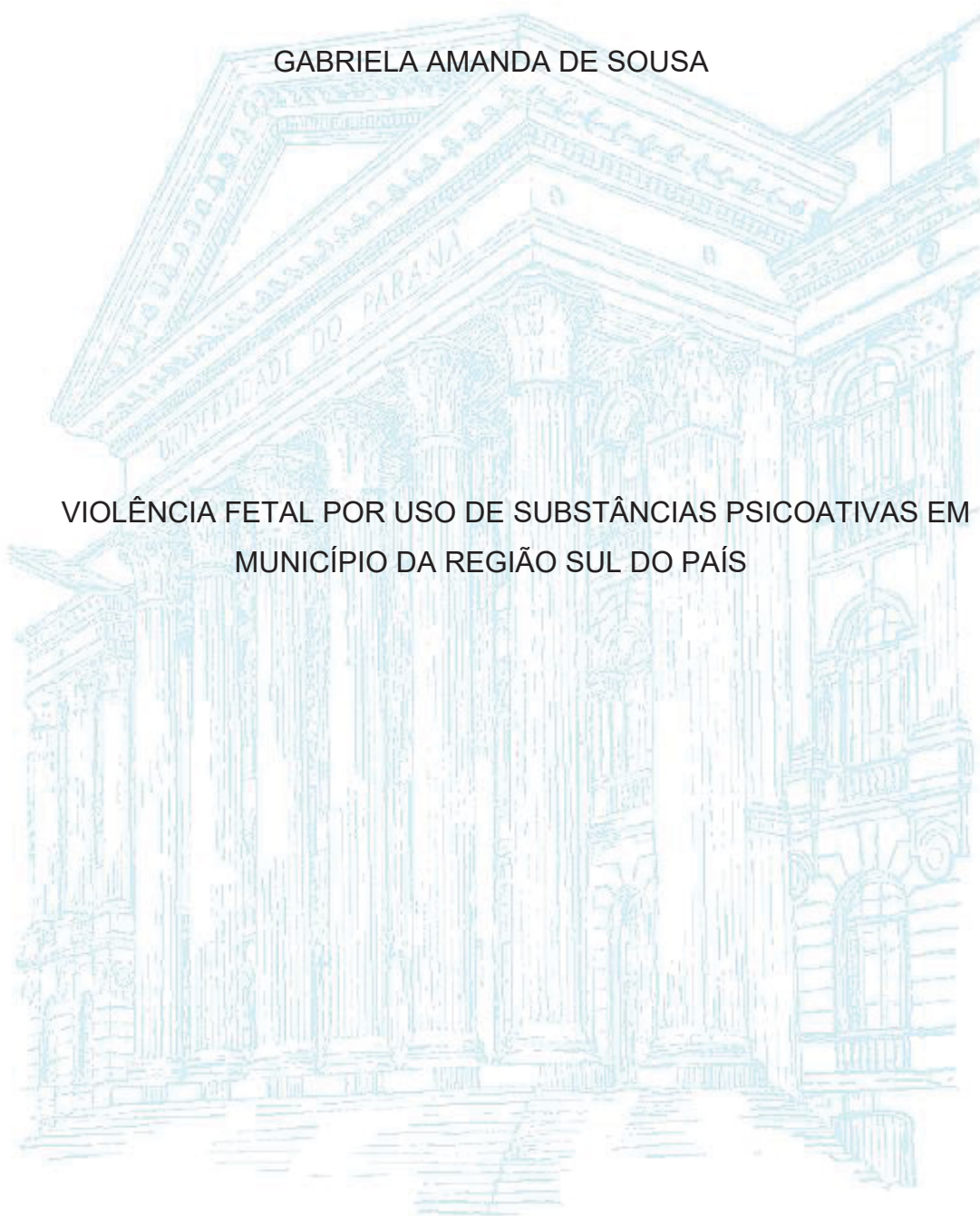


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GABRIELA AMANDA DE SOUSA

VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO PAÍS



CURITIBA

2021

GABRIELA AMANDA DE SOUSA

VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO PAÍS

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dr^a Denise Siqueira de Carvalho.

Coorientadora: Profa. Dr^a Marilene da Cruz Magalhães Buffon.

CURITIBA

2021

S725 Sousa, Gabriela Amanda de
Violência fetal por uso de substâncias psicoativas em um município da região sul do país [recurso eletrônico] / Gabriela Amanda de Sousa. -- Curitiba, 2021.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Siqueira de Carvalho

Coorientadora: Profa. Dra. Marilene da Cruz Magalhães Buffon

1. Gravidez. 2. Violência. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. I. Carvalho, Denise Siqueira de. II. Buffon, Marilene da Cruz Magalhães. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM WQ 240

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB 9/991



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **GABRIELA AMANDA DE SOUSA** intitulada: **VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO PAÍS**, sob orientação da Profa. Dra. DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 26 de Agosto de 2021.

Assinatura Eletrônica

13/09/2021 14:18:15.0

DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

16/09/2021 19:35:20.0

EDISON LUIZ ALMEIDA TIZZOT

Avaliador Externo (null)

Assinatura Eletrônica

13/09/2021 16:32:33.0

KARIN REGINA LUHM

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

RUA PADRE CAMARGO 280, 3º ANDAR - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: mestradoscoletivaufpr@gmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 109410

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 109410

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por ter me sustentado até aqui através da fé e do amor.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, por ter me oportunizado a possibilidade de desenvolver este trabalho e continuar minha formação na estimada Universidade Federal do Paraná.

As minhas orientadoras Prof. Dra. Denise Siqueira de Carvalho e Prof. Dra. Marilene da Cruz Magalhães Buffon pelas inestimáveis contribuições e sugestões fundamentais para a elaboração deste trabalho. Obrigada pelo apoio e disponibilidade desde a graduação que foram muito importantes no meu desenvolvimento acadêmico.

As Prof. Dra. Karin Regina Luhm e Prof. Dra. Verônica de Azevedo Mazza pelas brilhantes considerações enquanto integrantes da minha banca de qualificação.

À Secretária Municipal de Saúde de Curitiba pelo apoio oferecido no desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas do Mestrado em Saúde Coletiva que contribuíram de forma especial na minha formação e crescimento profissional durante esse processo.

Aos meus familiares, amigos e namorado que sempre me incentivaram na minha formação acadêmica. Em especial aos meus pais que sempre acreditaram nos meus sonhos e não pouparam esforços para que todos eles se concretizassem; e aos meus irmãos que foram pacientes nas minhas inúmeras ausências e me apoiaram com todo seu amor e carinho.

A todas as pessoas que participaram de forma direta e ou indireta no desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

A violência fetal refere-se aos hábitos nocivos da gestante que podem afetar o feto. Trata-se de notificação obrigatória na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba desde 2012. O objetivo deste estudo foi quantificar e caracterizar as ocorrências de violência fetal por uso de substâncias psicoativas em Curitiba/PR e relacioná-las com a saúde do recém-nascido. É um coorte histórico de fetos notificados entre janeiro de 2013 a dezembro de 2018 e avaliados posteriormente utilizando os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos e Sistema de Informação de Mortalidade. Inicialmente, a variável de interesse foi apresentar ou não notificação por Violência Fetal por uso de substâncias psicoativas durante a gestação e utilizou-se como grupo de comparação a população de recém-nascidos sem notificação de violência. Também foi realizada a avaliação específica do grupo que sofreu violência fetal, utilizando como variáveis de desfecho o baixo peso ao nascer e o óbito fetal. As variáveis independentes foram divididas em blocos hierárquicos: características maternas relativas à gravidez e parto e do recém-nascido. Foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel e analisados no Programa Epi-Info versão 7.2.4.0. Análises descritivas e bivariada foram realizadas para as distintas situações e valores de $p < 0,20$ nos testes bivariados foram utilizados como critério para a composição do modelo de regressão logística de cada bloco. Os valores de OR com respectivos intervalos de confiança e valor de $p < 0,05$ foram os parâmetros adotados para avaliação da significância estatística no modelo final. Identificou-se 1.142 notificações de violência fetal e destas, 500 pelo uso de substâncias psicoativas, das quais identificou-se 409 nascidos-vivos e 10 óbitos fetais. A taxa de ocorrência de violência fetal foi de 7,95/1.000 nascidos-vivos e a taxa de violência fetal por uso de substâncias psicoativas 2,83/1000. Escolaridade materna entre 4 a 7 anos (OR 3,11 IC95% 2,45-3,96), não ter companheiro (OR 7,95 IC95% 4,95-12,78), histórico de filhos mortos (OR 1,57 IC95% 1,22-2,01), não ser primigesta (OR 2,06 IC95% 1,49-2,86), ser dona de casa (OR 1,97 IC95% 1,54-2,54) ou não ter ocupação (OR 5,70 IC95% 2,18-15,02), início tardio do pré-natal (OR 1,75 IC95% 1,34-2,90), 1 a 3 consultas no pré-natal (OR 2,70 IC95% 1,83-3,98), parto vaginal (OR 1,54 IC95% 1,20-1,98), baixo peso ao nascer (OR 3,14 IC95% 2,28-4,32) e Apgar < 7 no 5º. minuto (OR 2,30 IC95% 1,21-4,72) apresentaram associação estatisticamente significativa com a violência fetal por uso de substâncias psicoativas. Entre as vítimas de violência fetal, excetuando-se os prematuros, como análise de sensibilidade, a ocorrência de baixo peso ao nascer apresentou associação estatisticamente significativa com a escolaridade materna entre 4 a 7 anos de estudo (OR 2,38 IC95% 1,27-4,47), registro da notificação no 2º trimestre (OR 9,55 IC95% 1,22-75,01) e 3 consultas ou menos no pré-natal (OR 3,03 IC95% 1,46-6,31). Quanto ao óbito perinatal, ter filhos mortos (OR 9,60 IC95% 2,03-45,47) e prematuridade (OR 19,52 IC95% 4,15-91,75) se destacaram no modelo final. Os resultados apontam características sociodemográficas de vulnerabilidade para o consumo de substâncias psicoativas na gestação e sugerem impactos na saúde do recém-nascido, evidenciando a necessidade de investimentos em estratégias de prevenção e intervenção.

Palavras-chave: Gravidez. Violência. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

ABSTRACT

Fetal violence occurs when the woman has harmful habits during pregnancy. It is used by the Municipal Health Department of Curitiba in the Notification Form of Interpersonal/Self-inflicted Violence. The objective of this study was to quantify and characterize the occurrences of fetal violence by use of psychoactive substances in Curitiba/PR and relate them to the health of the newborn. This is a historical cohort of fetuses notified in the period from January 2013 to December 2018 and further evaluated using data from the Live Births Information System and Mortality Information System. Initially, the variable of interest was whether or not to present notification for Fetal Violence due to the use of psychoactive substances during pregnancy and the population of newborns without notification of violence was used as the comparison group. A specific evaluation of the group that suffered fetal violence was also carried out, using low birth weight and fetal death as outcome variables. The independent variables were divided into hierarchical blocks: maternal characteristics related to pregnancy and delivery and of the newborn. They were tabulated in Microsoft Excel and analyzed in the Epi-Info Program version 7.2.4.0. Descriptive and multiple analyses were performed for the different situations and p values < 0.20 in the bivariate tests were used as criteria for the composition of the logistic regression model of each block. The OR values with respective confidence intervals and p-value < 0.05 were the parameters used to evaluate the statistical significance in the final model. We identified 1,142 notifications of fetal violence and of these, 500 due to the use of psychoactive substances, of which 409 live births and 10 fetal deaths were identified. The fetal violence rate was 7.95/1,000 live births and the fetal violence rate due to the use of psychoactive substances was 2.83/1,000. Maternal education between 4 and 7 years (OR 3.11 95%CI 2.45-3.96), not having a partner (OR 7.95 95%CI 4.95-12.78), history of dead children (OR 1.57 95%CI 1.22-2.01), not be the first pregnancy (OR 2.06 95%CI 1.49-2.86), being a housewife (OR 1.97 95%CI 1.54-2.54) or having no occupation (OR 5.70 95%CI 2.18-15.02), late initiation of prenatal care (OR 1.75 95%CI 1.34-2.90), 1 to 3 prenatal visits (OR 2.70 95%CI 1.83-3.98), vaginal delivery (OR 1.54 95%CI 1.20-1.98), low birth weight (OR 3.14 95%CI 2.28-4.32), and Apgar<7 at the 5th. minute (OR 2.30 95%CI 1.21-4.72) showed statistically significant association with fetal violence by psychoactive substance use. Among victims of fetal violence, except premature infants, the occurrence of low birth weight was statistically significantly associated with maternal education between 4 and 7 years of school (OR 2.38 95%CI 1.27-4.47), notification in the 2nd trimester (OR 9.55 95%CI 1.22-75.01) and 3 or fewer prenatal visits (OR 3.03 95%CI 1.46-6.31). As for perinatal death, having dead children (OR 9.60 95%CI 2.03-45.47) and prematurity (OR 19.52 95%CI 4.15-91.75) stood out in the final model. The results point to sociodemographic characteristics of vulnerability for the consumption of psychoactive substances in pregnancy and suggest impacts on the health of the newborn, highlighting the need for investment in prevention and intervention strategies.

Keywords: Pregnancy. Violence. Substance Use Disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO DO PAR NOS BANCOS DE DADOS DO SINASC E VF - VÍTIMAS DE VFSP X DN NO SINASC..	46
FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO DO PAR NOS BANCOS DE DADOS DO SIM E VF – VÍTIMAS DE VFSP X DO NO SIM.....	46
FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO DO PAR NOS BANCOS DOS DADOS DO SIM E SINASC - DN SINASC X DO SIM.....	47
FIGURA 4 - COORTE DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA FETAL NO PERÍODO DE JANEIRO 2013 A DEZEMBRO DE 2018 EM CURITIBA/PR.....	53

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DE JANEIRO/2013 A DEZEMBRO/2018 EM CURITIBA/PR.....	54
TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES DE ACORDO COM A NOTIFICAÇÃO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA GESTAÇÃO EM CURITIBA, 2013-2018.....	56
TABELA 3 – COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO DAS NOTIFICAÇÕES DE VFSP E OS DEMAIS NASCIDOS-VIVOS EM CURITIBA/PR, 2013-2018.....	58
TABELA 4 – COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS QUE SOFRERAM VFSP E OS NÃO EXPOSTOS À VFSP, EM CURITIBA/PR, 2013-2018.....	59
TABELA 5 – RESULTADO FINAL DA ANÁLISE MÚLTIPLA DOS FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA GESTAÇÃO, CURITIBA/PR, 2013-2018.....	60
TABELA 6 – COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS RELACIONADAS AO BAIXO PESO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NOTIFICADOS NOTIFICADAS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018.....	63
TABELA 7 – COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO RELACIONADAS AO BAIXO PESO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018..	64
TABELA 8 – COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA RELACIONADAS AO BAIXO PESO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018...	65

TABELA 9 – RESULTADO FINAL DA ANÁLISE MÚLTIPLA DOS FATORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO EM NASCIDOS-VIVOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA, 2013-2018.....	66
TABELA 10 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS RELACIONADAS AO BAIXO PESO AO NASCIMENTO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NÃO PREMATUROS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018.....	67
TABELA 11 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO RELACIONADAS AO BAIXO PESO AO NASCIMENTO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NÃO PREMATUROS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP) E NÃO PREMATURAS, CURITIBA/PR, 2013-2018.....	69
TABELA 12 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA RELACIONADAS AO BAIXO PESO AO NASCIMENTO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NÃO PREMATUROS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP) E NÃO PREMATURAS, CURITIBA/PR, 2013-2018.....	69
TABELA 13 – RESULTADO FINAL DA ANÁLISE MÚLTIPLA DOS FATORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO EM NASCIDOS-VIVOS NÃO PREMATUROS EXPOSTOS ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, CURITIBA, 2013-2018.....	70
TABELA 14 – CARACTERÍSTICAS DOS ÓBITOS DA COORTE DE EXPOSTOS ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO PERÍODO INTRAUTERINO, CURITIBA, 2013-2018.....	72
TABELA 15 – COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS RELACIONADAS AO ÓBITO PERINATAL ENTRE OS FETOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018.....	73

TABELA 16 – COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO RELACIONADAS AO ÓBITO PERINATAL ENTRE OS FETOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018.	74
TABELA 17 – COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO FETO RELACIONADAS AO ÓBITO PERINATAL ENTRE OS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018.	74
TABELA 18 – RESULTADO FINAL DA ANÁLISE MÚLTIPLA DOS FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO PERINATAL EM FETOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA, 2013-2018.	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - VARIÁVEIS BANCO UNIFICADO DOS NASCIDOS-VIVOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E OS NASCIDOS-VIVOS NÃO VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS OBTIDAS PELO SINASC.. 49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARBD	–	Defeitos de Nascimento relacionados ao Álcool
ARND	–	Defeitos de Neurodesenvolvimento relacionados ao Álcool
BPN	–	Baixo peso ao nascimento
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
DNV	–	Declaração de nascido-vivo
DO	–	Declaração de óbito
EUA	–	Estados Unidos da América
FASD -	–	Desordem do Espectro Alcoólico Fetal
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	–	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
pH	–	Potencial hidrogeniônico
PIG	–	Pequeno para a idade gestacional
PN	–	Pré-natal
SAF	–	Síndrome Alcoólica Fetal
SIM	–	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	–	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC	–	Sistema de Informação de Nascidos-Vivos
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
SNC	–	Sistema Nervoso Central
SP	–	Substância psicoativa
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TEPT	–	Transtorno de Estresse Pós-traumático
THC	–	Tetra-hidrocanabidiol
UNMDP	–	Uso não médico de drogas de prescrição
VF	–	Violência Fetal
VFSP	–	Violência Fetal por uso de substâncias psicoativas
VPI	–	Violência por parceiro íntimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 JUSTIFICATIVA	18
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo geral	19
1.2.2 Objetivos específicos.....	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 VIOLÊNCIA	20
2.2 VIOLÊNCIA CONTRA AS CRIANÇAS.....	24
2.3 VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO	27
2.4 RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA E CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS	29
2.5 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DURANTE A GESTAÇÃO	36
2.6 EFEITOS NAS CRIANÇAS	40
3 METODOLOGIA	43
3.1 DESENHO DE ESTUDO.....	43
3.2 CONTEXTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	43
3.3 COLETA DE DADOS	45
3.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	51
3.5 QUESTÕES ÉTICAS.....	52
4 RESULTADOS.....	52
4.1 NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA FETAL E POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM CURITIBA/PR	52
4.2 CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES, GESTAÇÃO, PARTO E CRIANÇAS NOTIFICADAS POR VFSP EM CURITIBA/PR E COMPARAÇÃO COM AS CRIANÇAS NÃO NOTIFICADAS	55
4.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES, GESTAÇÃO, PARTO E CRIANÇAS EXPOSTAS ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM RELAÇÃO AO PESO AO NASCIMENTO	61
4.4 CARACTERÍSTICAS DOS ÓBITOS DE CRIANÇAS NOTIFICADAS POR VFSP	62
5 DISCUSSÃO	76
6 CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS.....	86

APÊNDICE 1 - DESCRIÇÃO E ORIGEM DAS VARIÁVEIS.....	96
ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	103
ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA.....	107
ANEXO 3 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL – VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA.....	114

1 INTRODUÇÃO

A violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações e pode gerar a morte ou afetar a integridade física, moral, mental ou espiritual de outros seres humanos (DAHLBERG; KRUG, 2006; MINAYO; SOUZA, 1997).

