero. De acordo com os critérios clínicos, laboratoriais e de manejo relativos à morbidade materna grave, adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a definição de condições potencialmente ameaçadoras da vida materna (CPAV), este estudo teve por objetivo analisar a associação entre VPI na gravidez atual e ocorrência de CPAV entre mulheres atendidas em maternidades públicas da Grande São Paulo. Gestantes e puérperas que constituíram a população de estudo (N=446) foram divididas em dois grupos distintos: 1) que desenvolveram CPAV durante o ciclo gravídico puerperal atual, definidas como **casos** (n= 109); e 2) que não apresentaram qualquer tipo de intercorrência clínica, laboratorial ou de manejo no mesmo ciclo, definidas como **controles** (n=337). Respeitando-se os preceitos da ética em pesquisa com seres humanos, os **casos** e os **controles** foram selecionados por meio de visitas diárias aos locais de estudo entre novembro de 2010 e junho de 2011; próximo da alta hospitalar, entrevistas estruturadas foram conduzidas para investigação retrospectiva de VPI durante a gravidez atual, por meio de questionário adaptado do Estudo Multipaíses da OMS sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica. A relação entre a variável resposta (CPAV), a variável de exposição (VPI) e demais variáveis independentes, foi avaliada por meio de proporções, testes qui-quadrado ou exato de Fisher e pelo modelo de regressão logística múltiplo. Identificou-se prevalência de “near miss” materno de 5,62/1.000NV, ou seja, 0,56% e Razão de Resultados Maternos Severos de 6,37/1.000NV. Considerando-se a tipificação da violência, observou-se prevalência de 12,7% de violência psicológica; 7,6% de violência física e 1,6% de violência sexual durante a gestação atual entre **casos** e **controles**. Apesar da ausência de significância estatística entre a exposição à VPI na gestação atual, relatada por 13% da amostra, e a ocorrência do desfecho CPAV, verificou-se que tanto as gestantes expostas à VPI quanto as mulheres que desenvolveram CPAV, apresentam fatores associados às condições sociodemográficas e reprodutivas desfavoráveis. Concluiu-se sobre a importância do monitoramento de casos CPAV que, assim como o rastreamento rotineiro da VPI entre gestantes, deve ser incluído no processo de trabalho dos enfermeiros. Isto é importante para promover a qualificação da atenção à saúde materna.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Mulheres Maltratadas. Complicações na Gravidez. Mortalidade Materna. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

PUCCIA, M. I. R. **Intimate partner violence and severe maternal morbidity**. Ribeirão Preto. 2012. 144 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Intimate partner violence (IPV) and severe maternal morbidity represents important women's sexual and reproductive health issues, as well as an expression means of gender inequalities. According to clinical, laboratory-based and management-based criteria concerning severe acute maternal morbidity adopted by World Health Organization (WHO) to define potentially life-threatening maternal condition, this study aims to analyze the association between IPV in current pregnancy and potentially life-threatening condition among women cared in Great São Paulo public hospitals. Pregnant and postpartum women who constituted the study population (N=446) were categorized into two distinct groups: 1) who developed potentially life-threatening condition during current pregnancy, childbirth or postpartum, called **cases** (n= 109); and 2) women who did not attended to any clinical, or laboratory-based and management-based criteria, called **controls** (n=337). According to the ethical standards of human research, **cases** and **controls** were selected through daily visits at study settings during November 2010 and June 2011; near discharge from hospital, the structured interviews were conducted to investigate the prospective relationship among IPV during current pregnancy through a questionnaire adapted from Who Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. The relationship between response variable (potentially life-threatening maternal condition), the exposition variable (IPV) and the others independents variables was assessed by proportions, chi square test or Fisher's exact test and multiple regression logistic. The maternal near miss prevalence identified was 5,62/1.000 live births, or 0,56%. The Severe Maternal Outcome Ratio was 6,37/1.000 live births. Considering the violence's types, the study have found 12,7% of psychological, 7,6% of physical and 1,6% of sexual injuries during current pregnancy among **cases** and **controls**. Despite the absence of statistical significance between VPI exposition in current pregnancy, which was related by 13% of the total sample, and the potentially life-threatening maternal outcome, it was verified that both pregnant women exposed to IPV as those who developed potentially life-threatening conditions, showed factors associated with sociodemographic and reproductive unfavorable conditions. In conclusion, it is recommended potentially life-threatening condition continued audit, as well as the IPV routine screening among pregnant women should be included in the nurse's working process. It's important to improve the quality of maternal care health system.

keywords: Domestic violence. Battered women. Pregnancy complications. Maternal mortality. Health care.

RESUMEN

PUCCIA, M. I. R. **Violencia en la pareja y la morbilidad materna severa**. Ribeirão Preto. 2012. 144 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Violencia en la pareja (IPV) y la morbilidad materna severa representan un daño significativo a la salud sexual y reproductiva femenina y se encuentran en formas de expresión de las desigualdades de género. De acuerdo con los criterios clínicos, de laboratorio y de lo manejo clínico de la morbilidad materna severa adoptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para definir las mujeres con enfermedades potencialmente fatales (WPLTC), el presente estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre IPV en el embarazo en curso y lo desarrollo de enfermedades potencialmente fatales entre mujeres que acuden a los hospitales públicos en el Gran São Paulo. Las mujeres embarazadas y posparto que constituyeron la población de estudio (N=446), se dividieron en dos grupos distintos: 1) que desarrolló condiciones que sean potencialmente en peligro la vida materna durante el embarazo en curso, el parto y el puerperio, es definido como **casos** (n= 109); y 2) que no ha mostrado ninguna complicación clínica, laboratorio o de la gestión clínica, es definido como **controles** (n=337). Respetando los principios de la ética en la investigación con seres humanos, **casos** e **controles** fueran seleccionados a través de visitas al día a los hospitales de estudio entre noviembre de 2010 y junio de 2011; cuando estaban cerca de dado de alta, han sometidos a una entrevista estructurada para la investigación retrospectiva de la violencia en la pareja durante el embarazo, utilizando un cuestionario adaptado del Estudio Multipaíses de la OMS sobre Salud de la Mujer y Violencia Doméstica. La relación entre la variable de respuesta (WPLTC)), la variable IPV y otras variables independientes se evaluó mediante proporciones, teste chi-cuadrado o exacto de Fisher y regresión logística múltiple. Se ha identificado la prevalencia observada de “*near miss*” materno de 5,62/1.000NV, en otras palabras, 0,56% y, la Razón de los Resultados Maternos Severos 6,37/1.000NV. Teniendo en cuenta la caracterización de la violencia, la prevalencia observada de violencia psicológica fue de 12,7%, mientras que la violencia física fue de 7,6% y 1,6% la violencia sexual durante el embarazo en curso entre **casos** y **controles**. A pesar de la falta de significación estadística entre la exposición a la IPV en el embarazo en curso, reportado por 13% de la muestra, y la ocurrencia del hecho (WPLTC), se ha encontrado que las mujeres embarazadas expuestas a ambos VPI y que desarrollaron enfermedades potencialmente fatales, han mostrado factores asociados a las condiciones socio demográficas y reproductivas desfavorables. Se concluye sobre la importancia de seguimiento de los **casos** que, así como la detección rutinaria de IPV entre las mujeres embarazadas, debe ser incluido en el proceso de trabajo de la enfermería. Esto es importante para la quilificación de la atención a la salud materna.

Palabras clave: Violencia doméstica. Mujeres maltratadas. Complicaciones del embarazo. Mortalidad materna. Atención a la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Efeitos da violência contra a mulher sobre a sua saúde	42
Figura 2 -	O espectro da morbidade materna: da gravidez não complicada até o óbito materno	45
Figura 3 -	Delineamento do estudo	51
Figura 4 -	Espectro da morbidade materna grave: das condições potencialmente ameaçadoras da vida até o óbito materno	69
Figura 5 -	Frequência de “ outras complicações ” relacionadas à ocorrência de morbidade materna grave – São Paulo – 2012	71
Figura 6 -	Distribuição de casos de morbidade materna grave, segundo tipo de desfecho e critérios definidores de gravidade de manejo – São Paulo – 2012	73
Figura 7 -	Distribuição dos casos de morbidade materna grave segundo ocorrência de complicações hemorrágicas - São Paulo – 2012.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Marcadores de disfunção orgânica como critérios definidores de “ <i>near miss</i> ”, segundo Mantel et al.(1998).....	46
Quadro 2 -	Critérios para definição de morbidade materna grave, adotados por Waterstone, Bewley, Wolfe (2001)	47
Quadro 3 -	Critérios de inclusão dos casos CPAV, segundo respectivos marcadores mais frequentes	56
Quadro 4 -	Condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV), segundo Pacagnella (2011).....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo características sociodemográficas, reprodutivas e de parceria- São Paulo – 2012	68
Tabela 2 -	Condições potencialmente ameaçadoras da vida materna, segundo locais de estudo, número de nascidos vivos e Razão de Resultados Maternos Severos (RRMS) – São Paulo – 2012	70
Tabela 3 -	Descrição de casos CPAV, segundo fatores de morbidade materna grave (MMG) – São Paulo – 2012.....	70
Tabela 4 -	Ocorrência de casos “ <i>near miss</i> ” (NMM) e óbitos maternos (OM), segundo fatores de morbidade materna grave – São Paulo – 2012.....	72
Tabela 5 -	Distribuição dos casos de morbidade materna grave e dos controles, segundo variáveis sociodemográficas, reprodutivas e de parceria – São Paulo – 2012	74
Tabela 6 -	Modelo de regressão logística múltiplo, razões de chances ajustadas e correspondentes intervalos de 95% de confiança para morbidade materna grave entre gestantes e puérperas, segundo variáveis selecionadas – São Paulo – 2012	76
Tabela 7 -	Distribuição de frequências de violência psicológica na gravidez atual relatada por gestantes e puérperas, segundo variáveis sociodemográficas, reprodutivas e de parceria – São Paulo – 2012.....	77
Tabela 8 -	Modelo de regressão logística múltiplo, razões de chances ajustadas e correspondentes intervalos de 95% de confiança para violência psicológica na gravidez atual entre gestantes e puérperas, segundo variáveis selecionadas – São Paulo – 2012.....	80
Tabela 9 -	Distribuição de frequências de violência física na gravidez atual relatada por gestantes e puérperas, segundo variáveis sociodemográficas, reprodutivas e de parceria – São Paulo – 2012.....	80
Tabela 10 -	Modelo de regressão logística múltiplo, razões de chances ajustadas e correspondentes intervalos de 95% de confiança para violência psicológica na gravidez atual entre gestantes e puérperas, segundo variáveis selecionadas – São Paulo – 2012.....	83
Tabela 11 -	Distribuição de frequências de violência sexual na gravidez atual relatada por gestantes e puérperas, segundo variáveis sociodemográficas, reprodutivas e de parceria – São Paulo – 2012.....	84
Tabela 12 -	Distribuição dos casos de morbidade materna grave e dos controles, segundo tipificação de violência ocorrida na gravidez atual, entre gestantes e puérperas – São Paulo – 2012.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS

ABC	Santo André, São Bernardo e São Caetano do Sul.
ACNM	Colégio Americano de Enfermeiras Parteiras
ACOG	Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALT	Alanina Transaminase
AMA	Associação Médica Americana
AST	Aspartato Transaminase
AVC	Acidente Vascular Cerebral
bpm	Batimentos por minuto
CH	Concentrado de hemácias
CHANGE	Center for Health and Gender Equity
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão
CPAV	Condições Potencialmente Ameaçadoras da Vida
CTS	Conflict Tactics Scale
DHL	Desidrogenase láctica
dl	Decilitro
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
g	Gramas
H ₀	Hipótese de nulidade
H ₁	Hipótese alternativa
Hb	Hemoglobina
HELLP	<i>Hemolytic, Elevated Liver (Enzymes), Low Platelet (Count)</i> – Hemólise, elevação de enzimas hepáticas e baixa contagem de plaquetas
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> – Vírus da Imunodeficiência humana
HMU	Hospital Municipal Universitário
HMulher	Hospital da Mulher
IC	Intervalo de confiança
IOT	Intubação orotraqueal
Máx.	Máximo
MgSO ₄	Sulfato de magnésio

min.	Minuto
Mín.	Mínimo
ml	Mililitro
MMG	Morbidade Materna Grave
mmHg	Milímetros de mercúrio
NMM	Near Miss Materno
NV	Nascidos Vivos
O ₂	Oxigênio
°C	Graus centígrados
OM	Óbito Materno
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
p ₁	Proporção de gestantes que sofreram violência na população “sem complicações na gravidez”
p ₂	Proporção de gestantes que sofreram violência na população “com condições potencialmente ameaçadoras da vida”
P25	Percentil 25
P75	Percentil 75
PA	Pressão Arterial
PaCO ₂	Pressão parcial de gás carbônico
PaO ₂ /FiO ₂	Relação entre pressão parcial de oxigênio e fração inspirada de oxigênio
RC	Razão de Chances
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RRMS	Razão de Resultados Maternos Severos
TGO	Transaminase Glutâmico-Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmico-Pirúvica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 JUSTIFICATIVA	29
2 OBJETIVOS.....	32
2.1 OBJETIVO GERAL	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
3 REVISÃO DE LITERATURA	34
3.1 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO (VPI)	34
3.2 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.....	36
3.3 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO.....	39
3.4 MORBIDADE MATERNA GRAVE COMO SUBSÍDIO PARA O ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA	43
4 MÉTODOS	50
4.1 TIPO DE ESTUDO	50
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	50
4.2.1 Dimensionamento da Amostra	50
4.2.2 Procedimento Amostral	52
4.3 LOCAL DA PESQUISA	53
4.4 DEFINIÇÃO DE CASO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	55
4.5 INSTRUMENTOS.....	59
4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	60
4.6.1 Variáveis dependentes.....	60
4.6.1.1 Variável CPAV.....	60
4.6.1.2 Variável violência por parceiro íntimo.....	61
4.6.2 Variáveis independentes	61
4.6.2.1 Variáveis independentes explicativas.....	61
4.6.2.2 Variáveis independentes de ajustamento.....	61
4.7 COLETA DE DADOS	62
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	63
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	65

5 RESULTADOS.....	67
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	67
5.2 MORBIDADE MATERNA GRAVE.....	69
5.3 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GRAVIDEZ ATUAL.....	77
6 DISCUSSÃO	88
6.1 ANÁLISE DOS DADOS.....	88
6.2 LIMITES E POTENCIALIDADES DO ESTUDO	101
7 CONCLUSÕES	108
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICES	125
APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido	125
APÊNDICE II – Instrumento utilizado para análise de prontuários.....	126
ANEXOS	131
ANEXO A – Instrumento utilizado para entrevistas	131
ANEXO B – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos.	141
ANEXO C – Protocolo de aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC.....	142
ANEXO D - Protocolo de aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município de Santo André.....	143
ANEXO E – Declaração referente á autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa no Hospital da Mulher.	144

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A inquietude sobre a temática da violência contra a mulher, especialmente aquela praticada por parceiros íntimos, me acompanha desde o início do meu trabalho como enfermeira, quando tive a gratificante oportunidade de trabalhar na maternidade de um hospital público da região do ABC paulista, atendendo mulheres da periferia. Era um tempo em que a violência sofrida por estas mulheres não estava incluída na agenda da saúde, sendo apreendida como uma questão da vida pessoal.

O fato é que há vinte e cinco anos atrás, eu já podia perceber a dor, o sofrimento e os efeitos da violência entre as mulheres sob os nossos cuidados. Mas a grande questão: o que poderíamos fazer? Este não era um problema de saúde. Não havia tecnologias apropriadas para abordagem, nem serviços preparados para o atendimento.

Posteriormente, o trabalho na atenção básica em saúde, desenvolvendo ações individuais e coletivas com mulheres, tornou inevitável o confronto com a temática da violência contra mulheres, além do agravante de que, na medida da exposição dos problemas vivenciados, as mulheres, à sua maneira, solicitavam apoio das profissionais que as atendiam. Foi então, que nos grupos de mulheres optamos por desenvolver ações que incentivassem o fortalecimento destas mulheres enquanto sujeitos de seu autocuidado. Este foi um divisor de águas em minha prática profissional, permitindo-me entender que a violência era um problema de saúde, sim!

Desta forma, a partir de 1998 tive a oportunidade de participar de vários cursos de capacitação para atendimento a mulheres em situação de violência, que me proporcionaram a compreensão sobre novos paradigmas assistenciais, assim como novas oportunidades de formação, especialmente a participação no projeto de pesquisa: *Saúde da Mulher, Relações familiares e Serviços de Saúde*, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Lilia Blima Schraiber, a quem sou muito grata.

Da participação neste projeto transcorreu-se o mestrado, e dos novos paradigmas assistenciais compreendidos, desencadearam-se várias ações e serviços implantados, no município de Santo André, quando me dediquei por cerca

de doze anos ao desenvolvimento de políticas públicas de atenção à saúde da mulher, atuando no nível de gestão em saúde.

Concluída a dissertação de mestrado, surgiu o interesse em desenvolver um projeto inovador que agregasse a violência por parceiro íntimo a outro tema significativo de saúde sexual e reprodutiva – a mortalidade materna.

Por razões pessoais e profissionais, o projeto somente tornou-se possível anos depois, quando representando a Rede Feminista de Saúde, em um seminário em Brasília, o acaso me reservou a grande oportunidade de conhecer a Prof^a. Dr^a. Marli Villela Mamede, que acreditou em mim desde o princípio e permitiu que o projeto se concretizasse.

Apresentamos então à comunidade científica, os resultados da investigação e as reflexões sobre temas tão distintos, tão complexos, mas intrinsecamente relacionados às experiências de vida de muitas mulheres sob os cuidados da saúde pública no nosso país.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Sob a perspectiva dos direitos humanos fundamentais, a sexualidade e a reprodução humanas representam dimensões da cidadania e da vida democrática, a partir de um conjunto de direitos individuais e coletivos que devem interagir em busca da igualdade nas relações pessoais e sociais (COSTA, 2009).

A saúde sexual e reprodutiva, compreendida como capacidade de desfrutar uma vida sexual satisfatória e sem riscos, envolve autonomia de decisão, direitos, conduta ética, ruptura com a moral conservadora e superação das desigualdades de gênero, raça, classe e de expressão sexual (GIFFIN, 2002).

A saúde sexual e reprodutiva das mulheres representa, portanto, um desafio para as políticas públicas sociais, uma vez que esta temática suscita o debate intersetorial e pressupõe responsabilidades por parte do Estado, especialmente no que diz respeito à implementação de ações que, sob o enfoque das vulnerabilidades sociais, individuais e programáticas, promovam o bem-estar e previnam a morbimortalidade (COSTA, 2009). As políticas de saúde devem assegurar o manejo adequado dos eventos vitais como a gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno e contracepção; dos agravos relacionados ao abortamento, à morbidade materna grave, às infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, à violência doméstica e sexual; além da prevenção da mortalidade materna e neonatal (GIFFIN, 2002; COSTA, 2009).

Desta forma, entende-se que as pesquisas e estudos relacionados à saúde sexual e reprodutiva podem contribuir significativamente com o desenvolvimento de políticas de saúde, especialmente em determinadas circunstâncias em que se observa impacto negativo nos indicadores de saúde ou comprometimento do acesso e forma de uso dos serviços de atenção, como a morbimortalidade materna, a vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, a interrupção voluntária da gravidez em condições inseguras, entre outras.

Neste sentido, o presente estudo propõe a qualificação da análise da saúde sexual e reprodutiva a partir de dois eventos de grande relevância em saúde pública: a morbidade materna grave e a violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo.

Parte-se do princípio da estreita relação entre violência por parceiro íntimo (VPI) e morbidade materna grave, na medida em que estes agravos constituem-se em importantes formas de expressão das desigualdades de gênero, estando associados ao baixo grau de desenvolvimento humano. (GIFFIN, 2002).

Segundo Espinoza e Camacho (2005), as elevadas taxas de violência doméstica, que inclui a violência praticada pelo parceiro íntimo, e as desproporcionais razões de mortalidade materna em países em desenvolvimento, representam sérios problemas de saúde pública e estão relacionados na medida em que mulheres morrem anualmente vítimas de violência doméstica perpetrada por seus parceiros íntimos durante a gravidez ou durante o período pós-parto.

A associação entre estes dois eventos, VPI e morte materna é uma condição nem sempre percebida ou considerada na prática assistencial em saúde. Se por um lado as repercussões deste tipo de violência sobre a saúde das mulheres, que particularmente podem ser agredidas ou maltratadas durante a gravidez ou no período pós-parto, usualmente não são identificadas como tal; por outro, é extremamente difícil compreender se uma morte materna foi decorrente de VPI ou se uma complicação da gravidez, que repercutiu em morbidade materna grave, tem como agravante tal situação de violência.

Vale destacar que no cotidiano dos serviços de saúde não se fala e não se pergunta rotineiramente sobre VPI. Trata-se de um fenômeno da esfera privada, de difícil abordagem pelo modelo clássico da clínica baseado na queixa-conduta. Ademais, a abordagem desta temática vai além deste modelo de atenção e, de uma maneira geral, os profissionais da saúde não estão preparados para inquirir as mulheres sobre temáticas sensíveis e que em tese, se enquadrem no campo psicossocial. Acrescenta-se que os roteiros, formulários e fichas de anamnese, também não estão formatados para incluir tais questionamentos, dificultando a ampliação do diálogo para além da queixa principal e motivo pelo qual a cliente procurou o serviço. (ELLSBERG, 2006; HINDIN, 2006).

Desta forma, torna-se igualmente difícil compreender o fenômeno da VPI do ponto de vista da mortalidade materna - aquela que ocorre em qualquer tempo da gravidez, no parto ou no pós-parto, incluindo-se o pós-parto tardio, ou seja, até um ano após o desfecho da gravidez (WHO, 1996). O que ocorre é que, se uma gestante vier a falecer em virtude de uma agressão provocada pelo seu próprio parceiro íntimo, as causas do óbito serão explicadas à luz das consequências

orgânicas que levaram ao óbito. Entretanto, esta ocorrência não será computada nas estatísticas de morte materna, o que torna as mortes de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, causadas ou agravadas pela VPI, um fenômeno invisível sob a perspectiva epidemiológica (CAMPERO et al., 2006).

A VPI é reconhecida como um problema comportamental, assim como o alcoolismo e o abuso de drogas. Entretanto, somente estes últimos constam da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - (OMS, 1997), a violência não é especificada nesta classificação o que implica na identificação de um número bastante reduzido de mortes devido a este tipo de violência (ESPINOZA; CAMACHO, 2005; WHO, 1996).

Embora se compreenda que a morte materna decorrente de VPI não conste da CID-10 (OMS, 1997), vale destacar que as fontes de informação utilizadas no processo de investigação dos óbitos maternos também não permitem a identificação desta ocorrência em associação à VPI, a exemplo das máscaras sugeridas para estudo dos óbitos maternos (BRASIL, 2007).

Por definição, não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2007, p.12). Tais ocorrências são classificadas como morte materna não obstétrica, tendo em vista seu caráter não relacionado à gestação e ao seu manejo. Acrescenta-se: “Também chamada por alguns autores, como morte não relacionada. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna” (BRASIL, 2007, p.12).

Por outro lado, a investigação das repercussões da VPI sobre a saúde das gestantes, a partir do desfecho de maior gravidade que é representado pelo óbito materno, pode implicar em vieses significativos para o estudo. Isto porque as fontes secundárias de informação como os atestados de óbitos e formulários de atendimentos nos serviços de saúde mostram-se insuficientes para responder ao fenômeno da violência contra a mulher de uma maneira geral.

Em se tratando de história de vida tão particular e de foro íntimo da mulher em situação de violência perpetrada pelo seu parceiro, deve-se considerar a limitação de qualquer investigação sobre o tema, que não envolva a obtenção de informações com a própria mulher, o que também não exclui a possibilidade de limitações.

Com objetivo de analisar a subnotificação de mortes violentas em geral e relacionadas com a gravidez, estudo pioneiro desenvolvido no México utilizou-se de autópsias verbais, como um dos recursos metodológicos para investigar as causas dos óbitos. Segundo dados oficiais ocorreram 18 óbitos maternos, enquanto o estudo verificou 23 óbitos maternos diretos e quatro mortes por violência durante a gestação e o pós-parto, dentre 227 declarações de óbito de mulheres entre 12 e 49 anos (já excluídas as declarações que justificaram suficientemente que não se tratavam de mortes maternas nem mortes por violência). Foi concluído que a gestação representou o fator desencadeante do homicídio ou suicídio de quatro mulheres com histórico de violência doméstica, sendo um caso de violência por parceiro íntimo. (CAMPERO et al., 2006).

Portanto a autópsia verbal consiste em uma técnica sensível, baseada em um questionário estruturado, que busca compreender com riqueza de informações, o emaranhado de fatores relacionados à construção da história do óbito (CAMPOS et al., 2010). Pode representar uma alternativa para a investigação de óbitos maternos associados à VPI. Entretanto, deve ser considerado que as informações são obtidas junto aos familiares e pessoas de convívio da mulher. Cabe destacar a possibilidade de viés de informação, visto que o informante-chave sobre as questões relativas ao óbito, na maioria das vezes é o próprio parceiro.

Outro nó crítico para a compreensão do fenômeno da VPI no contexto da ocorrência do óbito materno diz respeito à subnotificação das mortes maternas nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Se por um lado, este indicador é representativo das iniquidades sociais e de gênero, apresentando taxas elevadas nestes países em decorrência de baixo grau de desenvolvimento humano; por outro, observa-se que o registro dos eventos vitais, assim como a vigilância e estudo das mortes maternas ainda são negligenciados por parte de gestores, profissionais de saúde, e pela sociedade em geral (SOUZA et al., 2005; TANAKA; MITSUIKI, 1999).

As estimativas de mortalidade materna invariavelmente são imprecisas e calculadas incorretamente, considerando-se o óbito materno enquanto um evento pouco frequente em números absolutos, com o agravante das subnotificações que comumente ocorrem (MANTEL et al., 1998; TANAKA; MITSUIKI, 1999).

A Organização Mundial da Saúde considera elevada a RMM superior a 25/100.000NV e em seu último relatório considerou uma estimativa de RMM para o Brasil em 2008 de 58/100.000NV. Segundo o Ministério da Saúde, a Razão de

Mortalidade Materna (RMM) entre 2006 e 2008 apresentou decréscimo, com valores correspondentes a 77,2/100.000NV e 68,7/100.000NV respectivamente, ou seja, consideravelmente superiores a RMM recomendada pela OMS (WHO, 2010; BRASIL, 2011). Segundo Morse et al. (2011), além de elevada RMM, observa-se que há inconsistências nos valores estimados deste indicador e importantes diferenças regionais, relacionados principalmente a baixa efetividade das políticas públicas para superação deste problema.

Por outro lado, o principal objetivo dos estudos das mortes maternas é identificar os fatores que desencadearam tais ocorrências, que estejam relacionados às deficiências em todos os níveis da atenção à saúde. Representa, portanto, uma auditoria da qualidade do cuidado obstétrico que pretende oferecer subsídios para que gestores e profissionais de saúde atuem sobre aqueles fatores, de forma a reduzir tais ocorrências a patamares próximos do zero (BRASIL, 2007).

Em certa medida, é o que se observa nos países desenvolvidos, onde as mortes maternas são agora eventos tão raros, que pressupõem longo período de tempo de estudo, limitando a utilidade do indicador de mortalidade materna como instrumento de medida da qualidade da assistência materna (PATTINSON et al., 2003).

Considerando-se que o risco de morte após um evento de morbidade materna grave é elevado, assim como as repercussões de longo prazo à saúde e qualidade de vida das mulheres, a investigação dos casos denominados como “*near miss*” materno, tem sido utilizada como uma ferramenta de melhor qualidade para a compreensão da severidade destes casos, com base em critérios clínicos e laboratoriais, relacionados às especificidades da patologia que foi instalada, além de critérios relacionados à complexidade de manejo, como admissão em unidade de terapia intensiva ou necessidade de intervenção cirúrgica de urgência e demais fatores relacionados à disfunção ou falência orgânica, como choque, insuficiência de órgãos vitais, entre outras (CECATTI et al., 2007; PACAGNELLA et al., 2010).