Os tipos de violência são divididos em três categorias, de acordo com o sujeito que praticou o ato de violência: violência autoprovocada, interpessoal e coletiva. A natureza dos atos violentos pode ser física, sexual, psicológica e envolvendo privação ou negligência (BRASIL, 2019a; KRUG et al., 2002a)

Aproximadamente 1,3 milhões de pessoas por ano ao redor do mundo são vítimas fatais de violência, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global. No ano de 2012, estima-se que houve 475 mil homicídios, na região das Américas a taxa a cada 100 mil habitantes foi a maior, 28,5 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). As mortes por violência em conjunto com as provocadas por acidentes são a primeira causa de morte entre os óbitos que ocorrem entre 5 a 49 anos no Brasil (BRASIL, 2005).

A violência interpessoal não fatal provoca consequências sociais e de saúde, graves e permanentes. Além dos ferimentos físicos pode causar incapacitação, depressão, problemas de saúde física e reprodutiva, hábitos nocivos como tabagismo e abuso de álcool e drogas e comportamento sexual de alto risco. Os hábitos nocivos estão relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas e infecciosas, como doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e HIV/AIDS. As consequências não fatais da violência provocam uma pressão sobre a saúde pública e afetam a economia local por meio do absenteísmo ao trabalho, perda de produtividade e capital humano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A atuação da saúde pública na abordagem da violência ocorre em quatro etapas: conhecer o problema, investigar as suas causas, explorar formas de prevenção e realizar intervenção. Para isso, a saúde pública faz abordagem intersetorial que envolve a educação, serviços sociais, justiça e política. Assim, a saúde pública atua identificando o problema, planejando, testando e avaliando respostas em uma abordagem multidisciplinar (DAHLBERG; KRUG, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Conforme o modelo ecológico da violência, fatores familiares, comunitários, sociais, culturais e outros fatores externos em conjunto com condições biológicas e individuais podem ser predisponentes à violência (BRASIL, 2005; DAHLBERG; KRUG, 2006; KRUG et al., 2002a). Esses fatores, como idade, educação, renda, desordens de personalidade, abuso de substâncias e história prévia de sofrer, testemunhar e/ou praticar violência são relatados por estudos (ARLEIDE, 2009; GONZÁLEZ et al., 2014; SUGG, 2015).

O modelo considera que a violência ocorre pela interação desses múltiplos fatores sobre o comportamento do indivíduo. No primeiro nível situam-se os fatores individuais e biológicos, no segundo relações próximas, o terceiro aborda contextos comunitários e o quarto os fatores da sociedade (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Todos os tipos de violência associam-se fortemente aos determinantes sociais, como desemprego, desigualdade de renda e de gênero, limitação do acesso à educação, governança fraca e aos determinantes transversais como acesso às armas de fogo e consumo de bebidas alcóolicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014)

A violência interpessoal e especialmente a intrafamiliar tem como principais grupos de risco as criança, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, indígenas, população LGBT e comunidades tradicionais (BRASIL, 2019a; KRUG et al., 2002a; VILELA, 2009). A violência contra a criança envolve razões de origem socioeconômica (pobreza, ineficácia das políticas sociais, migração) e culturais (criança como objeto de dominação do adulto e considerada como inferior) (VILELA, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Os maus-tratos podem ocorrer por meio do abuso físico, sexual, emocional e negligência (BRASIL, 2019a; KRUG et al., 2002a). A violência fetal (VF), é um tipo de violência contra crianças em que a mãe durante o período gestacional é responsável pela violência contra o feto ao ser alcoolista, usuária de drogas e/ou negligente com o pré-natal (PN); pode também envolver agressão física como pontapés ou socos na barriga da gestante praticados por terceiros (CURITIBA, 2008).

Dentre os principais fatores associados à violência está o uso de substâncias psicoativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). As drogas lícitas e ilícitas têm se apresentado como um dos principais fatores que interferem na saúde do feto e da criança, tanto pelo próprio risco à violência, quanto ao risco de efeitos à saúde do feto, inclusive levando à morte (BAILEY; DIAZ-BARBOSA, 2018; POPOVA et al., 2016). Em Curitiba,

instituiu-se o registro de VF nas Fichas de Violência Interpessoal/Autoprovocada em 2012 com o objetivo de notificar esse tipo de ocorrência (CURITIBA, 2019).

A prevalência do consumo de bebidas alcóolicas por mulheres foi de 35,0% nos últimos 12 meses e 21,9% nos últimos 30 dias. A ingestão de quatro ou mais doses em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias foi reportada em 9,5% das mulheres brasileiras (BASTOS et al., 2017). Em Curitiba, a prevalência foi ligeiramente inferior, 8,9%(BRASIL, 2020). Cerca de 12% das mulheres fumaram cigarros industrializados no último ano e 11,2% no último mês. O uso de medicamentos não prescritos ou utilizados de forma diferente da prescrição mostrou prevalência de 4,0% nos últimos 12 meses e 1,5% no último mês na população de mulheres brasileiras. Já o consumo de alguma substância ilícita por mulheres nos últimos 30 dias foi de 0,7% (BASTOS et al., 2017).

O aumento da drogadição entre as mulheres ocorre com as mudanças de valores (sociais, tecnológicos e culturais), além da facilidade em obter essas substâncias, problemas no núcleo familiar e da violência doméstica (CARVALHO, 2016 apud HENRIQUE RIBEIRO-ANDRADE et al., 2017).

Na gestação, o uso de substâncias psicoativas está associado a determinadas condições de vida e saúde, como más condições socioeconômicas, nível educacional baixo, ausência de trabalho remunerado, idade, não ter companheiro, baixo apoio social, histórico de aborto, multiparidade, ser vítima de violência doméstica e ter transtornos mentais (AZUINE et al., 2019; DAVIE-GRAY et al., 2013; GARRISON-DESANY et al., 2020; HOMSUP et al., 2018; MASCARENHAS et al., 2020; MESQUITA, 2010; METZ et al., 2018; MORAES; REICHENHEIM, 2007; MRAVČÍK et al., 2020; SEGRE, 2010; VELOSO; MONTEIRO, 2013).

O uso de drogas ilícitas durante a gestação é um significativo preditor do hábito de *beber em binge* (quatro ou mais doses em uma mesma ocasião para mulheres e cinco ou mais para homens) durante o período gestacional (MUCKLE et al., 2011). Além disso, o consumo de tabaco e maconha na gestação são práticas que frequentemente ocorrem em associação ao uso de álcool (MUCKLE et al., 2011; RAMOS KROEFF et al., 2004). Há também uma relação de tolerância em usuários de maconha e álcool (KALANT, 2004).

Como consequência durante a gestação, as mulheres usuárias de álcool (COSTA; DA GAMA; LEAL, 2006; MRAVČÍK et al., 2020), cocaína e opioides (SHANKARAN et al.,

2007) e com transtorno de uso substâncias (MRAVČÍK et al., 2020) fazem menor número de consultas PN.

As consequências do uso de álcool na gestação para o feto incluem retardo do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascimento (BPN), malformações congênitas e espectro das desordens fetais alcoólicas (FASD) (POPOVA et al., 2016). Pode, também, causar abortamento, natimortalidade e prematuridade (MESQUITA, 2010; POPOVA et al., 2016).

A nicotina pode ser responsável por efeitos semelhantes aos causados pelo uso de álcool, como abortamento, prematuridade, BPN e restrição do crescimento intrauterino (HOLBROOK, 2016). Os efeitos da maconha ainda são poucos conclusivos devido ao uso normalmente concomitante com a nicotina, mas podem se relacionar à diminuição do peso ao nascer, maior sofrimento fetal e nascer morto (RYAN et al., 2018).

Os opioides estão relacionados ao BPN, prematuridade, síndrome de abstinência e diminuição no crescimento cerebral (LARSON et al., 2019; UNODC, 2018). A cocaína, opioides e metanfetamina podem estar associados a alteração no crescimento intrauterino (BEHNKE; SMITH, 2013; UNODC, 2018). Álcool, nicotina, maconha, opioides, cocaína e metanfetamina podem causar alterações de comportamento na criança (BEHNKE; SMITH, 2013).

1.1 JUSTIFICATIVA

A epidemiologia, dentro da saúde coletiva, é a que mais faz contribuições ao estudo da violência (MINAYO; SOUZA, 1997). Os dados relacionados à mortalidade, em todos os países, são os mais disponíveis (KRUG et al., 2002a).

O termo VF é utilizado para indicar a exposição do feto às substâncias psicoativas (SP) (álcool e outras drogas) no período intrauterino (CURITIBA, 2008). Alguns estudos mostram que 5% das gestantes utilizam uma ou mais substâncias que causam vício e 1 em cada 20 recém-natos são expostos às drogas ilícitas (BAILEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

A exposição pré-natal às drogas ilícitas, como maconha, estimulantes, opioides, alucinógenos e inalação de solventes, podem causar prejuízo ao crescimento e neurodesenvolvimento (MUCKLE et al., 2011). O consumo de álcool pela gestante, seja ele baixo ou moderado, permite que essa substância atravessasse a placenta e interferira no

desenvolvimento normal do embrião e do feto (BEHNKE; SMITH, 2013; JONSSON; SALMON; WARREN, 2014). A nicotina também é potencialmente a desfechos desfavoráveis antes e após o nascimento (HOLBROOK, 2016).

A obtenção de informações sobre a VF é possível pela existência de um sistema de notificação no município de Curitiba, por meio da notificação compulsória desse tipo de agravo (CURITIBA, 2019). Com o SIM e o SINASC obtém-se informações sobre a saúde, condições da gestação do recém-nascido e risco de óbito (BRASIL, 2019b) A avaliação permanente dos sistemas de notificação confere maior visibilidade ao tema e possibilita à formulação de políticas de saúde e avaliação de intervenções, permitindo corrigir ou intensificar ações de prevenção e planejamento em saúde (BRASIL, 2017; CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017). Efetivas estratégias de prevenção dependem da identificação de populações de risco e compreensão do contexto cultural e demográfico (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).

A técnica de “*linkage*” de sistemas de informação de nascimentos e mortalidade é uma opção factível para realização de estudos de coorte em mortalidade neonatal e permite avaliar de forma individuada variáveis de exposição, assistência PN e ao parto de um coorte por meio de dados secundários (ALMEIDA; MELLO JORGE, 1996). Esse tipo de análise permite a avaliação da situação de saúde e aperfeiçoamento das fontes de informação (BRASIL, 2019b).

Considerando o contexto descrito, este estudo justificou-se pela necessidade em investigar possíveis fatores precoces relacionados ao uso de substâncias psicoativas por gestantes; identificar as características sociodemográficas maternas dos fetos que se associam a esse tipo de hábito deletério, tais como álcool, tabaco e outras drogas ilícitas; e os desfechos pré e pós-natal.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Quantificar e caracterizar as ocorrências de violência fetal por uso de substâncias psicoativas (VFSP) em uma capital do sul do país relacioná-las com a saúde do recém-nascido.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar as ocorrências de VFSP dentre as notificações de VF no município de Curitiba no período 2013-2018
- Comparar as características das mulheres, gestação, parto e saúde do recém-nascido entre as crianças notificadas por VFSP e as não notificadas, utilizando as informações do SINASC
- Identificar os fatores associados ao BPN entre as crianças nascidas-vivas vítimas de VFSP
- Identificar os fatores associados ao BPN entre as crianças nascidas-vivas não prematuras vítimas de VFSP
- Caracterizar os óbitos entre as notificações de VFSP
- Identificar os fatores sociodemográficos maternos, relacionados à gestação, parto e de nascimento associados ao óbito perinatal entre as crianças notificadas por VFSP.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA

De acordo com a Organização Mundial em Saúde (OMS) a definição de violência é o “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (WHO, 1996). Ao incluir na definição de violência a palavra poder, há uma expansão do entendimento comum de violência, permitindo que se incluam atos que decorrem das relações de poder, negligência ou atos de omissão. Dessa forma, Krug e colaboradores entendem que “uso da força física ou do poder” deve ser compreendido de maneira que negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual, psicológico, suicídio e autoabuso sejam considerados como violência. Ela nem sempre causa lesão ou morte e pode estar associada aos danos psicológicos e deficiência de desenvolvimento (DAHLBERG; KRUG, 2006; KRUG et al., 2002a).

A violência pode ser dividida em três categorias: violência autoprovocada, violência interpessoal (intrafamiliar/doméstica e extrafamiliar/comunitária) e violência coletiva (social, política e econômica) (BRASIL, 2005, 2019a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A violência coletiva inclui crimes cometidos por grupos organizados, terroristas, crimes de multidões, guerras e aniquilamento de povos (BRASIL, 2005, 2019a; COELHO et al., 2014). A violência autoprovocada pode ser classificada em comportamento suicida e autoabuso, autopunição e automutilação (BRASIL, 2005, 2019a; COELHO et al., 2014; KRUG et al., 2002a). A violência interpessoal engloba a violência comunitária (violência em escola, locais de trabalho, prisões e asilos) e intrafamiliar, que inclui a violência por parceiro íntimo (VPI) e entre os membros da família ou pessoas com vínculos afetivos (BRASIL, 2005, 2019a; COELHO et al., 2014; KRUG et al., 2002b). O Ministério da Saúde do Brasil também considera outro tipo de violência, a estrutural que se caracteriza pela reprodução e cronificação da fome, miséria, desigualdades sociais, de gênero, de etnia e que mantêm os privilégios e as formas de dominação (BRASIL, 2005).

A violência física caracteriza-se por uso de força física de forma intencional, através de chutes, beliscões, tapas, queimaduras, arma de fogo e branca e outros. A violência sexual ocorre pela obrigação da vítima em participar de interações sexuais ou por meio da utilização da sua sexualidade com a finalidade de obter lucro ou vingança. A violência psicológica coloca em risco a autoestima, identidade e /ou o desenvolvimento da pessoa, através da rejeição e depreciação por exemplo. A negligência trata-se da omissão em prover cuidados básicos e as necessidades para o desenvolvimento de uma pessoa (BRASIL, 2019a).

A violência também pode ocorrer por meio de tortura, em que se pode utilizar força ou ameaça para obter algum tipo de informação ou declaração; tráfico de pessoas; violência econômica/financeira e intervenção legal (BRASIL, 2019a).

De acordo com Gomes et al. (2007), o núcleo familiar é um espaço em que se constrói a violência de gênero e a violência intergeracional. A violência intergeracional trata-se da reprodução de história de violência vivenciada na infância e adolescência, uma vez que não foram aprendidas outras formas de relações familiares (GOMES et al., 2007). Presenciar ou sofrer violência na infância pode provocar a aceitação de sofrer ou praticá-la quando adulto, conforme a reprodução inconsciente de uma situação traumática e a repetição de comportamento violentos como forma de responder aos conflitos. A

transmissão transgeracional pode ser um dos fatores para o crescimento da violência (ARLEIDE, 2009). Crianças que foram expostas à violência têm maior risco de fumar, obesidade, depressão e desenvolver comportamento sexual de alto risco (KRUG et al., 2002b). O convívio com mães usuárias de SP pode provocar o mesmo comportamento nas crianças (UNODC, 2018).

A violência que se direciona ao gênero feminino pode ser por meio de agressão física, sexual ou psicológica (GOMES et al., 2007; UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 1993; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). A Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres trouxe como definição a violência contra a mulher como “qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em prejuízo físico, sexual ou psicológico, ou ainda sofrimento para as mulheres, incluindo também a ameaça de praticar tais atos, a coerção e a privação da liberdade, ocorrendo tanto em público como na vida privada” (UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 1993). De acordo com a OMS, estima-se que um quinto da população feminina mundial já passou por alguma situação de violência física ou sexual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

A Lei Maria da Penha, Art. 5º, traz como definição a violência no âmbito doméstico como aquela que é “compreendida como espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas” e âmbito da família “compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são, ou se consideram, aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa” (BRASIL, 2006). A Lei também define a violência conjugal como aquela que ocorre em qualquer relação íntima de afeto em que o agressor já tenha convivido ou conviva com a vítima, mesmo que não coabitem (BRASIL, 2006).

A VPI é uma violência interpessoal do tipo intrafamiliar e que pode ser do tipo física, psicológica, sexual e de comportamento controlador (BLACK et al., 2010; COELHO et al., 2014; SUGG, 2015). Pode ocorrer entre casais de qualquer orientação sexual e a relação não necessariamente precisa incluir intimidade sexual (SUGG, 2015).

Existem diversos padrões de VPI, Jonhson e Ferraro definiram quatro categorias: 1) Violência situacional do casal, que ocorre em resposta ao estresse, frustração ou argumentação e é mais provável de ser mútua; 2) Terrorismo Íntimo, que é motivada pelo desejo de controlar o parceiro, há menor probabilidade de ser mútua e pode progredir para

injúrias sérias; 2) Resistência à violência, quando a vítima tenta se defender contra o agressor; e 4) Controle Violento Mútuo, em situações que a violência é bidirecional e motivada pela intenção dos parceiros controlarem um ao outro (JOHNSON, 2006).

A Pesquisa Nacional em Violência Sexual e Parceiro Íntimo realizada nos EUA em 2010 mostrou que 35,6% das mulheres já passaram por uma situação de estupro, violência psicológica e/ou “*stalking*” por um parceiro íntimo. Quanto ao estupro, aproximadamente 1 a cada 10 mulheres já passaram por esse tipo de violência provocada pelo parceiro íntimo (BLACK et al., 2010).

A estimativa global de prevalência em 2018 de VPI alguma vez na vida (violência física e/ou sexual) entre mulheres já casadas ou em união estável entre 15-49 anos é de 27%. A prevalência de VPI nos últimos 12 meses para essa mesma faixa etária foi de 13%. No Brasil, a estimativa global apontou a proporção de VPI alguma vez na vida entre 23% das mulheres e 6% nos últimos 12 meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Estudo transversal com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) entre 2011 e 2017 com mulheres com 15 anos ou mais mostrou que 62,4% das notificações de violência contra a mulher se tratavam de VPI (MASCARENHAS et al., 2020). Dessas notificações, 86,6% tratavam-se de violência física, 53,1% psicológica, 4,8% sexual, 3,3% financeira e 2,5% outras (MASCARENHAS et al., 2020).

Diversos fatores podem estar associados a ocorrência de VPI, como idade mais jovem, sendo que o maior risco de VPI ocorre na faixa etária dos 18 aos 24 anos. O estudo nos EUA também evidenciou que mulheres de origem multirracial experienciam com maior prevalência a VPI quando comparadas com brancas e asiáticas (BLACK et al., 2010).

Quando comparado às demais violências contra a mulher, VPI esteve associado, em um estudo transversal no Brasil, com idade 20-39 anos, mulheres grávidas, com companheiro e consumo de álcool pelo agressor (MASCARENHAS et al., 2020). Associação negativa foi encontrada entre as mulheres negras, aquelas com mais de 8 anos de estudo e com deficiências (MASCARENHAS et al., 2020).

Um estudo conduzido por Arleide (2009), identificou que as vítimas de violência durante a infância são mais vulneráveis a vivenciar agressões oriundas de seus parceiros. Este estudo identificou associação positiva entre baixa escolaridade e violência doméstica. O uso de bebidas alcoólicas pode ser considerado desencadeador da violência doméstica

e também consequência desta (ARLEIDE, 2009; COELHO et al., 2014; KRUG et al., 2002b; SUGG, 2015; UNODC, 2018).

Pessoas que experienciaram VPI são mais vulneráveis a desenvolver dor de cabeça, distúrbios gastrointestinais, insônia e depressão. Identificou-se que também há uma associação entre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e VPI. O suicídio é fortemente relacionado à VPI, em que as mulheres abusadas podem ter 8 vezes mais chances de tentar suicídio do que as não abusadas (SUGG, 2015)

Diversas podem ser as consequências da violência à saúde da mulher, os desfechos fatais são homicídio, suicídio, AIDS, mortalidade materna. As consequências não fatais podem se dividir em 5 categorias: 1) Saúde Física: lesão, prejuízo funcional, sintomas físicos, obesidade, entre outros; 2) Condições crônicas; 3) Saúde Mental: depressão, ansiedade, abuso de substâncias, fobias, entre outros; 4) Comportamentos não saudáveis: tabagismo, abuso de álcool e drogas, inatividade física e comer em demasia; 5) Saúde reprodutiva: gestações não desejadas, IST's, abortos provocados e espontâneos e BPN (HEISE; ELLSBERG; GOTTEMÖLLER, 1999; UNODC, 2018; VELZEBOER et al., 2003).

Os impactos observados entre as mulheres na Pesquisa Nacional de Violência por parceiro íntimo e sexual foram: 22,33% apontaram qualquer sintoma de Síndrome do Estresse Pós-traumático, 14,8% lesões, 1,5% contraíram IST's e 1,7% ficaram grávidas (entre as que sofreram estupro) (BLACK et al., 2010). Uma pesquisa transversal com mulheres de 18-65 anos na Suécia mostrou que comportamento controlador ou violência sexual e física por parceiro íntimo nos últimos 12 meses são claramente associados ao autorrelato de sintomas de depressão nas mulheres (LÖVESTAD et al., 2017).

2.2 VIOLÊNCIA CONTRA AS CRIANÇAS

A violência contra a criança ocasiona impactos no desenvolvimento e traz prejuízos ao comportamento na vida adulta (CURITIBA, 2008; NUNES; SALES, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Os tipos de violência em que as crianças e adolescentes podem ser submetidos são: violência extrafamiliar; doméstica/intrafamiliar; autogressão, atividades de riscos, provocar lesões em si mesmo, suicídio (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).

A violência intrafamiliar contra a criança pode ser abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência, descuido e exploração comercial ou de outro tipo (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, 2014), sendo que o mais frequente é a negligência (BRASIL, 2017; CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017; NUNES; SALES, 2016; RATES et al., 2015; WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).

De acordo com Hillis et al. (2016), a prevalência mínima de ter sofrido violência no ano anterior ao da pesquisa, na América Latina, foi de 34% entre 2-17 anos. Ainda, de acordo com esses autores, pelo menos 1,4 bilhão de crianças sofreu violência física, psicológica e/ou sexual, no ano anterior, representado ao menos metade do número de crianças no mundo.

A negligência envolve tanto ações isoladas como padrões de falha dos pais e/ou familiares em promover desenvolvimento e o bem-estar da criança no âmbito da saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição e condições de vida saudáveis (DA SILVA FRANZIN et al., 2014; WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Os perpetradores dos maus-tratos infantis podem ser os pais, cuidadores, amigos, conhecidos, estranhos, pessoas em posição de autoridade, como os professores, profissionais da saúde e outras crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Identificou-se que os pais são os principais culpados, sendo a mãe o mais frequentemente agressor e o ambiente familiar o local mais propício para a ocorrência (BRASIL, 2017; CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017; DA SILVA FRANZIN et al., 2014; NUNES; SALES, 2016). Verificou-se que a mãe foi a agressora em 52,1% dos casos de violência contra as crianças, seguida pelo pai (23,0%) e os outros membros da família, como padrasto, madrasta, irmãos, por 22,7% dos casos (DA SILVA FRANZIN et al., 2014).

Entre zero e 14 anos, estudos indicam que é mais provável que a violência contra a criança seja causada pelos pais ou outros membros da família (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). É comum que os abusadores sejam usuários de álcool, drogas ilícitas ou ambos (DA SILVA FRANZIN et al., 2014).

As consequências desse tipo de violência podem ser fatais, como a morte e não fatais através de alterações psicológicas e psiquiátricas e a longo tempo impactos no desenvolvimento neurológico, perpetração da violência, depressão, abuso de substâncias

psicoativas, obesidade, tabagismo, comportamento sexual de alto risco e gestações não planejadas (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, 2014). Ser vítima de violência durante a infância aumenta o risco de tornar-se vítima e/ou perpetrador de violência quando adulto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A notificação de violência contra a criança tornou-se obrigatória com a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente por meio da Lei 8.069/1990 (NUNES; SALES, 2016; WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018). Além da notificação, também torna-se obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar (BRASIL, 2019a). A notificação é uma informação emitida pelas fontes notificadoras (serviços de saúde, profissionais ou qualquer outro órgão), com o objetivo de promover cuidados com a finalidade de proteção da criança e do adolescente vítima de maus-tratos. A notificação compulsória oportuniza um registro fidedigno das situações de violência e identifica as particularidades de cada região do país, e possibilita o atendimento às vítimas de maus-tratos (BRASIL, 2002).

Em 2013, foram registradas no Brasil 29.784 notificações de violências contra crianças (0 a 9 anos). Os atos de violência ocorreram em mais de 80% das notificações na zona urbana e 2/3 na residência. A negligência representou metade dos atendimentos, seguida da violência física e sexual com proporções semelhantes, cerca de 28% (BRASIL, 2017).

Um estudo conduzido na cidade de Curitiba, Paraná, identificou que a negligência representou 57,0% das notificações de violência contra a criança, seguida pelo abuso físico (7,9%), sexual (4,7%), psicológico (3,4%) e abandono (1,1). Cerca de 24% dos casos de negligência tratavam-se de negligência da proteção, 10,2% da educação e da saúde 7,9% (DA SILVA FRANZIN et al., 2014).

A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco foi implementada em 2000 no município de Curitiba, sendo definida como um conjunto de ações integradas e intersetoriais com o objetivo de prevenir a violência e proteger a criança e o adolescente que se encontra em situação de risco. Fundamenta-se no Estatuto da Criança e Adolescente que torna a notificação obrigatória de violência suspeita ou comprovada contra crianças e adolescentes. Em 2007, ocorreu o fortalecimento do sistema obrigatório de notificação e também o de acompanhamento e monitoramento das crianças e adolescentes notificados. Em Curitiba, foi feita uma adaptação da Ficha de Notificação ao

Sistema de Informação de Agravos de Notificação incluindo campos de “A” a “L”. e passando a registrar dentre as opções da tipologia da violência, a violência fetal (campo “F”) bem como a informação sobre a sua natureza, com a opção sobre o uso de drogas (campo “I”) (CURITIBA, 2019).

O campo “violência fetal” foi incluído na notificação obrigatória da Rede de Proteção à criança e ao adolescente em 2007 e em 2012, com a adaptação da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/autoprovocada, o campo foi mantido. Trata-se de um tipo de violência contra a criança em que o sujeito da ação é a própria gestante contra o feto, sendo que esta gestante pode ser usuária de drogas, alcoolista e/ou negligente com o pré-natal e/ou ter feito tentativas de aborto. Também é considerada VF quando outra pessoa faz algum tipo de violência física, através de pontapés, socos e negligência (CURITIBA, 2008). Em Curitiba, a violência fetal foi responsável por 0,3% das notificações de violência contra crianças no período de 2004 a 2009 (DA SILVA FRANZIN et al., 2014).

Ações efetivas de prevenção à violência contra a criança são treinamento parental e visita domiciliar. Intervenções promissoras incluem acesso aos serviços pré e pós-natal e redução do acesso ao álcool (BRASIL, 2019a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), capacitação dos pais e responsáveis e prevenção de gestações não desejadas (BRASIL, 2019a). A visita domiciliar em larga escala ocorre em 23% dos países, a educação parental e os programas de capacitação para prevenir abusos sexuais de crianças em 15%. No Brasil não há programas de educação parental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O Brasil conta com planos de ações nacionais contra os maus-tratos contra as crianças e contempla leis contra o casamento infantil, estupro estatutário, mutilação genital feminina. A idade legal de casamento para homens e mulheres é de 18 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

2.3 VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO

A prevalência de VPI na gestação é significativa, esse tipo de violência pode continuar durante esse período, diminuir ou iniciar com a gravidez (SUGG, 2015). Um estudo transversal com gestantes no Maranhão identificou a prevalência de violência (física e/ou psicológica e/ou sexual) de 49,72% na gestação (ROCHA et al., 2016). Em

Blangadesh um estudo transversal mostrou que 50% das mulheres sofreram algum tipo de VPI na gestação (TRAN et al., 2020).

São fatores de risco para a ocorrência de VPI durante o período gestacional: gravidez não planejada/desejada (GOODWIN et al., 2000; LENCHA et al., 2019; PALLITTO; CAMPBELL; O'CAMPO, 2005; YAKUBOVICH et al., 2018) e pais com escolaridade menor que o ensino médio (YAKUBOVICH et al., 2018).

As características associadas à VPI na gestação são: duas ou mais gestações, relação sexual antes dos 19 anos, recusa de preservativo pelo parceiro, presença de transtorno mental comum (DURAND; SCHRAIBER, 2007) e mulheres sem parceiro (DURAND; SCHRAIBER, 2007; FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2014). Mulheres desempregadas têm 5,1 mais chances de passar por violência doméstica na gestação e aquelas com histórico de aborto 7,6 (FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2014). O histórico de violência por familiar também mostra relação com VPI na gestação (AUDI et al., 2008; DURAND; SCHRAIBER, 2007; FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2014). Mulheres com baixa autonomia, com famílias pobres, insegurança alimentar e com desigualdade educacional têm maiores chances de vivenciar VPI (TRAN et al., 2020).

Os fatores relacionados ao parceiro para ocorrência de violência física na gestação são baixa escolaridade, embriagar-se pelo menos uma vez na semana (MENEZES et al., 2003), idade menor ou igual a 19 anos, uso de drogas ilícitas (AUDI et al., 2008), consumo de bebidas alcóolicas (AUDI et al., 2008; LENCHA et al., 2019), tabagismo (LENCHA et al., 2019) e ausência de trabalho remunerado (AUDI et al., 2008; MENEZES et al., 2003).

A VPI tem impacto direto e indireto na mortalidade e morbidades materno-infantil (DURAND; SCHRAIBER, 2007). Observa-se que depressão durante a gestação e pós-parto, abuso de substância e tabagismo, anemia, sangramento no primeiro e segundo trimestre da gestação e baixo ganho de peso são consequências relacionadas a este tipo de violência, que também acarreta busca tardia pelo pré-natal (DURAND; SCHRAIBER, 2007; MENEZES et al., 2003). As mulheres gestantes que passam por VPI têm maior probabilidade em buscar o pré-natal no 2º ou 3º trimestre (SUGG, 2015). Mulheres que experienciaram VPI têm menor probabilidade em manter a amamentação exclusiva (TRAN et al., 2020).

À saúde do feto pode acarretar, abortos, morte perinatal (DURAND; SCHRAIBER, 2007; MENEZES et al., 2003; SUGG, 2015), prematuridade (DURAND; SCHRAIBER, 2007; MENEZES et al., 2003; SILVERMAN et al., 2006; SUGG, 2015), BPN (ALHUSEN et al., 2014; DURAND; SCHRAIBER, 2007; MENEZES et al., 2003; SILVERMAN et al., 2006; SUGG, 2015) e crescimento menor para a idade gestacional (ALHUSEN et al., 2014).

Identificou-se que parceiros íntimos abusadores podem pressionar ou forçar abortos e/ou esterilização nas gestações não desejadas (SUGG, 2015). Uma revisão sistemática identificou a busca pela interrupção da gestação e sofrer VPI, essa decisão pode decorrer de uma gestação não desejada e coerção pelo parceiro íntimo abusador (HALL et al., 2014)

Alguns estudos indicam que o tabagismo e uso de outras substâncias é mais frequente em mulheres vítimas de violência por estas sofrerem perda de autoestima o que conduz ao desinteresse pelo seu bem-estar e do filho e pelo estresse contínuo que afeta o seu comportamento individual (MENEZES et al., 2003).

A revisão sistemática e meta-análise conduzida por Howard e colaboradores (2013) e a revisão integrativa realizada por De Oliveira Fonseca Machado (2014) identificaram maiores níveis de depressão perinatal, ansiedade e Transtorno de Estresse pós-traumático (TEPT) associados à experiência de ter sofrido violência doméstica no período perinatal.

Em um estudo com gestantes adolescentes que sofreram VPI no terceiro trimestre da gestação mostrou associação com consequências adversas na saúde mental (depressão, ansiedade e angústia) quando comparado com indivíduos que não passaram por VPI (THOMAS et al., 2019). Depressão e ansiedade também foram associadas à VPI em um estudo transversal conduzido no Bangladesh (TRAN et al., 2020).

Transtornos mentais, tais como depressão, ansiedade e psicoses no período pré-natal são associadas a efeitos adversos no feto como BPN, prematuridade (CHAMBLISS, 2008; GROTE et al., 2010), morte perinatal e infantil (WEBB et al., 2005).

Assim, a violência sofrida pela gestante pode provocar a própria violência que a gestante pratica contra o feto, ao consumir substâncias psicoativas na gestação.

2.4 RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA E CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS

De acordo com a OMS (1981) o termo droga “refere-se a qualquer entidade química ou mistura de entidades que altere a função biológica e possivelmente a estrutura do organismo”. São classificadas como psicoativas ou psicotrópicas as substâncias que têm ação sobre o cérebro, ao modificar humor, percepção, comportamento e consciência. As drogas são responsáveis por gerar problemas físicos, psicológicos, sociais, ocupacionais e legais, ao provocarem alterações no Sistema Nervoso Central (MALBERGIER; AMARAL, 2013).