Segundo Sousa et al. (2006) “*near miss*” é um termo utilizado pelos americanos para descrever um choque entre aeronaves que quase aconteceu, não fosse o bom julgamento ou até mesmo a sorte dos pilotos e/ou controladores de voo. O significado de “quase perda” também é utilizado por militares quando o disparo de um projétil não acerta por pouco o seu alvo. Já no campo da saúde materna o termo foi introduzido por Stones et al. em 1991 e, inicialmente, se referia àquelas mulheres

que quase morreram em decorrência de complicações obstétricas, caso não tivessem sido assistidas adequadamente (SOUSA et al., 2006).

Embora ainda represente uma metodologia recente e existam controvérsias acerca dos seus critérios definidores, os estudos "*near miss*" diferem da análise focada nos óbitos maternos, pois possibilitam maior conhecimento sobre os fatores relacionados ao processo de complicações de um caso de morbidade materna grave, tendo em vista que as ocorrências "*near miss*" apresentam-se em maior número absoluto que os óbitos. Por outro lado, incluem a possibilidade de obtenção de informações das próprias pacientes com relação ao processo de adoecimento e assistência recebida (SOUZA et al., 2005; SOUSA et al., 2006; AMARAL et al., 2007; MARTINS, 2007).

Desta forma "*near miss*" representa uma alternativa para o estudo de mortes maternas e, neste sentido, pode contribuir para a compreensão sobre fenômeno da VPI sob a óptica do seu mais alto grau de gravidade para a saúde materna, entre mulheres que sobreviveram à situação de "quase morte", ora consideradas como casos "*near miss*" materno.

Entretanto, os critérios definidores de casos "*near miss*" materno, estão sendo discutidos nos últimos anos e sua utilização na prática clínica passa, atualmente, por um processo de transição, visto que recentemente a OMS lançou um consenso, que restringe tais casos às ocorrências de disfunção orgânica, reduzindo sobremaneira o número de casos representativos "*near miss*" materno como será abordado mais adiante (SAY et al., 2009; PACAGNELLA, 2011).

De acordo com esta recomendação da OMS (SAY et al., 2009) mostra-se viável o estudo sobre as condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV), que a partir de uma escala gradativa de complicações na gravidez, referem-se aos casos de morbidade materna grave, incluindo-se os casos "*near miss*".

Considerando-se que a exposição de mulheres à VPI em período próximo ou durante a gestação acarreta consequências danosas à saúde materna, a presente reflexão suscitou o seguinte questionamento: a VPI aumenta as chances de ocorrência de condições potencialmente ameaçadoras da vida materna?

Neste sentido, a partir da hipótese de que a VPI predispõe a maiores chances de CPAV, pretende-se investigar sobre VPI ocorrida durante a gravidez atual entre dois grupos distintos de gestantes ou puérperas: 1) que desenvolveram morbidade materna grave, segundo critérios relacionados às condições potencialmente

ameaçadoras da vida, e 2) que não apresentaram nenhum tipo de intercorrência clínica durante o ciclo gravídico puerperal.

1.1 JUSTIFICATIVA

Entende-se que a investigação sobre violência por parceiro íntimo em período recente ao ciclo gravídico, por parte das mulheres que apresentaram o desfecho de condições potencialmente ameaçadoras da vida - CPAV na gestação atual poderá representar uma alternativa para os estudos sobre VPI associada ao desfecho morte materna. Além disto, a investigação de violência por parceiro íntimo recente entre casos com CPAV poderá minimizar a exposição a possíveis vieses, comparativamente a outras metodologias desenvolvidas de estudos que investigaram violência e morte materna. Isto porque os próprios sujeitos da pesquisa serão informantes-chaves, com vantagens sobre a investigação focada nos casos de óbitos maternos, que parte da coleta de informações em formulários de atendimento ou registros de óbitos, ou de entrevistas com terceiros, com maior possibilidade de vieses. Outra vantagem a ser considerada refere-se à maior ocorrência, em números absolutos de eventos CPAV em comparação aos eventos “*near miss*” e óbitos maternos, facilitando a operacionalização do estudo.

Espera-se que a magnitude do problema e a caracterização dos casos de VPI identificados estimulem a elaboração de novos estudos, assim como o aprofundamento de investigações sobre o tema e o monitoramento destes agravos, de forma que as estimativas sejam mais confiáveis e contribuam com a qualificação das ações de saúde para as mulheres.

A despeito dos acordos internacionais, dos quais o Brasil é signatário; dos incentivos governamentais e das agências de fomento às ações de redução da mortalidade materna; das redes e serviços de proteção e apoio às mulheres vítimas de violência, entende-se que os estudos que ampliem a reflexão e a compreensão destes eventos de forma associada, ou seja, VPI entre mulheres que desenvolveram CPAV durante o ciclo gravídico puerperal, em certa medida, fornecerão subsídios para a qualificação de programas de atendimento e apoio a mulheres expostas à violência por parceiro íntimo.

Acrescenta-se a oferta de subsídios para a implementação de novas tecnologias de atenção que assegurem o acesso das mulheres à assistência digna e solidária em todas as suas necessidades clínicas e psicoemocionais, particularmente no que se refere à incorporação da temática na agenda de prioridades da atenção em enfermagem.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a associação entre violência praticada por parceiro íntimo na gravidez atual e ocorrência de condições potencialmente ameaçadoras da vida entre mulheres atendidas em maternidades públicas da Grande São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de violência psicológica, física e sexual praticada por parceiro íntimo durante a gravidez atual, entre as mulheres com desfecho CPAV e entre as mulheres sem desfecho CPAV;
- Comparar as características sociodemográficas, de saúde sexual e reprodutiva entre os dois grupos distintos de mulheres investigadas;
- Analisar os fatores associados à ocorrência de violência por parceiro íntimo na gestação atual, e ao desfecho morbidade materna grave.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO (VPI)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, através da Assembleia Mundial de Saúde de 1996 (WHA, 1996) a violência é dividida em três grandes categorias: autoinfligida, interpessoal e coletiva. Cada uma destas categorias é subdividida de forma a exprimir diferentes tipos e definições de violência, assim como a natureza dos atos de violência perpetrados. Desta forma a violência por parceiro íntimo, situa-se na categoria de violência interpessoal, ocorrida no espaço familiar ou de relacionamento íntimo e resulta do uso intencional da força física ou de poder contra outra pessoa, de forma concreta ou sob ameaça, e que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em danos físicos, sexuais, psicológicos, privação ou negligência e até a morte (KRUG et al., 2002).

Embora esta definição se aplique às diversas formas de parceria íntima, o presente estudo adotará como definição a violência praticada por homens contra as mulheres, considerando-se a relação interpessoal de parceria íntima.

Neste sentido, a violência por parceiro íntimo está circunscrita no complexo contexto da violência contra a mulher, que de acordo com a Convenção de Belém do Pará (OMS, 1994, p.1) é compreendida como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”.

Ao definir o uso do termo violência por parceiro íntimo, verificaram-se na literatura várias terminologias que se referem à violência contra a mulher, como por exemplo, violência intrafamiliar, violência conjugal, violência doméstica contra a mulher, mulher golpeada e a própria denominação de violência de gênero (ÂNGULO-TUESTA, 1997).

Estes significados estão condicionados à complexidade do tema, a partir de diferentes perspectivas teóricas e disciplinares, como também às diferenças culturais específicas de cada sociedade (ELLSBERG, 2000).

Assim, a depender do método de estudo, define-se o uso do termo que melhor se aplica. Por exemplo, em se tratando de violência doméstica, compreende-se que qualquer membro da família seja ele homem, mulher, criança, pessoa adulta ou idosa, esteja sofrendo agressões físicas, psicológicas ou sexuais, independentemente do sexo do agressor (ELLSBERG, 2000). Por outro lado, ao se utilizar o termo violência familiar, pressupõe-se a vinculação de laços consanguíneos entre agredido e agressor. A violência doméstica é mais ampla e mais complexa, abrangendo pessoas que vivem ou convivem sob o mesmo teto, mas não necessariamente guardam vínculos de parentesco (SAFFIOTI, 1997).

Portanto, para melhor circunscrever a violência a qual as mulheres estão submetidas no âmbito de suas relações afetivas com homens, no presente estudo optou-se pelo uso do termo violência por parceiro íntimo à violência conjugal, visto que esta última sugere a necessidade do estabelecimento de uma relação formal de parceria através do casamento (ÂNGULO-TUESTA, 1997).

Conclui-se que a violência por parceiro íntimo representa um fenômeno da esfera da vida privada, porém de grande interesse público, pois é reconhecida como uma violação dos direitos universais e configura-se como um dos determinantes de saúde sexual e reprodutiva, com implicações significativas no processo de cuidar da saúde das mulheres (ELLSBERG, 2006).

Desta forma, considera-se relevante acrescentar que a violência por parceiro íntimo também pode ser compreendida como violência de gênero. De acordo com a Declaração de Eliminação da Violência Contra a Mulher (ONU, 1993), a violência de gênero resulta de quaisquer atos que provoquem danos físicos, sexuais ou psicológicos para as mulheres; que ocorram no âmbito público ou privado; e que tenham como premissa as desigualdades de gênero.

Inúmeros estudos vêm tentando compreender a dinâmica da violência sob a perspectiva de gênero, dada a assimetria de poder que as relações de parceria íntima podem assumir, a partir das relações socioculturais intersubjetivas entre homens e mulheres, estabelecidas ao longo da história (SCOTT 1990; HEILBORN 1997; SAFFIOTI 1999; BARBIERI, 2004; NARVAZ; KOLLER, 2006).

Para Scott (1990) gênero representa o fio condutor para a compreensão da complexa rede de fatores relacionados à violência por parceiros e, segundo a autora: "Gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas

diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder." (SCOTT, 1990, p.15).

A autora acrescenta:

"Seria melhor dizer que o gênero é um campo primeiro no seio do qual o poder é articulado. O gênero não é o único campo, mas ele parece ter constituído um meio persistente e recorrente de tornar eficaz a significação de poder no Ocidente, na tradição judaico-cristã bem como islâmica." (SCOTT, 1990, p.16).

Assim entende-se que os papéis sociais assumidos por homens e mulheres na nossa sociedade determinam relações de opressão e poder, que acentuam o caráter social das desigualdades entre os sexos (SCOTT, 1990; LOURO, 1995; HEILBORN, 1997; SAFFIOTI, 1999; BARBIERI, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), a violência contra as mulheres, incluindo-se a violência por parceiro íntimo como sua mais importante e frequente forma de manifestação, é tanto uma consequência como causa da desigualdade de gênero. Desta forma, a inclusão da igualdade de gênero como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, representa o reconhecimento por parte da comunidade internacional, de que as questões da igualdade de saúde, desenvolvimento e gênero, estão intimamente interligadas, justificando-se a adoção de programas que promovam a autonomia e o empoderamento das mulheres (GARCIA-MORENO et al., 2006).

3.2 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Embora os dados de prevalência sejam diversos, os estudos disponíveis mostram a alta magnitude da violência por parceiro íntimo (VPI).

Dados da Organização Mundial de Saúde (GARCIA-MORENO et al., 2006) apontam alta prevalência de VPI de acordo com um estudo multicêntrico realizado com 24.097 mulheres de dez países. Em se tratando de VPI física e/ou sexual, alguma vez na vida, a prevalência variou de 15% a 71%. Já a ocorrência de VPI física e/ou sexual recente, ou seja, no último ano, variou entre 4% e 54%.

Estudo de Schraiber et al. (2007) identificou entre 3093 usuárias de serviços de atenção primária de São Paulo em 2001, 55% de prevalência de casos de violência física e/ou sexual por qualquer agressor, pelo menos uma vez na vida. Destes, 45,3% (n=1399 usuárias) corresponderam a agressões praticadas pelo parceiro atual ou anterior.

A análise dos dados de entrevistas com mulheres atendidas em três serviços de saúde de atenção primária de Santo André, que compuseram um dos sítios da pesquisa coordenada por Schraiber et al. (2007), identificou prevalência de 40,2% (IC95%=34,9-45,6%) de violência física e/ou sexual perpetrada por parceiros íntimos alguma vez na vida. A violência física relatada foi de 35% e a sexual em 18% dos casos. Cabe destacar, que em se tratando de violência recente, ou seja, nos últimos 12 meses, a proporção de violência física e/ou sexual encontrada foi de 8,8% (IC95%=6,0-12,5%). Em torno de um para cada quatro casos, os atos de violência tendem a ser severos e são repetitivos em quase 60% dos casos (PUCCIA, 2004).

Estudo transversal com 504 mulheres de 15 a 49 anos, conduzido em unidades de atenção primária à saúde de um município do interior de São Paulo em 2008, identificou que mais de um terço das mulheres sofreu violência física pelo parceiro íntimo alguma vez na vida. Dentre os fatores associados identificados pela análise múltipla, foram identificados: morar em casa alugada; ter sofrido abuso sexual na infância; parceiro agredido fisicamente na infância; o uso de álcool pela entrevistada e pelo parceiro; uso de drogas pelo parceiro (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

Em se tratando da análise da ocorrência de casos de VPI em serviços hospitalares, observou-se 69,4% de prevalência deste tipo de violência entre mulheres acima de 15 anos, atendidas em situação de emergência devido a causas externas, em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Em 100% dos casos de VPI, as agressões físicas estiveram presentes (DESLANDES et al., 2000).

A magnitude da VPI também se verifica a partir das consequências dos atos perpetrados, na saúde das mulheres. Estão associados à VPI, agravos como sofrimento psíquico (abuso de álcool e drogas, risco de suicídio, depressão, ansiedade); distúrbios gastrointestinais e alimentares; queixas vagas e inespecíficas; cefaleia e problemas de ordem sexual e reprodutiva (dores pélvicas, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, doença inflamatória pélvica, gravidez indesejada

e abortamento) entre outros (ELLSBERG, 2006; KRUG et al., 2002; GARCIA-MORENO et al., 2006).

Desta forma, a VPI representa um grave problema de saúde pública, não só por causa dos seus efeitos sobre a saúde das mulheres, mas também pelo impacto causado na forma de uso dos serviços de saúde, e pelas significativas contribuições dos profissionais de saúde na redução das suas consequências. No âmbito da saúde pública podem ser empreendidos esforços para a qualificação da atenção, desenvolvimento de pesquisas, além de programas de prevenção, com abordagem multidisciplinar e multissetoriais, na identificação das mulheres vitimadas e inserção das mesmas em programas específicos de atendimento (KRUG et al., 2002; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Citando D'OLIVEIRA (1996, p. 42),

“Diante do impacto da violência por parceiro íntimo sobre a saúde das mulheres, os serviços de saúde podem se revelar como uma porta de entrada preferencial para os casos de violência doméstica e sexual, representando um potencial ambiente para a escuta, atenção e sigilo, sem pré-julgamento, denúncia ou punição. As ações desenvolvidas nos serviços de saúde podem fortalecer as noções de direitos, cidadania e prevenção, qualificando a abordagem da temática na área da saúde sexual e reprodutiva”.

A VPI também tem implicações para o sistema de saúde, tanto no que se refere às demandas por assistência direta aos agravos físicos decorrentes dos atos praticados, assim como os casos de violência cronificados sem lesões aparentes, que procuram por atendimento em reiteradas vezes, com queixas vagas e inespecíficas. Estas mulheres sentem muito medo e vergonha em revelar sua situação de vida, o que implica na detecção de casos que usualmente não são diagnosticados na rotina dos serviços, e acabam por comprometer a capacidade de resposta, elevando o custo em saúde (SCHRAIBER et al. 2002).

Há que se considerar que desde a década de 90, têm-se observado avanços em termos de políticas públicas de proteção às mulheres em situação de violência, que incluem o setor saúde, mas infelizmente ainda são insuficientes para o enfrentamento da VPI. (ELLSBERG, 2006).

Portanto a melhor compreensão da dinâmica da VPI sob o enfoque das desigualdades de gênero e suas implicações no processo de saúde e doença é fundamental que sejam implementadas abordagens mais eficazes na atenção à saúde das mulheres, tanto do ponto de vista preventivo quanto assistencial.

3.3 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO

É consenso entre estudos recentes que a violência por parceiro íntimo (VPI) representa um grave problema de saúde pública, dada a sua magnitude e consequências associadas à saúde física, mental e reprodutiva das mulheres, incluindo-se os efeitos adversos sobre a saúde das gestantes e recém-nascidos (ELLSBERG, 2006).

Segundo esta autora, a violência na gestação é tão comum quanto as outras condições rastreadas normalmente no pré-natal. Estudos realizados em vários países dão conta de uma prevalência de violência física em gestantes, entre 3 a 11% em países desenvolvidos e entre 4 a 32% em países em desenvolvimento (ELLSBERG, 2006; LENT et al., 2000; RUÍZ, 2004). Estas diferentes taxas de prevalência sugerem que as normas culturais de cada país, em certa medida, podem relativamente influenciar no grau de vulnerabilidade que o período de gravidez expõe a atos violentos.

Vale destacar que estas taxas são variáveis em função da metodologia utilizada no estudo, dos tipos de violência investigados, do país onde foi realizada a pesquisa, além de fatores culturais, socioeconômicos e demográficos (DOUBOVA et al., 2007; KIM et al., 2010). Considerando-se a tipificação da VPI isoladamente, observa-se que a violência psicológica é mais frequente, com taxas variáveis de 19% até 93% entre as gestantes ou puérperas (DOUBOVA et al., 2007; AUDI et al., 2008), seguida pela violência física que variou entre 2% e 21% (BULLOCK et al., 2006; PERALES et al., 2009), e em menor proporção a violência sexual, de 4,4% e 8%. (VALLADARES et al., 2009; DEVECI et al., 2007).

Embora sejam inconclusivos, estudos sugerem a gravidez como fator de risco para VPI, cuja violência pode ter início na gestação ou alterar o seu padrão quanto à frequência e gravidade ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Alguns autores incluem a gravidez entre as principais causas de violência doméstica (MENEZES et al., 2003; OLIVEIRA, 2008).

Por outro lado, evidências sugerem que a violência tende a se perpetuar no pós-parto, tendo em vista que a gestante invariavelmente permanece ao lado do seu agressor (OLIVEIRA, 2008). Apesar das situações em que a gravidez, por si, tenha resultado de uma violência sexual, como no caso de um crime de estupro, os

estudos revelam que a maioria das mulheres que são maltratadas durante a gestação também o foram antes e depois da gravidez (ELLSBERG, 2006).

A violência na gravidez pode trazer importantes repercussões para a saúde materna e fetal. Estudo americano, realizado com gestantes de baixa renda, com 18 anos ou mais e idade gestacional igual ou superior a 20 semanas, não identificou associação entre abuso físico durante a gestação e baixo peso ao nascer. Entretanto a presença de estresse devido a abuso psicológico, físico ou sexual durante a gravidez foi associado tanto ao baixo peso ao nascer quanto à menor média de peso ao nascimento, após a utilização de modelos de regressão múltiplo ajustados para variáveis comportamentais, psicossociais, demográficas e médicas (ALTARAC; STROBINO, 2002).

No Brasil as taxas de prevalência de violência contra gestantes perpetradas pelo parceiro íntimo são variáveis, devendo ser considerado o tipo de violência investigado e características metodológicas do estudo. Um inquérito realizado em Recife com puérperas identificou prevalência de violência física doméstica de 13,1% antes da gestação e de 7,4% durante a gestação. Observou-se ainda, que o padrão de violência se alterou durante a gravidez, tendo cessado em 43,6%, diminuído em 27,3% e aumentado em 11% dos casos. Verificou-se ainda, que as variáveis que se mantiveram associadas com violência foram baixa escolaridade e história de violência na família da mulher, consumo de álcool e desemprego dos parceiros (MENEZES et al., 2003).

Por outro lado, um estudo realizado em Campinas (SP) com 1.379 gestantes atendidas em unidades básicas de saúde, identificou 19,1% de violência psicológica, e 6,5% de violência física/sexual (AUDI et al., 2008).

Estudo realizado com mulheres de 15 a 49 anos de 14 serviços públicos de saúde da Grande São Paulo, revelou que 20% daquelas que já engravidaram referiram algum tipo de episódio de VPI (psicológica, física ou sexual) em alguma gestação. Foi observado que “ter sofrido violência psicológica e física perpetrada por familiar”, “início da vida sexual antes dos 19 anos”, “recusa de uso de camisinha pelo parceiro”, “Transtorno Mental Comum” e “não coabitar com parceiro” são fatores associados à violência na gestação. (DURAND; SCHRAIBER, 2007).

Shoffner (2008) defende que não existe um perfil específico de mulher que esteja sendo agredida, visto que a VPI ocorre em diversos contextos sociais, econômicos, educacionais e profissionais. O abuso físico ou sexual pode ser

facilmente observado em alguns casos ou apresentar-se escamoteado em meio a queixas vagas e inespecíficas, passando-se despercebido pelos profissionais de saúde, sem que possam ser levantadas suspeitas.

A violência durante a gravidez vem sendo associada com uma variedade de riscos obstétricos, incluindo ingresso tardio ao pré-natal, déficit de autocuidado, uso abusivo de tabaco, álcool e outras substâncias, tentativa de suicídio, depressão, síndrome de estresse pós-traumático, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, gravidez na adolescência, vulvovaginites, sangramentos, abortamento, infecção do trato urinário, além de déficit de ganho ponderal na gestação e mortes violentas na gravidez (TALLEY et al., 2006; MILLER et al., 2007; BAILEY et al., 2007; SILVERMAN et al., 2007; SMALL et al., 2008; SHARPS et al. 2008).

Além disto, devem-se considerar as repercussões da violência física materna sobre a saúde fetal. Neste sentido, estudos verificaram desfechos como crescimento fetal restrito, baixo peso ao nascer, prematuridade, natimortalidade e mortalidade infantil (ELLSBERG, 2006; LENT et al., 2000; MENEZES et al., 2003; OLIVEIRA, 2008; SHARPS; LAUGHON; GIANGRANDE, 2008; SILVERMAN et al., 2006).

A literatura também relata consequências da violência de maior gravidade sobre a gestação, como descolamento prematuro de placenta, rotura uterina, síndromes hipertensivas, corioamnionite, entre outras (SHARPS; LAUGHON; GIANGRANDE, 2008; SILVERMAN et al., 2006; SANCHEZ et al., 2008; LEONE et al., 2010). Entretanto, ainda são escassos os estudos que tratem das implicações da VPI sobre a morbidade materna grave, assim como sobre a morte materna (OLIVEIRA, 2008).

Neste sentido, observa-se na figura 1, conforme proposto por HEISE et al. (1999), que as complicações na gravidez e morte materna representam repercussões significativas da VPI no contexto da saúde sexual e reprodutiva e das causas de mortalidade feminina.

Figura 1 - Efeitos da violência contra a mulher sobre a sua saúde

Os estudos mostram que pouco se sabe sobre os fatores associados ao rastreamento de VPI durante a gravidez entre mulheres latinas, considerando-se que a maioria das gestantes não é questionada sobre VPI no atendimento ao pré-natal e no parto (RODRIGUEZ et al., 2009).

Segundo Lent et al. (2000), o trabalho de parto e o parto podem ser particularmente difíceis para mulheres com histórico de abuso físico e sexual. Com a progressão do trabalho de parto, o aumento da dor, o sentimento de perda de controle, o excesso de exames de toque realizado por várias pessoas da equipe pode resultar em comportamentos inesperados: de muito silencioso e passivo a de gritos, choro, ou incontrolável pavor. Estas situações podem ser evitadas se a equipe tiver conhecimento prévio de violência vivenciada por estas mulheres, de forma a oferecer acolhimento e atenção solidária. (LENT et al., 2000).

Por outro lado, deve-se considerar que o momento do parto não é propício para o relato de situações de violência, pois as mulheres poderão sentir-se intimidadas e constrangidas para revelar fatos de sua vida privada a pessoas com as quais ela ainda não construiu um vínculo de confiança suficiente para tal exposição. A equipe de atendimento ao parto geralmente não é a mesma que a acompanhou durante o pré-natal. Não obstante, ressalta-se que o parceiro agressor muitas vezes é seu acompanhante no momento do parto e os prontuários cada vez mais estão acessíveis aos pacientes e familiares, representando, portanto elementos impeditivos para que a mulher responda a possíveis perguntas relacionadas à violência. (LENT et al., 2000).

Cabe destacar que quaisquer medidas de intervenção voltadas para o problema exigem, como primeiro passo, a identificação das vítimas e, em segundo lugar, a compreensão dos possíveis fatores de risco associados. Portanto, propõe-se neste momento uma análise sobre as possibilidades de identificação de mulheres na gestação, no parto ou no pós-parto, com complicações da gravidez que tenham sido desencadeadas ou agravadas pela VPI, incluindo-se aquelas com risco de vida.

3.4 MORBIDADE MATERNA GRAVE COMO SUBSÍDIO PARA O ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna é o principal indicador usado para monitorar a saúde materna nos Estados Unidos. A redução da mortalidade materna é uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para 2015, e representa um grande desafio para os países em desenvolvimento, onde são observadas as maiores taxas deste indicador, exigindo-se intervenções mais urgentes na assistência obstétrica (GELLER et al., 2002; UNITED NATIONS ORGANIZATION, 2008).

Deve-se considerar, no entanto, que para cada mulher que morre durante o ciclo gravídico puerperal, um número considerável sofre em consequência de severas complicações de morbidade materna (GELLER et al., 2002).

Segundo Godoy et al. (2008, p. 537),

“A morbidade materna tem sido cada vez mais foco de atenção dos estudiosos da área de saúde da mulher, considerando que sua proporção é

bem maior do que o evento do óbito. É muito relevante compreender por que mulheres grávidas adoecem, do que adoecem e quais são as repercussões para sua saúde”.

Diante deste cenário, estudos sobre mortalidade materna têm recomendado a análise dos casos que sobreviveram a complicações potencialmente fatais relacionadas aos estados de morbidade materna grave (PATTINSON et al., 2003; SOUZA et al., 2005; PACAGNELLA et al., 2010).

Por outro lado, a realização de tais estudos oferece a vantagem de propiciar uma análise quantitativa mais abrangente e apurada sobre as complicações obstétricas, bem como o conhecimento dos fatores relacionados à qualidade da assistência a partir dos próprios relatos das mulheres que quase morreram em decorrência destes agravos (MANTEL et al., 1998; GODOY et al., 2008).

A prevalência de casos “*near miss*” e de morbidade materna grave é bastante variável. As taxas encontradas variam de menos de 1/1000 a 82/1000 nascidos vivos (ADISASMITA et al., 2008; AMARAL et al., 2007). Estudo realizado nas 27 capitais brasileiras identificou, entre todas as mulheres admitidas no hospital durante a gravidez, parto e no período pós-parto, uma prevalência de “*near miss*” de 44,3/1000 nascidos vivos. Em São Paulo a razão encontrada foi de 33,6/1000NV (IC95%=32,8-34,4) (SOUSA et al., 2008).

Contudo “*near miss*” refere-se a um conceito recente e muito controverso entre os pesquisadores, especialmente no que se refere aos critérios definidores de estados de morbidade materna grave, pois “*near miss*” representa condições de extrema gravidade ou quase morte (SOUSA et al., 2006; SOUZA et al., 2005; MARTINS, 2007; AMARAL et al., 2007; SOUSA et al., 2008).

Segundo Amaral et al. (2007, p.486),

A morbidade materna é um continuum que se inicia com a ocorrência de uma complicação durante a gestação, parto ou puerpério, e que termina na morte, podendo-se reconhecer, separadamente, um grupo de extrema gravidade, conhecido como “*near miss*”.

Neste sentido, Say et al.(2009) propuseram uma ilustração gráfica da morbidade materna, desde a gestação não complicada até o óbito materno, com destaque para as condições potencialmente ameaçadoras da vida, que representam o objeto do presente estudo, conforme mostra a Figura 2.

Figura 2 - O espectro da morbidade materna: da gravidez não complicada até o óbito materno (Say et al., 2009).