As drogas podem se dividir de acordo com a produção em naturais (disponíveis na natureza, como cogumelos e consumidas por meio de chá), semissintéticas (passam por processamento após serem extraídas das plantas, como tabaco, álcool, maconha e cocaína) e sintéticas (feitas por processo laboratorial, por exemplo o ecstasy e benzodiazepínicos) (MALBERGIER; AMARAL, 2013). Conforme a legislação as drogas classificam-se em lícitas (ausência de proibição em relação à compra e uso, uso normalmente aceito pela sociedade e muitas vezes associado às questões culturais como álcool e tabaco; ou comercialização por meio de receita médica como benzodiazepínicos; ou uso na construção civil – solventes) e ilícitas (produção, uso e consumo proibidos por lei - maconha, crack e cocaína) (MALBERGIER; AMARAL, 2013; TAVELLA et al., 2020).

O uso das SP pode ser do tipo experimental (esporádico), recreativo (situações sociais), frequente (regular, não compulsivo e não causa prejuízos significativos), uso nocivo (provoca danos à saúde) e dependência (MALBERGIER; AMARAL, 2013).

As drogas podem ser estimulantes do Sistema Nervoso (SNC), provocando insônia e aceleração dos processos psíquicos (exemplo: tabaco, cafeína), depressoras do SNC, que causam sonolência (álcool e opioides, como exemplo) e perturbadoras do SNC, responsáveis por alucinações e delírios (maconha, cocaína, crack)(MALBERGIER; AMARAL, 2013; TARGINO; HAYASIDA, 2018).

O aumento de consumo de álcool no Brasil, nos últimos anos, está relacionado ao crescimento econômico que o país estava sofrendo, pois evidências demonstram que o etilismo associa-se a uma maior renda per capita. Metade da população brasileira, segundo o II Levantamento Nacional de Uso de Álcool e Drogas, é não abstinente (62% dos homens e 38% das mulheres). No Brasil, o número de homens não abstinentes é 1,6 maior que o de mulheres, em 2012 (LARANJEIRA et al., 2014).

Malta e colaboradores (2020) identificaram que o consumo abusivo de álcool aumentou no sexo feminino em Curitiba entre 2006 e 2019 (4,8 para 8,9%), provocando um efeito de convergência entre as prevalências de homens e mulheres. A prevalência nacional de consumo abusivo de álcool por mulheres passou de 7,7 para 13,3%.

O consumo de produtos do tabaco (cigarros industrializados, cigarro de cravo ou Bali, de palha, entre outros) no Brasil, em 2015, segundo o III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas na população brasileira, teve prevalência de 17,3% e os cigarros industrializados de 15,4%. A região Sul possui a maior prevalência de fumantes no Brasil, 17,3. A idade média de início do consumo regular de cigarro foi com 16,1 anos. Estima-se que 0,7% das pessoas usaram tabaco com maconha, 0,2% com cocaína e 11,7% com bebidas alcóolicas (BASTOS et al., 2017).

Quanto ao uso de drogas ilícitas verificou que 3,1% dos adultos consumiram alguma vez na vida cocaína, 2,8% solventes, 0,7% ecstasy, 0,9% crack e 7,7 % maconha. O uso de álcool e alguma substância ilícita nos últimos 12 meses teve prevalência de 2,6%. A estimativa do uso de medicamentos não prescritos ou utilizados de forma diferente da prescrita na vida foi de 3,9% benzodiazepínicos, 2,9% opioides e 1,4% a classe dos anfetamínicos. O uso concomitante com álcool ocorreu em 1,5% das pessoas nos últimos 12 meses (BASTOS et al., 2017).

A prevalência de uso não médico de opioides e tranquilizantes é maior entre as mulheres, no entanto os homens consomem mais maconha, cocaínas e opiáceos. As mulheres tendem iniciar o uso de substâncias psicoativas mais tarde que os homens, porém a quantidade de uso de álcool, maconha, cocaína, opioides aumenta mais rapidamente do que entre os homens (UNODC, 2018).

Os fatores de risco para o uso de drogas podem se classificar em individuais (depressão e ansiedade), familiares (convívio com usuários de drogas, sofrer violência e passar por conflitos familiares), escolares, sociais e fatores relacionados às drogas, como propaganda e facilidade de obtenção (MACEDO et al., 2014 apud TARGINO; HAYASIDA, 2018).

O hábito de consumir álcool em mulheres trata-se de um fenômeno complexo, tendo em vista o contexto social em que se desenvolve, assim como as consequências que este comportamento traz não somente à sua saúde como às suas relações sociais (EROL; KARPYAK, 2015; VELOSO; MONTEIRO, 2013).

Em uma revisão de literatura conduzida por Targino e Hayasida (2018), diversos fatores foram identificados como desencadeantes para o consumo de drogas psicotrópicas: fuga do estresse cotidiano, convívio com usuários de substâncias (amigos e familiares), problemas no núcleo familiar, incentivo por meio das propagandas nas mídias, viver em comunidades vulneráveis que permitem o acesso facilitado às drogas e condição econômica favorável que permita o consumo abusivo.

As mulheres totalizam um terço dos usuários de drogas em todo o mundo e respondem por um quinto do número global estimado de uso de drogas injetáveis. Possuem uma vulnerabilidade maior do que os homens ao HIV, hepatite C e outras infecções transmitidas pelo sangue. Muitos estudos relataram o gênero feminino como um preditor independente de HIV e/ou hepatite C entre as usuárias de substâncias injetáveis, particularmente entre mulheres jovens e aquelas que iniciaram recentemente a injeção de drogas (UNODC, 2018).

Mulheres que coabitam com homens dependentes químicos tornam-se mais vulneráveis ao consumo de SP e estas mostram-se mais dependentes de remédios como antidepressivos e outras medicações que são prescritas de forma lícita (HENRIQUE RIBEIRO-ANDRADE et al., 2017; UNODC, 2018). Identificou-se que vínculo afetivo fraco, problemas no vínculo familiar e amizades são fatores desencadeantes para o uso de drogas entre as mulheres (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013 apud TARGINO; HAYASIDA, 2018). A baixa renda também é considerada um fator de risco (ALBEDAÑO et al., 2013 apud TARGINO; HAYASIDA, 2018).

Histórico de violência física, sexual e negligência também está associado ao abuso de SP. A VPI traz como consequências TEPT, ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e tendência ao suicídio que como consequência o abuso de SP. E, por fim, as SP estão associadas às doenças cardiovasculares, hipertensão, HIV e hepatite C (UNODC, 2018). Estudos de base populacional indicam que pacientes com dor crônica têm 2 a 3 vezes mais probabilidade de desenvolver desordem de uso de substâncias (TEGETHOFF et al., 2015 apud SULLIVAN, 2018)

Uma revisão elaborada por Montoya (2013), indicou que a curto prazo essa substância pode provocar lentidão no processo de retransmissão dos neurotransmissores, causando sonolência e mudanças no humor e no comportamento. A longo prazo, o álcool reduz o tamanho das células cerebrais, o que provoca diversas alterações como na

coordenação motora, regulação de temperatura, sono, humor e funções cognitivas. A adaptação frente às mudanças que o álcool provoca no cérebro provoca tolerância ao álcool, dependência e síndrome de abstinência (FREEMAN et al., 2012 apud MONTOYA, 2013).

O álcool provoca danos às células do fígado o que permite que substâncias tóxicas, como amônia e magnésio, cheguem ao cérebro e a longo prazo causa encefalopatia hepática. Os danos ao cérebro ocorrem quando a exposição ocorre de forma intrauterina, o que torna o cérebro das crianças menores e com menor número de células e neurônios. Em relação aos efeitos no coração, a longo prazo o álcool pode desenvolver cardiomiopatia, acidente vascular cerebral e hipertensão e a curto prazo, arritmias. A arritmia é um efeito agudo decorrente do consumo de álcool a curto prazo (MONTOYA, 2013).

A esteatose hepática é uma das consequências que surgem após poucos dias de consumo pesado de álcool e pode evoluir para hepatite alcóolica. Outra desordem que pode acontecer após a ingestão pesada dessa substância é a fibrose, que pode evoluir para a cirrose. A utilização frequente e excessiva de bebidas alcóolicas está associada à pancreatite, quando contínua evolui para uma pancreatite crônica que é um fator de risco para o câncer de pâncreas. O álcool é considerado fator de risco para diversos tipos de câncer (mama, esôfago, laringe, boca, faringe e fígado). O uso excessivo e a longo prazo do álcool, promove supressão da resposta inata e adaptativa do sistema imune (MONTOYA, 2013).

Quanto à maconha, uma revisão de literatura elaborada por Kalant (2004) indicou como consequências: relação causal entre presença de δ -9-tetrahydrocannabinol (THC) no sangue e acidentes automobilísticos (alteração na atenção e habilidade para responder rapidamente a eventos inesperados); fumantes de maconha têm risco aumentado para inflamação crônica (tosse, respiração ofegante e secreção) e mudanças pré-cancerígenas nas vias respiratórias, além do aumento do risco de câncer proporcional à quantidade de maconha usada; alterações psicológicas, tais como esquizofrenia, depressão, ansiedade e surtos psicóticos após uso pesado de maconha; dependência; alteração nas funções cognitivas; e efeitos na descendência de mulheres que consumiram maconha na gestação (problemas na memória, processamento de informações e execução de funções). A curto prazo, a maconha deixa o sistema psicomotor lento (DUMONT et al., 2011 apud SPRONK

et al., 2013) e a longo prazo há um efeito prejudicial à memória de curto prazo (SOLOWIJ; BATTISTI, 2008 apud SPRONK et al., 2013).

Uma meta-análise identificou que os efeitos a curto prazo da cocaína sobre a cognição são melhora na resposta inibitória e velocidade psicomotora, por se tratar de uma droga estimulante. Esse mesmo estudo mostrou que a longo prazo, os efeitos da cocaína são deterioração das funções cognitivas. Dessa forma, essa droga psicotrópica facilita as funções cognitivas imediatamente após o uso, e prejudica a cognição a longo prazo (SPRONK et al., 2013). Além dessas consequências, a cocaína aumenta o risco de problemas somáticos, psicológicos e sociais, como toxicidade cardíaca, psicose, alteração no humor, ansiedade, agressão e crime (MARAJ et al., 2010 apud SPRONK et al., 2013). A cocaína aumenta a sensação de bem-estar, energia e alerta (BOYS et al., 2001 apud SPRONK et al., 2013).

O uso de opioides não prescrito por médico pode ser classificado de várias formas: mau uso, abuso ou dependência (LING; MOONEY; HILLHOUSE, 2011). O aumento de desordem de uso de opioides é bem documentado quando na presença de prescrição de longo termo quando comparado aos indivíduos que não usam esse tipo de droga (LING; MOONEY; HILLHOUSE, 2011). Há um risco que uma pequena porcentagem dos pacientes que utilizam opioides para dor crônica podem desenvolver vício ou abuso (FISHBAIN et al., 2008 apud LING; MOONEY; HILLHOUSE, 2011). Esse risco é aumentado quando se trata de indivíduos com depressão e ansiedade (EDLUND et al., 2007 apud LING; MOONEY; HILLHOUSE, 2011).

Uma revisão de literatura conduzida por Sullivan (2018), mostrou que pacientes depressivos em terapia inicial com opioides têm duas mais chances de continuar com uso a longo prazo. Pacientes depressivos têm uma tendência de usar excessivamente os opioides, pois eles o utilizam para tratar insônia e o estresse e, além disso, a depressão mostra aumentar o risco do uso não médico de opioides entre os adultos e adolescentes (SULLIVAN, 2018). O uso de opioides além de 90 dias após pequenas e grandes cirurgias foi associado ao uso prévio à cirurgia de tabaco, álcool e desordem do uso de substâncias, desordem de humor, ansiedade e dor crônica (BRUMMET et al., 2017 apud SULLIVAN, 2018).

O uso não médico de drogas de prescrição (UNMDP) entre adultos jovens e adolescentes nos EUA foi avaliado por Nargiso, Ballard e Skeer (2015) por meio de uma

revisão de literatura que avaliou os fatores de risco e protetivos a nível de comunidade, interpessoal, escolar e individual. A facilidade de acesso é um fator associado ao nível comunitário. Quanto ao nível interpessoal a aprovação e convivência com familiares e pares que fazem uso é um fator de risco para UNMDP. Baixo nível educacional foi considerado um fator de risco escolar e uso prévio de substâncias (álcool e/ou drogas ilícitas) a nível individual. O tabagismo aumentou o risco de UNMDP e este risco pode ser maior entre as mulheres. Por outro, possuir religião é um fator protetor para UNMDP (NARGISO; BALLARD; SKEER, 2015).

Potenciais efeitos adversos do uso não médico de opioides são supressão respiratória, overdose, interações medicamentosas, transmissão de doenças infecciosas e engajamento em comportamentos de risco, como uso de álcool e drogas (LING; MOONEY; HILLHOUSE, 2011). O uso de opioides prescritos foi associado com o aumento da probabilidade de desenvolver depressão quando a duração do tratamento excedeu aos 90 dias (SHAH et al, 2017 apud SULLIVAN, 2018).

2.5 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DURANTE A GESTAÇÃO

A estimativa da prevalência do uso de drogas durante a gestação varia muito conforme o tipo de amostra em que é feito teste (urina, cabelo) e de acordo com as variações decorrentes das mudanças de popularidades das drogas. Dois tipos de métodos podem ser utilizados para identificar usuárias de drogas. O autorrelato é um método barato e prático, no entanto possui problema de veracidade e recordação. Os marcadores biológicos confirmam a presença de droga, mas não estão sempre associados ao abuso. Os mais utilizados para estabelecer a exposição às drogas são urina, cabelo e mecônio, no entanto nenhum deles é considerado como padrão ouro. A urina identifica o uso recente de droga (detecta apenas alguns dias). O mecônio é indicado para exposição no segundo e terceiro trimestre da gestação. O cabelo revela um longo período de uso, mas pode ser afetado por procedimentos estéticos (BEHNKE; SMITH, 2013).

Diversas substâncias podem atravessar a barreira placentária e isso depende de diversos fatores: o tipo de substância, a concentração na circulação materna, a forma de administração, a genética do feto e da mãe, assim como a coadministração com outras

substâncias, diferenças entre a pressão osmótica e potencial hidrogeniônico (pH) (BAILEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

Na primeira semana de gestação podem provocar aborto espontâneo. Entre a 2º e 8º semana intrauterina, em que há o processo de organogênese, o abuso de substância pode provocar anomalias e afetar o crescimento fetal. A partir do 3º mês de gestação, inicia-se o desenvolvimento do SNC, assim pode estimular a apoptose neuronal (BAILEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

Três mecanismos estão diretamente envolvidos no prejuízo individual causado pelo uso de álcool: efeitos tóxicos nos tecidos e nos órgãos, intoxicação e dependência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

O uso de drogas ilícitas durante a gestação é um significativo preditor do hábito de *beber em binge* durante o período gestacional (MUCKLE et al., 2011). Além disso, o consumo de tabaco e maconha na gestação são práticas que frequentemente ocorrem em associação ao uso de álcool (MUCKLE et al., 2011). Há uma relação de tolerância em usuários de maconha e álcool (KALANT, 2004).

Pessoas que usam SP normalmente fazem uso de diversas substâncias concomitantemente (BASTOS et al., 2017; DAVIE-GRAY et al., 2013; MRAVČÍK et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2016; ROCHA et al., 2016). Gestantes usuárias de drogas estimulantes e depressoras são significativamente mais propensas a fumar e usar álcool (GARRISON-DESANY et al., 2020).

Em estudo observacional em um hospital em Atlanta (EUA), com mães de recém-nascidos com BPN (<1500g), cerca de 60% destas relataram o consumo nos 3 meses anteriores à gestação, entre as mães de bebês com muito BPN 10% fizeram consumo no segundo trimestre e nenhuma delas afirmou o uso no terceiro trimestre (GAUTHIER et al., 2016).

De acordo com Lange et al. (2017), por meio de uma revisão sistemática, 15,23% das mulheres nos EUA e Canadá, consomem álcool durante a gestação. Em outro estudo, Popova et al. (2017), identificou que 10% das mulheres da população global consome álcool durante a gravidez. Outro estudo indica a prevalência de 10% exposição ao álcool no útero (BAILEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

No Brasil, a prevalência do uso de álcool por gestantes que faziam o PN no SUS no município de Pelotas foi 2,10% (DA SILVA et al., 2011) e 22,32% em São Luís no Maranhão (ROCHA et al., 2016).

O alcoolismo na gravidez associa-se as más condições socioeconômicas (DA SILVA et al., 2011; MESQUITA, 2010; SEGRE, 2010; VELOSO; MONTEIRO, 2013), nível educacional baixo (COSTA; DA GAMA; LEAL, 2006; DE SOUZA; DOS SANTOS; DE OLIVEIRA, 2012; MESQUITA, 2010; MORAES; REICHENHEIM, 2007; SEGRE, 2010), multiparidade (MORAES; REICHENHEIM, 2007; SEGRE, 2010; VELOSO; MONTEIRO, 2013), idade acima dos 25 anos (FLOYD; DECOUFLÉ; HUNGERFORD, 1999; GAUTHIER et al., 2016; MORAES; REICHENHEIM, 2007; SEGRE, 2010) e concomitantemente encontram-se desnutrição, doenças infecciosas (SEGRE, 2010) e uso de outras drogas, tabaco e drogas ilícitas (DA SILVA et al., 2011; FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009; GAUTHIER et al., 2016; MESQUITA, 2010; MORAES; REICHENHEIM, 2007; RAMOS KROEFF et al., 2004; SEGRE, 2010; VELOSO; MONTEIRO, 2013). O consumo de álcool também está associado a baixa idade materna (DA SILVA et al., 2011; MESQUITA, 2010), não coabitação com o companheiro (DE SOUZA; DOS SANTOS; DE OLIVEIRA, 2012; FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009; MESQUITA, 2010; MORAES; REICHENHEIM, 2007; VELOSO; MONTEIRO, 2013), coabitação com consumidores de álcool (HENRIQUE RIBEIRO-ANDRADE et al., 2017; MESQUITA, 2010), início tardio do pré-natal (MESQUITA, 2010), história de aborto prévio (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009; MORAES; REICHENHEIM, 2007), níveis mais baixos de apoio social (MORAES; REICHENHEIM, 2007), não realização de consultas pré-natal, prematuridade (DA SILVA et al., 2011), menor número de consultas pré-natal (COSTA; DA GAMA; LEAL, 2006) e gravidez não planejada (DE SOUZA; DOS SANTOS; DE OLIVEIRA, 2012; MESQUITA, 2010; VELOSO; MONTEIRO, 2013).

Por outro lado, em um estudo realizado com mães de baixo risco no Reino Unido, apontou como fatores de risco o consumo de álcool em mães com idade superior aos 35 anos, ensino superior completo e raça branca (NYKJAER et al., 2014).

Milhões de vida ao redor do mundo são afetadas negativamente pela exposição intrauterina às substâncias do cigarro. Entre essas substâncias a nicotina é a mais estudada e é responsável por aumentar a pressão arterial e a frequência cardíaca, além de estimular o SNC (HOLBROOK, 2016). A nicotina facilmente atravessa a barreira placentária, sendo

que há uma maior concentração dessa substância no compartimento fetal (BEHNKE; SMITH, 2013; HOLBROOK, 2016). Ela parece ser mais prejudicial no terceiro trimestre da gestação (HOLBROOK, 2016).

Estudos recentes nos EUA indicam que a prevalência do hábito de fumar durante a gestação varia entre 6,8 e 12,3% (HOLBROOK, 2016). Um estudo conduzido em Pelotas/RS com grávidas que realizaram o PN no SUS, a prevalência de tabagismo foi de 33,8% (DA SILVA et al., 2011). O uso de cigarro identificado em São Luís/MA foi 4,22% (ROCHA et al., 2016).

A prevalência do uso de drogas ilícitas na gestação varia conforme o tipo de estudo, a prevalência global por meio de pesquisas que utilizaram questionários é de 1,65% e de 12,28% em estudos com uso de exames toxicológicos. Na América do Sul, a média de prevalência estimada foi de 2,03% (TAVELLA et al., 2020). No Brasil, um estudo transversal identificou a prevalência de 1,45% para esse hábito nocivo na gestação (ROCHA et al., 2016). O uso de drogas lícitas, altos níveis de estresse e monoparentalidade são fatores associados ao uso de substâncias ilícitas durante a gestação (ROCHA et al., 2016).

Entre as drogas ilícitas, a maconha é a mais comumente utilizada por gestantes (RYAN et al., 2018; TAVELLA et al., 2020). Dados obtidos pela Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde (EUA) em 2016, mostraram que 4,9% das mulheres grávidas com 15-44 anos fumaram esse tipo de substância no mês anterior ao da entrevista e essa prevalência aumenta para 8,5% quando se considera mulheres na faixa etária dos 18-25 anos (RYAN et al., 2018). Dados coletados nos EUA entre 2002 e 2013, indicam a prevalência de 7,5% de uso entre gestantes de 18-25 anos e 4,0% entre todas as gestantes (BROWN et al., 2016 apud GRANT et al., 2018). Um estudo multicêntrico realizado nos EUA em 2001 reportou a prevalência de THC em 7,2% das amostras de mecônio (RYAN et al., 2018). No Brasil, o uso de maconha em uma cidade do Nordeste nos 3 primeiros meses de gestação foi de 0,14% (ROCHA et al., 2016).

O uso de cocaína nos três primeiros meses da gestação em São Luís mostrou prevalência 0,14% e o crack 0,07% (ROCHA et al., 2016).

Nos EUA, uma pesquisa verificou que em 2007, 22,8% das mulheres grávidas possuíam prescrição de uso de opioides (DESAI et al., 2014 apud METZ et al., 2018). Usuárias de várias substâncias mostram possuir comportamento de risco maior para injeção de opioides no período gestacional (TERPLAN et al., 2010 apud METZ et al., 2018).

O uso de maconha, álcool e tabaco são correlacionados ao abuso de opioides (HALL et al., 2014 apud LARSON et al., 2019).

Em uma coorte conduzida por Azuine et al. (2019), as mulheres expostas aos opioides durante o período gestacional tinha maior chance fumar, beber e usar outras drogas ilícitas. Entre estas mulheres, 83,7% eram tabagistas, 16,7% bebiam, 75,1% faziam uso de maconha, 70,7% usavam estimulantes (crack, cocaína, ecstasy, anfetaminas e fenciclidina), 66,3% utilizavam cocaína e 41,9% crack (AZUINE et al., 2019). Outro estudo revelou que 95% das grávidas com distúrbio do uso de opioides eram tabagistas (JONES et al., 2013 LARSON et al., 2019).

A taxa de mau uso de opioides por mulheres grávidas dobrou entre 1998 e 2011 nos EUA, ocorrendo em 4 a cada 1.000 nascidos-vivos (MAEDA et al., 2014 apud LARSON et al., 2019).

Na pesquisa de Metz et al. (METZ et al., 2018) com 818 mulheres do National Survey on Drug Use and Health (EUA), observou-se que o uso não médico de opioides e o uso de drogas ilegais entre mulheres grávidas apresentou características sociodemográficas semelhantes, tais como idade inferior aos 26 anos, não ter companheiro (solteira), baixa renda e raça branca.

A depressão e ansiedade foram consideradas fatores de risco para o consumo de tabaco, álcool e hipnóticos entre as mulheres grávidas (NEWPORT et al., 2012 apud METZ et al., 2018).

2.6 EFEITOS NAS CRIANÇAS

As SP podem trazer consequência negativas ao feto por meio de três mecanismos: 1) Ao atravessar facilmente a placenta, podem produzir efeitos tóxicos e/ou teratogênicos no desenvolvimento dos tecidos, afetando a estrutura e funções; 2) Afeta diretamente o desenvolvimento do cérebro, prejudicando funções cognitivas e motoras; 3) Ação direta sobre o útero e/ou placenta, afetando a circulação sanguínea, por exemplo (MRAVČÍK et al., 2020; ROSS et al., 2015).

A ingestão do álcool provoca no feto várias alterações tais como: proliferação celular indiferenciada em todo o sistema nervoso central, disfunção hormonal em todas as glândulas de secreção interna, acúmulo de etil-ésteres de ácidos graxos nos vários tecidos

do feto secundário a imaturidade das enzimas hepáticas. O álcool dificulta o transporte placentário de nutrientes essenciais ao desenvolvimento fetal e propicia a má nutrição materna. Leva, também, à hipóxia ao fazer vasoconstrição da placenta e dos vasos umbilicais. Além disso, ele chega facilmente ao cérebro, onde pode ser responsável pela morte de certos grupos de células cerebrais e interferir na função de outras (BEHNKE; SMITH, 2013; DA SILVA et al., 2011; GAUTHIER et al., 2016; MESQUITA, 2010; ORNOY; ERGAZ, 2010).

O uso de álcool na gestação está associado ao aborto, feto natimorto, BPN, tamanho menor para a idade gestacional (PIG), prematuridade e mortalidade infantil (LOUW, 2018; MRAVČÍK et al., 2020; POPOVA et al., 2016), malformações congênitas e FASD (GAUTHIER et al., 2016; MESQUITA, 2010; POPOVA et al., 2016)

Devido às alterações provocadas pelo consumo de álcool na gestação foi criada uma classificação para essas anormalidades de desenvolvimento que podem ocorrer. As FASD englobam Síndrome Alcóolica Fetal (SAF), Expressão dos Efeitos do Álcool no Feto (EAF), Defeitos de Nascimento Relacionados ao Álcool (ARBD), Defeitos de Neurodesenvolvimento relacionados ao Álcool (ARND), ou seja, trata-se de um grupo de efeitos que podem ocorrer no indivíduo cuja mãe bebeu álcool durante a gravidez. Essas alterações podem ser físicas, mentais, comportamentais e/ou de aprendizado, que podem se perpetuar ao longo da vida (MESQUITA, 2010; POPOVA et al., 2016, 2017; SEGRE, 2010), assim como dificuldades escolares e no trabalho, comportamento sexual inapropriado e problemas com a justiça e dependência do álcool e outras drogas (SEGRE, 2010).

As FASD representam o maior problema de saúde pública de todos os países (MESQUITA, 2010; POPOVA et al., 2016). Trata-se de uma desordem vitalícia, que afeta o indivíduo, família e outros cuidadores e a sociedade, provocando um encargo financeiro substancial para as famílias, comunidades e governo (JONSSON; SALMON; WARREN, 2014; POPOVA et al., 2016). O ônus em termos de morbidade, distúrbios emocionais, estigmatização e exclusão social recai não só sobre o portador, mas também sobre sua família e sobre a sociedade (MONLLEÓ; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006; POPOVA et al., 2017).

Nem todas as crianças nascidas de mães que fizeram uso de álcool durante a gestação desenvolvem os efeitos deletérios (SEGRE, 2010) ou SAF (PINHEIRO;

LAPREGA; FURTADO, 2005; POPOVA et al., 2017). Porém não há uma quantidade segura de ingestão de bebidas alcoólicas, durante a gravidez (DE SOUZA; DOS SANTOS; DE OLIVEIRA, 2012; GAUTHIER et al., 2016; JONSSON; SALMON; WARREN, 2014; MESQUITA, 2010; NAKHOUL et al., 2017; NYKJAER et al., 2014; SEGRE, 2010), há a recomendação de que mulheres que estejam planejando uma gravidez também façam abstinência (NYKJAER et al., 2014). Sendo que o único meio de prevenir o espectro de anormalidades associadas a uma alcoolemia fetal é o não consumo de álcool na gestação (JONSSON; SALMON; WARREN, 2014).

A exposição à nicotina durante a gestação pode provocar diversos efeitos: perda precoce da gestação, morte fetal intrauterina, morbidade e mortalidade perinatal e nascimentos prematuros (HOLBROOK, 2016). Os nascidos-vivos de mães fumantes têm maior chance de BPN e restrição de crescimento intrauterino (BEHNKE; SMITH, 2013; CHATTRAPIBAN et al., 2020; HOLBROOK, 2016; MUCKLE et al., 2011). Os mecanismos da nicotina ainda não estão bem esclarecidos, eles podem estar associados à hipóxia, subnutrição do feto e vasoconstrição (BEHNKE; SMITH, 2013). A restrição de crescimento pode estar associada à diminuição de oxigênio decorrente da presença dos produtos de combustão. Há um aumento da resistência ao fluxo sanguíneo e prejuízo ao transporte de aminoácidos. A nicotina também está associada à síndrome de morte súbita em menores de 1 ano (HOLBROOK, 2016).

Diversos estudos observam a relação entre exposição pré-natal à nicotina e a presença de malformações congênitas, entre elas um aumento na incidência de fissuras labiopalatais. Um dos estudos verificou que o risco é dose-dependente (BEHNKE; SMITH, 2013; HOLBROOK, 2016).

Apesar do THC atravessar rapidamente a placenta, os níveis são menores na circulação fetal do que na materna. A maconha é responsável por causar complexas ações farmacológicas no desenvolvimento dos sistemas, alterando a circulação sanguínea no feto e o comportamento em saúde materno e pode se manter por até 30 dias na corrente sanguínea (BEHNKE; SMITH, 2013). Uma meta-análise identificou a relação entre uma diminuição do peso ao nascer, menor Apgar e feto natimorto e o uso de maconha, porém esses efeitos não podem ser considerados independentes devido ao uso de tabaco (RYAN et al., 2018). Como há ainda pouca informação disponível, as gestantes não podem considerar que o uso de cannabis durante a gestação é seguro (GRANT et al., 2018).

O consumo de maconha produz 5 vezes mais monóxido de carbono do que o tabaco, o que torna a hipóxia ainda maior do que a provocada pela nicotina (BEHNKE; SMITH, 2013).

Os opioides atravessam rapidamente a barreira placentária, mas a concentração materna e fetal mantém-se em equilíbrio (BEHNKE; SMITH, 2013). Embora com efeitos ainda controversos, alguns estudos atribuem a essa classe de medicamentos uma diminuição no crescimento do cérebro e no desenvolvimento celular (BEHNKE; SMITH, 2013; LARSON et al., 2019). Os resultados mais reconhecidos a curto prazo quanto ao uso de opioides na gestação são BPN, prematuridade e síndrome de abstinência neonatal (LARSON et al., 2019). Aproximadamente 50% a 80% dos neonatos expostos no útero aos opioides irão desenvolver Síndrome de abstinência neonatal (JONES et al, 2010 apud SULLIVAN, 2018).

Um estudo de coorte feito na cidade de Boston, nos EUA, mostrou associação positiva entre uso de opioides na gestação (terapêutico ou abuso da substância) e restrição de crescimento fetal e prematuridade como consequências a curto prazo. A longo prazo observou-se falta de desenvolvimento fisiológico esperado, transtorno de conduta e perturbação emocional, risco de déficit de atenção e hiperatividade (AZUINE et al., 2019).

Estudos recentes têm revelado associação entre exposição fetal aos opioides no útero e efeitos neurocognitivos, de comportamento e desenvolvimento adversos (LARSON et al., 2019)

A cocaína atravessa facilmente a barreira placentária e encefálica e por meio de mecanismos diretos e indiretos pode causar efeitos teratogênicos no cérebro. Esses efeitos podem alterar o desenvolvimento neuronal cortical e causar várias anomalias estruturais no cérebro. Funções como excitação, atenção e memória são particularmente alteradas adversamente com a exposição fetal à cocaína. A metanfetamina atravessa prontamente as barreiras e pode provocar alterações na morfogênese do cérebro e no sistema de neurotransmissão (BEHNKE; SMITH, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte histórico dos conceitos/fetos vítimas de violência fetal identificados nos registros do Sistema de Notificação de Violência da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba durante o período de janeiro/2013 a dezembro/2018 e que foram acompanhados longitudinalmente a partir de dados secundários disponíveis no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). O coorte histórico permite resgatar uma abordagem longitudinal de forma virtualmente prospectiva as crianças e avaliar os efeitos da exposição às SP durante o período gestacional para observar as condições de saúde em relação aos seguintes desfechos: BPN e óbito perinatal.

3.2 CONTEXTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Curitiba/PR, capital do Estado do Paraná na Região Sul do Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população da cidade no Censo Demográfico 2010 era de 1.751.907 pessoas e a população estimada para 2020 foi de 1.948.626 pessoas (IBGE, 2017). Em 2019, Curitiba registrou 21.393 nascidos-vivos (DATASUS, 2021). De acordo com o IBGE em 2010, a taxa de fecundidade era 1,6 e a mortalidade infantil 11,9 (IBGE, 2017). A renda per capita no município das mulheres em 2010 foi R\$ 1.552,37 e a taxa de atividade das mulheres de 64,53 %. A taxa de mortalidade/100 mil habitantes por causas externas em Curitiba, em 2003, foi 74,4 e a taxa de homicídios 28,5 (SOUZA; LIMA, 2007). Curitiba, Teresina, Fortaleza, João Pessoa, Salvador e Goiânia são as capitais com os menores índices de violência intencional, com baixas taxas de homicídio e de lesões corporais (SOUZA; LIMA, 2007).

A violência fetal foi incluída em 2007 na vigilância da violência em Curitiba. A introdução do conceito de Violência Fetal foi feita pela Dra. Hedi Martha Soeder Muraro, tendo em vista sua formação e atuação médica voltadas à pediatria e inspirada pelo Programa Nascer em Curitiba. O conceito foi introduzido na notificação da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em 2007 com o objetivo de dar visibilidade e acompanhar eventuais problemas ocorrendo durante o período gestacional. O monitoramento das gestantes e crianças notificados pelos Programas Rede de Proteção e Mulher de Verdade iniciou em 2009.

Em 2012, com o lançamento da obrigatoriedade de notificação universal ao SINAN Nacional foi adaptada a Ficha de Individual de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do município com o objetivo de identificar situações de abuso de substâncias psicoativas na gestação e/ou negligência com o pré-natal e/ou violência física. A notificação desse agravo tem o objetivo de acompanhar os casos e impulsionar as medidas de proteção necessárias (CURITIBA, 2008, 2019). As notificações são selecionadas e os casos são pesquisados no prontuário eletrônico e assim preenche-se uma ficha específica com as informações coletadas e com sugestões de intervenção que é enviada à Unidade Básica de Saúde de referência para o acompanhamento e com solicitação de retorno/resposta.

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) desenvolveu o SIM e o SINASC, que são gerenciados pelo Ministério da Saúde. Estes sistemas de informação são instrumentos importantes no desenvolvimento de estratégias e ações específicas na vigilância em saúde em prol da resolução dos problemas em saúde, permitindo o monitoramento do perfil de nascidos-vivos, morbidade e mortalidade no Brasil e conhecimento da situação de saúde no país (BRASIL, 2019b).