Acrescenta-se que o conceito de “*near miss*” modificou-se ao longo dos últimos anos. Os estudos iniciais utilizavam-se de marcadores de disfunção segundo os sistemas orgânicos para definição de casos “*near miss*” (Quadro 1), que deveriam ser considerados caso o tratamento adequado não fosse instituído oportunamente. A presença de qualquer um destes marcadores em qualquer fase da gestação até seis semanas após o seu desfecho, seriam definidores de um caso “*near miss*” (MANTEL et al. 1998).

Quadro 1 - Marcadores de disfunção orgânica como critérios definidores de “near miss”, segundo Mantel et al.(1998).

1. Edema pulmonar que implique na administração intravenosa de furosemida ou intubação endotraqueal
2. Parada cardíaca
3. Hipovolemia que requeira ≥ 5 unidades de reposição de sangue total ou plasma
4. Admissão em UTI decorrente de sepse
5. Histerectomia de emergência decorrente de sepse
6. Intubação e ventilação assistida por mais de 60 min., exceto por anestesia geral.
7. Saturação periférica de $O_2 < 90\%$ por mais de 60 min.
8. Relação entre a pressão parcial de oxigênio e a fração inspirada de oxigênio (PaO_2/FiO_2) < 300 mmHg
9. Oligúria (diurese < 40 ml/24H e persistente à terapêutica)
10. Níveis de uréia e creatinina, superiores a 15 e 400 mmol/l, respectivamente.
11. Icterícia na presença de pré-eclampsia ($PA \geq 140/90$ mmHg) e proteinúria
12. Cetoacidose diabética
13. Crise tireotóxica
14. Trombocitopenia aguda exigindo transfusão de plaquetas
15. Estado de coma por mais de 12H
16. Hemorragia subaracnóide ou intraparenquimatosa
17. Hipotensão severa decorrente de acidente anestésico, associada à anestesia raquidiana ou epidural (< 90 mmHg por mais de 60 min.)
18. Outras condições que exijam admissão em UTI ou histerectomia de emergência por qualquer razão

Fonte: Mantel et al., 1998. Tradução livre

Entretanto, outros estudos adotaram como referencial de “near miss” as condições clínicas representadas pelas principais causas de mortalidade materna, tais como hipertensão, hemorragia e sepse; e outros que se baseavam em critérios relacionados à complexidade do manejo como definidores de “near miss” (WATERSTONE; BEWLEY; WOLFE, 2001; MARTINS, 2007; SOUZA et al., 2005; SOUSA et al., 2006).

Sousa et al. (2006), através de um estudo de revisão sistemática, constataram tendência na amostra de utilização destes últimos critérios pelos pesquisadores de países desenvolvidos. Entretanto os autores consideraram o risco de viés condicionado a fatores relacionados à organização e oferta de serviços de saúde, tais como disponibilidade de leitos e critérios para admissão em UTI, entre outros.

Waterstone, Bewley, Wolfe (2001), utilizaram-se de um conjunto de diagnósticos clínicos relacionados às patologias mais frequentemente associadas ao óbito materno facilmente mensuráveis, como pré-eclampsia grave, eclampsia,

síndrome HELLP, hemorragia grave, sepse grave, e rotura uterina, como critérios para definição operacional de morbidade materna grave (Quadro 2) (WATERSTONE; BEWLEY; WOLFE, 2001; MARTINS, 2007; SOUZA et al., 2005; SOUSA et al., 2006).

Quadro 2 - Critérios para definição de morbidade materna grave adotados por Waterstone, Bewley, Wolfe (2001).

Patologias Graves	Condições Clínicas
Pré-eclampsia severa	Pressão arterial $\geq 170/110$ mmHg; proteinúria; oligúria; distúrbios visuais; dor epigástrica; trombocitopenia; edema pulmonar.
Eclampsia	Convulsões na gestação ou nos 10 dias após o parto, acompanhada de dois ou mais fatores: hipertensão $> 170/110$ mmHg; proteinúria; trombocitopenia ou alteração dos níveis de aspartato aminotransferase.
Síndrome HELLP	Hemólise bilirrubinas totais; alteração de enzimas hepáticas e plaquetopenia.
Hemorragia Severa	Perda superior a 1.500 ml de sangue, com necessidade de reposição de quatro ou mais unidades de sangue.
Sepse Severa	Temperatura acima de 38°C ou a 36°C ; taquicardia; taquipnéia; $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg; aumento na contagem de leucócitos; insuficiência renal; hipoperfusão; alteração do nível de consciência; hipotensão.
Rotura uterina	Determinante de parto de emergência

Fonte: WATERSTONE; BEWLEY; WOLFE (2001) – Tradução livre.

O uso de critérios clínicos requer cautela nas condições de maior gravidade, em virtude dos diferentes parâmetros utilizados pelos pesquisadores, como por exemplo, o limite de volume de sangue perdido que caracteriza hemorragia grave (SOUSA et al., 2006).

A despeito das considerações apresentadas, são inúmeras as vantagens da utilização de “*near miss*” como ferramenta para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e para a redução das taxas de mortalidade materna. O importante é que os serviços de saúde adotem uma definição operacional de casos de morbidade materna grave factível e estável ao longo do tempo, considerando-se a realidade local (SOUSA et al., 2006).

Com o propósito de alcançar uma situação em que a morte materna possa ser evitada, os casos de morbidade materna grave, devem ser identificados precocemente, de forma consistente e uniforme, para que as medidas de atenção e prevenção sejam adequadamente instituídas. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através do “*WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity*

Classifications”, adotou um consenso acerca dos critérios definidores aplicável em todo o mundo (SAY et al., 2009; CECATTI et al., 2011).

Desta forma, um caso de “*near miss*” materno é definido como:

“A mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou dentro de 42 dias de interrupção da gravidez”. (SAY et al., 2009, p. 3).

Os pesquisadores que integram o “*WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications*” utilizam-se primeiramente de três abordagens para a identificação de um caso “*near miss*”, ou seja, critérios clínicos relacionados à morbidade materna grave; necessidade de intervenções relacionadas à complexidade de manejo; evidências de disfunção orgânica (SAY et al., 2009; SOUZA et al. 2010a; SOUZA et al., 2010b; CECATTI et al., 2011).

Reconhecendo-se que a disfunção de órgão é importante para a identificação de casos “*near miss*”, recentemente o grupo da OMS propôs que esta definição operacional incluía uma abordagem multifacetada, considerando-se sinais clínicos, exames laboratoriais e critérios de gestão clínica (SAY et al., 2009; CECATTI et al., 2011; PACAGNELLA, 2011).

Portanto, os critérios recentemente aprovados pela OMS tornam possível o reconhecimento precoce dos casos mais graves, a partir da identificação de condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV), permitindo a adoção de medidas específicas para minimizar as consequências da morbidade materna grave e, principalmente, que de fato reduzam as mortes maternas por causas evitáveis em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento (CECATTI et al., 2011; HADDAD et al., 2011; PACAGNELLA, 2011).

MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo caso-controle desenvolvido com mulheres atendidas em duas maternidades públicas da região do ABC paulista, durante um período de oito meses, entre 01 de Novembro de 2010 e 30 de Junho de 2011, para avaliar o efeito da violência psicológica, física e sexual praticada por parceiro íntimo na ocorrência de morbidade materna grave, a partir dos critérios da OMS (SAY et al., 2009) referentes às condições potencialmente ameaçadoras da vida no ciclo gravídico puerperal.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do presente estudo caracteriza-se por mulheres que se encontravam no ciclo gravídico-puerperal, atendidas durante o período do estudo nos hospitais selecionados.

4.2.1 Dimensionamento da Amostra

O dimensionamento da amostra do presente estudo partiu da hipótese alternativa (H_1) de que a prevalência de VPI entre as gestantes ou puérperas que apresentaram condições potencialmente ameaçadoras da vida na gestação atual (casos) é maior do que entre as gestantes ou puérperas sem complicações durante o ciclo gravídico puerperal, (controles) (Figura 3).

Figura 3 - Delineamento do estudo

Considerando-se que p_1 e p_2 são as proporções de gestantes ou puérperas que sofrem violência nas populações “sem complicações” e “com condições potencialmente ameaçadoras da vida”, respectivamente, propõe-se o seguinte teste de hipóteses:

$H_0: p_1 = p_2$	contra	$H_1: p_2 > p_1$
------------------	--------	------------------

A despeito da variabilidade das taxas de VPI na gestação, foram considerados como parâmetro os estudos nacionais que identificaram taxas entre 6,5 a 20% (AUDI et al., 2008; MENEZES et al., 2003; OLIVEIRA, 2008; DURAND; SCHRAIBER, 2007). Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se uma taxa estimada de prevalência de VPI na gestação de 10%, conforme proposto por Menezes et al. (2003), nos métodos de seu estudo.

A fim de estimar a frequência de casos com CPAV nos hospitais selecionados para a pesquisa, optou-se pela realização de um estudo piloto, a partir da análise de prontuários referentes às internações obstétricas do mês de julho, tendo sido identificada a ocorrência de 13 casos, de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (SAY et al., 2009).

Considerando-se a verificação de um total de 596 nascidos vivos no referido mês, obteve-se uma razão de casos de morbidade materna grave de 21,81/1000

nascidos vivos. Embora este resultado esteja abaixo do estimado por Sousa et al. (2006) para o Estado de São Paulo, observa-se que este parâmetro encontra-se dentro dos limites identificados na literatura (ADISASMITA et al., 2008; AMARAL et al., 2007).

Desta forma, através do pacote estatístico STATA, versão 9.0 (STATA, 2006) foi calculada a amostra do estudo, para detectar uma diferença mínima de 10% nas proporções das duas populações, representada por $n=88$ casos “com desfechos potencialmente fatais” e $3n=264$ controles, ou seja, gestantes ou puérperas “sem complicações”, segundo um nível de significância de 0,05 e poder do teste de 0,80.

Durante a execução do estudo, optou-se pela inclusão de um número maior de casos na amostra em razão da possibilidade de exclusões, que após análise criteriosa dos critérios de elegibilidade, não ocorreram. Assim, foi incluído o total de 122 casos CPAV, dentre os quais quatro óbitos maternos. Considerando-se nove perdas entre os 118 casos elegíveis, decorrentes de alta hospitalar, evasão ou transferências, o presente estudo contou com uma amostra final de 109 casos CPAV e 337 controles, totalizando 446 mulheres investigadas sobre a exposição à VPI.

4.2.2 Procedimento Amostral

Para a seleção dos casos utilizou-se como critério a inclusão de todos os indivíduos elegíveis para o estudo, admitidos nos hospitais selecionados, durante o período de estudo, segundo critérios adotados para a coleta de dados que seguem detalhados no item 4.7.

Para a seleção dos controles, considerando-se a complexidade do processo de internação puerperal no que se refere à disponibilidade dos sujeitos da pesquisa para a realização das entrevistas, optou-se pelo procedimento de amostragem consecutiva (HULLEY et al., 2001).

Segundo os autores, a amostragem consecutiva representa o melhor procedimento dentre os demais tipos de amostragem não probabilística. A razão desta escolha se deve ao fato da amostragem não probabilística se mostrar mais prática do que a amostragem probabilística para estudos desenvolvidos em serviços

de atenção à saúde, particularmente do ponto de vista financeiro e logístico (HULLEY et al., 2001).

Adverte-se que amostras consecutivas apenas não são indicadas para estudos desenvolvidos durante um período insuficiente para representar fatores relacionados à sazonalidade ou tendência secular, fatores estes não existentes nesta investigação (HULLEY et al., 2001).

A amostragem consecutiva permitiu a abordagem das mulheres do grupo controle que se enquadraram nos critérios de seleção; que foram admitidas nos hospitais durante o período de tempo previsto para o estudo; e que se encontravam disponíveis para entrevista, naquela semana típica (relacionada à seleção do caso).

Contudo, amostras como esta têm a limitação de referirem-se tão somente à clientela que frequenta o serviço, não sendo extensiva à população como um todo. Desta forma, os resultados do presente estudo não poderão ser generalizados para a população de gestantes ou puérperas dado que a amostra foi não probabilística. No entanto, os resultados representam um importante subsídio para a implementação de tecnologias de atendimento voltadas para a atenção às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo.

4.3 LOCAL DA PESQUISA

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram selecionados dois hospitais públicos municipais localizados na região do ABC paulista, em duas cidades distintas, e que integram a rede de referência para atendimento em saúde da mulher.

Atualmente estes hospitais são gerenciados pela mesma Organização Social de Saúde (OSS) vinculada a uma instituição de ensino médico e de ciências da saúde.

Estes hospitais representam as únicas referências municipais, respectivamente, para atendimento obstétrico de baixo e alto risco e, portanto, locais prioritários para a identificação de mulheres em condições potencialmente ameaçadoras da vida materna. Para fins do presente estudo foram denominados como “HMU” e “HMulher”.

O “HMU” é habilitado como Hospital de Ensino e Hospital Geral com Cirurgia Oncológica. Certificado como Hospital Amigo da Criança há mais de 10 anos, conta com uma estrutura de 111 leitos, Pronto-Atendimento Geral, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Maternidade, Unidade Neonatal, UTI Neonatal, UTI Pediátrica, UTI Adulto, Clínica Médica e Cirúrgica, Casa da Gestante de Alto Risco, Agência Transfusional, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Leite Humano, Programa de Atenção em Violência Sexual, além de outros serviços de apoio diagnóstico e terapêutico como medicina nuclear e medicina fetal.

O “HMulher” conta com 118 leitos, incluindo Pronto-Atendimento 24h, salas de emergência, observação, estrutura para permanência em regime de hospitalidade dia, Centro Cirúrgico, Centro de Parto Normal, Maternidade, Unidade Neonatal, UTI Adulto, Agência Transfusional, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Leite Humano, Atendimento Ambulatorial (pré e pós-cirúrgico em ginecologia, pré-natal de alto risco, violência sexual), além de outros serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Nos hospitais de estudo o modelo de atenção hospitalar segue a lógica da prestação de atendimentos eletivos de promoção e assistência à saúde; assistência à saúde em regime de internação, incluindo-se atendimento imediato nos casos de urgência obstétrica e ginecologia de baixa e média complexidade; oferta de serviços de apoio ao diagnóstico e terapia; formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa.

Compondo um sistema de referência e contra-referência com os demais serviços e equipamentos de saúde, o “HMU” e o “HMulher” integram a rede do Sistema Único de Saúde dos respectivos municípios sede. Através de ações de educação em saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento à saúde; vigilância epidemiológica; realizam atendimento multiprofissional em ginecologia, obstetrícia, mastologia e neonatologia, acrescentando ao “HMU” os atendimentos em clínica médica e cirúrgica.

Ambos os hospitais incentivam a promoção do alojamento conjunto para mãe e bebê sob os princípios da assistência integral e humanizada.

No “HMU” é realizado cerca de 350 partos mensais, o que não garante a demanda completa de gestantes do município, sendo necessária a referência para hospitais da região, através da central reguladora de vagas. Já no “HMulher” a infraestrutura hospitalar garante a autossuficiência de atendimento em obstetrícia,

na medida em que são realizados em torno de 400 partos por mês, e ofertados cerca de seis mil exames mensais, nas áreas de patologia clínica, imagenologia, anatomia patológica e citopatologia, procedimentos cirúrgicos e videolaparoscópicos, reabilitação de pacientes internas, desenvolvimento de atividades hemoterápicas e hematológicas.

4.4 DEFINIÇÃO DE CASO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O presente estudo adotou a definição operacional de CPAV, todos os casos que apresentaram os critérios recomendados pelo “WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications” (SAY et al., 2009), considerando-os de maneira isolada ou associados entre si, quais sejam: morbidade materna grave e/ou complexidade de manejo e/ou ocorrência de disfunção orgânica, caracterizados pela presença de marcadores mais frequentes que seguem apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Critérios de inclusão dos casos CPAV, segundo respectivos marcadores mais frequentes

Critérios Definidores CPAV	Marcadores CPAV
CRITÉRIOS CLÍNICOS Morbidade Materna Grave	Pré-eclampsia grave, iminência de eclampsia, complicações renais, eclampsia, edema pulmonar, cianose aguda, distúrbios da coagulação, oligúria, choque séptico ou hipovolêmico, icterícia, perda da consciência por mais de 12h, entre outros.
GESTÃO CLÍNICA Complexidade de Manejo/Intervenções	Admissão em UTI, histerectomia de emergência por infecção ou hemorragia, transfusão de sangue ou hemoderivados com dosagem de Hb<7,0g/dl, cesárea de urgência em decorrência de morbidade materna grave, uso contínuo de drogas vasoativas, ventilação mecânica não relacionada à anestesia geral, diálise, manobras de ressuscitação cardiopulmonar, laparotomia, transferência entre hospitais de referência para casos de alta complexidade, internação hospitalar prolongada por mais de uma semana. Terapia anticonvulsivante com Sulfato de Magnésio 50% (MgSO ₄). Monitoramento em centro-obstétrico por período ≥ 24H em decorrência de iminência de eclampsia.
CRITÉRIOS LABORATORIAIS Evidências de Disfunção Orgânica	Alterações significativas nos parâmetros de exames laboratoriais: níveis de creatinina ≥ 3,5mg/dl; bilirrubinas > 6,0mg/dl; nível de saturação de O ₂ inferior a 90% por mais de 60 min.; plaquetas < 50.000. Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL).

Adaptado de SAY et al., 2009; SOUZA et al., 2010a; SOUZA et al., 2010b.

Desde a realização do estudo piloto observou-se dificuldade na seleção de casos baseados na complexidade de manejo no que se refere aos marcadores relacionados à transfusão de concentrados de hemácias, terapia anticonvulsivante com sulfato de magnésio 50%, e admissão em Unidade de Terapia Intensiva.

A despeito da recomendação do “*WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications*” acerca do uso de cinco ou mais unidades de concentrados de hemácias, como critério de “*near miss*”, assim como a indicação de qualquer quantidade de hemoderivados para inclusão de caso CPAV (SAY et al., 2009), constatou-se nos locais de estudo, que em relação à hemotransfusão há divergências nas condutas médicas e ausência de protocolos institucionais. Diante destas circunstâncias para o presente estudo adotou-se como critério para inclusão de casos de transfusão de concentrados de hemácias (CH o marcador de dosagem de hemoglobina $< 7\text{g/dl}$), que de acordo com o “Guia para uso de hemocomponentes” do Ministério da Saúde, é quando existe grande risco de hipóxia tecidual e comprometimento das funções vitais (BRASIL, 2010).

Este guia define hemorragia grave como perda superior a 30% do peso corpóreo (hemorragia classe III e classe IV), com maior risco de evolução para óbito por falência múltipla de órgãos se não forem submetidos a esquemas de ressuscitação na primeira hora. Nos casos de hemorragias agudas, a tomada de decisão quanto à classificação de caso é facilitada, na medida em que outros marcadores tornam-se evidentes, como aumento da frequência cardíaca (acima de 100 a 120bpm); hipotensão arterial; queda no débito urinário; frequência respiratória aumentada; enchimento capilar retardado (> 2 segundos); alteração no nível de consciência. Entretanto, na prática clínica, dificilmente se dispõe de informações sobre o volume de sangue perdido, descritas em prontuários, assim como não há evidências de tais marcadores. Já as informações sobre parâmetros de dosagens de hemoglobina mostram-se mais disponíveis na realidade local do presente estudo.

Cabe destacar que:

“(...) a decisão da realização da transfusão de concentrados de hemácias deve ser baseada em uma constelação de fatores clínicos e laboratoriais, tais como: idade do paciente, velocidade de instalação da anemia, história natural da anemia, volume intravascular e a presença de cofatores fisiológicos que afetam a função cardiopulmonar” (BRASIL, 2010, p.30).

Embora ambos os hospitais selecionados para o estudo, sejam gerenciados pela mesma Organização Social de Saúde, vinculada a uma instituição de ensino médico e de ciências da saúde, constatou-se que casos similares de morbidade materna grave, tiveram encaminhamentos diferentes com relação à admissão em UTI em ambos os hospitais. Compreende-se que tais diferenças estejam

relacionadas à oferta de leitos de UTI, uma vez que um hospital é destinado apenas ao atendimento em saúde da mulher e conta com cinco leitos exclusivos para esta clientela; e o outro é um hospital geral em fase de transição para o atendimento exclusivo em saúde da mulher, mas que ainda serve de referência para clínica médica no município em questão. Sendo assim, neste local, os leitos de UTI são compartilhados com a clínica médica, o que reduz substancialmente a oferta para os casos de morbidade materna grave.

Desta forma, considerando-se a homogeneidade destes casos, constatou-se que enquanto no “HMulher”, casos de pré-eclampsia grave e iminência de eclampsia, com níveis pressóricos iguais ou superiores a 170X110 mmHg e indicação de terapia anticonvulsivante (MgSO_4) foram encaminhados para a UTI, no “HMU”, parte destes casos foram mantidos sob monitoramento no centro-obstétrico por indisponibilidade de vagas na UTI adulto. Neste caso, também foi adotado o critério de admissão em UTI.

Assim, optou-se pela inclusão de casos com diagnóstico de iminência de eclampsia e atendidos no “HMU”, tendo como marcadores a indicação de uso de terapia anticonvulsivante (MgSO_4) associada à permanência sob monitoramento no centro-obstétrico por período igual ou superior a 24h.

Por sua vez, foram rejeitadas como casos de CPAV todas as gestantes e puérperas que: desenvolveram morbidade materna, sem indicação de terapia intensiva; que não realizaram intervenções cirúrgicas decorrentes de morbidade materna; que não apresentaram falência orgânica; que receberam duas ou menos unidades de concentrados de hemácias com dosagem de hemoglobina igual ou superior a 7,0g/dl.

Cabe destacar que os casos excluídos da classificação CPAV foram caracterizados preferencialmente por gestantes com diagnóstico de: hipertensão arterial crônica, ou pré-eclâmpsia leve com níveis pressóricos inferiores a 160X100mmHg; diabetes mellitus ou diabetes gestacional; infecções puerperais relacionadas ao sítio cirúrgico; cardiopatias; pneumopatias; ruptura prematura de membranas ovulares; infecção do trato urinário; placenta prévia; descolamento prematuro de placenta sem quadro hemorrágico significativo; entre outras.

Desta forma, foi definido como CASO, toda a gestante, independente da idade gestacional, parturiente ou puérpera (até 42 dias após o parto) que apresentou discriminação positiva para os critérios de inclusão na definição de CPAV adotada.

Os CONTROLES foram representados por puérperas que tiveram partos por via vaginal ou foram submetidas a cesáreas iterativas, internadas na mesma semana de ocorrência de cada CASO, durante o período de estudo, nos hospitais selecionados, que demandaram cuidados de rotina; que não apresentaram qualquer tipo de morbidade materna ou intercorrência clínica durante o período de internação.

4.5 INSTRUMENTOS

A investigação sobre violência física e sexual praticada por parceiros íntimos foi realizada por meio de um instrumento padronizado pelo Estudo Multipaíses da Organização Mundial da Saúde sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (GARCIA MORENO et al., 2006; LUDERMIR et al., 2008).

Trata-se de um questionário estruturado desenvolvido, revisado e pré-testado por um grupo composto por representantes de cinco países, e submetido a um estudo piloto em todos os países participantes da pesquisa multicêntrica (ANEXO A).

O instrumento foi adaptado para utilização no Brasil, a partir da tradução para o idioma português. Este processo foi conduzido pelo grupo responsável pela execução do estudo no Brasil e se caracterizou pela tradução e re-tradução independente com ampla discussão, que garantiram a acurácia, entendimento cognitivo, aceitação cultural. Posteriormente foram realizadas novas discussões e ajuste refinado durante o treinamento dos entrevistadores, assim como na fase do estudo piloto. Cabe destacar que houve a participação da pesquisadora do presente estudo, nas discussões de revisão do instrumento, além das etapas de reformatação e pré-testagem (LUDERMIR et al., 2008).

A ocorrência de VPI foi investigada a partir dos questionamentos sobre os atos praticados pelo agressor e classificada, segundo a gravidade, em moderada e severa. A violência psicológica foi compreendida como moderada, em se tratando de insultos e intimidações, sendo as humilhações e as ameaças consideradas como violência severa. Em se tratando de violência física, tapa ou arremesso de objetos, empurrão, tranco ou chacoalhão foram caracterizados como ocorrências moderadas. Por outro lado, agressões como soco, machucado com objeto, chute ou surra,

estrangulamento ou queimadura e ameaça ou uso de arma, caracterizaram a severidade da violência.

A abordagem sobre a violência sexual foi classificada em três categorias distintas, com possibilidade de respostas múltiplas, quais sejam: uso de força física, medo do agressor e prática sexual degradante ou humilhante.

De acordo com a tipificação e classificação da violência, os eventos foram investigados segundo a época em que ocorreram (na vida ou nos últimos 12 meses), e sua frequência, segundo uma escala Tipo Likert, entre uma, poucas e muitas vezes.

A análise de prontuários para caracterização dos casos CPAV foi efetuada através de roteiro estruturado, elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos critérios e marcadores CPAV e informações pertinentes à assistência pré-natal, ao parto e condições de vitalidade do neonato (APÊNDICE II).

4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

4.6.1 Variáveis dependentes

4.6.1.1 Variável CPAV

Considerada como resposta aos efeitos da violência, ou seja, quando o objeto de análise foi a avaliação do efeito da violência (física e sexual) cometida por parceiro íntimo na ocorrência de morbidade materna grave, considerou-se o desfecho CPAV como variável dependente.

Nesta análise foram utilizadas como **variáveis explicativas** todas aquelas relacionadas à ocorrência de **violência psicológica e/ou física e/ou sexual por parceiro íntimo na gravidez atual**.

Como **variáveis de ajustamento** foram consideradas: hospital, idade da gestante ou puérpera, tipo de parto, escolaridade, cor da pele, religião, ocupação, situação conjugal, tempo de convivência com o parceiro, idade do parceiro,

escolaridade do parceiro, idade na 1ª relação sexual, número de gravidezes anteriores, número de filhos vivos anteriores ao parto atual, número de abortos anteriores, número de natimortos, excluindo-se a ocorrência atual, caso tenha sido este o desfecho da presente gravidez e, uso de anticoncepcional.

4.6.1.2 Variável violência por parceiro íntimo

Em se tratando da análise relativa à ocorrência de VPI entre os casos e os controles, foi considerada como variável dependente a **violência psicológica e/ou violência física e/ou sexual por parceiro íntimo na gravidez atual**, definida operacionalmente como violência interpessoal, ocorrida no espaço de relacionamento com parceiro íntimo, através do uso intencional de força física ou de poder do homem contra a mulher, de forma concreta ou sob ameaça (KRUG et al., 2002). Esta variável foi investigada segundo a gravidade dos atos perpetrados, de acordo com a escala de gradação de atos de violência, utilizada no estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência (LUDERMIR et al. 2008).

4.6.2 Variáveis independentes

4.6.2.1 Variáveis independentes explicativas

A **Violência por Parceiro Íntimo** foi analisada como variável independente quando se buscou explicação para o desfecho morbidade materna grave (CPAV).

4.6.2.2 Variáveis independentes de ajustamento

Consideraram-se como variáveis de ajustamento, tanto para a análise da ocorrência de VPI como “efeito”, entre os casos e os controles, quanto para a

análise de CPAV como “resposta” entre os casos, as variáveis relacionadas às características sociodemográficas, tais como idade, escolaridade, religião, cor da pele, ocupação; à saúde sexual/reprodutiva, como por exemplo, tipo de parto, peso ao nascer, número de gestações, paridade, antecedentes de abortamento e filhos natimortos, número de filhos vivos, uso de método anticoncepcional, idade de início da atividade sexual, entre outras. Neste grupo também foram incluídas as variáveis relativas aos parceiros íntimos, como: tempo de parceria, situação marital, idade do parceiro, escolaridade, ocupação.

4.7 COLETA DE DADOS

Este estudo caso-controle proposto para investigar VPI enquanto um fator de risco para morbidade materna grave foi desenvolvido com gestantes e/ou puérperas atendidas em dois hospitais públicos da região do ABC paulista, durante o período de 01 de Novembro de 2010 até 30 de Junho de 2011, que foi suficiente para completar a amostra calculada.

O processo de coleta de dados foi antecedido pela execução de um estudo piloto em ambos os locais de estudo, durante os meses de agosto e setembro de 2010, com o objetivo de reconhecer as condições necessárias para o delineamento do estudo propriamente dito.