O SIM foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975, com o objetivo de registrar a mortalidade geral, contém informações sobre causa básica do óbito e características sociodemográficas originadas da Declaração de Óbito (DO) (BRASIL, 2019b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a). Segundo o DATASUS (2021), a estimativa de cobertura em 2000, no estado do Paraná, para mortes de menores de 1 ano foi de 85,19%. A completitude (grau de preenchimento das variáveis) do SIM quanto a data de nascimento, escolaridade, idade e raça/cor da pele foi excelente (superior a 90%) em 2017 no Paraná. A causa básica do óbito teve completitude de 100%, assim como o tipo de óbito e a data de ocorrência (BRASIL, 2019b)

O SINASC, criado em 1990, contém informações sobre o nascimento, gestação e ao parto e características sociodemográficas maternas obtidos por meio da Declaração de Nascidos Vivos (DN) (BRASIL, 2019b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b). No Paraná, em 2005, todos os nascidos-vivos foram registrados no SINASC (cobertura de 100%) (DATASUS, 2021). A completitude das variáveis data de nascimento, escolaridade, idade e raça/cor da pele foi excelente em 2017 no SINASC. As informações sobre o parto, recém-

nascido e gestações anteriores mostraram, em sua maioria, completitude excelente, exceto a data da última menstruação (BRASIL, 2019b).

A população do estudo correspondeu às notificações de violência contra o feto no município de Curitiba/PR que correspondiam às notificações de violência fetal específicas por exposição às substâncias psicoativas.

3.1 Critérios de Inclusão

- Crianças que sofreram violência fetal devido ao uso materno de substâncias psicoativas na gestação residentes do município de Curitiba.

3.2 Critérios de exclusão

-Idade materna inferior a 18 anos ou superior a 44 anos constante na notificação. As mães das crianças com idade inferior não foram consideradas pois para a Rede de Proteção a Criança e ao Adolescente também são consideradas vítimas e não sujeitos da violência.

-Idade materna e/ou endereço não coincidentes com a informação disponível no SINASC.

3.3 COLETA DE DADOS

Todos os casos notificados ao banco de VF e que no campo USUARDROG e/ou RESUMO constasse o registro de uso de substâncias psicoativas foram selecionados e aplicados os critérios de inclusão e exclusão. A seguir, com base nos registros desse banco de dados, foi realizada a procura dos casos nos bancos do SINASC e do SIM. A técnica de *linkage* é bastante utilizada para o acompanhamento em estudo de coorte com dados secundários(ALMEIDA; MELLO JORGE, 1996; BRASIL, 2019b)

Utilizou-se o nome completo e a idade da mãe da criança vítima de VFSP disponíveis no banco de VF para busca manual em uma planilha Excel no banco do SINASC. A primeira estratégia de busca manual foi feita unindo-se os bancos de VF e o SINASC pelo nome da mãe. Em seguida, utilizou-se a ferramenta formatação condicional (realce das células com valores iguais). Nesta primeira estratégia de busca, as células realçadas foram conferidas manualmente uma a uma verificando-se as idades (aceitou-se desvio de até 2 anos e erro de digitação entre números que poderiam ser semelhantes

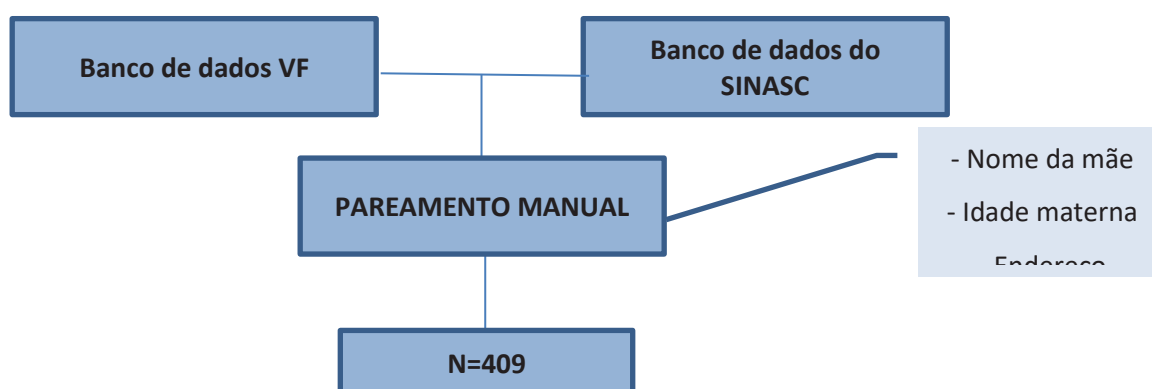
quando manuscrito, como por exemplo 4 e 9 ou 5 e 6, endereço diferentes, ou a data de nascimento anterior a data de notificação o que permitiu a confirmação do par.

As notificações não localizadas pela primeira estratégia de busca, foram pesquisadas por meio do comando localizar, alterando, de forma aleatória, possíveis erros de digitação no nome. A determinação do par foi confirmada seguindo os mesmos passos da estratégia de busca mencionada acima.

Depois, realizou-se o processo de pareamento entre as declarações de nascido-vivo (DNV) e o SIM. Para essa estratégia de busca foi realizada a busca manual do número da DNV através do comando localizar na Planilha Excel do SIM. O número da DNV está disponível na declaração de óbito (DO) até um ano de vida.

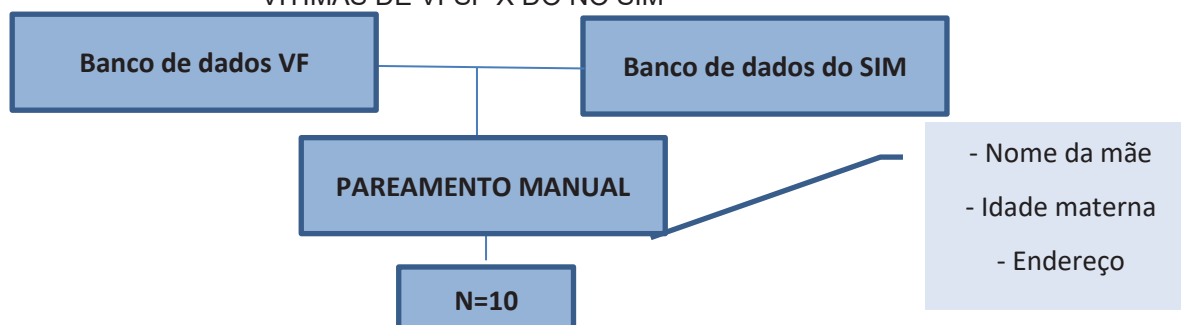
Algumas notificações de VFSP restantes não localizadas no SINASC, ao se relacionarem com o banco de dados SIM, resultaram na identificação óbitos fetais. Ao final, 68 notificações não foram encontradas no SINASC e nem no SIM (óbitos fetais).

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO DO PAR NOS BANCOS DE DADOS DO SIM, SINASC E VF - VÍTIMAS DE VFSP X DN NO SINASC



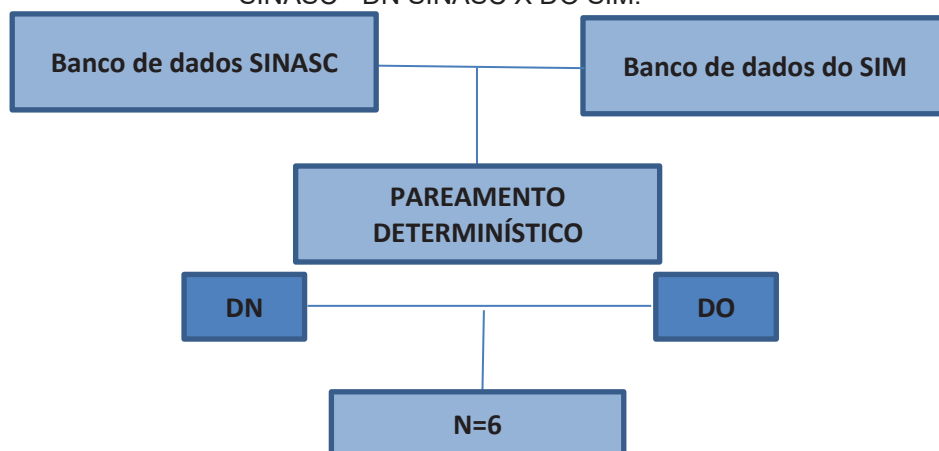
FONTE: Dados da pesquisa, 2021

FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO DO PAR NOS BANCOS DE DADOS DO SIM E VF – VÍTIMAS DE VFSP X DO NO SIM



FONTE: Dados da pesquisa, 2021

FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO DO PAR NOS BANCOS DE DADOS DO SIM E SINASC - DN SINASC X DO SIM.



FONTE: Dados da pesquisa, 2021

Os dados foram obtidos dos três bancos (VF, SINASC e SIM) e predominantemente pelo SINASC quando as informações se repetiam. Na ausência do dado no banco do SINASC, utilizou-se os demais bancos para complementar a informação, conforme o Apêndice 1. O Apêndice 1 define as variáveis e a forma como elas foram obtidas (banco em que foram resgatadas e forma de cálculo).

Para fins de padronização na organização das variáveis, utilizaram-se as seguintes definições:

- a) óbitos fetais correspondem àqueles com idade gestacional com idade igual ou superior a 22 semanas, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm (BRASIL, 2009).
- b) mortalidade infantil envolve os casos de óbitos em menores de um ano de vida e reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e acesso e a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).
- c) a mortalidade perinatal compreende os óbitos fetais e neonatais precoces (que ocorre nos 6 primeiros dias de vida) (BRASIL, 2009; VIEIRA et al., 2015).
- d) o sofrimento fetal/asfixia ao nascer é mensurado pelo Índice de Apgar menor que 7 no primeiro e no quinto minuto de vida (BRASIL, 2009).
- e) baixo peso ao nascer correspondeu aos recém-nascidos com peso menor que 2.500 g registradas na DN (BRASIL, 2009).

f) prematuridade foi definida como idade gestacional ao nascimento menor do que 37 semanas (BRASIL, 2009).

A variável VF, foi obtida do Sistema de Informação sobre Violência do município de Curitiba. E para caracterizar se havia uso de substâncias psicoativas foi verificado o registro no campo “resumo das notificações” e/ou pela variável binária “usuária de drogas” (sim/não). Não há distinção entre drogas lícitas, como álcool e tabaco e drogas ilícitas.

As demais variáveis foram obtidas do banco do SINASC após a identificação do par. Essas variáveis foram: 1) Características maternas: raça/cor da pele (branca, não branca); escolaridade (0 a 3 anos, 4 a 7 anos ou 8 anos ou mais); idade (18-24, 25-34 ou 35-44 anos); estado civil (sem ou com companheiro); quantidade de filhos vivos (nenhum, 1 a 2 ou 3 ou mais); possuir filhos mortos (sim ou não); quantidade de gestações anteriores (nenhuma, 1 a 2 ou 3 ou mais); ser primigesta (sim ou não) e ocupação (dona de casa, sem, estudante ou outras profissões); 2) Características da gestação e do parto: duração da gestação (>27 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 36 semanas ou 37 ou mais); número de consultas pré-natal (nenhuma, 1 a 3, 4 a 6 ou 7 ou mais); início adequado da gestação (ter ou não iniciado até o 3º mês); tipo de gravidez (única ou dupla ou mais) e tipo de parto (vaginal ou cesáreo); e 3) Características do recém-nascido: peso (<2500 gramas ou 2500 ou mais); sexo (masculino ou feminino); Apgar 1º (>7 ou 7 ou mais); Apgar 5º (>7 ou 7 ou mais) e presença de anomalias congênitas ao nascimento (sim ou não).

Para os casos de óbito fetais, por não haver registro no SINASC, obteve-se no SIM os dados mãe (idade, escolaridade, ocupação), gestação e parto (tipo de gravidez, duração da gestação, tipo de parto e peso) e sobre a morte (causa básica e idade no momento do óbito).

a) Para realizar a modelagem hierarquizada de determinação de VFSP, as variáveis de exposição foram divididas em três blocos, descritos a seguir:

- Bloco 1 – características sociodemográficas maternas: raça/cor da pele, escolaridade, idade, quantidade de filhos vivos, ter filhos mortos, quantidade de gestações anteriores, primigesta e ocupação da mãe.
- Bloco 2 – história da gestação atual e parto: duração da gestação, número de consultas pré-natal, início adequado do pré-natal, tipo de gravidez e tipo de parto.

- Bloco 3 – condições gerais do recém-nascido: peso ao nascimento, sexo, Apgar1º, Apgar 5º e identificação de anomalias congênitas.

QUADRO 1: VARIÁVEIS BANCO UNIFICADO DOS NASCIDOS-VIVOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E OS NASCIDOS-VIVOS NÃO VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS OBTIDAS PELO SINASC

BLOCO	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL	OBSERVAÇÃO
-	VIOLENCIA	Variável dicotômica – sim ou não para ter sido vítima de violência fetal	Variável criada a partir dos dados do banco de violência fetal
-	NUMERODN	Obtida do SINASC para os nascidos-vivos.	Variável do SINASC
1	IDADEMAECAT	Variável ordinal 1=18-24 anos 2=25-34 anos 3=35-44 anos	Variável criada a partir do SINASC
1	ESTCIVMAE_CAT	Variável contínua 1=sem companheiro 2=com companheiro	Variável criada a partir do SINASC
1	ESMAE_CAT	Variável ordinal 1= 0 a 3 anos 2= 4 a 7 anos 3= 8 e mais	Variável criada a partir do SINASC
1	CODOCUPMAE_CAT	Variável nominal 1= dona de casa 2=aposentado/pensionista desempregado crônico 3= estudante 4= outras profissões	Variável criada a partir do SINASC
1	PRIMIGEST	Variável dicotômica (primeira gestação) 1= sim 2=não	Variável criada a partir do SINASC
1	QTDFILVIVO_CAT	Variável ordinal 1=nenhum 2= 1 e 2 3= 3 ou mais filhos	Variável criada a partir do SINASC
1	FILMORT	Variável dicotômica (possuir filhos mortos) 1=sim 2=não	Variável criada a partir do SINASC
1	RACACORMAE_CAT	Variável binária 1= branca 2= não branca	Variável criada a partir do SINASC
1	QTDEGESTANT_CAT	Variável ordinal (quantidade de gestações anteriores) 1= nenhuma 2= 1 ou 2 3= 3 ou mais	Variável criada a partir do SINASC
2	ADEQPN	Variável binária (início adequado do pré-natal – até o 3º mês) 1=sim 2=não	Variável criada a partir do SINASC
2	GESTACAO	Variável ordinal (semanas de duração da gestação) 1= menos de 22 semanas 2= 22 a 27 semanas 3= 28 a 31 semanas 4= 32 a 36 semanas	Variável do SINASC

		5= 37 a 41 semanas 6= 42 semanas e mais	
2	GRAVIDEZ	Variável ordinal (tipo de gravidez) 1=única 2=dupla 3=tripla e mais	Variável do SINASC
2	PARTO	Variável dicotômica 1= vaginal 2= cesáreo	Variável do SINASC
2	CONSULTAS	Variável ordinal (número de consultas de pré-natal) 1= nenhuma 2= 1 a 3 3= 4 a 6 4= 7 e mais	Variável do SINASC
3	SEXO	Variável nominal 1= feminino 2= masculino	Variável criada a partir do SINASC
3	APGAR1_CAT	Variável ordinal 1= 0 a 6 2= 7 e mais	Variável criada a partir do SINASC
3	APGAR5_CAT	Variável ordinal 1= 0 a 6 2= 7 e mais	Variável criada a partir do SINASC
3	PESO_CAT	Variável ordinal 1= 0-2499 gramas 2= 2500 gramas e mais	Variável criada a partir do SINASC
3	IDANOMAL	Variável dicotômica (presença de anomalia ao nascimento) 1=sim 2=não	Variável criada a partir do SINASC
-	CODANOMAL	Variável nominal (código de malformação congênita ou anomalia cromossômica)	Variável criada a partir do SINASC

FONTE: Dados da pesquisa, 2021.

3.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise da VFSP foi realizada comparando-se os seguintes grupos:

- vítimas de VFSP e os nascidos-vivos não vítimas de VFSP. Para isso, utilizou-se as informações dos nascidos vivos o banco de dados do SINASC, identificando-se entre eles aqueles que foram vítimas ou não de VFSP. Gerou-se a variável VIOLENCIA para diferenciação os dois grupos. Para a seleção do banco de dados, utilizou-se o critério da data de nascimento, período entre a primeira e última data de nascimento dos casos de VFSP (17/01/2013 e 25/06/2019). O total de nascimentos neste período foi de 144.810, sendo 144.401 sem VFSP.
- Dentre as vítimas de VFSP, realizou-se a comparação dos grupos de acordo com as variáveis de desfecho de interesse: baixo peso ao nascer e óbito perinatal.

Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel e analisados por meio do Programa Epi-Info versão 7.2.4.0 e do OpenEpi. A estatística descritiva envolveu a apresentação de frequências absolutas e relativas.

A análise estatística análise bivariada e múltipla por regressão logística, sendo a variável desfecho na situação “a”, considerada a variável “VIOLENCIA” (sim/não); e na situação “b”, a variável “BAIXO PESO” (sim/não) e “ÓBITO PERINATAL” (sim/não). Obteve-se a odds ratio (OR) bruta como medida da magnitude de associação. A partir dos resultados de $p < \text{ou} = 0,20$, escolheu-se aquelas que iriam para a análise múltipla. Utilizou-se o modelo de regressão logística, em que se optou pela análise hierarquizada definida pelos blocos, método de backward selection, em que se inicia com um modelo que possui todas as variáveis e as que vão atingindo $p > 0,05$ são progressivamente removidas do bloco. As variáveis significativas foram mantidas no modelo e foram ajustadas no segundo bloco. O mesmo procedimento foi feito até que as variáveis do terceiro bloco fossem ajustadas. Aquelas que perderam a significância estatística no nível seguinte permaneceram nos modelos subsequentes, mesmo que com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores modificasse sua significância. Os resultados foram expressos por meio do OR, intervalo de 95% de confiança e p.

Os dados ignorados não foram utilizados na análise de comparação e apenas foram mantidos o cálculo da frequência.

Para calcular a taxa de incidência de VFSP empregou-se como denominador o total de notificações por violência entre janeiro de 2013 e dezembro de 2018 (total VFSP/ total de notificações de VF).

A taxa de ocorrência de VF foi calculada pela relação entre o total de notificações de VF de janeiro/2013 a dezembro/2018 e os nascidos-vivos selecionados pelo critério já descrito.

A taxa de prevalência de exposição fetal às SP foi calculada por meio da relação entre os nascidos-vivos provenientes das notificações de VFSP e o total de nascimentos não expostos às SP no mesmo período.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), parecer CEP/SCS – PB nº 3.997.616, de 29 de abril de 2020 e pelo o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, parecer CEP/SMS - PB nº 4.042.832, de 22 maio de 2020.

4 RESULTADOS

4.1 NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA FETAL E POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM CURITIBA/PR

No período de janeiro de 2013 a dezembro de 2018, Curitiba registrou 1.142 casos de VF, destes, 500 notificações eram por VF caracterizada por uso de SP na gestação.

Identificou-se 409 nascidos-vivos que foram notificados por VFSP sendo destes 6 conceitos provenientes de gestações duplas e 10 óbitos fetais. Das notificações, 68 não foram encontradas nem no SINASC e nem no SIM. As perdas ocorreram pela não identificação através do nome, idade e endereços maternos. No mesmo período, 144.401 nascimentos foram registrados no SINASC não notificados no banco de VFSP.

A taxa de ocorrência de VF entre janeiro/2013 e dezembro/2018 no município de Curitiba foi 7,95 a cada 1.000 nascidos-vivos. A taxa de incidência de VFSP foi 43/100 notificações de VF. A taxa de prevalência de nascidos-vivos que durante o período intrauterino foram expostos às SP foi de 2,83/1.000 nascidos-vivos.

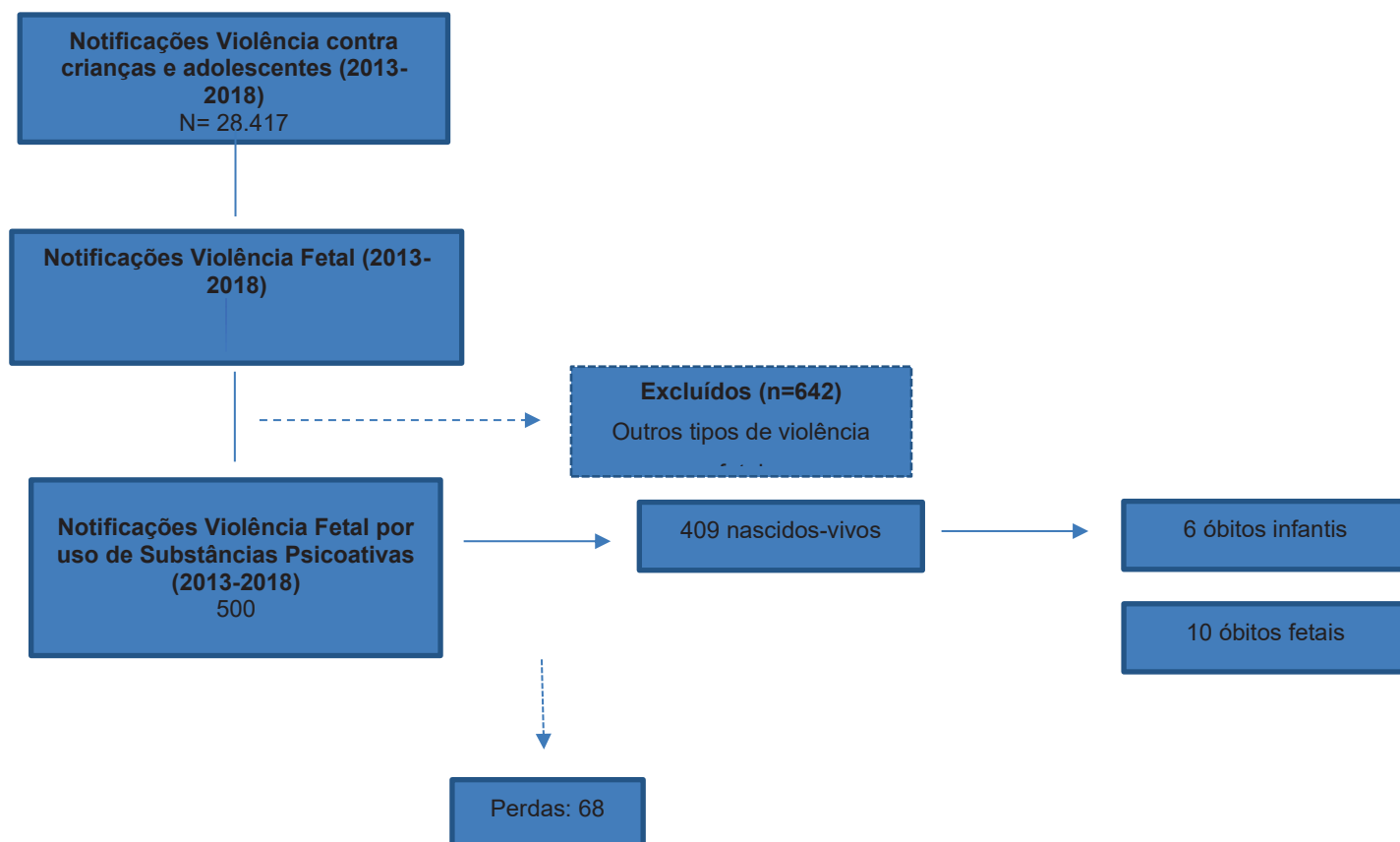
Do total de 500 notificações de VFSP, 50 gestantes foram notificadas mais que uma vez entre 2013 e 2018. Dessa forma, 405 (90,0%) gestantes foram notificadas apenas uma vez no período, 13 (2,8%) duas vezes na mesma gestação, 27 (6,0%) duas vezes em períodos gestacionais distintos e o restante (5 – 1,1%) foram notificadas três vezes.

Em 2013, foram realizadas 80 (16,0%) notificações, em 2014, 81 (16,2%), 2015, 75 (15,0%), 2016, 76 (15,2%), 2017, 90 (18,0%) e 2018, 98 (19,6%).

Definiu-se como trimestre em que ocorreu a notificação aquele do primeiro registro de VFSP nos casos em que o feto foi notificado mais que uma vez na mesma gestação, conforme Apêndice 1. A maior parte das primeiras notificações foram realizadas no 3º trimestre da gestação (230 – 53,24 %), em seguida no 2º trimestre (157 – 36,34%) e no 1º trimestre (45 – 10,41%), considerando-se que a informação está indisponível nos casos em

que o desfecho óbito fetal ou nascimento não foi encontrado nos sistemas de informação em 68 (13,6%) notificações.

FIGURA 4 - COORTE DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA FETAL NO PERÍODO DE JANEIRO 2013 A DEZEMBRO DE 2018 EM CURITIBA/PR



*16 notificações referem-se a um recém-nascido notificado mais que uma vez na gestação. 3 notificações deram origem a gêmeos.

FONTE: Dados da Pesquisa, 2021.

Nas notificações, algumas características de saúde das mães de crianças notificadas por uso de SP foram registradas. Destas, 55 (11,0%) das notificações afirmaram que a gestante era portadora de transtornos mentais, 21 (4,2%) com doenças crônicas, 61 (12,2%) diagnosticadas com sífilis e 17 (3,4%) HIV+. Duas notificações foram realizadas com o registro de gestação oriunda de estupro e seis com histórico de tentativa de aborto.

Quanto ao pré-natal, 18 (3,6%) notificações informaram estar incompleto, 250 (50,0%) irregular, 67 (13,4%) tardio e 150 (30,0%) sem pré-natal.

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DE JANEIRO/2013 A DEZEMBRO/2018 EM CURITIBA/PR

CARACTERÍSTICAS		NOTIFICAÇÕES	
		N	%
ANO DE NOTIFICAÇÃO	2013	80	16,0
	2014	81	16,2
	2015	75	15,0
	2016	76	15,2
	2017	90	18,0
	2018	98	19,6
FONTE NOTIFICADORA	Unidades de Saúde	311	62,2
	Hospitais	145	29,0
	Fundação de Apoio Social (FAS)	39	7,8
	Conselho Tutelar	1	0,2
	Centro de especialidades médicas	3	0,6
	Centro de Atenção Psicossocial	1	0,2
TRIMESTRE	1º trimestre	45	10,4
	2º trimestre	157	36,3
	3º trimestre	230	53,2
	Não encontrados*	68	13,6
NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES	Apenas 1	405	81,0
	2 na mesma gestação	26	5,2
	2 em gestações diferentes	54	10,8
	3 em ambas situações	15	3,0
PRÉ-NATAL	Sem pré-natal	150	30,0
	Incompleto	18	3,6
	Irregular	250	50,0
	Tardio	67	13,4
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA GESTANTE**	Histórico de 3 ou mais gestações	290	58,0
	Com filhos abrigados	67	13,4
	Com filhos aos cuidados de outros	52	10,4
	Gestante moradora de rua	50	10,0
	Vítima de violência doméstica	22	4,4
	Resultante de estupro	2	0,4
CONDIÇÃO DE SAÚDE DA GESTANTE**	Com desejo de doação	14	2,8
	Com sífilis	61	12,2
	Portadora de transtorno mental	55	11,0
	Portadora de doenças crônicas	21	4,2
	Com HIV	17	3,4
	Tentativa de suicídio	16	3,2
	Tentativa de aborto	6	1,2

*Não encontrados: notificações em que não ocorreu *linkagem* com o banco do SINASC e/ou SIM. Não foram considerados para o cálculo de percentuais

** Informações complementares da gestante e condições de saúde podem se acumular, não são características mutuamente excludentes

FONTE: Dados da Pesquisa, 2021.

Entre as notificações do banco de VFSP, 67 (13,4%) registraram que a mãe possuía filhos abrigados, 52 (10,4%) com filhos aos cuidados de terceiros, 14 (2,8%) com desejo de doar a criança, 22 (4,4%) como vítimas de violência doméstica, 16 (3,2%) com registro de tentativa de suicídio e 50 (10,0%) moradoras de rua.

A caracterização da coorte quanto à notificação por VFSP está na Tabela 1.

4.2 CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES, GESTAÇÃO, PARTO E CRIANÇAS NOTIFICADAS POR VFSP EM CURITIBA/PR E COMPARAÇÃO COM AS CRIANÇAS NÃO NOTIFICADAS

A partir dos dados do SINASC no que diz respeito às características relativas às mães do nascidos-vivos vítimas VFSP, observou-se que mais da metade das mães se autodeclararam brancas (64,5%), enquanto que esta proporção entre os nascidos-vivos não notificados por VFSP foi maior (86,8%). Pouco mais de 50% das genitoras de crianças vítimas de VFSP possuíam escolaridade com 8 ou mais anos de estudo e 19 (4,6%) delas com a 0 a 3 anos de estudo. Por outro lado, pouco mais de 90% das mães de crianças não notificadas por VFSP têm 8 ou mais anos de instrução, conforme Tabela 2.

Na Tabela 2, pode-se observar que a maior proporção de ambos os grupos quanto à idade situou-se na faixa etária dos 25-34 anos, 47,9 e 52,0% respectivamente (mães de crianças notificadas e não notificadas). No entanto, houve diferença de quase 10% na faixa etária de 18 a 24 anos entre estes grupos.

Cerca de 94% das mães de crianças notificadas por VFSP afirmaram não ter companheiro, enquanto que pouco menos da metade (49,1%) do outro grupo não possuía companheiro.

Ainda, na Tabela 2, é possível observar que entre as genitoras de notificados, é maior a proporção daquelas que têm pelo menos 1 filho vivo (79,2%), proporção superior que entre as outras (52,4%). Ter filhos mortos também foi mais prevalente entre as mulheres notificadas por VFSP, quase o dobro em relação às não notificadas, 30,5 e 16,0% respectivamente.

Observou-se uma porcentagem de quase 70% de donas de casa entre o grupo com filhos notificados, mais que o dobro encontrado entre àquelas com filhos não notificados (28,5%).

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES DE ACORDO COM A NOTIFICAÇÃO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA GESTAÇÃO EM CURITIBA, 2013-2018.

CARACTERÍSTICAS MATERNAS		NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS						
		Sim n= 409		Não n= 144.401		OR	IC95%	p
		N	%	N	%			
COR	Branca	264	64,5	125.364	86,8	1	-	-
	Não branca	141	34,4	17.978	12,4	3,72	3,03-4,57	<0,01
	Em branco*	4	0,9	1.059	0,7	-	-	-
ESCOLARIDADE MÃE	0 a 3 anos	19	4,6	861	0,6	13,94	8,61-22,4	<0,01
	4 a 7 anos	175	42,7	11.821	8,1	9,35	7,64-11,44	<0,01
	8 anos ou mais	208	50,6	131.347	90,9	1	-	-
	Em branco*	7	1,7	372	0,2	-	-	-
IDADE DA MÃE	18-24	154	37,6	40.267	27,8	1,5	1,13-1,97	<0,01
	25-34	196	47,9	75.210	52,0	1,02	0,78-1,33	0,89
	35-44	74	14,4	28.924	20,0	1	-	-
ESTADO CIVIL DA MÃE	Sem companheiro	383	93,6	70.860	49,1	17,18	11,28-26,16	<0,01
	Com companheiro	23	5,6	73.090	50,6	1	-	-
	Em branco*	3	0,7	451	0,3	-	-	-
QUANTIDADE DE FILHOS VIVOS	Nenhum	83	20,2	68.023	47,1	1	-	-
	1 a 2 filhos	252	61,6	67.582	46,8	3,06	2,38-3,92	<0,01
	3 ou mais filhos	72	17,6	8.144	5,6	7,25	5,28-9,94	<0,01
	Em branco*	2	0,4	652	0,4	-	-	-
FILHOS MORTOS	Sim	125	30,5	23.035	16,0	23,23	15,41-35,0	<0,01
	Não	28	68,7	119.838	83,0	1	-	-
	Em branco*	3	0,7	1.528	1,0	-	-	-
QUANTIDADE DE GESTAÇÕES ANTERIORES	Nenhuma	60	14,6	60.571	41,9	1	-	-
	1 a 2	178	43,5	69.414	48,0	2,59	1,93-3,47	<0,01
	3 ou mais	168	41,0	13.864	9,6	12,23	9,11-16,44	<0,01
	Em branco*	3	0,7	552	0,4	-	-	-
PRIMIGESTA	Sim	61	14,9	60.041	41,6	1	-	-
	Não	348	85,1	83.488	57,8	4,10	3,12-5,38	<0,01
	Em branco*	0	0,0	872	0,6	-	-	-
OCUPAÇÃO DA MÃE	Dona de casa	280	68,7	41.224	28,5	5,87	4,73-7,30	<0,01
	Sem ocupação	7	1,7	212	0,2	28,56	13,16-61,97	<0,01
	Estudante	6	1,4	2.778	1,9	1,87	0,82-4,25	0,13
	Outras profissões	115	28,1	99.461	68,9	1	-	-
	Em branco*	1	0,2	726	0,5	-	-	-

*Em branco: constam apenas no cálculo de frequência e não foram incluídos na análise comparativa

FONTE: Dados da Pesquisa obtidos do SINASC, 2021.

Na análise bivariada da Tabela 2, os fatores que aumentaram significativamente o risco de violência fetal associado ao consumo de SP na gestação são raça/cor da pele não branca materna (OR 3,72 IC95% 3,03-4,57 $p<0,01$), escolaridade materna <3 anos (OR 9,13,94 IC95% 8,61-22,4 $p<0,01$), escolaridade materna 4 a 7 anos (OR 9,35 IC95% 7,64-11,44 $p<0,01$), idade materna <25 anos (OR 1,5 IC95% 1,13-1,97 $p<0,01$), gestante sem companheiro (OR 17,18 IC95% 11,28-26,16 $p<0,01$), possuir 1 e 2 filhos (OR 3,06 IC95% 2,38-3,92 $p<0,01$), ter 3 ou mais filhos (OR 7,25 IC95% 5,28-9,94 $p<0,01$), não ser primigesta (OR 4,10 IC95% 3,12-5,38 $p<0,01$), histórico de 1 a 2 gestações anteriores (OR 2,59 IC95% 1,93-3,47), ter 3 ou mais gestações anteriores (OR 12,23 IC95% 9,11-16,44 $p<0,01$), ser dona de casa (OR 5,87 IC95% 4,73-7,30 $p<0,01$) e não ter ocupação (OR 28,56 IC95%).

Em relação às características da gestação e parto dos nascidos-vivos vítimas e não vítimas de VFSP, a duração da gestação mostrou-se inferior entre os nascidos-vivos que foram expostos às SP no período intrauterino. Enquanto que cerca de 90% dos nascidos-vivos não expostos nasceram com 37 a 41 semanas, aproximadamente 77% dos expostos nasceram com essa idade gestacional.