A coleta de dados foi caracterizada por quatro etapas distintas: 1) rastreamento e seleção de casos CPAV; 2) aplicação de roteiro estruturado para coleta de dados em prontuário de pacientes com CPAV; 3) entrevistas com casos; 4) seleção e entrevistas com controles. Todas as etapas foram conduzidas na íntegra pela pesquisadora responsável.

O rastreamento e seleção dos CASOS foram realizados por meio de visitas diárias aos hospitais de estudo, nos setores de Maternidade, Centro-Obstétrico, Centro-Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Casa da Gestante de Alto Risco e Banco de Sangue, de forma a evitar a possível perda de casos.

A segunda etapa da pesquisa consistiu na aplicação de roteiro estruturado de análise de prontuário (APÊNDICE II), para identificação caracterização do caso,

segundo variáveis relacionadas à história obstétrica, condições do pré-natal e parto, critérios e marcadores para CPAV e condições do neonato, como peso ao nascer e Apgar.

As entrevistas com os casos representaram a terceira etapa da coleta de dados e foram conduzidas de acordo com a estabilização das condições clínicas e psicoemocionais da paciente, preferencialmente em vias de alta hospitalar.

Conduzidas de forma a manter as condições adequadas de privacidade e sigilo, as entrevistas foram realizadas após o preenchimento do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I) para respostas ao instrumento estruturado, conforme segue especificado no item 4.5.

Para cada mulher que desenvolveu CPAV, foram selecionadas três puérperas (controles) para as entrevistas de acordo com a mesma metodologia proposta para os casos, caracterizando-se na quarta etapa da coleta de dados. Cabe destacar que estas puérperas elegíveis, nem sempre estavam disponíveis para entrevistas, o que em grande parte dificultou o processo de coleta de dados, justificando inclusive o não pareamento dos controles.

Por fim, os formulários de pesquisa foram devidamente arquivados e organizados para alimentação do banco de dados da pesquisa.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi construído a partir do programa EpiData (LAURITSEN, 2002) e o tratamento estatístico se deu através do pacote STATA, versão 9 (STATA, 2006). A digitação do banco de dados foi realizada pela própria pesquisadora, tendo sido realizadas três revisões detalhadas para correções de possíveis inconsistências dos dados e erros de digitação que por ventura tenham ocorrido apesar da ativação de sistema de controles do Programa EpiData.

Primeiramente, procedeu-se a caracterização da população de estudo segundo variáveis sociodemográficas, de saúde sexual, reprodutiva e de parceria, por meio de estatística descritiva.

A seguir foi avaliado o efeito de algumas variáveis na ocorrência de VPI (física e sexual) na gestação atual, e também da VPI (física e sexual) na ocorrência de

CPAV. As seguintes variáveis foram consideradas: hospital, idade da mãe, tipo de parto, escolaridade, cor da pele, religião, ocupação, situação conjugal, tempo de convivência com o parceiro, idade do parceiro, escolaridade do parceiro, idade na 1ª relação sexual, número de gravidezes antes da atual, assim como o número de filhos vivos, número de abortos e de natimortos antes da atual, e uso de anticoncepcional. Foram realizadas três análises:

- (1) Teve como variável resposta (ou variável dependente), cada tipo de violência na gestação, separadamente, e como variáveis independentes, as mesmas citadas acima.
- (2) A variável resposta foi “ocorrência de CPAV”. Realizaram-se duas análises:
 - (a) As variáveis independentes foram as mesmas de (1), agora chamadas de variáveis de ajustamento, mais cada uma das variáveis de violência, chamadas de explicativas (ou explanatórias). Nesta análise, o efeito de cada violência foi testado considerando-se o ajustamento para cada uma das demais variáveis.
 - (b) As variáveis independentes foram as mesmas de (1) e não foram consideradas as variáveis de violência. O efeito de cada variável foi testado, ajustando-se aos níveis das demais variáveis.

Desta forma, considerando-se a resposta CPAV, estudou-se, em um primeiro momento, a sua relação entre as variáveis independentes e cada tipo de violência foi avaliada por meio de proporções e testes qui-quadrado ou exato de Fisher. Nesta análise, as variáveis que obtiveram valores de $p < 0,250$ foram selecionadas para compor o modelo de regressão logística múltiplo (HOSMER; LEMESHOW, 2000). O mesmo procedimento foi adotado para a variável resposta CPAV.

Este modelo de análise inicia-se com a avaliação do efeito da variável explicativa sobre a ocorrência de CPAV, que mesmo não sendo significante é mantida no modelo. A partir de então, cada variável de ajustamento é testada, verificando-se a alteração no valor de p da variável explicativa, considerando-se o nível de significância de 5% e 95% o intervalo de confiança. A relação entre as variáveis de ajustamento e cada tipo de violência foi avaliada por meio de proporções e teste qui-quadrado.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética da Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC, considerando-se que os serviços selecionados para o estudo estão localizados em um município da região e guardam estreita relação docente-assistencial e de gestão com a esta faculdade. Entretanto, após o início da coleta de dados, foi solicitada a submissão do projeto ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André, o que então foi feito. Desta forma, o projeto foi aprovado por dois comitês de ética em pesquisa, conforme ANEXOS de B a E.

A partir do momento em que as mulheres com quadros de morbidade materna grave estavam em processo de alta hospitalar, a coleta de dados foi realizada em ambiente propício ao sigilo e confidencialidade das informações, mediante consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE I).

Considerando-se, portanto, os riscos inerentes ao processo de entrevistas sobre experiências de vida mais íntimas e que podem trazer lembranças difíceis e delicadas, foi enfatizado a todas as mulheres sobre sua participação inteiramente voluntária e que poderiam interromper as informações a qualquer momento.

Então, por ser uma pesquisa em “tema sensível”, foram recomendados outros procedimentos de natureza ética, como suporte psicológico às mulheres, bem como a valorização da pesquisa como um momento de educação e respeito aos direitos humanos.

Nos casos indicados, foi providenciada a assistência adicional, através da equipe de psicologia e serviço social do hospital, imediatamente requisitados pela entrevistadora.

Na finalização da investigação, os resultados serão publicados em revistas científicas e também disponibilizados às instâncias competentes. Serão disponibilizadas cópias da tese aos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa e aos Hospitais que viabilizaram a realização do estudo.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Entre 446 mulheres entrevistadas, observou-se média de idade de 26 anos, com desvio padrão (DP) de 6,0 anos; 49% tinham 11 ou mais anos de estudo e 43,5% declaram-se como pretas ou pardas. A religião predominante é a católica (48,2%), destacando-se a seguir a religião evangélica (33,2%); 79,6% eram casadas ou amigadas e afirmaram estar vivendo com o parceiro há no mínimo dois anos (76,7%). Apenas 36% das entrevistadas possuíam algum tipo de renda própria, sendo que 20,9% declararam-se como desempregadas, caracterizando-se as restantes como donas de casa, estudantes ou trabalhadoras esporádicas.

No que se refere às características de saúde reprodutiva e sexual, notou-se que a mediana de idade de início da vida sexual foi de 16 anos (Mín.=11 / Máx.=27; P25=14; P75=18). Quase metade da amostra afirmou estar em uso de algum método anticoncepcional antes da atual gravidez, preferencialmente o contraceptivo hormonal oral, escolhido por 70,3% destas mulheres. Acrescenta-se que 23,3% do total de entrevistadas referiram recusa de uso de condon pelo parceiro atual para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Com relação à situação obstétrica, observou-se que 32% das mulheres estavam vivenciando a gravidez ou parto pela primeira vez, sendo que até 50% delas engravidaram duas vezes (Mín.=1; Máx.=11; P25=1; P75=3). A média de filhos nascidos vivos incluindo-se o parto atual foi de 2,1 filhos, com DP de 1,4 filhos. História de abortamento anterior, incluindo-se as ocorrências na gravidez atual (três casos), foi referida por 19,7% das entrevistadas. Acrescenta-se que 16 mulheres (3,6% do total da amostra) estavam gestantes e dentre as 427 entrevistadas, cujo desfecho da gravidez observado foi o parto, notou-se que 34,9% (149) foram cesáreas e 65,1% (278) partos vaginais, dos quais 7,2% (20) foram auxiliados pelo uso do fórcepe e 25,9% (72) foram realizados sem episiotomia.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo características sociodemográficas, reprodutivas e de parceria – São Paulo – 2012

Variável	n	%
Idade (anos) (n=446)		
10 --- 19	83	18,6
20 --- 29	247	55,4
30 ou mais	116	26,0
Escolaridade (n=446)		
Fundamental incompleto	108	24,2
Médio incompleto	120	26,9
Médio completo ou mais	218	48,9
Cor da pele (n=446)		
Branca	191	42,8
Preta ou parda	194	43,5
Outra	61	13,7
Religião (n=446)		
Católica	215	48,2
Evangélica	148	33,2
Sem religião	15	3,4
Outra	68	15,2
Ocupação (n=446)		
Dona de casa	166	37,2
Empregada doméstica	19	4,3
Trabalha em empresa	142	31,8
Estudante e outros	26	5,8
Desempregada	93	20,9
Situação conjugal (n=446)		
Casada ou unida	355	79,6
Tem parceiro (não convivem)	44	10,0
Sem parceiro	46	10,4
Tipo de parto (n=427)		
Cesárea	149	34,9
Vaginal	278	65,1
Peso ao nascer (n=427)		
Menos de 2500 g.	48	11,3
2500g. ou mais	349	81,7
Ignorado	30	7,0
Tempo c/ parceiro (n=401)		
1 ano ou menos	59	14,8
2 anos ou mais	342	85,2
Idade na 1ª relação sexual (n=446)		
Menos de 17 anos	266	59,6
17 e 18	117	26,2
19 ou mais	61	13,7
Ignorado	2	0,5
Gravidez anterior (n=446)		
0	143	32,1

"continua"

“continuação”			
Variável		n	%
1		132	29,6
2		85	19,1
3 ou mais		86	19,2
Nº de filhos vivos anteriores (n=446)			
0		16	3,6
1		166	37,2
2		133	29,8
3 ou mais		131	29,4
Aborto anterior (n=446)			
Sim		88	19,7
Não		358	80,3
Natimorto anterior (n=446)			
Sim		13	2,9
Não		433	97,1
Uso de anticoncepcional (n=446)			
Sim		217	48,7
Não		229	51,3

5.2 MORBIDADE MATERNA GRAVE

Foram identificados 122 casos relacionados à ocorrência de CPAV, dentre os quais: 30 casos “*near miss*” e 04 óbitos maternos (Figura 4). Dentre as 118 mulheres elegíveis para o estudo, ou seja, excluindo-se os quatro óbitos maternos, 109 foram submetidas às entrevistas para investigação de VPI, com uma taxa de perda de 7,6% (nove casos). As perdas foram consequentes à evasão hospitalar (dois casos), transferências para outro hospital de referência (dois casos) e por motivo de alta hospitalar (cinco casos).

Figura 4 – Espectro da morbidade materna grave: das condições potencialmente ameaçadoras da vida até o óbito materno – Adaptado de Say et al., 2009

Considerando-se que a Razão de Resultados Maternos Severos (RRMS), representa um importante indicador de monitoramento da qualidade do cuidado obstétrico e, que o seu cálculo resulta do número de mulheres com condições ameaçadoras da vida (casos “*near miss*” somados aos óbitos maternos) em relação ao número de nascidos vivos no mesmo período e local (SAY et al., 2009), a RRMS calculada no presente estudo foi de 6,37 /1.000 NV (Tabela 2).

Tabela 2 – Condições potencialmente ameaçadoras da vida materna, segundo locais de estudo, número de nascidos vivos e Razão de Resultados Maternos Severos (RRMS) – São Paulo - 2012

Hospital	Total CPAV	Near Miss (NMM)	Óbitos Maternos (OM)	Nascidos Vivos	RRMS/ 1000 NV
HMU	59	16	3	2.806	6,77
HMulher	63	14	1	2.533	5,92
Total	122	30	4	5.339	6,37

Verificou-se que a proporção de casos “*near miss*” (NM) em relação aos casos CPAV foi de 1NM: 4,1CPAV para o total da amostra. No hospital “HMU” esta proporção foi de 1NM:3,7CPAV e no hospital “HMulher” de 1NM:4,5CPAV. Da mesma forma, os resultados indicam proporção de 7,5 NM:1OM.

A incidência de casos “*near miss*” durante o período específico do estudo foi estimada em de 5,62/1.000NV enquanto que o índice de mortalidade materna, ou seja, o número de óbitos maternos (n=4) em relação ao total de casos com condições ameaçadoras da vida (n=34) foi de 11,76%.

Conforme os critérios definidores de condições potencialmente ameaçadoras da vida materna adotados no presente estudo, os casos CPAV, “*near miss*” e os óbitos maternos, foram distribuídos em quatro categorias representativas dos principais fatores de morbidade materna grave (MMG), quais sejam: complicações hemorrágicas; complicações hipertensivas, outras complicações e manejo de gravidade (PACAGNELLA, 2011) (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição de casos CPAV, segundo fatores de morbidade materna grave (MMG) – São Paulo – 2012 - (n=122)

Fatores de MMG	Sim		Não		Total	
	f	%	f	%	n	%
Gravidade de Manejo	120	98,4	2	1,6	122	100
Complicações Hemorrágicas	67	54,9	55	45,1	122	100
Complicações Hipertensivas	50	41,0	72	59,0	122	100
Outras Complicações	36	29,5	86	70,5	122	100

Considerando-se o total de casos CPAV (n=122), observou-se que a morbidade materna grave esteve relacionada a outras complicações em 29,5% dos casos (n=36). Dentre as principais ocorrências destacaram-se: infecções respiratórias agudas (17%), associadas à asma brônquica em metade destes casos; endometrite (14%); sepse (14%) e, comorbidades (11%), representadas pela ocorrência de mais de uma das patologias apresentadas na Figura 5.

Figura 5 - Frequência de “**outras complicações**” relacionadas à ocorrência de morbidade materna grave – São Paulo - 2012 - (n=36)

A análise dos resultados também identificou que apenas outras complicações mostraram-se associadas à ocorrência de “*near miss*”. Demais fatores não se apresentaram estatisticamente significantes para os desfechos “*near miss*” e/ou óbito materno (Tabela 4).

Tabela 4 – Ocorrência de casos “near miss” (NMM) e óbitos maternos (OM), segundo fatores de morbidade materna grave e respectivos valores de p do teste exato de Fischer para tais ocorrências – São Paulo – 2012 - (n=34)

CPAV	Fatores de Morbidade Materna Grave					
	Hipertensivos		Hemorrágicos		Outros	
	n	%	n	%	n	%
NMM (n=30)						
			<i>p=1.000</i>		<i>p=1.000</i>	<i>p=0.022</i>
Sim	12	40,0	16	53,3	14	46,7
Não	18	60,0	14	46,7	16	53,3
OM (n=4)						
			<i>p=0.509</i>		<i>p=0.626</i>	<i>p=0,077</i>
Sim	1	25,0	3	75,0	3	75,0
Não	3	75,0	1	25,0	1	25,0
Total	34	100	34	100	34	100

Os principais fatores identificados de acordo com a gravidade de manejo (Figura 6) foram: internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), hemotransfusão, utilização de sulfato de magnésio (MGSO⁴) na terapia anticonvulsivante e associação de dois ou mais critérios, como por exemplo, internação em UTI ou hemotransfusão ou terapia com MGSO⁴ associados à: internação prolongada; histerectomia em virtude de sepse ou hemorragia grave; outras cirurgias por morbidade materna grave, como por exemplo, rafia de bexiga; além de retorno à sala cirúrgica e intubação orotraqueal (IOT).

Destaca-se que não se aplicou a gravidade de manejo para dois casos de óbitos maternos, considerando-se que ambos estiveram relacionados à ocorrência de parada cardíaca decorrente de eclampsia puerperal e infarto agudo do miocárdio, respectivamente.

Figura 6 - Distribuição de casos de morbidade materna grave, segundo tipo de desfecho e critérios definidores de gravidade de manejo – São Paulo – 2012 - (n=120)

Anemia puerperal predominou em 45% das complicações hemorrágicas (Figura 7), caracterizada pela transfusão de duas ou mais unidades de concentrado de hemácias, mediante dosagem de hemoglobina inferior a 7,0g/dl. Dentre as principais complicações hemorrágicas também se destacaram as hemorragias pós-parto ou pós-aborto (16,4%) e descolamento prematuro de placenta (14,9%).

Figura 7 - Distribuição dos casos de morbidade materna grave segundo ocorrência de complicações hemorrágicas - São Paulo – 2012 - (n=67)

Observou-se também que pré-eclampsia grave respondeu por 64% do total de complicações hipertensivas (n=50), tendo sido ainda verificados 10 casos de eclampsia (20%), sete casos (14%) de síndrome HELLP e um caso de hipertensão arterial sistêmica (2%).

Por fim, considerando-se o desfecho CPAV entre as 109 mulheres que participaram do estudo, a análise dos resultados identificou que as seguintes variáveis apresentaram-se associadas às CPAV: idade da mãe ($p<0,001$), tipo de parto ($p<0,001$), peso ao nascer ($p<0,001$), número de filhos vivos anterior à atual gestação ($p<0,001$) e aborto anterior ($p=0,038$), conforme observado na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos casos de morbidade materna grave e dos controles, segundo variáveis sociodemográficas, reprodutivas e de parceria – São Paulo – 2012

Variável	CPAV				Total	p*
	CASOS		CONTROLES			
	n	%	n	%		
Hospital (n=446)						0,790
HMU/SBC	55	23,9	175	76,1	230	
H. Mulher	54	25,0	162	75,0	216	
Idade (anos) (n=446)						<0,001
10 --- 19	25	30,1	58	69,9	83	
20 --- 29	41	16,6	206	83,4	247	
30 ou mais	43	37,1	73	62,9	116	
Tipo de parto (n=427)						<0,001
Cesárea	65	43,6	84	56,4	149	
Vaginal	31	11,2	247	88,8	278	
Peso ao nascer (gramas) (n=397)						<0,001
Menos de 2500	29	60,4	19	39,6	48	
2500 ou mais	53	15,2	296	84,8	349	
Escolaridade (n=446)						0,067
Fundamental incompleto	19	17,6	89	82,4	108	
Médio incompleto	37	30,8	83	69,2	120	
Médio completo ou mais	53	24,3	165	75,7	218	
Cor da pele (n=446)						0,454
Branca	49	25,7	142	74,3	191	
Preta ou parda	49	25,3	145	74,7	194	
Outra	11	18,0	50	82,0	61	
Religião (n=446)						0,896
Católica	51	23,7	164	76,3	215	
Evangélica	39	26,4	109	73,6	148	
Sem religião	4	26,7	11	73,3	15	
Outra	15	22,1	53	77,9	68	
						“continua”

"continua"

“continuação”						
Variável	CPAV				Total	p*
	CASOS		CONTROLES			
	n	%	n	%		
Ocupação (n=446)						0,254
Dona de casa	42	25,3	124	74,7	166	
Empregada doméstica	1	5,3	18	94,7	19	
Trabalha em empresa	35	24,7	107	75,3	142	
Estudante e outros	9	34,6	17	65,4	26	
Desempregada	22	23,7	71	76,3	93	
Situação conjugal (n=445)						0,802
Casada ou unida	86	24,2	269	75,8	355	
Tem parceiro (não convivem)	10	22,7	34	77,3	44	
Sem parceiro	13	28,3	33	71,7	46	
Tempo com parceiro (n=401)						0,200
1 ano ou menos	18	30,5	41	69,5	59	
2 anos ou mais	78	22,8	264	77,2	342	
Idade do parceiro (anos) (n=399)						0,336
Menos de 21	13	30,2	30	69,8	43	
21 --- 30	46	21,1	172	78,9	218	
31 --- 40	25	24,8	76	75,2	101	
41 ou mais	12	32,4	25	67,6	37	
Escolaridade do parceiro (n=362)						0,438
Fundamental incompleto	22	20,6	85	79,4	107	
Médio incompleto	21	23,3	69	76,7	90	
Médio completo ou mais	45	27,3	120	72,7	165	
Idade na 1ª relação sexual (n=444)						0,668
Menos de 17 anos	61	22,9	205	77,1	266	
17 e 18	30	25,6	87	74,4	117	
19 ou mais	17	27,9	44	72,1	61	
Gravidez anterior (n=446)						0,991
0	36	25,2	107	74,8	143	
1	31	23,5	101	76,5	132	
2	21	24,7	64	75,3	85	
3 ou mais	21	24,4	65	75,6	86	
Nº de filhos vivos anterior (n=446)						<0,001
0	13	81,3	3	18,7	16	
1	46	27,7	120	72,3	166	
2	26	19,6	107	80,4	133	
3 ou mais	24	18,3	107	81,7	131	
Aborto anterior (n=446)						0,038
Sim	29	33,0	59	67,0	88	
Não	80	22,4	278	77,6	358	
Natimorto anterior (n=446)						0,590
Sim	4	30,8	9	69,2	13	
Não	105	24,3	328	75,7	433	
Uso de anticoncepcional (n=446)						0,504
Sim	50	23,0	167	77,0	217	
Não	59	25,8	170	74,2	229	

*Teste qui-quadrado

No modelo múltiplo, foi realizado o ajustamento sem considerar as variáveis explicativas relativas à ocorrência de violência por parceiro íntimo e, além das variáveis associadas ao desfecho CPAV, também foram consideradas: escolaridade da mãe ($p=0,067$) e tempo com o parceiro ($p=0,200$), por apresentarem valores de $p<0,250$.

Nesta análise, as variáveis que apresentaram efeitos foram: idade da mãe (em que a chance de uma gestante com mais de 30 anos desenvolver CPAV é 3,7 vezes a chance de uma gestante na faixa de 20 a 30 anos); tipo de parto (a chance de parto cesárea entre mulheres com desfecho CPAV é 6,3 vezes a chance de uma mulher com parto vaginal) e escolaridade da mãe (gestantes com ensino médio incompleto correm maior risco de apresentar CPAV) (Tabela 6). Baixo peso ao nascer é um fator de risco significativo para CPAV, mas foi excluído da análise múltipla, considerando-se a possível relação causal.

Tabela 6 – Modelo de regressão logística múltiplo, razões de chances ajustadas e correspondentes intervalos de 95% de confiança para morbidade materna grave entre gestantes e puérperas, segundo variáveis selecionadas – São Paulo – 2012

Variável	Razão de Chance	Intervalo de Confiança (95%)		p*
Idade (anos)	Referência: 20 --- 29			
10 --- 19	1,9	0,9	4,0	0,113
30 ou mais	3,7	2,0	6,9	<0,001
Tipo de parto				
Vaginal	(Referência)			
Cesárea	6,3	3,7	10,9	<0,001
Escolaridade da mãe				
Fundamental incompleto	(Referência)			
Médio incompleto	2,4	1,1	4,8	0,037
Médio completo ou mais	1,3	0,6	2,7	0,487
Aborto anterior				
Não	(Referência)			
Sim	1,7	0,9	3,2	0,086
Nº de filhos vivos anterior				
0	(Referência)			
1	0,1	0	0,6	0,011
2	0,1	0	0,3	0,001
3 ou mais	0,1	0	0,2	<0,001

* Teste de qui-quadrado

5.3 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GRAVIDEZ ATUAL

As prevalências estimadas de violência psicológica, física e sexual na gestação atual, foram, respectivamente, 12,6% (n=56), 7,6% (n=34) e 1,6% (n=7). Considerando-se a ocorrência de violência psicológica e/ou física e/ou sexual a prevalência estimada foi de 12,8% (n=57).

Nas Tabelas 7, 9 e 11 são apresentadas as proporções de cada tipo de violência segundo os níveis das variáveis independentes e correspondentes valores de p do teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Por apresentar baixa frequência entre as mulheres estudadas, realizou-se apenas a análise simples para violência sexual atual.

Verificou-se associação significativa da violência psicológica apenas com situação conjugal, em que mulheres sem parceiro sofrem mais violência (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição de frequências de violência psicológica na gravidez atual relatada por gestantes e puérperas, segundo variáveis sociodemográficas, reprodutivas e de parceria – São Paulo - 2012

Variável	Violência psicológica				Total	p*
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Hospital (n=446)						0,544
HMU/SBC	31	13,5	199	86,5	230	
H. Mulher	25	11,6	191	88,4	216	
Idade (anos) (n=446)						0,158
10 --- 19	11	13,3	72	86,7	83	
20 --- 29	25	10,1	222	89,9	247	
30 ou mais	20	17,2	96	82,8	116	
Tipo de parto (n=427)						0,165
Cesárea	23	15,4	126	84,6	149	
Vaginal	30	10,8	248	89,2	278	
Peso ao nascer (gramas) (n=397)						0,972
Menos de 2500	6	12,5	42	87,5	48	
2500 ou mais	43	12,3	306	87,7	349	
Escolaridade (n=446)						0,875
Fundamental incompleto	15	13,9	93	86,1	108	
Médio incompleto	14	11,7	106	88,3	120	
Médio completo ou mais	27	12,4	191	87,6	218	

“continua”

“continuação”						
Variável	Violência psicológica				Total	p*
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Cor da pele (n=446)						0,960
Branca	23	12,0	168	88,0	191	
Preta ou parda	25	12,9	169	87,1	194	
Outra	8	13,1	53	86,9	61	
Religião (n=446)						0,207
Católica	21	9,8	194	90,2	215	
Evangélica	25	16,9	123	83,1	148	
Sem religião	1	6,7	14	93,3	15	
Outra	9	13,2	59	86,8	68	
Ocupação (n=446)						0,710
Dona de casa	22	13,3	144	86,7	166	
Empregada doméstica	1	5,3	18	94,7	19	
Trabalha em empresa	17	12,0	125	88,0	142	
Estudante e outros	5	19,2	21	80,8	26	
Desempregada	11	11,8	82	88,2	93	
Situação conjugal (n=445)						0,003
Casada ou Unida	37	10,4	318	89,6	355	
Tem parceiro (não convivem)	6	13,6	38	86,4	44	
Sem parceiro	13	28,3	33	71,7	46	
Tempo c/ o companheiro (n=401)						0,446
1 ano ou menos	8	13,6	51	86,4	59	
2 anos ou mais	35	10,2	307	89,8	342	
Idade do parceiro (anos) (n=399)						0,113
Menos de 21	5	11,6	38	88,4	43	
21 --- 30	24	11,0	194	89,0	218	
31 --- 40	7	6,9	94	93,1	101	
41 ou mais	8	21,6	29	78,4	37	
Escolaridade do parceiro (n=362)						0,596
Fundamental incompleto	10	9,4	97	90,6	107	
Médio incompleto	12	13,3	78	86,7	90	
Médio completo ou mais	16	9,7	149	90,3	165	
Idade na 1ª relação sexual (n=444)						0,585
Menos de 17 anos	30	11,3	236	88,7	266	
17 e 18	17	14,5	100	85,5	117	
19 ou mais	9	14,8	52	85,2	61	
Gravidez anterior (n=446)						0,147
0	11	7,7	132	92,3	143	
1	19	14,4	113	85,6	132	
2	11	12,9	74	87,1	85	
3 ou mais	15	17,4	71	82,6	86	
Nº de filhos vivos anteriores (n=446)						0,103
0	4	25,0	12	75,0	16	
1	16	9,6	150	90,4	166	
2	14	10,5	119	89,5	133	
3 ou mais	22	16,8	109	83,2	131	

“continua”

“continuação”		Violência psicológica				p*
Variável	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%		
Aborto anterior (n=446)						0,289
Sim	14	15,9	74	84,1	88	
Não	42	11,7	316	88,3	358	
Natimorto anterior (n=446)						0,591
Sim	1	7,7	12	92,3	13	
Não	55	12,7	378	87,3	433	
Uso de anticoncepcional (n=446)						0,829
Sim	28	12,9	189	87,1	217	
Não	28	12,2	201	87,8	229	

*Teste de qui-quadrado

*Teste de qui-quadrado

No modelo de regressão logística múltiplo, em que cada variável independente é ajustada aos níveis das outras variáveis, observaram-se os seguintes efeitos para violência psicológica atual (Tabela 8): religião, em que a chance de uma gestante evangélica sofrer violência é 2,0 vezes (IC95%: 1,0–3,8) a de uma gestante católica; situação conjugal, em que a chance de uma gestante sem parceiro é 3,6 vezes (IC95%: 1,7–7,7) a de uma gestante casada ou que vive com o parceiro; número de gestações anteriores, em que a chance de uma mulher que engravidou uma vez é 3,2 vezes a de uma primigesta; e número de filhos anterior, em que a chance de uma gestante sem filho sofrer violência psicológica é 5 vezes a de uma gestante com 2 filhos (IC95%: 0–0,6).

Tabela 8 - Modelo de regressão logística múltiplo, razões de chances ajustadas e correspondentes intervalos de 95% de confiança para violência psicológica na gravidez atual entre gestantes e puérperas, segundo variáveis selecionadas – São Paulo – 2012

Variável	Razão de Chance	Intervalo de confiança (95%)		p*
Religião				
Católica	(Referência)			
Evangélica	2,0	1,0	3,8	0,042
Sem religião	0,4	0,1	3,7	0,446
Outra	1,4	0,6	3,3	0,468
Situação Conjugal				
Casada ou Unida	(Referência)			
Tem parceiro (não convivem)	1,5	0,6	3,9	0,406
Sem parceiro	3,6	1,7	7,7	0,001
Gravidez Anterior				
0	(Referência)			
1	3,2	1,2	8,9	0,025
2	2,1	0,5	9,2	0,312
3 ou mais	2,6	0,6	12,1	0,220
Nº de filhos vivos anterior				
0	(Referência)			
1	0,3	0,1	1,1	0,074
2	0,2	0	0,6	0,010
3 ou mais	0,3	0,1	1,7	0,180

*Teste qui-quadrado

Observaram-se efeitos das seguintes variáveis para violência física (Tabela 9): ocupação (é maior na categoria de estudantes, esporádicos e outros); situação conjugal (é maior em mulheres sem parceiro); número de gravidezes anterior (é menor em mulheres primigestas) e número de filhos vivos antes da gravidez atual (é maior em mulheres sem filhos).

Tabela 9 - Distribuição de frequências de violência física na gravidez atual relatada por gestantes e puérperas, segundo variáveis sociodemográficas, reprodutivas e de parceria – São Paulo – 2012

Variável	Violência física				Total	p*
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Hospital (n=446)						0,216
HMU/SBC	21	9,1	209	90,9	230	
H. Mulher	13	6,0	203	94,0	216	
Idade (anos) (n=446)						0,149
10 --- 19	10	12,1	73	87,9	83	
20 --- 29	14	5,7	233	94,3	247	
30 ou mais	10	8,6	106	91,4	116	
Tipo de parto (n=4427)						0,748
Cesárea	12	8,1	137	91,9	149	
Vaginal	20	7,2	258	92,8	278	

“continua”

“continuação”						
Variável	Violência física				Total	p*
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Peso ao nascer (gramas) (n=397)						0,473
Menos de 2500	5	10,4	43	89,6	48	
2500 ou mais	26	7,5	323	92,5	349	
Escolaridade (n=446)						0,747
Fundamental incompleto	10	9,3	98	90,7	108	
Médio incompleto	9	7,5	111	92,5	120	
Médio completo ou mais	15	6,9	203	93,1	218	
Cor da pele (n=446)						0,685
Branca	15	7,9	176	92,1	191	
Preta ou parda	16	8,3	178	91,7	194	
Outra	3	4,9	58	95,1	61	
Religião (n=446)						0,361
Católica	13	6,1	201	93,9	215	
Evangélica	16	10,8	132	89,2	148	
Sem religião	1	6,7	14	93,3	15	
Outra	4	5,9	64	94,1	68	
Ocupação (n=446)						0,021
Dona de casa	14	8,4	152	91,6	166	
Empregada doméstica	0	0	19	100,0	19	
Trabalha em empresa	9	6,4	133	93,7	142	
Estudante e outras	6	23,1	20	76,9	26	
Desempregada	5	5,4	88	94,6	93	
Situação conjugal (n=445)						0,005
Casada ou Unida	23	6,5	332	93,5	355	
Tem parceiro (não convivem)	2	4,6	42	95,4	44	
Sem parceiro	9	19,6	37	19,6	46	
Tempo c/ o companheiro (n=401)						0,441
1 ano ou menos	5	8,5	54	91,5	59	
2 anos ou mais	20	5,9	322	94,1	342	
Idade do parceiro (anos) (n=399)						0,291
Menos de 21	5	11,6	38	88,4	43	
21 --- 30	12	5,5	206	94,5	218	
31 --- 40	5	5,0	96	95,0	101	
41 ou mais	4	10,8	33	89,2	37	
Escolaridade do parceiro (n=362)						0,254
Fundamental incompleto	6	5,6	101	94,4	107	
Médio incompleto	9	10,0	81	90,0	90	
Médio completo ou mais	8	4,9	157	95,1	165	
Idade na 1ª relação sexual (n=444)						0,670
Menos de 17 anos	21	7,9	245	92,1	266	
17 e 18	10	8,6	107	91,4	117	
19 ou mais	3	4,9	58	95,1	61	
Gravidez anterior (n=446)						0,020
0	4	2,8	139	97,2	143	
1	16	12,1	116	87,9	132	
2	5	5,9	80	94,1	85	

“continua”

“conclusão”		Violência física				p*
Variável	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%		
3 ou mais	9	10,5	77	89,5	86	0,018
Nº de filhos vivos anterior (n=446)						
0	4	25,0	12	75,0	16	
1	7	4,2	159	95,8	166	
2	12	9,0	121	91,0	133	
3 ou mais	11	8,4	120	91,6	131	
Aborto anterior (n=446)						0,304
Sim	9	10,2	79	89,8	88	
Não	25	7,0	333	93,0	358	
Natimorto anterior (n=446)						0,992
Sim	1	7,7	12	92,3	13	
Não	33	7,6	400	92,4	433	
Uso de anticoncepcional (n=446)						0,380
Sim	19	8,8	198	91,2	217	
Não	15	6,6	214	94,4	229	

*Teste de qui-quadrado

No modelo múltiplo, após ajustamento de cada variável independente aos níveis das demais variáveis, observaram-se os seguintes efeitos para violência física (Tabela 10): idade da mãe, em que gestantes com menos de 20 anos sofrem mais violência física do que gestantes da faixa etária de 20 a 29 anos, com razão de chances igual a 3,3 (IC95%:1,2–8,9); situação conjugal, em que mulheres sem parceiro sofrem mais violência (RC=3,7; IC95%: 1,5–9,1); gravidez anterior, em que mulheres que já engravidaram uma vez (RC=8,3; IC95%: 2,0–33,5) sofrem mais violência do que as primigestas; e número de filhos nascidos vivos em gestações anteriores, em que mulheres que já têm filho(s) sofrem menos violência (RC=0,1; IC95%:0-0,9).

Tabela 10 - Modelo de regressão logística múltiplo, razões de chances ajustadas e correspondentes intervalos de 95% de confiança para violência física na gravidez atual entre gestantes e puérperas, segundo variáveis selecionadas – São Paulo – 2012

Variável	Razão de Chance	Intervalo de Confiança (95%)		p*
Idade (anos)				
10 --- 19	3,3	1,2	8,9	0,016
20 --- 29	(Referência)			
30 ou mais	1,2	0,5	3,0	0,626
Situação conjugal				
Casada / Unida	(Referência)			
Tem parceiro (não convivem)	0,6	0,1	3,0	0,569
Sem parceiro	3,7	1,5	9,1	0,004
Gravidez anterior				
0	(Referência)			
1	8,3	2,0	33,5	0,003
2	3,6	0,6	23,6	0,180
3 ou mais	6,4	0,9	44,7	0,062
Nº de filhos vivos anterior				
0	(Referência)			
1	0,1	0	0,6	0,009
2	0,1	0	0,5	0,005
3 ou mais	0,1	0	0,9	0,042

*Teste qui-quadrado

Destaca-se que as diferenças observadas entre as análises simples e múltiplas relacionadas à ocorrência de VPI psicológica e física, de acordo com as Tabelas 7 e 8, e Tabelas 9 e 10, respectivamente, indicam que houve confundimento nos efeitos das variáveis independentes (sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e de parceria). Entretanto, na presente conclusão prevaleceram os resultados da análise com ajustamento (múltipla).

Desta forma, observou-se que os maiores riscos para a ocorrência de violência psicológica na gestação entre os casos e os controles foram: ser evangélica, não ter parceiro, não ser primigesta e não ter filhos; e para ocorrência física: ter menos de 20 anos, não ter parceiro, não ser primigesta e não ter filhos.

A violência sexual não apresentou associação com nenhuma das variáveis estudadas, possivelmente devido ao baixo número de mulheres que sofreram este tipo de violência (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição de frequências de violência sexual na gravidez atual relatada por gestantes e puérperas, segundo variáveis sociodemográficas, reprodutivas e de parceria – São Paulo – 2012

Variável	Violência sexual				Total	p*
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Hospital (n=446)						1,000
HMU/SBC	4	1,7	226	98,3	230	
H. Mulher	3	1,4	213	98,6	216	
Idade (anos) (n=446)						0,592
10 --- 19	1	1,2	82	98,8	83	
20 --- 29	3	1,2	244	98,8	247	
30 ou mais	3	2,2	113	97,4	116	
Tipo de parto (n=427)						0,245
Cesárea	4	2,7	145	97,3	149	
Vaginal	3	1,1	275	98,9	278	
Peso ao nascer (gramas) (n=397)						0,597
Menos de 2500	1	2,1	47	97,9	48	
2500 ou mais	6	1,7	343	98,3	349	
Escolaridade (n=446)						
Fundamental incompleto	3	2,8	105	97,2	108	
Médio incompleto	1	0,8	119	99,2	120	
Médio completo ou mais	3	1,4	215	98,6	218	
Cor da pele (n=446)						0,584
Branca	4	2,1	187	97,9	191	
Preta ou parda	2	1,0	192	99,0	194	
Outra	1	1,6	60	98,4	61	
Religião (n=446)						0,815
Católica	4	1,9	211	98,1	215	
Evangélica	3	2,0	145	98,0	148	
Sem religião	0	0	15	100,0	15	
Outra	0	0	68	100,0	68	
Ocupação (n=446)						0,951
Dona de casa	3	1,8	163	98,2	166	
Empregada doméstica	0	0	19	100,0	19	
Trabalha em empresa	2	1,4	140	98,6	142	
Estudante e outras	0	0	26	100,0	26	
Desempregada	2	2,2	91	97,8	93	
Situação conjugal (n=445)						0,105
Casada/com comp.	4	1,1	351	98,9	355	
Tem parceiro (não convivem)	2	4,6	42	95,4	44	
Sem parceiro	1	2,2	45	97,8	46	
Tempo c/ o companheiro (n=401)						1,000
1 ano ou menos	1	1,7	58	98,3	59	
2 anos ou mais	5	1,5	337	98,5	342	
Idade do parceiro (anos) (n=399)						0,841
Menos de 21	0	0	43	100,0	43	
21 --- 30	5	2,3	213	97,7	218	
31 --- 40	1	1,0	100	99,0	101	
41 ou mais	0	0	37	100,0	37	
						“continua”

"continua"

“continuação”						
Variável	Violência sexual				Total	p*
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Escolaridade do parceiro (n=362)						0,280
Fundamental incompleto	0	0	107	100,0	107	
Médio incompleto	2	2,2	88	97,8	90	
Médio completo ou mais	2	1,2	163	98,8	165	
Idade na 1ª relação sexual (n=444)						0,839
Menos de 17 anos	5	1,9	261	98,1	266	
17 e 18	1	0,9	116	99,1	117	
19 ou mais	1	1,6	60	98,4	61	
Gravidez anterior (n=446)						0,177
0	0	0	143	100,0	143	
1	3	2,3	129	97,7	132	
2	2	2,4	83	97,7	85	
3 ou mais	2	2,3	84	97,7	86	
Nº filhos vivos anterior (n=446)						0,128
0	0	0	16	100,0	16	
1	0	0	166	100,0	166	
2	3	2,3	130	97,7	133	
3 ou mais	4	3,1	127	96,9	131	
Aborto anterior (n=446)						1,000
Sim	1	1,1	87	98,9	88	
Não	6	1,7	352	98,3	358	
Natimorto anterior (n=446)						1,000
Sim	0	0	13	100,0	13	
Não	7	1,6	426	98,4	432	
Uso de anticoncepcional (n=446)						1,000
Sim	4	1,8	213	98,2	217	
Não	3	1,3	226	98,7	229	

*Teste exato de Fischer

*Teste exato de Fischer

Por fim destaca-se como principal conclusão do estudo, que a análise de regressão logística múltipla da variável CPAV, segundo as variáveis explicativas, violência psicológica e física identificou que nenhum tipo de violência apresentou significância estatística para o desfecho investigado, ou seja, para ocorrência de CPAV, mesmo quando ajustada para cada uma das variáveis explicativas (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos casos de morbidade materna grave e dos controles, segundo tipificação de violência ocorrida na gravidez atual, entre gestantes e puérperas – São Paulo – 2012 (n=446)

Variável	CASOS		CPAV CONTROLES		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Violência Psicológica Atual							0,662
Sim	15	13,8	41	12,2	56	12,6	
Não	94	86,2	296	87,8	390	87,4	
Violência Física Atual							0,264
Sim	11	10,1	23	6,8	34	7,6	
Não	98	89,9	314	93,2	412	92,4	
Violência Sexual Atual							0,529
Sim	1	0,9	6	1,8	7	1,6	
Não	108	99,1	331	98,2	439	98,4	

* Teste de qui-quadrado

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 ANÁLISE DOS DADOS

A amostra do estudo é representada em sua maioria por mulheres adultas jovens, escolarizadas, brancas, católicas, casadas ou unidas, sem renda própria, ou seja, donas de casa, estudantes ou desempregadas.

Observa-se que a amostra caracterizou-se por mulheres com escolaridade média superior a onze anos de estudo, diferentemente dos resultados obtidos em outros estudos nacionais, que evidenciaram escolaridade inferior a oito anos de estudo (MARINHEIRO et al., 2006; MOTA et al., 2007; SILVA et al., 2011; VIEIRA et al., 2011).

Por outro lado, verifica-se que embora o nível de escolaridade seja elevado, este fato não é suficiente para que tais mulheres possam garantir sua autonomia financeira, considerando-se que apenas 36% das mulheres declaram exercício de atividade remunerada, percentual inferior ao observado nos estudos sobre VPI entre mulheres. (MARINHEIRO et al., 2006; SCHRAIBER et al., 2007; SILVA et al., 2011).

Adverte-se, porém, que a autonomia financeira parece ser dependente de contextos específicos, porém condicionada ao referencial de gênero. Entre mulheres de área rural de Pernambuco, participantes do estudo “WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence Against Women”, a autonomia financeira foi identificada como fator de risco para sofrer VPI. Segundo os autores, esta autonomia pode configurar-se como potencial transgressão dos padrões tradicionais de gênero, sendo a mulher punida pela VPI. Entretanto esta associação não foi observada entre as entrevistadas de São Paulo (capital). Nos grandes centros a mulher trabalha fora de casa há mais tempo e, portanto, esta é uma situação mais aceitável culturalmente, além de mais valorizada para a composição da renda familiar (D’OLIVEIRA et al., 2009).

Cabe destacar ainda, que a caracterização da cor da pele foi autorreferida, tendo sido observado maior percentual de mulheres brancas. Segundo LOPES (2003), a identificação racial pode se dar de duas maneiras distintas: opcional e

contextual, a depender da forma de solicitação da informação e da sua repercussão social e econômica em termos de benefícios e prejuízos subsequentes a esta classificação. A autora explora a ideologia do embranquecimento, fruto da interferência de fatores socioeconômicos e de supostas conjecturas de terceiros no processo de autoclassificação em direção ao branco, em função dos impactos desta ideologia.

Adverte-se, portanto, sobre uma possível tendência para o embranquecimento da amostra, na medida da possibilidade das mulheres pretas se autoclassificarem como pardas e estas como brancas. A ausência de diferença estatística entre ocorrência de violência e cor da pele pode ter repercutido ou não em um erro sistemático de informação.

Por outro lado, a violência contra as mulheres pode ser encontrada em todos os grupos raciais e étnicos. Estudos sobre VPI indicam que as mulheres entrevistadas declararam-se preferencialmente como brancas (MARINHEIRO et al., 2006; SCHRAIBER et al., 2007), a despeito do observado por Silva et al., 2011, onde 80,4% da amostra foi representada por mulheres não brancas.

Observou-se que as mulheres entrevistadas iniciaram atividade sexual por volta dos 16 anos e declararam estar utilizando contracepção antes da gravidez atual, preferencialmente o método hormonal oral, sendo negado uso de preservativos pelo parceiro atual para prevenção de IST na maioria dos casos. Possuem em média dois filhos, embora um terço da amostra seja representado por primigestas.

Pesquisa desenvolvida por Barros et al. (2011) identificou associação estatisticamente significativa entre VPI e a infecção pelo HIV. Mostraram-se associadas à suspeita de HIV idade entre 29 e 39 anos, não viver com o parceiro, maior escolaridade, até três gestações e início da atividade sexual aos 15 anos ou menos.

Desta forma, os resultados atuais sugerem maior vulnerabilidade à infecção por doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que, ocorrem sem uso de preservativos e podem causar lesões genitais ou anais que favoreçam as IST (DECKER et al., 2009 *apud* BARROS et al., 2011, p.368).

Embora não tenha sido investigado sobre a intencionalidade da gravidez atual, os resultados sugerem déficit de autocuidado com relação à regulação da fertilidade e proteção contra IST, considerando-se que na maioria dos casos a

gravidez ocorreu mediante falha de uso de métodos contraceptivos. Desta forma, verifica-se que as mulheres entrevistadas apresentam baixa autonomia sexual e reprodutiva.

A proporção de partos vaginais na amostra geral foi de 65%, entretanto, apenas um quarto deles foi realizado sem episiotomia. Por outro lado, observou-se que, entre os casos de morbidade materna grave, foram realizados 67,7% de cesarianas e, entre os controles, esta proporção caiu para 25,4%, principalmente porque foram incluídas neste grupo somente as cesarianas iterativas.

O percentual de partos sem episiotomia ainda é muito baixo, embora vários ensaios clínicos randomizados forneçam evidências de que a realização da episiotomia rotineira não protege o assoalho pélvico, sendo causa de maior dor, sangramento e complicações intra e pós-operatórias (CARVALHO et al., 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) não recomendam a episiotomia rotineira e ressaltam a importância de que, a realização deste procedimento se dê mediante consentimento informado, livre e esclarecido da parturiente, a qual se justifique de forma restrita tal indicação (CARVALHO et al., 2010).

Neste sentido, observou-se que nos hospitais selecionados para o estudo ainda predomina a prática tradicional de atenção ao parto, baseada no modelo biomédico e intervencionista, considerando-se a proporção de partos vaginais e a taxa de episiotomias entre as parturientes que integraram a amostra de estudo.

Cabe destacar que a OMS (WHO, 1996), recomenda que o modelo de atenção obstétrica priorize o respeito à individualidade de cada mulher em seu processo de parturição, no qual as intervenções devem ser cuidadosas, utilizando-se os recursos tecnológicos disponíveis, com o intuito de proporcionar um parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Portanto, recomenda-se que a assistência obstétrica seja centrada nas necessidades da parturiente, compreendida como um sujeito singular, adotando-se práticas que valorizem o seu protagonismo no parto, além de mudanças de atitudes da equipe de saúde e das rotinas na prática clínica diária (WHO, 1996; MACHADO; PRAÇA, 2006; WOLFF; WALDOW, 2008; DINIZ, 2009).

Isto porque na medida em que sejam propiciados ambientes acolhedores às mulheres; que a equipe de saúde promova o fortalecimento de vínculos assistenciais

com as mesmas, respeitando seus direitos de cidadania sob a perspectiva de gênero, raça e etnia e outras especificidades, tornar-se-ão propícias às condições para o rastreamento rotineiro de violência por parceiro íntimo, entre as mulheres usuárias dos serviços, conforme será abordado mais adiante.

A despeito da ausência de significância estatística, na análise de regressão logística múltipla, entre o desfecho – condições potencialmente ameaçadoras da vida, e exposição à violência psicológica, física ou sexual por parceiro íntimo durante a gravidez atual, o estudo mostra que as taxas de violência física, psicológica e sexual, assim como alguns fatores associados à VPI na gestação, oferecem uma melhor compreensão do problema sob a perspectiva da saúde materna.

Neste sentido, os resultados deste estudo evidenciam que a violência perpetrada por parceiro íntimo durante a gestação representa um importante problema de saúde pública, visto que praticamente 13% da amostra relatou este tipo de experiência. Embora não haja consenso na literatura se a gravidez é fator de proteção ou de risco para a VPI, estes achados mostram que a gravidez não representou um período de proteção para a mulher (SILVA et al., 2011).

A taxa de VPI física e/ou psicológica e/ou sexual de 12,8% (n=57) é consistente com resultados de estudos realizados nos últimos cinco anos, que apresentaram taxas de prevalência de VPI (psicológica e/ou física e/ou sexual) na gestação atual variáveis entre 3,2% até 43,1% (SANCHEZ et al., 2008; KIM et al., 2010) sob influência do método do estudo.

Considerando-se a tipificação da violência, observou-se prevalência de violência psicológica (12,7%; n=56) inferior ao identificado na literatura, entre 16% e 46,9% (JOHRI et al., 2011; COONROD et al., 2007). O mesmo foi observado com relação à violência sexual (1,6%; n=7), cujas taxas se mostram variáveis entre 3% a 9,1% (JOHRI et al., 2011; CHAN et al., 2011). Entretanto, os 7,6% (n=34) de violência física estão compatíveis com 3,6% e 21%, observados na literatura atual (CHU; GOODWIN; D'ANGELO, 2011; PERALES et al., 2009).

Cabe destacar que esta comparabilidade entre as taxas de VPI estará condicionada ao tipo de instrumento utilizado para a investigação, da população de estudo, do momento do ciclo gravídico puerperal em que as mulheres foram abordadas, do local da pesquisa, entre outros fatores relacionados às características do país de origem da pesquisa.

Por exemplo, Coonrod et al., (2007) também identificou 7,6% de VPI física na gestação atual, entretanto, utilizou-se de outro instrumento, baseado na escala CTS (Conflict Tactis Scale) e abordagem por inquérito pelo computador, aplicado a gestantes em acompanhamento pré-natal no Arizona (EUA).

Por outro lado, Audi et al. (2008), utilizando-se do mesmo instrumento do presente estudo, identificou 19,1% de VPI psicológica e 6,5% de violência física e sexual, entre gestantes de Campinas, SP, que por sua vez, foram entrevistadas em unidades de saúde onde faziam o pré-natal.

Estudo transversal com 2.392 mulheres, que tiveram partos em um centro de referência público de Lima (Peru), que realizou abordagem sobre VPI na gestação atual, a partir de um instrumento adaptado de um inquérito demográfico de saúde Peruano e do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica da Organização Mundial da Saúde, identificou altas taxas de VPI psicológica (37,8%) e física (21%), além de 4,1% de violência sexual. (PERALES et al., 2009).

Utilizando-se de um questionário adaptado deste mesmo instrumento da OMS, Silva et al. (2011) realizaram um estudo de coorte com 960 mulheres de 18 a 49 anos, cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade do Recife, PE, entre 2005 e 2006. As mulheres foram entrevistadas durante a gestação e no puerpério, para avaliar o padrão de ocorrência da violência por parceiro íntimo, entre estes períodos. Foi identificada prevalência de 28,8% (n=276) de violência psicológica, 11,6% (n=111) de violência física e 5,6% (n=54) de violência sexual. Segundo os autores, a violência psicológica foi a de maior prevalência; a sexual, a menos prevalente, especialmente no pós-parto, e a física diminuiu quase 50% durante a gestação em comparação com o período anterior.

Portanto, apreende-se que gestantes apresentam maior vulnerabilidade à violência psicológica, sendo a violência sexual a de menor prevalência nesta população. É importante que os profissionais de saúde estejam alertas às mulheres que sofrem VPI antes da gestação, pois estas têm quase 12 vezes mais chance de sofrer violência na gravidez, dado também encontrado por outras pesquisas (SILVA et al., 2011).

Acrescenta-se que dentre as 57 (12,8%) mulheres da amostra do presente estudo que relataram VPI na gestação atual, 98,2% (56) referiram violência psicológica. Embora não deixe sinais visíveis como a violência física, não devem ser desconsideradas as consequências deste tipo de violência para a saúde materna

(LUDERMIR et al., 2008). Sob a análise de gênero compreende-se que na grande maioria das vezes, os atos perpetrados são naturalizados nas relações conjugais.

Também se apreende desta análise, que as características e condições de vida desfavoráveis das gestantes submetidas à VPI, podem ser mais facilmente compreendidas a partir da análise de gênero (DURAND; SCHRAIBER, 2007; FLORES et al., 2008; SALAZAR et al., 2009; SCHREINER, 2008).

Privadas de autonomia para o exercício pleno de funções sociais como acesso à educação, ao trabalho remunerado, a serviços de saúde e demais políticas públicas de apoio social, as mulheres em geral, submetem-se a uma hierarquia de poder masculino hegemônica, constituída social e culturalmente em diversas sociedades e, em particular, nos países com piores indicadores de desenvolvimento humano e social (ELLSBERG, 2006).

Desta forma, a violência contra a mulher, se reproduz a partir das relações assimétricas de poder entre os sexos, fundamentadas em papéis sociais assumidos por homens e mulheres nas sociedades ao longo da história, e que determinam a subordinação e a opressão feminina, com base em sua função reprodutiva (SCHREINER, 2008).

Portanto, a violência na gestação torna-se tão comum quanto às demais condições rastreadas normalmente no pré-natal (ELLSBERG, 2006; SALAZAR et al., 2009). Estas diferentes taxas de prevalência sugerem que as normas culturais de cada país, em certa medida podem influenciar no grau relativo de proteção que a fase da gravidez possa assegurar contra os atos violentos.

Por outro lado, entende-se que o acesso a recursos sociais e mudanças de atitude das mulheres para não tolerar abusos e o poder de controle do parceiro, podem interferir na redução das taxas de violência na gestação (FLORES et al., 2008; SALAZAR et al., 2009).

Desta forma, observou-se que os fatores associados à ocorrência de VPI na gestação a partir do modelo de regressão logística múltiplo, são compatíveis com a baixa autonomia das mulheres no enfrentamento da violência: mulheres evangélicas (RC= 2,0; IC95%:1,0-3,8), sem parceiro (RC= 3,6; IC95%:1,7-7,7), e que engravidaram pelo menos uma vez antes da gravidez atual (RC=3,2; IC95%:1,2-8,9), apresentam maior razão de chances de sofrer violência psicológica. Já as adolescentes (RC=3,3; IC95%:1,2-8,9), gestantes sem parceiros (RC=3,7;

IC95%:1,5-9,1) ou que tiveram uma gravidez anterior (RC=8,3; IC95%: 2,0-33,5) apresentam maiores chances de violência física.

Acredita-se que os fatores associados à ocorrência de VPI na gestação identificados neste estudo podem ser utilizados como marcadores de risco pelos profissionais de saúde, de forma a possibilitar o aumento da visibilidade do fenômeno da violência nos serviços de atenção à saúde.

Por outro lado, observaram-se maiores chances de desenvolver condições potencialmente ameaçadoras da vida entre mulheres acima de 30 anos de idade (RC= 3,7; IC95%:2,0-6,9), com ensino médio incompleto (RC= 2,4; IC95%:1,1-4,8), história pregressa de abortamento (RC= 1,7; IC95%:0,9-3,2) e cujo parto atual foi cesariana (RC= 6,3; IC95%:3,7-10,9).

Os resultados corroboram que a ocorrência do desfecho está associada às condições sociodemográficas e reprodutivas desfavoráveis, à semelhança da exposição à violência por parceiro íntimo, que por sua vez denotam as dificuldades de acesso e de abordagem qualificada das necessidades desta clientela no sistema de saúde.

Segundo Pacagnella (2011, p.84):

“Embora saibamos que o sistema de saúde brasileiro é organizado de acordo com os níveis de complexidade do cuidado, de maneira a proporcionar atenção integral e universal através de redes de referência regional de prestadores de serviços complementares, existe uma grande fragilidade nessa rede com relação à assistência obstétrica, em especial na atenção secundária”.

É importante considerar que as mulheres incluídas no grupo de casos apresentaram condições de maior vulnerabilidade à morte materna, que está entre os piores indicadores de saúde, especialmente em contextos de precariedade de recursos, a despeito das ações globais para a sua redução (SAY et al., 2009).

Portanto a redução no índice de mortalidade indicaria melhoria na qualidade do atendimento de emergência, ampliando-se a capacidade do sistema de saúde para prevenir e tratar adequadamente as emergências obstétricas (SAY et al., 2009).

Neste sentido, a adoção dos critérios relativos às CPAV como eventos sentinelas para a detecção e abordagem precoces da morbidade materna grave, representa uma estratégia significativamente qualificada para a prevenção da morbimortalidade materna.

Assim, os resultados deste estudo permitiram construir indicadores de monitoramento da qualidade do cuidado obstétrico em conformidade ao novo consenso da OMS (Say et al., 2009). Por outro lado, a possibilidade de comparação e validação externa dos mesmos foi dificultada, considerando-se que os critérios para identificação de casos disponíveis na literatura ainda são muito variáveis, e por sua vez, as taxas de prevalência de CPAV e “near miss” materno também o são.

Recente revisão sistemática sobre a prevalência de “near miss” materno identificou entre 82 estudos de 46 países distintos, publicados entre 1997 e 2004, taxas variáveis entre 0.6 e 14.98%, quando considerados os critérios de morbidades específicas; de 0.04 a 4.54% em se tratando de critérios baseados na complexidade de manejo; e de 0.14 a 0.92%, de acordo com o critério de disfunção orgânica (TUNÇALP et al, 2012).

Desta forma, considerando-se que no presente estudo, foi adotada a definição de casos baseada na combinação dos três critérios, a prevalência de “near miss” materno de 5,62/1.000NV, ou seja, 0,56% é consistente com os recentes resultados apresentados pelos autores que integram o Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS (TUNÇALP et al, 2012).

Entende-se que o reconhecimento precoce de casos mais graves é o primeiro passo para a tomada de medidas específicas, de forma a construir um sistema de vigilância real para a saúde materna, ampliando-se a possibilidade de intervenções que realmente levem à redução das mortes desnecessárias de mulheres grávidas ou no pós-parto em todo o mundo, assim como, dos agravos decorrentes da morbidade materna grave sobre a saúde destas mulheres (CECATTI et al., 2011; HADDAD et al., 2011).

Os resultados elucidaram sobre a alta magnitude de casos CPAV. Em se tratando do modelo tradicional de vigilância aos óbitos maternos, como parâmetro de investigação e intervenção sobre o cuidado obstétrico, observa-se que o monitoramento destes casos no cotidiano da atenção obstétrica é viável e efetivo para a prevenção das mortes maternas.

Portanto, VPI e morbidade materna grave configuram-se como questões de gênero e de direitos humanos e devem ser apreendidas como tal no campo das políticas públicas de atenção à saúde (GARCIA-MORENO et al., 2006; YAMIN, 2010).

Segundo Yamin (2010, p.100) todas as iniciativas que adotam a perspectiva de direitos na prevenção da mortalidade materna destacam a importância da *accountability*:

“A *accountability*, numa abordagem de direitos humanos da saúde materna, relaciona-se ao dever de “respeitar, proteger e garantir” uma ampla gama de direitos políticos, bem como de direitos sociais e econômicos, ultrapassando as fronteiras do setor de saúde. A mortalidade materna não está apenas fundamentalmente ligada aos status econômico e social da mulher na sociedade, mas está também relacionada à desigualdade de gênero e a violações aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que constituem graves injustiças mesmo quando não estão diretamente relacionadas à morbidade ou à mortalidade das mulheres”.

De acordo com Diniz (2009), a assistência à saúde materna no Brasil é permeada por dois grandes dilemas: o problema da falta de tecnologia apropriada e o problema do excesso tecnologia inapropriada. A autora adverte que isso não pode ser tratado senão por uma perspectiva de gênero nas questões de saúde reprodutiva, na medida em que os benefícios da tecnologia se sobrepõem aos efeitos adversos das intervenções, considerando-se o corpo feminino, sob a perspectiva da sexualidade e parturição, como algo a ser corrigido ou tutelado. Acrescenta sobre a importância do uso da categoria gênero para a promoção dos direitos das mulheres e também de mudanças nos modelos típicos de assistência à saúde materna.

A partir deste referencial de análise, acredita-se que a atenção à saúde materna deve ser repensada a partir das perspectivas de gênero e direitos humanos, especificamente no que se refere à abordagem da VPI e da morbidade materna grave. Ambos os eventos, implicam em mudanças institucionais significativas no sentido de: 1) dar visibilidade a um problema de saúde pública que geralmente não é abordado na prática dos serviços de saúde – a violência por parceiro íntimo; 2) desenvolver ações eficazes para redução das taxas de mortalidade materna, que vão além da investigação de óbitos. Isto significa adotar novos referenciais para a melhoria da assistência obstétrica, a partir do monitoramento contínuo de gestantes ou puérperas que desenvolveram condições potencialmente ameaçadoras da vida, além do manejo baseado em evidências científicas e humanização da assistência.

Segundo De Ferrante et al.(2009, p.297):

“É preciso dar atenção para as questões de gênero e de classe que atravessam as percepções que os profissionais têm em relação ao fenômeno da violência doméstica e às mulheres acometidas, para que os serviços de saúde se constituam em espaços de acolhimento e apoio, integrando-se efetivamente à rede de atendimento”.

Configura-se, portanto, a necessidade de rastreamento rotineiro através dos formulários de atendimento e da qualificação da atenção por parte dos profissionais, podendo resultar na identificação dos casos e, portanto, no desenvolvimento de tecnologias assistenciais mais aprimoradas.

Inúmeras organizações internacionais, como a Associação Médica Americana (AMA), Academia Americana de Médicos de Família, o Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiras (ACNM) a Joint Commission de Acreditação das Organizações de Cuidado à Saúde, além da Organização Mundial de Saúde e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), recomendam que seja feito o rastreamento rotineiro de VPI entre as mulheres atendidas em serviços de atenção primária e secundária de saúde, desde o planejamento familiar, consultas ginecológicas, de pré-natal, internações relacionadas à gravidez de risco e ao parto, até a consulta de puerpério (BAILEY, 2010).

A despeito destas recomendações, estudos apontam que a maioria das gestantes não é questionada sobre VPI no atendimento ao pré-natal e no parto, na prática cotidiana da atenção à saúde (MEARS et al., 2005; HINDIN, 2006; SHARPS et al., 2008; RODRIGUEZ et al., 2009; KATAOKA et al., 2010).

O abuso físico ou sexual pode ser facilmente observado em alguns casos ou apresentar-se escamoteado em meio a queixas vagas e inespecíficas, passando-se despercebido pelos profissionais de saúde, sem que possam ser levantadas suspeitas (HEISE et al., 1999).

Um estudo qualitativo realizado com enfermeiras norte-americanas mostrou que a prática das parteiras é inconsistente em relação ao rastreio da VPI na gestação e no parto. De acordo com os resultados, a identificação da VPI é um desafio para todos os prestadores de cuidados primários à saúde, face à complexidade da abordagem, necessidade de ambiente adequado, além de questões culturais implicadas à VPI (HINDIN, 2006).

Resultados semelhantes foram identificados através de uma pesquisa realizada na Bélgica, com 478 médicos ginecologistas e obstetras, que se mostraram pouco familiarizados com a abordagem sobre VPI e subestimaram a

extensão do problema. Apenas 8,4% dos entrevistados afirmaram ter realizado algum tipo de interrogatório sobre VPI em sua prática. Embora os profissionais investigados tenham considerado que o rastreio pode ser um meio eficaz de contribuir com a redução de comportamentos abusivos, foram identificadas algumas barreiras para este tipo de prática, como falta de tempo, receio de ofender as pacientes, pouca familiaridade com os procedimentos de encaminhamento e falta aparente de serviços de referência disponíveis. Os autores concluíram que a inclusão do tema no ensino médico, treinamentos e desenvolvimento de estratégias que reforcem as orientações e recomendações sobre triagem e manejo da VPI, podem representar importantes medidas para a implantação de seu rastreamento de forma rotineira (ROELENS et al., 2006).

Vários estudos propõem estratégias diferentes para abordagem de VPI no pré-natal, que incluem desde visitas domiciliares, até métodos de rastreamento baseados em entrevistas face a face, aplicação de questionários preenchidos pelas próprias mulheres, até investigação por programas informatizados (MEARS et al., 2005; SHARPS et al., 2008; KATAOKA et al., 2010). De acordo com Kataoka et al.(2010) os questionários autopreenchidos mostraram-se mais adequados do que as entrevistas face a face.

Higgins e Hawkins (2005) a partir da experiência de implementação de um programa multicêntrico para rastreamento de VPI em 13 locais diferentes, reforçam a necessidade de se estabelecer um canal de relacionamento com os enfermeiros que cuidam dos pacientes na prática clínica, no sentido de melhorar a resolução dos problemas que surgem a partir da identificação e abordagem dos casos.

Neste sentido Moran (2008) destaca que os enfermeiros podem fazer a diferença no processo de identificação e apoio às mulheres em risco para VPI, diante da habilidade em estabelecer uma relação de confiança com as pacientes. A autora adverte, entretanto, que se deve ter cuidado com abordagens baseadas em "check-list", assim como é necessário explicar para as mulheres sobre o objetivo do questionamento, esclarecendo-as sobre o sigilo e confidencialidade das informações. Acrescenta ainda que a educação continuada é fundamental para a ampliação e qualificação do rastreio de VPI nos atendimentos.

Portanto, o presente estudo sugere a realização de rastreamento rotineiro de VPI entre gestantes desde o pré-natal, e que esta abordagem seja feita preferencialmente por enfermeiros. Isto porque parte-se do princípio da revelação de

um problema de ordem pessoal, para a qual a equipe profissional deve estar atenta, preferencialmente do ponto de vista da abordagem e do reforço da escuta.

Por outro lado, acredita-se que a identificação de casos influencie a capacidade de resposta dos serviços de saúde às necessidades das mulheres em situação de VPI, de forma a permitir o estabelecimento de uma linha de cuidados para com as gestantes, através de acompanhamento adequado e melhores condições de saúde materna e fetal.

Entretanto, na medida em que tal abordagem se inscreve no campo da saúde sexual e reprodutiva e que se refere a um fenômeno da vida privada, faz-se necessário transpor uma série de valores individuais relacionados às normas culturais e morais, nas quais os profissionais estão submetidos desde a infância até sua formação universitária.

O processo de formação de enfermeiros e das ciências da saúde em geral, é caracterizado por modelos formais e conservadores de ensino, baseados no modelo biomédico, que além de transformar os corpos femininos em objetos de estudo e intervenção, consolidam hierarquias de poder e submissão entre as diferentes categorias profissionais, a partir de funções exercidas, particularmente por médicos e enfermeiros (WOLFF; WALDOW, 2008; D'OLIVEIRA et al., 2002).

Outro aspecto relevante diz respeito ao conjunto de crenças, valores e experiências individuais de cada profissional de saúde, que devem ser considerados. Diversas vezes a violência de gênero pode representar uma realidade muito próxima dele (a) próprio (a).

As relações entre profissionais e pacientes configuram-se em situação de desigualdade de gênero e poder. Desta forma, no processo de formação profissional os aprendizes estão expostos a estas visões de mundo além de trazerem consigo próprios a violência enquanto um fenômeno extensivo da sociedade e da família (WOLFF; WALDOW, 2008; D'OLIVEIRA et al., 2002).

Neste sentido, a violência contra a mulher assume diversos significados de acordo com distintas perspectivas teóricas e disciplinares desenvolvidas, estando condicionados inclusive, às diferenças culturais específicas de cada sociedade (HEISE et al., 1999).

Desta forma, é imprescindível que os profissionais estejam preparados para a abordagem sobre um tema sensível como a violência doméstica em geral, particularmente aquela perpetrada por parceiro íntimo.

Minayo (1998) acrescenta que os profissionais da saúde devem somar colaborações interinstitucionais, intersetoriais e da sociedade civil na abordagem dos diversos tipos de violência (educação, serviços sociais, justiça, segurança pública, Ministério Público, Poder Legislativo e movimentos sociais). Propõe também uma ação interdisciplinar entre as ciências sociais, a epidemiologia e a psicologia, que articule teoria, método e estratégias de ações, dada à especificidade do objeto "violência".

Assim, é importante salientar que a problemática da violência não é de responsabilidade única do setor saúde. Este surge como um parceiro complementar à rede intersetorial de apoio a mulheres em situação de violência (MINAYO, 1998).

Compreende-se como dever dos profissionais de saúde, a detecção de casos de VPI na gestação de forma a garantir a melhoria da qualidade da atenção e maior efetividade das ações. Neste sentido, os enfermeiros podem desempenhar ações diferenciadas na identificação e acolhimento destas mulheres, de forma a promover o desenvolvimento da autonomia delas, inserindo-as na rede de recursos sociais e possibilitando que as mesmas sejam protagonistas do processo de superação da violência vivida.

Por fim acrescenta-se que o presente estudo representa uma iniciativa pioneira na investigação de VPI entre mulheres que desenvolveram morbidade materna grave, a partir da nova definição da OMS relativa aos casos "near miss" materno (SAY et al., 2009). Embora não tenha sido identificado que as mulheres expostas à violência por parceiro íntimo na gestação atual apresentem maiores chances de desfechos relacionados às Condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV), concluiu-se que tanto as gestantes expostas à VPI quanto as mulheres que desenvolveram CPAV, apresentam fatores associados que aumentam a vulnerabilidade destas mulheres a piores condições de saúde. Acredita-se na contribuição desta pesquisa no sentido da ampliação da análise destes dois fenômenos como prioridades para qualificação da atenção integral à saúde materna.

6.2 LIMITES E POTENCIALIDADES DO ESTUDO

Inicialmente, no que se refere ao método de estudo, é relevante destacar que estudos retrospectivos de casos e controles, são de fácil operacionalização; por serem rápidos, eficientes e relativamente de baixo custo, são adequados para estudos iniciais sobre teste de novas hipóteses e investigação de eventos raros (SESSO et al., 1987). Além disto, os estudos de casos e controles são éticos (SZKLO; NIETO, 2007), sendo indicados para abordagem de temas sensíveis como a violência por parceiro íntimo (VPI), a exemplo do presente estudo que se propôs a investigar este agravo, entre gestantes ou puérperas que apresentaram desfechos relacionados às condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV).

Considerando-se os critérios de elegibilidade adotados para definição dos casos e dos controles, destaca-se que ambos os grupos são representativos da mesma população e, portanto, podem ser comparáveis, pois apresentaram as mesmas condições de exposição à violência por parceiro íntimo na gestação atual. Assim, casos e controles são representativos da mesma população de gestantes ou puérperas usuárias dos hospitais selecionados para o estudo, durante o mesmo período de análise.

Neste sentido, é esperado que estas mulheres em idade reprodutiva tenham parceria afetiva e sexual e portanto, que estejam mais vulneráveis à violência perpetrada pelo parceiro íntimo. Observou-se que cerca de 80% das mulheres entrevistadas declararam-se como casadas ou em união consensual, há no mínimo dois anos. Ademais, gestantes e puérperas representam um grupo de interesse em estudos sobre violência por parceiro íntimo, dada a transcendência deste agravo para a saúde materna e do neonato. (ELLSBERG, 2006; SILVERMAN et al., 2006; VALLADARES et al., 2009)

É relevante considerar o rigor utilizado para a definição de caso, considerando-se que durante a fase de execução do projeto houve a necessidade de remodelamento e adaptação do desenho do estudo, ao novo consenso da OMS acerca dos critérios definidores de “*near miss*” materno (SAY et al., 2009).

Inicialmente, o presente estudo pretendia investigar a razão de chances de ocorrência de “*near miss*” entre mulheres que vivenciaram a violência por parceiro íntimo na gestação atual. Entretanto, o consenso da OMS, restringiu os casos de

“*near miss*” às ocorrências de disfunção de sistemas orgânicos, associada ao quadro clínico, laboratorial e às condições de manejo (PACAGNELLA, 2011). Desta forma, optou-se pela incorporação de mulheres que apresentaram CPAV (Quadro 4), dada a possibilidade de seleção de número maior de sujeitos da pesquisa em período de tempo exequível para a realização do estudo, como também a inclusão de casos “*near miss*” (SAY et al., 2009) ao grupo dos CASOS, garantindo-se o rigor científico na adoção dos critérios definidores.

Quadro 4- Condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV), segundo Pacagnella (2011)

COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS	
Descolamento prematuro de placenta	Hemorragia pós parto
Placenta prévia / acreta/incrreta/percreta	Atonia
Prenhez ectópica	Retenção placentária
Rotura uterina	Lacerações de trajeto
Hemorragia grave por aborto	Coagulopatia
COMPLICAÇÕES HIPERTENSIVAS	
Pré-eclampsia grave	Hipertensão grave
Eclâmpsia	HELLP síndrome
OUTRAS COMPLICAÇÕES	
Edema pulmonar	Insuficiência respiratória aguda
Convulsões	Acidose
Sepse grave	Cardiopatía
Endometrite pós parto	AVC
Endometrite pós aborto	Distúrbios de coagulação
Foco urinário	Tromboembolismo
Foco pulmonar	Cetoacidose diabética
Trombocitopenia < 100 mil	Icterícia / disfunção hepática
Crise tireotóxica	Meningite
Choque	Insuficiência Renal Aguda
INDICADORES DE MANEJO DE GRAVIDADE	
Transfusão de hemoderivados	Retorno à sala cirúrgica
Acesso venoso central	Intervenção cirúrgica maior
Admissão em UTI	(histerectomia, laparotomia)
Hospitalização prolongada (>7 dias)	Uso de sulfato de magnésio
Intubação não relacionada à anestesia	

Fonte: PACAGNELLA, 2011.p. 26.

Acrescenta-se que o desenho do estudo garantiu uma importante característica dos estudos “*near-miss*” materno, ou seja, a possibilidade de conversar com as mulheres após a ocorrência da condição potencialmente ameaçadora de vida, obtendo informações diretamente com mulheres após o evento (SOUZA et al., 2010a).

Por outro lado, deve-se destacar que não foi realizado o pareamento dos dois grupos em relação a características como idade, raça, sexo, paridade, etc.. Isto se

deu em razão das dificuldades operacionais que o pareamento acarretaria no processo de coleta de dados deste tipo de estudo e também, em virtude do tipo de procedimento amostral adotado. Admite-se, entretanto, que o pareamento reduziria diferenças entre os grupos com relação às características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e de parceria consideradas na presente análise, e permitiria, portanto, uma análise mais sensível da associação (SESSO et al., 1987).

Foi priorizado, portanto, o procedimento que facilitasse a abordagem das mulheres elegíveis na medida em que as mesmas se encontravam em condições propícias para as entrevistas, como por exemplo, nos intervalos do aleitamento materno, na ausência de visitas ou acompanhantes, quando não estavam sendo realizados procedimentos médicos e de enfermagem de rotina, entre outros fatores. Acrescenta-se que a abordagem sobre a temática de violência por parceiro íntimo, requer este tipo de cautela durante a abordagem das mulheres.

Acrescenta-se que esta metodologia possibilitou a análise concomitante de outros fatores de risco possivelmente associados à violência por parceiro íntimo e às condições potencialmente ameaçadoras da vida, incluindo-se também o “*near miss*” materno.

Outro fator de grande relevância que deve ser considerado, diz respeito ao cuidado que deve ser tomado na obtenção dos casos em serviços de referência, uma vez que isto pode interferir com vieses de seleção, pois estes serviços recebem maior volume de demanda dos casos em investigação (SESSO et al., 1987). Cabe destacar que os hospitais selecionados para o estudo, apesar de se constituírem em unidades de referência para casos de gestação de alto risco, ambos também representam referências municipais para gestação de baixo risco em cada um dos respectivos municípios onde estão localizados.

Nesta perspectiva, Suzumura et al. (2006) adverte sobre a tendenciosidade da amostra. Entende-se que a seleção dos casos e dos controles foi cautelosa no sentido de evitar este tipo de viés de seleção. Por outro lado, não haveria outra possibilidade de abordagem do grupo controle a partir da população geral, entre mulheres não hospitalizadas.

Com relação ao viés de informação sobre o fator de exposição, cabe destacar que a investigação sobre o fator de exposição foi obtida após a ocorrência do desfecho. Assim, o sujeito da pesquisa pode não fornecer os dados corretamente, como também, os casos podem recordar suas experiência passadas diferentemente

dos controles, visto que os primeiros estão mais alertas às razões que levaram ao adoecimento. (SUZUMURA et al., 2006; SESSO et al., 1987).

É relevante compreender que a abordagem sobre a ocorrência de violência teve como base a experiência na gestação atual, um período consideravelmente recente para a recordação da exposição a um fato marcante, durante um período de grande sensibilidade afetiva da mulher. Assim, dificilmente uma mulher entrevistada não se recordaria de ter sofrido, por exemplo, uma humilhação, uma agressão física ou um trauma sexual durante o período gestacional. Entretanto, há possibilidade de viés de informação, na medida em que as entrevistadas possam ter omitido experiências vividas.

Entretanto, como já relatado anteriormente, durante o processo de coleta de dados, as mulheres foram convidadas a participar do estudo em momento propício para as entrevistas. Assim, observou-se receptividade significativa em atender às solicitações da entrevistadora, havendo apenas cinco recusas e três desistências, justificadas pela chegada de visitas. Credita-se a disponibilidade delas em colaborar, à forma de abordagem da entrevistadora, que além de buscar uma aproximação diferenciada com a mulher, no sentido da atitude empática, ética e no estabelecimento de uma relação simétrica com a entrevistada, reforçou a importância do trabalho para a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde. A temática da violência também pode ter representado um elemento motivador para a não desistência das mulheres durante a entrevista. Na medida em que a abordagem deste tema pelos profissionais de saúde não é usual, o momento das entrevistas representou um canal de escuta, de reflexões sobre si mesmas, sobre experiências vividas e possíveis respostas a questões tidas como insolúveis.

Neste sentido, é importante ressaltar a taxa de resposta obtida de 98,2%, acima da apresentada por outros estudos, com percentuais variáveis entre 71,9% a 95,8 % (SCHRAIBER et al., 2002; DÍAZ-OLAVARRIETA et al., 2002; JEWKES et al., 2002; WIJMA et al., 2003).

Apesar deste percentual significativo de participação, deve-se registrar que nove mulheres elegíveis para o grupo de casos (7,6% do total de casos identificados) não puderam ser abordadas antes da alta hospitalar, por transferência ou evasão e assim, ficaram excluídas da investigação.

Portanto, as situações de violência relatadas permitem estimar a magnitude do problema na vida destas mulheres, tendo em vista que este tipo de violência tem

distintas repercussões ao longo de sua trajetória de vida, que aumentam com o número de episódios e a severidade dos atos praticados (ELLSBERG et al., 2006).

A abordagem de um tema sensível e complexo, como a violência por parceiros íntimos, requer um rigor metodológico que garanta a confiabilidade das informações obtidas, tendo em vista que estas se baseiam tão somente no autorrelato de experiências muito íntimas, relacionadas a dor, sofrimento e trauma.

Desta forma, devem ser garantidas condições adequadas para que a mulher consiga relatar a experiência de violência vivida. Isto pode ser difícil em se tratando de ocorrência recente, face ao inerente grau de sofrimento, tanto quanto pode ser ainda mais penoso relembrar experiências passadas para as quais, em sua maioria, foi dedicado um grande esforço de esquecimento, na tentativa de superação do trauma (ELLSBERG et al., 2006).

Seguramente o estudo contemplou esta complexidade por duas razões. Primeiramente, considera-se o instrumento elaborado para as entrevistas (APÊNDICE II). As questões dedicadas à abordagem de violência foram extraídas do estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência (SCHRAIBER et al., 2007). Este questionário se utiliza de perguntas focadas em comportamentos violentos do parceiro íntimo, em uma escala de progressão de frequência e severidade, partindo da experiência na vida para a experiência atual, segundo a tipificação da violência (psicológica, física e sexual). Assim, evitou-se usar a expressão violência, pois há múltiplos sentidos em torno deste termo. Portanto, as mulheres não foram questionadas se sofreram ou não violência por parceiro íntimo. Cabe ao pesquisador compreender e tipificar os relatos dos atos praticados pelo agressor, como violência, a partir do instrumento utilizado. (ELLSBERG et al., 2006).

Em segundo lugar, o ambiente para a realização das entrevistas deve ser acolhedor, oferecendo privacidade e segurança para a mulher (ELLSBERG et al., 2006). Nos dois hospitais eleitos para o estudo, este critério foi contemplado. As entrevistas individuais foram realizadas a beira do leito ou em salas de atendimento, com duração média de oito minutos. Conduzidas por entrevistadora do sexo feminino, facilitou-se a exposição do problema.

É importante ressaltar que investigações sobre experiências de violência na vida das mulheres trazem à tona uma infinidade de sentimentos e traumas vividos, que muitas vezes poderiam estar confinados e supostamente superados. A simples abordagem da entrevista pode desencadear sofrimento mental. Portanto, devem ser

contempladas referências para acompanhamento psicossocial, caso seja necessário. Este estudo contou com o apoio da equipe de saúde mental de cada um dos serviços de saúde, sendo referenciados os casos de violência para os centros de referência para a mulher em situação de violência, que oferecem atendimento psicossocial e jurídico às mulheres vitimadas, em cada um dos dois municípios onde estão localizados os hospitais de estudo.

Por fim, cabe destacar o rigor adotado durante o processamento dos dados, desde a elaboração do banco de dados até a análise estatística, conforme apresentado no capítulo da metodologia.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

O presente estudo representa uma iniciativa pioneira na investigação de VPI entre mulheres que desenvolveram morbidade materna grave, a partir da nova definição da OMS relativa às condições potencialmente ameaçadoras da vida materna, que incluem “near miss” e óbitos maternos, entre os desfechos mais graves, denominados como condições ameaçadoras da vida.

A despeito da ausência de significância estatística entre a exposição à violência por parceiro íntimo na gestação atual e a ocorrência do desfecho relacionado às condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV), concluiu-se que tanto as gestantes expostas à VPI quanto as mulheres que desenvolveram CPAV, apresentam fatores associados que aumentam a vulnerabilidade destas mulheres a piores condições de saúde.

Embora a metodologia do estudo não permita a generalização dos resultados para a população em geral, os mesmos permitem identificar um perfil de mulheres caracterizado em sua maioria por adultas jovens, escolarizadas, brancas, católicas, casadas ou unidas, donas de casa, estudantes ou desempregadas e, que as mulheres entrevistadas iniciaram atividade sexual por volta dos 16 anos e tem dois filhos em média. Observou-se déficit de autocuidado com relação à regulação da fertilidade e proteção contra IST, considerando-se que na maioria dos casos a gravidez ocorreu mediante falha de uso de métodos contraceptivos e negação de uso de preservativo pelo parceiro.

O estudo mostra que a violência perpetrada por parceiro íntimo durante a gestação representa um importante problema de saúde pública, visto que praticamente 13% da amostra relatou este tipo de experiência.

Considerando-se a tipificação da violência, observou-se prevalência de 12,7% de violência psicológica; 7,6% de violência física e 1,6% de violência sexual durante a gestação atual.

Os resultados corroboram que a exposição à VPI e a ocorrência do desfecho CPAV estão associadas às condições sociodemográficas e reprodutivas desfavoráveis, que por sua vez denotam as dificuldades de acesso e de abordagem qualificada nos serviços de saúde.

Dentre os fatores associados à ocorrência de VPI psicológica na gestação a partir do modelo de regressão logística múltiplo, destacaram-se: a religião evangélica; gestantes sem parceiro; e que engravidaram pelo menos uma vez, antes da gravidez atual. Por outro lado, as adolescentes; as gestantes sem parceiro e que tiveram uma gravidez anterior, apresentam maiores chances de violência física.

Os resultados deste estudo permitiram construir indicadores de monitoramento da qualidade do cuidado obstétrico em conformidade ao novo consenso da OMS (SAY et al., 2009), e conforme a definição de casos adotada, observou-se a prevalência de “near miss” materno de 5,62/1.000NV, ou seja, 0,56%. Da mesma forma, pode-se verificar Razão de Resultados Maternos Severos de 6,37/1.000NV. Considerou-se significativa a proporção de condições potencialmente ameaçadoras da vida materna, da ordem quatro casos CPAV para cada caso “near miss”.

Observaram-se maiores chances de desenvolver condições potencialmente ameaçadoras da vida entre mulheres acima de 30 anos de idade, com ensino médio incompleto, com história pregressa de abortamento e cujo parto atual foi cesariana.

Portanto, VPI e morbidade materna grave configuram-se como questões de gênero e de direitos humanos e devem ser apreendidas como tal no campo das políticas públicas de atenção à saúde, no sentido da maior visibilidade à violência por parceiro íntimo, assim como na adoção de novos referenciais para a melhoria da assistência obstétrica, a partir do monitoramento contínuo de gestantes ou puérperas que desenvolveram condições potencialmente ameaçadoras da vida.

Este estudo propõe que seja realizado o rastreamento rotineiro da VPI entre gestantes, assim como o monitoramento de casos CPAV, como estratégias para a qualificação da atenção, e para identificação precoce dos casos e, portanto, no desenvolvimento de tecnologias assistenciais mais aprimoradas.

Sugere-se que os enfermeiros se apropriem destas lacunas da atenção à saúde. Atuando em linhas de cuidado desde a identificação e apoio às mulheres em risco para VPI e/ou complicações na gravidez, até a assistência sistematizada de enfermagem às mulheres que se encontram inseridas nos serviços da rede intersetorial de atendimento.

Por fim, acredita-se na contribuição desta pesquisa no sentido de ampliação da análise destes dois fenômenos, violência por parceiro íntimo e morbidade materna grave como prioridades para qualificação da atenção integral à saúde das mulheres.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹

ADISASMITA, A. et al. Obstetric near miss and deaths in public and private hospitals in Indonesia. **BMC pregnancy childbirth**, London, v.8, n. 10, Mar. 2008. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/10>>. Acesso em: 15 mai. 2009.

ALTARAC, M.; STROBINO, D. Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birthweight. **Jamwa**, New York, v.5, n.4, p. 208-214, 2002.

AMARAL, E.; LUZ, G. A.; SOUZA, J. P. D. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 484-9, 2007.

ÂNGULO-TUESTA, A. J. **Violência no âmbito Doméstico: a Perspectiva dos Profissionais de Saúde**. 1997. 142f. Rio de Janeiro; 1997. (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1997.

AUDI, C. A. et al. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. **J. public health (Oxf)**., Oxford, v. 42, n.5, p. 877-85, 2008.

BAILEY, B. A.; DAUGHERTY, R. A. Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. **Matern. child health j.**, New York, v.11, n.5, p. 495-503, 2007.

BAILEY, B. A. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. **International Journal of Women's Health**, [S.l.], v. 2, p. 183-97, 2010.

BARBIERI, T. de. "Más de tres décadas de los estudios de género en América Latina". **Rev. mex. de sociologia**, México, v. 66, p. 197-214, 2004. Número especial.

BARROS, C.; SCHRAIBER, L. B.; FRANÇA-JUNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 45, n.2, p.365-72, 2011.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Guia para o uso de hemocomponentes**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 140 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&VObj=http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em 03 jun. 2011.

BULLOCK, L. et al. Abuse disclosure in privately and medicaid-funded pregnant women. **J. midwifery womens health**, New York, v. 50, n.5, p. 361-9, 2006.

CAMPERO, L. et al. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. **Salud Pública de México**, México, v. 48, n. 2, p. 297-306, 2006.

CAMPOS, D. et al. Uso da autópsia verbal na investigação de óbitos com causa mal definida em Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1221-1233, jun. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n6/15.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2012.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, Rio de Janeiro, v.38, n.5, p. 265-70, 2010.

CECATTI, J. G. et al. Research 22 on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. **Reprod. health matters**. v. 15, n. 30, p. 125-33, 2007.

CECATTI, J. G.; SOUZA, J. P.; OLIVEIRA NETO, A. F.; PARPINELLI, M. A.; SOUSA, M. H.; SAY, L. et al. Pre-validation of the WHO organ dysfunction based criteria for identification of maternal near miss. **Reprod. health**, London, v. 8, n. 22, Aug. 2011. Disponível em <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/22>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

COONROD, D. V. et al. Asymptomatic bacteriuria and intimate partner violence in pregnant women. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v.196, n. 6, p. 581.e1-e4, 2007. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0002937807003080/1-s2.0-S0002937807003080-main.pdf?_tid=d8ef06f581d2c9831385d5f2556430db&acdnat=1344974928_61e12a6c7115f9ee6c9cc1ce4837185f>. Acesso em 25 jun. 2010.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1073-1083, jul./ago. 2009. Disponível em <[http:// www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 mai 2010.

CHAN, K. L. et al. Associating pregnancy with partner violence against Chinese women. **J. interpers. violence**, New York, v.26, n. 7, p.1478-500, 2011.

CHU, S. Y.; GOODWIN, M. M.; D'ANGELO, D. V. Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy. **Am. j. prev. med.**, New York, v.38, n. 3, p. 317-322, 2010.

DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 3, n. 31, p. 287-99, 2009.

DESLANDES, S. F et al. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-137, jan. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2003.

DEVECI, S. E. et al. Prevalence of domestic violence during pregnancy in a Turkish community. **Southeast Asian j. trop. med. public health**, Bangkok, v. 38, n.4, p.754-60, 2007.

DÍAZ-OLAVARRIETA, C. et al. Prevalence of battering among 1780 outpatients at an internal medicine institution in Mexico. **Soc. sci. med.**, Oxford, v. 55, p.1589-1602, 2002;

DINIZ, S. G. Gênero; saúde materna e o paradoxo perinatal 313-326. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v.19, n.2, p. 313-26, 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. L. P. **Gênero e Violência nas Práticas de Saúde: Contribuição ao Estudo da Atenção Integral à Saúde da Mulher**. 1996. 172 f. São Paulo; (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

D'OLIVEIRA, A. F. L. P.; DINIZ, G. S.; SCHRAIBER, L. B.; Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, London, v. 359, p.1681-85, 2002.

D'OLIVEIRA, A. F. L. P. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 43, n.2, p. 299-310, 2009.

DOUBOVA, S. V.; et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México/ Partner violence against pregnant women in Mexico City. **Rev. saúde pública**. São Paulo, v.41, n.4, p. 582-590, 2007.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.10, n.3, p. 310-22, 2007.

ELLSBERG, M. C. **Candies in hell: Research and action on domestic violence against women in Nicaragua**. Sweden: Umea University, 2000. 95 p.

_____. Violence against women and the Millennium Development Goals: Facilitating women's access to support. **Int. j. gynaecol. obstet.**, Baltimore, v.94, n.3, p. 325-32, 2006.

ESPINOZA, H.; CAMACHO, A.V. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. **Rev. panam. salud publica**. 2005; 17(2): 123-129.

FILIPPI, V. et al. Identifying barriers from home to the appropriate hospital through near-miss audits in developing countries. **Best pract. res. clin. obstet. gynaecol.**, London, v. 23, n.3, p. 389-400, 2009.

FLORES, M. E. M. et al. Violencia de género, embarazo y autoestima en un área urbana de la ciudad de México. **Rev. enferm. herediana**, México, v.1, n. 1, p. 40-47, ene.-jun. 2008. Disponível em: <http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/Violencia_de_genero.pdf>. Acesso em: jun 23 jun. 2011.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H. A. F. M.; ELLSBERG, M. C.; WATTS, C. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, London, v.368, n.9543, p.1260-9, 2006

GASPAR, L. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Rev. saúde pública**, São Paulo, 2002, v. 36, p. 24-31, 2002. Suplemento4.

GELLER, S. E. et al. Defining a conceptual framework for near-miss maternal morbidity. **Jamwa**, New York, v. 57, n.3, p. 135-39, 2002.

GIFFIN, K. Pobreza; desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. S103-S112, ago. 2002. Suplemento. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18s0/13797.pdf> >. Acesso em: 30 mai 2009.

GODOY, S. R. et al. Percepção da causalidade e dos sinais de *near miss* atribuídos por mulheres sobreviventes. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.17, n.3, p.536-43, 2008.

HADDAD, S. M.; CECATTI, J. G.; PARPINELLI, M. A.; SOUZA, J. P.; COSTA, M. L.; SOUSA, M. H. et al. From planning to Practice: building the national network for the surveillance of severe maternal morbidity. **BMC public health (Online)**, London, v.11, n. 283, May 2011. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/283>>. Acesso em: 29 fev. 2012.

HEILBORN, M. L. Gênero, Sexualidade e Saúde. In: SILVA, D. P. M. (org.) **Saúde, Sexualidade e Reprodução: Compartilhando Responsabilidades**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997. 115 p.

HEISE, L.; ELLSBERG, M. C.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Popul. rep. L**, Baltimore, v. 27, n.4, p.1-43, 1999.

HIGGINS, L. P.; HAWKINS, J. W. Screening for abuse during pregnancy: implementing a multisite program. **MCN Am. j. matern. child nurs.**, New York, v.30, n.2, p. 109-14, 2005.

HINDIN, P. K. Intimate Partner Violence Screening Practices of Certified Nurse-Midwives. **J. midwifery womens health**. New York, v.51, n.3, p.216–221, 2006.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. New York, John Wiley & Sons, 2000. 392 p.

HULLEY, S. B. et al. **Designing clinical research an epidemiologic approach**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. 336 p.

JEWKES, R.; LEVIN, J.; PENN-KEKANA, L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. **Soc. sci. med.**, Oxford, v.55, n.9, p.1603-17, 2002.

JOHRI, M. et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. **BMC pregnancy childbirth**, London, v. 11, n. 49, 2011.

KATAOKA, Y. et al. Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: a randomized controlled trial. **BMC pregnancy and childbirth**, London, v. 10, n. 84, Dec. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3017017/pdf/1471-2393-10-84.pdf>>. Acesso em 04 abr. 2012.

KIM, H.; CAIN, R.; VINER-BROWN, S. Intimate partner violence before or during pregnancy in Rhode Island. **Med. health R.I.**, Providence, v. 93, n. 1, p.:29-31, 2010.

KIMBERG, L. Addressing Intimate Partner Violence in Primary Care Practice. **Medscape women's health**, New York, v. 6, n. 1, Jan. 2001. Disponível em: <<http://www.medscape.com/medscape>>. Acesso em 04 set. 2001.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **Lancet**, London, v. 360, p.1083–88, 2002.

LAURITSEN, J. M.; BRUUS, M.; MYATT, M. A. **An extended tool for validated data entry and documentation of data**. Version 2.1. Edition Odense Denmark: The EpiData Association, 2002. 4 p.

LENT, B.; MORRIS, P.; RECHNER, S. Understanding the effect of domestic violence on pregnancy, labour, and delivery. **Can. fam. physician**, Willowdale, v. 46, p.505-507, Mar. 2000. Editorial. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2144984/pdf/canfamphys00025-0015.pdf>>. Acesso em 22 Mai 2009.

LEONE, J. M. et al. Effects of intimate partner violence on pregnancy trauma and placental abruption. **J. womens health (Larchmt)**. Larchmont, v. 19, n. 8, p. 1501-9, 2010.

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com o HIV/AIDS no Estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades**. 2003. 208 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LOURO G. L. Gênero, história e educação. **Educação e realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.101-132, 1995.

LUDERMIR, A. B. et al. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Soc. sci. med.**, Oxford, v. 66, n. 4, p. 1008-18, 2008.

MANTEL, G. D. et al. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. **Br. j. obstet. gynaecol.**, London, v. 105, n. 9, p. 985-90, 1998.

- MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 274-9, 2006.
- MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. S. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 604-10, 2006.
- MARTINS, A. **“Near Miss” e mulheres negras em três municípios da Região Metropolitana de Curitiba**. 2003. 104 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- MEARS, M. et al. Routine history as compared to audio computer-assisted self-interview for prenatal care history taking. **J. reprod. med.**, Chicago, v. 50, n. 9, p. 701-6, 2005.
- MENEZES, T. C. et al. Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.
- MILLER, E. et al. partner pregnancy-promoting behaviors and adolescent partner violence: findings from a qualitative study with adolescent females. **Ambul. pediatr.**, new York, v. 7, n. 5, p. 360-6, 2007.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4 n. 3, p. 513-531, fev.1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>>. Acesso em 22 jun. 2009.
- MORAN, B. A. Intimate Partner Violence: The Difference Nurses Can Make. **Nurs. womens health.**, Malden, v.12, n. 3, p.194-6, 2008.
- MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 4, p. 623-38, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>>. Acesso em 15 fev. 2012.
- MOTA, J. C.; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S. G. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 799-809, 2007.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Metodologias feministas e estudo de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 6, p. 647-54, 2006.

OLIVEIRA, A. S. D. **Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce?** 2008. 217 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos. **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos**, 1993. Disponível em < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Conferências-de-Cúpula-das-Nações- Unidas-sobre-Direitos-Humanos/declaracao-e-programa-de-acao-de-viena-1993.html> > Acesso em: 15 maio 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 3ª ed. da 10ª revisão. São Paulo, SP: EDUSP, 1997. v.2.

_____. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher "Convenção de Belém do Pará". **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos**, 1994. Disponível em< URL://www.direitoshumanos.usp.br/~rsp > Acesso em 16 maio 2009.

PACAGNELLA, R. C.; CECATTI, J. G.; CAMARGO, R. P.; SILVEIRA, C.; ZANARDI, D. T.; SOUZA, J. P.; et al. Rationale for a long-term evaluation of the consequences of potentially life-threatening maternal conditions and maternal "near-miss" incidents using a multidimensional approach. **J. obstet. gynaecol. Can.**, Toronto, v. 2, n. 8, p. 730-8, 2010.

PACAGNELLA, R. C. **Morbidade Materna Grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico**. 2011. 116 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PAZ FILHO, G. J. da et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto socorro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 65-9, 2001.

PATTINSON, R. C. et al. Can enquiries into severe acute maternal morbidity act as a surrogate for maternal death enquiries? **BJOG**, Oxford, v. 110, n. 10, p. 889–893. Oct. 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2003.03044.x/pdf>>. Acesso em 17 jun. 2009.

- PERALES, M. T. et al. Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. **Violence Against Women**. 2009 Feb; 15(2):224-50.
- PITANGUY, J. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.) **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999. p. 19-38.
- PUCCIA, M. I. R. **Violência por parceiro íntimo de usuárias dos serviços de atenção primária à saúde em Santo André (SP)**. 2004. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- REICHENHEIM, M. E. et al. Magnitude da violência entre parceiros íntimos no Brasil: retratos de 15 capitais e Distrito Federal. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 425-437, 2006.
- RODRIGUEZ, M.; SHOULTZ, J.; RICHARDSON, E. Intimate partner violence and pregnant latinas. **Violence vict.**, New York, v. 24, n. 4, p. 520-32, 2009.
- ROELENS, K. et al. A knowledge; attitudes; and practice survey among obstetrician-gynecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. **BMC public health** (on line), London, v. 6 n. 238, Sept. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1635712/?tool=pubmed>>. Acesso em 17 jun 2009.
- RUIZ, RCA. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 62-70, 2004.
- SAFFIOTI, H. I. B. Violência de Gênero: Entre o Público e o Privado. **Presença de Mulher**, São Paulo, n. 31, p. 23-30, 1997.
- _____. O Estatuto Teórico da Violência de Gênero. In: SANTOS, J. V. T. (Org.) **Violências no Tempo da Globalização**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1999. p. 142-63.
- SALAZAR, M. et al. Ending Intimate Partner Violence after pregnancy: Findings from a community-based longitudinal study in Nicaragua. **BMC public health**, London, v. 9, n. 350. Sept. 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2754464/pdf/1471-2458-9-350.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2010.
- SANCHEZ, S. E. et al. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. **Eur. j. obstet. gynecol. reprod. biol.**, Amsterdam, v. 137, n. 1, p. 50-55, 2008.

SAY, L.; SOUZA, J. P.; PATTINSON, R. C. WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications: Maternal near miss - towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best. pract. res. clin. obstet. Gynaecol.**, Amsterdam, v. 23, n. 3, p. 287-96, 2009.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-77, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 40, p. 112-20, 2006. Número especial.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-6, 2007.

SCHREINER, M.T. O Abuso sexual numa perspectiva de gênero: o processo de responsabilização da vítima. **Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, 2008.

SCOTT, J.W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990.

SESSO, R. C. C. et al. Avaliação do estudo tipo caso-controle na pesquisa médica. **Rev. paul. med.**, São Paulo, v. 105, n. 2, p. 96-99, 1987.

SHARPS, P. W. et al. Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. **J. obstet. gynecol. neonatal nurs.**, Philadelphia, v. 37, n. 4, p. 480-90, 2008.

SHARPS, P. W.; LAUGHON, K.; GIANGRANDE S. K. Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. **Trauma violence abuse**, Thousand Oaks, v. 8, n. 2, p. 105-116, 2007.

SHOFFNER, D. H. We don't like to think about it: intimate partner violence during pregnancy and postpartum. **J. perinat. neonatal nurs.**, Frederick MD, v. 22, n. 1, p. 39-48, 2008.

SILVA, E. P. et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes; durante e depois da gravidez. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1044-53, 2011.

SILVERMAN, J. G. et al. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v. 195, n. 1, p.140-8, 2006.

_____. Intimate partner violence and unwanted pregnancy; miscarriage; induced abortion; and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. **BJOG**, Oxford, v. 114, n. 10, p. 1246-52, 2007.

SMALL, M. J. et al. Intimate partner and nonpartner violence against pregnant women in rural Haiti. **Int. j. gynecol. obstet.**, Baltimore, v. 102, n. 3, p. 226-31, 2008.

SOUSA, M. L. et al. Sistemas de Informação em Saúde e Monitoramento de Morbidade Materna Grave e Mortalidade Materna. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v.6, n. 2, p. 161-168, 2006.

SOUSA, M. H.; CECATTI, J. G.; HARDY, E. E.; SERRUYA, S. J. Severe maternal morbidity (*near miss*) as a sentinel event of maternal death. An attempt to use routine data for surveillance. **Reprod. health**, London, v. 5, n. 6, Oct. 2008. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2583985/pdf/1742-4755-5-6.pdf>>. Acesso em 15 mai 2009.

SOUZA, J. P. D.; CECATTI, J. G.; PARPINELLI, M. A. Fatores associados à gravidade da morbidade materna na caracterização do *near miss*. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 197-203, 2005.

SOUZA, J. P.D. et al. Development and validation of a questionnaire to identify severe maternal morbidity in epidemiological surveys. **Reprod. health**, London, v. 7, n. 16, Jul. 2010a. Disponível em: <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/7/1/16>>. Acesso em: 15 jan. 2011.

_____. et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. **Bull World Health Organ.**, Geneva, v. 88, p.113-19, Sept. 2010b. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v88n2/v88n2a12.pdf>>. Acesso em: 15 jan 2011.

STARK, E.; FLITCRAFT, A.H. Spouse Abuse In: ROSENBERG, M. L.; FENLEY, M. A. **Violence in America**. New York: Oxford University Press, 1991. p. 123-57.

STATA. **Stata Corporation: version 9.0**. Texas: College Station, USA, 2006.

SUZUMURA, E. A. et al. Medicina baseada em evidências e hipertensão arterial: Como delinear e conduzir estudos de caso-controle de hipertensão arterial sistêmica. **Rev. bras. hipertens.**, Rio de Janeiro; v.13, n. 2, p. 150-53, 2006.

SZKLO, M.; NIETO, F. J. **Epidemiology: Beyond the Basics**. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 2007. 488 p.

TALLEY, P. et al. Male violence; stress; and neuroendocrine parameters in pregnancy: a pilot study. **Biol. res. nurs.**, Thousand Oaks, v. 7, n. 3, p. 222-33, 2006.

TANAKA, A. C. D. A.; MITSUIKI, L. **Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras**. São Paulo: UNICEF, 1999. 127 p.

TUNÇALP, O". et al. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. **BJOG**, Oxford, v. 119, p. 653–661, May 2012. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03294.x/pdf>>. Acesso em: 16 jul 2012.

UNITED NATION ORGANIZATION. **The Millennium Development Goals Report 2008**. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2008. Disponível em: < http://www.undp.org.af/publications/KeyDocuments/MDG_Report_2008_En.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2011.

VALLADARES, E. et al. Violence against women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua; **Int. j. gynaecol. obstet.**, Baltimore, v. 112, n. 9, p. 1243–48, 2005.

_____. Neuroendocrine response to violence during pregnancy--impact on duration of pregnancy and fetal growth. **Acta obstet. gynecol. scand.**, Stockholm, v. 88, n. 7, p. 818-23, 2009.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 730-7, 2011.

WATERSTONE, M.; BEWLEY, S.; WOLFE, C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. **BMJ.**, London v. 322, n. 7294, p. 1089-94, 2001.

WIJMA, B. et al. Emotional; physical and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. **Lancet**, London, v. 361, p. 2107-13, 2003.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-51, 2008.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Prevention of violence: public health priority (WHA 49,25)**. Geneva: World Health Organization, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide**. Report of a Technical Working Group. Geneva: World Health Organization, 1996. 53 p.

_____. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2008**: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: World Health Organization, 2010. 44 p.

YAMIN, A. E. Rumor a uma prestação de contas transformadora: uma proposta de enfoque com base nos direitos humanos para dar cumprimento às obrigações relacionadas à saúde materna. **Sur, Rev. int. direitos human.**, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 99-127, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado, concordo em conceder entrevista para esta pesquisa que trata da ***investigação sobre os casos de gestantes que apresentam problemas graves de saúde, que requerem internação e tratamento especializado***. Entendo que meu nome e dados que me identifiquem serão mantidos estritamente em sigilo pela equipe de pesquisadores. Fui alertada de que a entrevista tratará de experiências de vida mais íntimas e que podem trazer lembranças difíceis e delicadas, sabendo que minha participação é inteiramente voluntária e que posso interromper as informações a qualquer momento.

Entendo que minhas respostas serão importantes para ajudar outras mulheres e para desenvolver serviços melhores na assistência à saúde da mulher, tendo sido informada que receberei orientação quando solicitar assistências adicionais.

Fui também devidamente informada de que a entrevistadora não pertence ao corpo de funcionários do hospital onde fui atendida.

Santo André, de de 2010

Assinatura Entrevistada

Recebimento: _____

Assinatura Pesquisadora

Obs. Se você tiver dúvidas sobre essa pesquisa sinta-se à vontade para perguntar agora ou à coordenação geral (Profa. **Maria Inês R. Puccia**, telefone: 4993 5435)

APÊNDICE II – Instrumento utilizado para análise de prontuários

INVESTIGAÇÃO DO PRONTUÁRIO

1. SERVIÇO ____ n° questionário ____ 1. ____
2. DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____ 2. ____/____/____
3. HORA DE INÍCIO: ____ 3. ____:____
4. NÚMERO DE MATRÍCULA NO SERVIÇO: ____ 4. ____
5. INICIAIS DA PACIENTE: _____
56. MUNICÍPIO/UF DE RESIDÊNCIA: _____
57. MUNICÍPIO/UF DE OCORRÊNCIA DO PARTO/ÓBITO _____
58. NÚMERO DE VEZES QUE ESTEVE GRÁVIDA (EXCLUINDO A ATUAL) ____ 58. ____
59. RESULTADO DAS GESTAÇÕES ANTERIORES:
- 59.1 N° DE PARTOS VAGINAIS: (____) 59.1. ____
- 59.2 N° DE PARTOS CESÁREOS: (____) 59.2. ____
- 59.3 N° DE ABORTAMENTOS/PERDAS FETAIS (____) 59.3. ____
60. DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO: ____/____/____ 60. ____/____/____
61. N° DE CONSULTAS DE PRE-NATAL: ____ 61. ____
62. DATA DA 1ª CONSULTA DE PRE-NATAL: ____/____/____ 62. ____/____/____
63. MÊS DE GESTAÇÃO QUANDO REALIZOU A 1ª CONSULTA DE PRE-NATAL ____ 63. ____
64. DATA DA ÚLTIMA CONSULTA DE PRE-NATAL: ____/____/____ 64. ____/____/____
65. IDADE GESTACIONAL NA ÚLTIMA CONSULTA DE PRE-NATAL (EM SEMANAS): ____ 65. ____
66. IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO PARTO OU ÓBITO (EM SEMANAS): ____ 66. ____

ATENÇÃO – Caso não tenha ocorrido óbito, responder à questão 20

67. O ÓBITO OCORREU:
1. DURANTE A GESTAÇÃO 67. ____
2. DURANTE ABORTAMENTO
3. APÓS ABORTAMENTO
4. NO PARTO OU ATÉ 1 HORA APÓS PARTO
5. NO PUERPERIO (ATÉ 42 DIAS DO TÉRMINO DA GESTAÇÃO)
-

6. ENTRE O 43 DIA E ATE 1 ANO APOS O TERMINO DA GESTACAO
 7. MAIS DE UM ANO APOS O PARTO
 99. IGNORADO

68. EM CASO DE OBITO DURANTE OU APOS ABORTAMENTO (NA PERGUNTA ANTERIOR), O ABORTO FOI: 68. _____

1. ESPONTANEO
 2. INDUZIDO LEGALMENTE
 3. PROVOCADO
 99. IGNORADO

69. EM CASO DE OBITO DURANTE PARTO, OU PUERPERIO, QUAL FOI O TIPO DE PARTO? 69. _____

1. PARTO VAGINAL
 2. PARTO FORCIPE
 3. CESARIANA
 99. IGNORADO

70. ESTABELECIMENTO (S) DE SAUDE ONDE FEZ O PRE-NATAL: 70 a. _____

NOME: _____ CODIGO CNES: _____ 70 b. _____

NOME: _____ CODIGO CNES: _____

71. ESTABELECIMENTO DE SAUDE ONDE OCORREU O PARTO OU ABORTO 71. _____

NOME: _____ CODIGO CNES: _____

72. A GRAVIDEZ ATUAL RESULTOU EM QUAL TIPO DE PARTO 72. _____

1. PARTO VAGINAL
 2. PARTO FORCIPE
 3. CESARIANA
 99. IGNORADO

73. QUAL O TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA 73. _____

1. RAQUIANESTESIA
 2. PERIDURAL
 3. GERAL
 4. LOCAL
 5. NÃO UTILIZADA
 99. IGNORADO

74. DESCRICAO DOS DIAGNOSTICOS E CID OPCIONAL

74.1 PARTE I:

74.1.1 LINHA A): _____ 74.1.1 _____

74.1.2 LINHA B): _ _____ 74.1.2 _____

74.1.3 LINHA C): _____ 74.1.3 _____

74.1.4 LINHA D): _____ 74.1.4 _____

74.2 PARTE II

74.2.1 DESCRICAO E CID: _____

74.1.4 _____

74.2.1 _____

75. INTERNAÇÕES ANTERIORES NESTA GESTAÇÃO

☐ 1. Sim

2. Não

99. Ignorado

76. DATA DA INTERNAÇÃO ATUAL: ____/____/____

75. _____

76. ____/____/____

77. INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO ATUAL

SIM NÃO

a) Edema pulmonar que implique na administração intravenosa de furosemida ou intubação endotraqueal	1	2	77a. _____
b) Parada Cardíaca	1	2	77b. _____
c) Hipovolemia que requeira ≥ 5 unidades de reposição de sangue total ou plasma	1	2	77c. _____
d) Admissão em UTI decorrente de sepse	1	2	77d. _____
e) Histerectomia de emergência decorrente de sepse	1	2	77e. _____
f) Intubação e ventilação assistida por mais de 60 min., exceto por anestesia geral.	1	2	77f. _____
g) Saturação periférica de $O_2 < 90\%$ por mais de 60 min.	1	2	77g. _____
h) Relação entre a pressão parcial de oxigênio e a fração inspirada de oxigênio (PaO_2/FiO_2) < 300 mmHg	1	2	77h. _____
i) Oligúria (diurese < 40 ml/24H e persistente à terapêutica)	1	2	77i. _____
j) Níveis de uréia e creatinina, superiores a 15 e 400 mmol/l, respectivamente.	1	2	77j. _____
k) Icterícia na presença de pré-eclampsia ($PA \geq 140/90$ mmHg) e proteinúria	1	2	77k. _____
l) Cetoacidose diabética	1	2	77l. _____
m) Crise tiorotóxica	1	2	77m. _____
n) Trombocitopenia aguda exigindo transfusão de plaquetas	1	2	77n. _____
o) Estado de coma por mais de 12H	1	2	77o. _____
p) Hemorragia subaracnóide ou intraparenquimatosa	1	2	77p. _____
q) Hipotensão severa decorrente de acidente anestésico associada à anestesia raquidiana ou epidural (< 90 mmHg por mais de 60 min.)	1	2	77q. _____
r) Outras condições que exijam admissão em UTI ou histerectomia de emergência por qualquer razão	1	2	77r. _____

78. PATOLOGIAS GRAVES NA GESTAÇÃO ATUAL

	SIM	NÃO	
a) Pré-Eclampsia: Pressão arterial $\geq 170/110$ mmHg; proteinúria; oligúria; distúrbios visuais; dor epigástrica; trombocitopenia; edema pulmonar	1	2	78a. _____
b) Eclampsia: Convulsões na gestação ou nos 10 dias após o parto acompanhada, de dois ou mais fatores: hipertensão $> 170/110$ mmHg; proteinúria; trombocitopenia ou alteração dos níveis de aspartato aminotransferase	1	2	78b. _____
c) Síndrome HELLP: Hemólise bilirrubinas totais; alteração de enzimas hepáticas e plaquetopenia.	1	2	78c. _____
d) Hemorragia Severa: Perda superior a 1.500 ml de sangue, com necessidade de reposição de quatro ou mais unidades de sangue.	1	2	78d. _____
e) Sepse Severa: Temperatura acima de 38°C ou 36°C ; taquicardia; taquipnéia; $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg; aumento na contagem de leucócitos; insuficiência renal; hipoperfusão; alteração do nível de consciência; hipotensão.	1	2	78e. _____
f) Rotura uterina: Determinante de parto de emergência	1	2	78f. _____

79. ESCORE DE MORBIDADE MATERNA GRAVE

a) Falência orgânica	5	
b) Admissão em UTI	4	
c) Entubação prolongada (> 12 horas)	3	
d) Hemotransfusão (> 3 unidades)	2	
e) Intervenção cirúrgica (consequente à morbidade materna grave)	1	
TOTAL		79. _____

80. INFORMAÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO NEONATO

a. APGAR 1º MIN.: _____	80a. _____
b. APGAR 5º MIN.: _____	80b. _____
c. PESO [em gramas]: _____	80c. _____
d. MANOBRAS DE RESSUSCITAÇÃO: 1. Sim 2. Não 99. Ignorado	80d. _____
e. ENCAMINHAMENTO A UTI: 1. Sim 2. Não 99. Ignorado	80e. _____
f. ÓBITO: 1. Sim 2. Não 99. Ignorado	80f. _____

81. INVESTIGAÇÃO REALIZADA POR: _____ 80. _____

82. HORA DE TÉRMINO: ____:____ 81. ____:____

OBSERVAÇÕES SOBRE A INVESTIGAÇÃO REALIZADA:

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento utilizado para entrevistas

Instrumento adaptado do Estudo Multipaíses da Organização Mundial da Saúde sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica elaborado por SCHRAIBER et al. (2002)

Saúde da Mulher, Relações familiares e Serviços de Saúde

Pesquisadora Responsável
MARIA INÊS ROSSELLI PUCCIA

QUESTIONÁRIO

12 de Setembro de 2010

1. SERVIÇO _____ n° questionário _____	1. _____
2. DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____	2. ____/____/____
3. HORA DE INÍCIO: _____	3. ____:____
4. NÚMERO DE MATRÍCULA NO SERVIÇO: _____ INICIAIS DA ENTREVISTADA: _____	4. _____
5. DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____	5. ____/____/____
6. ESCOLARIDADE:	
6a. SABE LER E ESCRIVER? 1. ☐ sim 2. ☐ não	6a. ____
6b. VOCÊ JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? 1. ☐ sim 2. ☐ não [ir para Q. 7]	6b. ____
6c. ATÉ QUE SÉRIE/ ANO VOCÊ ESTUDOU?	
Primeiro Grau ____ ano	
Segundo Grau/Técnico ____ ano	6c. ____
Universitário ____ ano	
7. QUAL A SUA COR?	7. ____
1. ☐ branca	
2. ☐ negra	
3. ☐ amarela	
4. ☐ mulata	
5. ☐ outras mestiças	
6. ☐ outras _____	
8. QUAL É A SUA PRÁTICA RELIGIOSA? (resposta múltipla)	8a. ____
1. ☐ Católica	8b. ____
2. ☐ Judaica	
3. ☐ Muçulmana	
4. ☐ Evangélica Histórica	
5. ☐ Evangélica Pentecostal	
6. ☐ Espírita kardecista	
7. ☐ Umbanda	
8. ☐ Candomblé	
9. ☐ sem prática religiosa	
10. ☐ Outras _____	
9. ONDE VOCÊ NASCEU?	9a. ____
9a. Estado: _____	9b. ____
9b. Cidade: _____	
10. VOCÊ JÁ MOROU EM OUTRA CIDADE (incluindo a que você nasceu)?	10. ____
1. ☐ sim 2. ☐ não [ir p. Q. 12]	
11. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ NA GRANDE S.P. (desde a última vez)? ____ anos	11. ____
12. VOCÊ DIRIA QUE MORA EM:	12. ____
1. ☐ CASA/APARTAMENTO	
2. ☐ QUINTAL COMUM/CORTIÇO	
3. ☐ BARRACO	
4. ☐ MORA NO EMPREGO	
5. ☐ MORADORA DE RUA [ir para Q. 16]	

6. ☐ OUTROS: _____
13. VOCÊ CONSIDERA O LOCAL ONDE MORA COMO: 13. ____
1. ☐ BAIRRO
 2. ☐ FAVELA
 3. ☐ CONJUNTO HABITACIONAL/ CASA POPULAR
 4. ☐ CASA DE APOIO/ ALBERGUE
 5. ☐ OUTRO _____
14. O LOCAL ONDE VOCÊ MORA É: 14. ____
1. ☐ PRÓPRIO
 2. ☐ ALUGADO
 3. ☐ CEDIDO
 4. ☐ OCUPAÇÃO
 5. ☐ INSTITUIÇÃO [ir para Q.16]
 6. ☐ MORA NO EMPREGO
 7. ☐ OUTROS _____
15. VOCÊ OU ALGUMA PESSOA DA SUA CASA POSSUI: 15^a ____
1. ☐ TERRENO 15b. ____
 2. ☐ CASA
 3. ☐ APARTAMENTO
 4. ☐ TERRA
 5. ☐ SEM PROPRIEDADE

ATENÇÃO – Para as moradores de rua, quem mora no emprego ou em instituição a próxima questão se refere a quantos dos itens ela possui. Para as outras a questão se refere a quantos destes itens a casa da entrevistada possui.

16. VOCÊ POSSUI QUANTOS DESTES ÍTENS?
1. [] TELEVISÃO COLORIDA 16^a ____
 2. [] RÁDIO 16b. ____
 3. [] MÁQUINA DE LAVAR ROUPA 16c. ____
 4. [] GELADEIRA 16d. ____
 5. [] TELEFONE FIXO 16e. ____
 6. [] TELEFONE CELULAR 16f. ____
 7. [] MICROCOMPUTADOR 16g. ____
 8. [] MICROCOMPUTADOR COM ACESSO INTERNET 16h. ____
 9. [] MOTOCICLETA PARA USO PARTICULAR 16i. ____
 10. [] AUTOMÓVEL PARA USO PARTICULAR 16j. ____
17. QUANTOS CÔMODOS EM SUA CASA SÃO USADOS PARA DORMIR? [____] 17. ____
18. QUAL A SUA OCUPAÇÃO? (resposta múltipla): _____ 18^a ____
1. ☐ do lar / dona de casa 18b. ____
 2. ☐ empregada doméstica
 3. ☐ estudante
 4. ☐ trabalhadora de empresa e/ou autônoma
 5. ☐ trabalhadora esporádica
 6. ☐ desempregada
 7. ☐ outros _____

19. VOCÊ ESTÁ CASADA OU TEM UM RELACIONAMENTO AMOROSO, ATUALMENTE?

19. ____

1. ☐ casada/vivendo com um companheiro/ amiga
2. ☐ casada/ vivendo com uma companheira/ amiga
3. ☐ tem um parceiro/namorado (mantendo relação sexual), mas não vive junto
4. ☐ tem parceira/ namorada (mantendo relação sexual), mas não vive junto
5. ☐ tem um parceiro/ namorado, sem relação sexual.
6. ☐ tem uma parceira/ namorada, sem relação sexual.
7. ☐ não está casada, nem vivendo com alguém, nem namorando [ir para Q 24]

20. HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ COM O(A) ATUAL COMPANHEIRO(A)?

20. ____

____ anos ____ meses

21. QUAL A IDADE DO(A) COMPANHEIRO(A): ____ anos

21. ____

22a. ____

22b. ____

Escolaridade do companheiro(a):

22c. ____

22a. ELE (A) SABE LER E ESCREVER? 1. ☐ sim 2. ☐ não

22b. ELE (A) JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? 1. ☐ sim 2. ☐ não [ir para Q. 23]

22c. ATÉ QUE SÉRIE/ ANO ELE (A) ESTUDOU?

Primeiro Grau ____ ano

Segundo Grau/Técnico ____ ano

Universitário ____ ano

Não sabe : 99 ____

23. QUAL A OCUPAÇÃO DO(A) COMPANHEIRO(A)? _____
(resposta múltipla)

23^a. ____

23b. ____

1. ☐ Do lar
2. ☐ Doméstico(a) [cozinheiro(a), copeiro(a), faxineiro(a), jardineiro(a), etc]
3. ☐ Estudante
4. ☐ Trabalhador(a) de empresa e/ou autônomo(a)
5. ☐ Trabalhador(a) esporádico(a)
6. ☐ Desempregado(a)
7. ☐ Outros _____
- 9 ☐ Não Sabe

24. VOCÊ SAIU DA CASA EM QUE FOI CRIADA? QUAL O MOTIVO DA SAÍDA? **FALE O PRINCIPAL MOTIVO.**

24. ____

1. ☐ ainda vive na casa onde foi criada
2. ☐ casou/ foi viver com o companheiro
3. ☐ casou/ foi viver com o companheiro porque estava grávida
4. ☐ resolveu morar sozinha
5. ☐ foi morar no emprego
6. ☐ agressão física e/ou sexual entre os pais
7. ☐ agressão física e/ou sexual contra ela, por familiares
8. ☐ conflitos familiares de outra ordem
9. ☐ foi expulsa da casa
10. ☐ outros _____

25. COM QUE IDADE FOI SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?: _____ anos

25. ____

26. QUANTAS VEZES VOCÊ JÁ ENGRAVIDOU? _____

26. ____

27. QUANTOS FILHOS NASCERAM VIVOS? ____ 27. ____
28. JÁ TEVE ALGUM ABORTAMENTO? QUANTOS? ____ 28. ____
29. JÁ TEVE ALGUM FILHO NASCIDO MORTO? QUANTOS? ____ 29. ____
30. ALGUM DE SEUS FILHOS NASCEU ABAIXO DO PESO (ABAIXO DE 2,5 KG)?
QUANTOS? ____ 30. ____
31. VOCÊ OU SEU PARCEIRO ATUAL FAZIAM USO DE ALGUM MÉTODO PARA EVITAR GRAVIDEZ? QUAL? (resposta múltipla) 31 a. ____
31 b. ____
1. ☐ Não usava método
 2. ☐ DIU
 3. ☐ Pílula
 4. ☐ Diafragma/Geléia espermecida
 5. ☐ Injeção
 6. ☐ Laqueadura
 7. ☐ Vasectomia
 8. ☐ Condom/ camisinha
 9. ☐ Métodos naturais (tabelinha, coito interrompido, lavagem, ducha...)
 10. ☐ Outros (estava amamentando ou outros métodos)
32. VOCÊ ALGUMA VEZ USOU CAMISINHA COM SEU PARCEIRO ATUAL PARA SE PROTEGER DE ALGUMA DOENÇA? 32. ____
1. ☐ Sim 2. ☐ Não
33. ALGUMA VEZ SEU PARCEIRO ATUAL JÁ SE RECUSOU A USAR CAMISINHA PARA PREVENIR ALGUMA DOENÇA? 33. ____
1. ☐ Sim 2. ☐ Não
34. VOCÊ SABE QUE EXISTEM DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, ENTRE ELAS, O VÍRUS HIV, QUE PODE LEVAR À AIDS. VOCÊ, ALGUMA VEZ, JÁ FEZ TESTE PARA O HIV (AIDS)? NÃO QUEREMOS SABER O RESULTADO, APENAS SABER SE VOCÊ JÁ FEZ O TESTE. 34. ____
1. ☐ Sim ☐ 2. Não 3. Não sabe

35. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, VOCÊ TEVE:

SIM NÃO

a. TONTURAS	1	2	35a. ____
b. DOR DE CABEÇA	1	2	35b. ____
c. TREMORES	1	2	35c. ____
d. DESMAIO	1	2	35d. ____
e. CORRIMENTO VAGINAL	1	2	35e. ____
f. PERDA DE LIQUIDO VIA VAGINAL	1	2	35f. ____
g. SANGRAMENTO VAGINAL	1	2	35g. ____
h. DOR NA RELAÇÃO SEXUAL	1	2	35h. ____
i. DOR EM BAIXO VENTRE	1	2	35i. ____
j. DOR OU ARDOR PARA URINAR	1	2	35j. ____
k. CONTRAÇÕES MAIS FREQUENTES	1	2	35k. ____
l. FEBRE	1	2	35l. ____
m. PRESSÃO ALTA	1	2	35m. ____
n. FALTA DE AR	1	2	35n. ____
o. TOSSE	1	2	35o. ____
p. OUTROS	1	2	35p. ____

ATENÇÃO ENTREVISTADORA:

“Até aqui foram feitas perguntas mais gerais. Agora as perguntas vão abordar aspectos mais íntimos de relacionamento que podem ser mais difíceis de serem respondidas, pois podem mobilizar sentimentos de tristeza, revolta, vergonha ... Podemos continuar?”

As questões que seguem referem-se a mulheres que estão casadas, moram com o(a) companheiro(a) ou têm namorado(a), ou que alguma vez tiveram relacionamentos deste tipo.

36. Eu quero que você me diga se seu atual marido/ companheiro(a), ou qualquer outro companheiro ou namorado (a) alguma vez, tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim, continue em B. Se não, vá para o próximo item)		B) Isto aconteceu nos últimos 12 meses? (Se sim, pergunte somente a C. Se não, somente a D)		C) Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes? (depois de responder a C, pule o D)			D) Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma Poucas Muitas			Uma Poucas Muitas		
a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p. ex.: a forma como ele (a) a olha, como ele (a) grita, como ele (a) quebra coisas/ objetos pessoais)?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
d) Ameaçou machucá-la ou alguém ou algo de que (m) você gosta?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
37. Alguma vez, o seu atual marido/companheiro (a), ou qualquer outro companheiro (a), tratou você da seguinte forma:	A)		B)		C)			D)		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma Poucas Muitas			Uma Poucas Muitas		
a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/ chacoalhão?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
e) Estrangulou ou queimou você de propósito?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3

38. Alguma vez, o seu atual marido/companheiro (a), ou qualquer outro companheiro (a), tratou você da seguinte forma:	A)		B)		C)			D)		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas	Uma	Poucas	Muitas
a) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele (a) pudesse fazer?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3

Se a entrevistada respondeu SIM a alguma das questões 36, 37 e 38, faça a pergunta 39.
Senão, vá para a Q. 40

39. ALGUMA DESTAS VEZES VOCÊ ESTAVA GRÁVIDA?

39. ____

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

40. ALGUMA OUTRA PESSOA, NA SUA VIDA, JÁ INSULTOU VOCÊ, DEPRECIOU OU HUMILHOU, OU FEZ COM QUE VOCÊ SE SENTISSE MAL?

40. ____

1. ☐ sim
2. ☐ não [ir para Q.41]
3. ☐ não quis responder [ir para Q.41]

40a. QUEM?	40b. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA?				40c. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?			40d. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?	
	Antes dos 12	12-18	19 ou +	Em + de 1 período	Uma	Poucas	Muitas	Sim	Não
a. Filhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
b. mãe/mãe adotiva	1	2	3	4	1	2	3	1	2
c. pai/pai adotivo	1	2	3	4	1	2	3	1	2
d. irmão (ã)(s)	1	2	3	4	1	2	3	1	2
e. outros familiares	1	2	3	4	1	2	3	1	2
f. vizinhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
g. amigo (a) (s) trabalho/escola	1	2	3	4	1	2	3	1	2
h. Profissional da saúde	1	2	3	4	1	2	3	1	2
i. outros _____	1	2	3	4	1	2	3	1	2

41. ALGUMA OUTRA PESSOA, JÁ BATEU, DEU TAPAS, CHUTOU OU MACHUCOU VOCÊ FISICAMENTE OU DE ALGUMA OUTRA FORMA?

41. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não [ir para Q.42] 3. ☐ não quis responder [ir para Q.42]

41a. QUEM?	41b. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA?				41 c. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?			41 d. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?	
	Antes dos 12	12-18	19 ou +	Em + de 1 período	Uma	Poucas	Muitas	Sim	Não
a. Filhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
b. Mãe/mãe adotiva	1	2	3	4	1	2	3	1	2
c. Pai/pai adotivo	1	2	3	4	1	2	3	1	2
d. Irmão (ã)(s)	1	2	3	4	1	2	3	1	2
e. Outros familiares	1	2	3	4	1	2	3	1	2
f. Vizinhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
g. Amigo (a) (s) trabalho/escola	1	2	3	4	1	2	3	1	2
h. Profissional da saúde	1	2	3	4	1	2	3	1	2
i. Outros _____	1	2	3	4	1	2	3	1	2

42. ALGUMA OUTRA PESSOA JÁ FORÇOU VOCÊ A TER RELAÇÃO SEXUAL CONTRA SUA VONTADE?

42. ____

1. ☐ Sim 2. Não [ir para Q.43] ☐ 3. Não quis responder [ir para Q.43]

42a. QUEM?	42b. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA?				42c. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?			42d. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?	
	Antes dos 12	12-18	19 ou +	Em + de 1 período	Uma	Poucas	Muitas	Sim	Não
a. Filhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
b. mãe/mãe adotiva	1	2	3	4	1	2	3	1	2
c. pai/pai adotivo	1	2	3	4	1	2	3	1	2
d. irmão (ã)(s)	1	2	3	4	1	2	3	1	2
e. outros familiares	1	2	3	4	1	2	3	1	2
f. vizinhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
g. amigo (a) (s) trabalho/escola	1	2	3	4	1	2	3	1	2
h. Profissional da saúde	1	2	3	4	1	2	3	1	2
i. outros _____	1	2	3	4	1	2	3	1	2

43. VOCÊ CONSIDERA QUE SOFREU VIOLÊNCIA NA VIDA? 43. ____

1. ☐ Sim 2. ☐ Não

44. VOCÊ TEM MEDO DE ALGUÉM PRÓXIMO A VOCÊ?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não [ir para Q.48]

45. _____

45. DE QUEM?

45 a. _____

45 b. _____

1. ☐ Marido/namorado (a)
2. ☐ Filhos
3. ☐ Ex-marido/ex-namorado (a)
4. ☐ Mãe/mãe adotiva
5. ☐ Pai/pai adotivo
6. ☐ Irmão (ã) (s)
7. ☐ Outros familiares
8. ☐ Vizinhos
9. ☐ Amigo (a) (s) trabalho/Escola
10. ☐ Outros _____

46. NA SUA VIDA, VOCÊ JÁ BATEU EM ALGUÉM?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não [ir para Q.48]

46. _____

47. EM QUEM?

47 a. _____

47 b. _____

1. ☐ Marido/namorado (a)
2. ☐ Filhos
3. ☐ Ex-marido/ex-namorado (a)
4. ☐ Mãe/mãe adotiva
5. ☐ Pai/pai adotivo
6. ☐ Irmão (ã) (s)
7. ☐ Outros familiares
8. ☐ Vizinhos
9. ☐ Amigo (a) (s) trabalho/Escola
10. ☐ Outros _____

48. COMO VOCÊ SE SENTE EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO QUE RECEBEU DURANTE ESTA INTERNAÇÃO?

48. _____

1. Muito Satisfeita
2. Satisfeita
3. Pouco Satisfeita
4. Insatisfeita
9. Não respondeu

49. COMO VOCÊ SE SENTE EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO QUE RECEBEU DURANTE O PARTO?

49. _____

1. Muito Satisfeita [ir para Q51]
2. Satisfeita [ir para Q 51]
3. Pouco Satisfeita
4. Insatisfeita
9. Não respondeu

50. ALGUÉM DA EQUIPE DE SAÚDE LHE TRATOU RISPIDAMENTE, DEPRECIOU OU HUMILHOU VOCÊ, OU FEZ COM QUE VOCÊ SE SENTISSE MAL?

50. _____

1. ☐ sim
2. ☐ não
9. ☐ não quis responder

51. VOCÊ TEVE ACOMPANHANTE DE SUA ESCOLHA DURANTE O PARTO?

51. _____

1. ☐ sim
2. ☐ não
9. ☐ não quis responder

52. DURANTE A ENTREVISTA, CONVERSAMOS SOBRE ALGUNS ASSUNTOS DIFÍCEIS. COMO VOCÊ SE SENTE APÓS CONVERSARMOS SOBRE ESSAS COISAS? **52.** _____

1. ☐ BEM/ MELHOR
2. ☐ MAL/ PIOR
9. ☐ INDIFERENTE/ NÃO SEI

53. VOCÊ GOSTARIA QUE PERGUNTASSEM A VOCÊ, ASSIM COMO A TODAS AS USUÁRIAS DESTE SERVIÇO DE SAÚDE, DE FORMA ROTINEIRA, SOBRE AGRESSÕES, MAUS TRATOS, VIOLÊNCIA FÍSICA OU SEXUAL? **53.** _____

1. ☐ gostaria
2. ☐ não gostaria
9. ☐ indiferente/ não sei

54. ENTREVISTADORA: _____ **54.** ____ ____

55. HORA DE TÉRMINO: ____:____ **55.** ____ ____:____ _

OBSERVAÇÕES DA ENTREVISTADORA:

ANEXO B – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP		FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS		FR - 359968	
Projeto de Pesquisa VIOLÊNCIA POR PARCEIROS ÍNTIMOS E NEAR MISS MATERNA					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Epide.				Grupo Grupo III	Nível Epidemiológico
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos VIOLÊNCIA POR PARCEIROS ÍNTIMOS, MULHERES MALTRATADAS, MORTALIDADE MATERNA, MORBIDADE; COMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ, GRAVIDEZ					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 250	Total Brasil 250	Nº de Sujeitos Total 250	Grupos Especiais Criança e ou menores de 18 anos,		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Maria Inês Rosselli Puccia			CPF 075.166.188-02	Identidade 16.705.770-4	
Área de Especialização SAÚDE PÚBLICA			Maiores Titulação MESTRE	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço Av. Lauro Gomes, 2000			Bairro Vila Sacadura Cabral	Cidade Santo André - SP	
Código Postal 09060-870	Telefone 49935435 / 49935435		Fax	Email PUCCIA@USP.BR	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: <u>17.1.08.2010</u>					
Assinatura					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo			CNPJ 57.571.275/0005-26	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão MATERNIDADE			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Av Bispo Cesar D'acorso Filho, 161			Bairro Rudge Ramos	Cidade São Bernardo do Campo - SP	
Código Postal 09624000	Telefone (11)43651480		Fax (11)43651480	Email comprashmu@zipmail.com.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: <u>JOSE KLEBER ROBERTO MACHADO</u> Data: <u>17.1.08.2010</u>					
Assinatura					
Vinculada					
Nome Faculdade de Medicina do ABC - SP			CNPJ 57.571.275/0007-98	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Av. Príncipe de Gales nº 821			Bairro Príncipe de Gales	Cidade Santo André - SP	
Código Postal 09060-650	Telefone 11 49935427		Fax 11 49935427	Email fmabc@fmabc.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Nome: <u>Adilson Casemiro Pires</u> Data: <u>19.1.10.10</u>					
Assinatura					

PROT. N.º 215 / 2010

ANEXO C – Protocolo de aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC.

Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Medicina do ABC

Mantida pela Fundação do ABC

Santo André, 15 de Outubro de 2010.

PROTOCOLO CEP/FMABC, REGISTRADO SOB O Nº. 215/2010

Ilmo(a). Sr(a).

MARIA INÊS ROSSELLI PUCCIA

Prezado (a) Senhor (a):

Projeto de Pesquisa Intitulado: **"VIOLÊNCIA POR PARCEIROS ÍNTIMOS E NEAR MISS MATERNA."**

Vimos por meio desta, informar que em reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC, realizada em **13/10/2010**, foi **aprovado** o protocolo de pesquisa acima mencionado.

O Comitê de Ética em Pesquisa da FMABC, em obediência à Resolução 196/96, deverá encaminhar a CONEP/MS, relatórios anuais dos projetos de pesquisa que encontram-se em andamento. Solicitamos informar sobre o andamento do seu projeto anualmente isto é, se já foi concluído, suspenso ou se ainda está em andamento: neste último caso comunicar qual o tempo previsto para a conclusão do mesmo, e encaminhar breve resumo dos resultados obtidos no estudo.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos com os protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Elie Fiss
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa da FMABC

ANEXO D - Protocolo de aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município de Santo André.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ

SECRETARIA DE SAÚDE	
	CEP – Comitê de Ética em Pesquisa	
 PROTOCOLO CEPSS-AS, REGISTRADO SOB O Nº 014/2010 		
Ilmo(a). Sr(a).		
<u>Maria Inês Rosselli Puccia</u>		
 Prezado (a) Senhor (a):		
 Projeto de Pesquisa Intitulado: “Violência Por Parceiros Íntimos e Near Miss Materna”.		
 <p>Vimos por meio desta, informar que em reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Santo André, realizada em 15/12/2010, foi APROVADO o protocolo de pesquisa acima mencionado.</p>		
 <p>O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Santo André, em obediência à Resolução 196/96, deverá encaminhar a CONEP/MS, relatórios (semestrais) dos projetos de pesquisa que encontram-se em andamento. Solicitamos informar sobre o andamento do seu projeto anualmente isto é, se já foi concluído, suspenso ou se ainda está em andamento: neste último caso comunicar qual o tempo previsto para a conclusão do mesmo, e encaminhar breve resumo dos resultados obtidos no estudo.</p>		
 <p>Sem mais para o momento, subscrevemo-nos com os protestos de estima e consideração.</p>		
 <p>Atenciosamente,</p>		
<p>Ekatriny Antônia Guerle Tonso Coordenadora do CEPSS-SA</p>
<p>Praça do Carmo, nº 14 – Centro – Santo André – SP Fone: 4432-3446 - 4432-3463 msautsumi@santoandre.sp.gov.br</p>		

ANEXO E – Declaração referente á autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa no Hospital da Mulher.

HOSPITAL DA MULHER
Maria José dos Santos Stein

Santo André, 13 de agosto de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaramos para devidos fins que a aluna **Maria Inês Rosselli Puccia**, aluna do Programa de Interunidades de Doutorado em Enfermagem da USP esta autorizada a desenvolver a pesquisa com o título do projeto: **“Violência por parceiros íntimos e ocorrência *near miss* materna na região do Grande ABC”**, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Marli Vilela Mamede.

Sem mais,

Dr. Cicero Venneri Mathias
Diretor Técnico do Hospital da Mulher