Apenas 49,4% das mães de crianças notificadas por VFSP fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal, já entre as mães das não notificadas esse percentual foi de 89,4%. O início adequado do pré-natal ocorreu entre 53,8 % entre aquelas com filhos notificados por VFSP e 86,8% para as demais.

A proporção de gravidez do tipo única foi semelhante entre os grupos com crianças notificadas e não notificadas por VFSP, 98,3% e 97,2% respectivamente. No entanto, houve diferença entre o tipo de parto, prevalecendo o vaginal entre as notificações (71,6%).

Na Tabela 3, é possível verificar que houve associação significativa entre uso de SP e duração da gestação 32 a 36 semanas (OR 2,83 IC 95% 2,19-3,66 $p<0,01$), nenhuma consulta pré-natal (OR 15,99 IC95% 9,55-26,75 $p<0,01$), 1 a 3 consultas pré-natal (OR 15,63 IC95% 11,82-20,65 $p<0,01$), 4 a 6 consultas pré-natal (OR 6,24 IC95% 4,95-7,87 $p<0,01$), início inadequado do pré-natal (OR 5,69 IC 95% 4,58-7,98 $p<0,01$) e parto vaginal (OR 3,88 IC95% 3,13-4,08 $p<0,01$).

TABELA 3 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO DAS NOTIFICAÇÕES DE VFSP E OS DEMAIS NASCIDOS-VIVOS EM CURITIBA/PR, 2013-2018

CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO		NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS						
		Sim n= 409		Não n= 144.401		OR	IC95%	p
		N	%	N	%			
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	Menos de 27 semanas	3	0,7	724	0,5	1,70	0,55,-5,32	0,52*
	28 a 31 semanas	5	1,2	1.351	0,9	1,52	0,63-3,69	0,48*
	32 a 36 semanas	71	17,3	10.318	7,1	2,83	2,19-3,66	<0,01
	37 ou mais	318	77,7	130.676	90,5	1	-	-
	Em branco**	12	3,0	1.332	0,9	-	-	-
CONSULTAS PRÉ-NATAL	Nenhuma	16	4,0	640	0,4	15,99	9,55-26,75	<0,01*
	1 a 3	67	16,4	2.742	1,9	15,63	11,82-20,65	<0,01
	4 a 6	111	27,1	11.370	7,8	6,24	4,95-7,87	<0,01
	7 e mais	202	49,4	129.179	89,4	1	-	-
	Em branco**	13	3,1	470	0,3	-	-	-
ÍNICIO ADEQUADO DO PRÉ-NATAL	Sim	220	53,8	125.298	86,8	1	-	-
	Não	128	31,3	12.802	8,9	5,69	4,58-7,98	<0,01
	Em branco**	61	14,9	6.301	4,3	-	-	-
TIPO DE GRAVIDEZ	Única	402	98,3	140.455	97,2	1,57	0,75-3,32	0,23
	Dupla ou mais	7	1,7	3.847	2,7	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	99	0,1	-	-	-
TIPO DE PARTO	Vaginal	293	71,6	56.943	39,4	3,88	3,13-4,08	<0,01
	Cesáreo	116	28,3	87.406	60,5	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	52	0,0	-	-	-

* Uso de teste exato de Fisher – pelo menos um valor esperado (total de linha*total coluna/ total geral) é <5

**Em branco: constam apenas no cálculo de frequência e não foram incluídos na análise comparativa

FONTE: Dados da Pesquisa obtidos do SINASC, 2021.

As características dos nascidos-vivos podem ser observadas na Tabela 4. Uma maior proporção de BPN (<2500 gramas) pode ser observada entre os nascidos-vivos que sofreram exposição às SP, 28,9%. Já entre os não expostos, esse percentual foi de 8,6%.

O sexo masculino foi o mais prevalente nos dois grupos, representando 54,3% dos nascimentos VFSP e 51,2 dos nascimentos não vítimas VFSP.

Quanto ao sofrimento fetal, o Apgar 1º <7 foi maior entre os conceptos VFSP (13,0%), o dobro do encontrado entre os não sofreram exposição às SP (6,7%). Diferença também foi observada no Apgar 5º<7, 3,2% nos nascidos-vivos expostos e 1,0% entre os não expostos.

De acordo com a Tabela 4, a identificação de anomalias congênitas ao nascimento foi observada em 1,0% das crianças vítimas de VFSP, quase o dobro do observado entre os não expostos às SP no período intrauterino (0,6%).

Por meio da análise bivariada, verificou-se que o uso de substâncias mostrou relação significativa com as seguintes variáveis de desfecho do recém-nascido: Apgar 1º <7 (OR 2,13 IC95% 1,59-2,84 $p < 0,01$), Apgar 5º <7 (OR 3,28 IC95% 1,88-5,72 $p < 0,01$) e BPN <2.500 g (OR 4,32 IC95% 3,48-5,36 $p < 0,01$). Quanto aos nascimentos com anomalias congênicas, verificou-se 1,5 mais chances de ocorrer diante da exposição fetal às substâncias (OR 1,57), no entanto não se mostrou estatisticamente significativo (95% IC 0,58-4,23 p 0,50). A exposição ocorreu em 1,14 vezes mais crianças do sexo masculino, mas de forma não significativa (IC95% 0,94-1,38 p 0,20).

TABELA 4 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS QUE SOFRERAM VFSP E OS NÃO EXPOSTOS À VFSP, EM CURITIBA, 2013-2018

NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS								
CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO		Simn= 409		Não fetal n= 144.401				
		N	%	N	%	OR	IC95%	p
PESO	0 -2499 g	118	28,9	12.379	8,6	4,32	3,49-5,36	<0,01
	2499 g ou mais	291	71,1	132.011	91,4	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	11	0,0	-	-	-
SEXO	Feminino	186	45,5	70.403	48,8	1	-	-
	Masculino	222	54,3	73.986	51,2	1,14	0,94-1,38	0,20
	Em branco**	1	0,2	12	0,0	-	-	-
APGAR 1º	0 a 6	53	13,0	9.726	6,7	2,13	1,59-2,84	<0,01
	7 a 10	344	84,1	134.226	92,9	1	-	-
	Em branco**	12	2,9	449	0,3	-	-	-
APGAR 5º	0 a 6	13	3,2	1.471	1,0	3,28	1,88-5,72	<0,01*
	7 a 10	384	93,9	142.563	98,8	1	-	-
	Em branco**	12	2,9	367	0,2	-	-	-
ANOMALIAS CONGÊNITAS	Sim	4	1,0	893	0,6	1,58	0,59-4,24	0,50*
	Não	404	98,3	142.348	98,6	1	-	-
	Em branco**	1	0,2	1.160	0,8	-	-	-

* Uso de teste exato de Fisher – pelo menos um valor esperado (total de linha*total coluna/ total geral) é <5

**Em branco: constam apenas no cálculo de frequência e não foram incluídos na análise comparativa

FONTE: Dados da Pesquisa obtidos do SINASC, 2021.

TABELA 5 – RESULTADO FINAL DA ANÁLISE MÚLTIPLA DOS FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA GESTAÇÃO. CURITIBA, 2013-2018.

Variáveis selecionadas	OR bruta	OR ajustada	IC95%	Qui-quadrado ajustado (valor de p)
Bloco 1 CARACTERÍSTICAS MATERNAS				
COR				
Branca	1,00	1,00		
Não Branca	3,72	1,76	1,38-2,23	<0,01
ESCOLARIDADE				
0 a 3 anos	13,94	2,38	1,19-4,46	0,014
4 a 7 anos	9,35	3,11	2,45-3,96	<0,01
8 anos ou mais	1,00	1,00		
ESTADO CIVIL				
Com Companheiro	1,00	1,00		
Sem Companheiro	17,18	7,95	4,95-12,78	<0,01
FILHOS MORTOS				
Sim	23,23	1,57	1,22-2,01	<0,01
Não	1,00	1,00		
PRIMIGESTA				
Sim	1,00	1,00		
Não	4,10	2,06	1,49-2,86	<0,01
OCUPAÇÃO DA MÃE				
Dona de casa	5,87	1,97	1,54-2,54	<0,01
Sem ocupação	28,56	5,7	2,18-15,02	<0,01
Estudante	1,87	1,27	0,46-3,48	0,642
Outras profissões	1,00	1,00		
BLOCO 2 * (GESTAÇÃO E PARTO)				
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO				
Menos de 27 semanas	1,70	0,24	0,60-1,07	0,061
28 a 31 semanas	1,52	0,34	0,12-0,97	0,044
32 a 36 semanas	2,83	1,12	0,78-1,62	0,535
37 ou mais	1,00	1,00		
CONSULTAS				
Nenhuma	15,99	2,28	0,31-16,79	0,42
1 a 3	15,63	2,70	1,83-3,98	<0,01
4 a 6	6,24	2,02	1,53-2,68	<0,01
7 e mais	1,00	1,00		
INÍCIO ADEQUADO DO PRÉ-NATAL				
Sim	1,00	1,00		
Não	5,69	1,75	1,34-2,9	<0,01
TIPO DE PARTO				
Vaginal	3,88	1,54	1,20-1,98	0,001
Cesáreo	1,00	1,00		
BLOCO 3 ** (CONCEPTO)				
PESO				
0 -2499 g	4,32	3,14	2,28-4,32	<0,01
2499 g ou mais	1,00	1,00		
APGAR 5º				
0 a 6	3,28	2,30	1,21-4,72	0,023
7 a 10	1,00	1,00		

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança

*Bloco 2: modelo ajustado para as variáveis significantes do Bloco 1;

** Bloco 3: modelo ajustado para as variáveis significantes dos Blocos 1 e 2.

FONTE: Dados da Pesquisa, 2021.

As anomalias congênitas encontradas foram deformidade congênita da mão, espinha bífida cervical, outras deformidades do pé, sexo indeterminado e outras malformações congênitas dos ossos do crânio e da face.

É apresentado na Tabela 5 o modelo final, no qual foram incluídas todas as variáveis do bloco 1, 2 e 3 ($p < 0,20$). Foram removidas do modelo final ($p > 0,05$), as variáveis quantidade de gestações anteriores, quantidade de filhos vivos e idade materna (Bloco 1), tipo de gravidez (Bloco 2), anomalias congênitas, sexo e Apgar 1º (Bloco 3). A exclusão do Apgar 1º foi feita por já ser contemplada pelo Apgar 5º (colinearidade) e este demonstrar maior prolongamento do sofrimento fetal.

As variáveis que se mantiveram associadas à VF foram em ordem decrescente de associação: raça/cor da pele materna, escolaridade, ter filhos mortos, não ser primigesta, ocupação da mãe, consultas pré-natal, início adequado do pré-natal, peso, tipo de parto, Apgar 5º e duração da gestação.

4.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES, GESTAÇÃO, PARTO E CRIANÇAS EXPOSTAS ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM RELAÇÃO AO PESO AO NASCIMENTO

Está apresentada na Tabela 6 a comparação entre as características sociodemográficas das mães de recém-nascidos com BPN (<2.500 gramas) e os recém-nascidos sem BPN, todos vítimas de VFSP.

Quanto à idade, em ambos os grupos a faixa etária com maior percentual de mãe foi a de 25-34 anos. Na análise estatística, a idade materna não mostrou relação com o BPN.

O estado civil sem companheiro, foi relatado por cerca de 93% das mulheres nos dois grupos. Não houve diferença estatística entre as mães de filhos com BPN e sem BPN ($p = 0,79$). A autodeclaração de cor branca também foi semelhante nos dois grupos, por volta de 60% ($p = 0,50$).

As mães de bebês com BPN se situaram em sua maioria na escolaridade de 4 a 7 anos de estudos (53,4%), já as mães do outro grupo possuíam em sua maioria 8 ou mais

anos de estudo (56,0%). Ter 4 a 7 anos de estudo mostrou associação positiva com BPN ($p < 0,01$).

No grupo de BPN, 67,8% das mães tinham 1 a 2 filhos. A maior quantidade de filhos vivos associou-se ao desfecho BPN, sendo que ter 1 a 2 filhos apresentou OR 2,29 (IC95% 1,22-4,32 $p < 0,01$).

Cerca de 1/3 das mães de filhos com BPN tinham filhos mortos, o que mostrou associação positiva com esse desfecho (OR 1,79 IC95% 1,14-2,81 $p = 0,111$).

Apenas 6% das mulheres que tiveram filhos com BPN não têm nenhuma gestação anterior, prevalência 3 vezes menor do que entre as mães de filhos que nasceram com pelo menos 2500 gramas (18,6%). Não ser primigesta associou-se a ter filhos com BPN (OR 43,81-92,25 $p < 0,01$).

As ocupações dona de casa e outras profissões foram semelhantes entre os grupos. Verificou-se maior percentual de mulheres sem ocupação e estudantes entre as mães de conceptos com BPN (5,9%) (OR 3,16 IC95% 0,99-10,14 $p = 0,10$).

O trimestre em que ocorreu a primeira notificação é um fator de risco para BPN ($p < 0,01$). O 2º trimestre (OR 5,13 IC95% 1,74-15,1 $p < 0,01$) e o 3º trimestre (OR 4,36 IC95% 1,50-12,7 $p < 0,01$) aumentaram as chances de BPN quando comparados ao 1º trimestre.

Maior risco de BPN foi relacionado ao número de notificações por gestante no período de 2013 a 2018, mas com ausência de significância estatística. Ter tido 3 notificações mostrou OR 2,53 (IC95% 0,21-8,92 $p = 0,26$).

A proporção de mulheres moradoras de rua foi quase o dobro entre as mães de neonatos com BPN (OR 1,97 IC95% 0,97-4,0 $p = 0,06$).

Não houve diferença estatística entre as mulheres que gestaram crianças com e sem BPN, 3,4% e 4,8% respectivamente quanto ao histórico registrado de violência doméstica ($p = 0,53$).

A duração da gestação é um fator de risco para o BPN. Nenhum nascido-vivo com peso normal nasceu com menos de 27 semanas e apenas 1 com 28 a 31 semanas. Nascer com 32 a 36 semanas mostrou OR 15,42 para BPN (IC95% 8,35-28,45 $p < 0,01$).

O número de consultas pré-natal também mostrou associação positiva com BPN (OR 8,64 IC95% 2,84-26,25 $p < 0,01$). Início adequado do pré-natal e tipo de parto não se associaram ao desfecho BPN conforme Tabela 7.

TABELA 6 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS RELACIONADAS AO BAIXO PESO ENTRE AS MÃES DE CRIANÇAS NOTIFICADAS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018

(continua)

		NASCIDOS-VIVOS						
CARACTERÍSTICAS MATERNAS		Com baixo peso n = 118		Sem baixo peso n=291		OR	IC95%	p
		N	%	N	%			
IDADE	18-24	41	34,8	113	38,8	0,61	0,32-1,15	0,13
	25-34	55	46,7	141	48,5	0,66	0,36-1,21	0,18
	35-44	22	18,6	37	12,7	1	-	-
ESTADO CIVIL	Sem companheiro	110	93,2	273	93,8	1,14	0,44-2,97	0,79
	Com companheiro	6	5,1	17	5,8	1	-	-
	Em branco**	2	1,7	1	0,3	-	-	-
ESCOLARIDADE	0 a 3 anos	7	5,9	12	4,1	2,11	0,79-5,68	0,23*
	4 a 7 anos	63	53,4	112	38,5	2,04	1,30-3,20	<0,01
	8 anos e mais	45	38,1	163	56,0	1	-	-
	Em branco**	3	2,5	4	1,4	-	-	-
RAÇA/COR DA PELE	Branca	74	62,7	190	65,3	1	-	-
	Não branca	44	37,3	97	33,3	1,17	0,75-1,82	0,50
	Em branco**	0	0,0	4	1,4	-	-	-
QUANTIDADE DE FILHOS VIVOS	Nenhum	14	11,9	69	23,7	1	-	-
	1 a 2	80	67,8	172	59,1	2,29	1,22-4,32	<0,01
	3 ou mais	22	18,6	50	17,2	2,17	1,01-4,65	0,05
	Em branco**	2	1,7	0	0,0	-	-	-
FILHOS MORTOS	Sim	46	39,0	79	27,2	1,79	1,14-2,81	0,011
	Não	69	58,5	212	72,9	1	-	-
	Em branco**	3	2,5	0,0	0,0	-	-	-
QUANTIDADE DE GESTAÇÕES ANTERIORES	Nenhuma	7	5,9	53	18,6	1	-	-
	1 a 2	51	43,2	127	43,6	3,04	1,30-7,13	<0,01
	3 ou mais	58	49,2	110	37,8	3,99	1,71-9,34	<0,01
	Em branco**	2	1,7	1	0,3	-	-	-
PRIMIGESTA	Sim	7	5,9	54	18,6	1	-	-
	Não	111	94,1	237	81,4	3,61	43,81-92,25	<0,01
	Em branco**	0	0,0	0	0,0	-	-	-
OCUPAÇÃO	Dona de casa	79	67,0	201	69,0	1,07	0,65-1,73	0,80
	Sem ocupação e estudante	7	5,9	6	2,1	3,16	0,99-10,14	0,10*
	Outras profissões	31	26,3	84	28,9	1	-	-
	Em branco**	1	0,9	0	0,0	-	-	-
TRIMESTRE	1º trimestre	4	3,4	41	14,1	1	-	-
	2º trimestre	51	43,2	102	35,1	5,13	1,74-15,1	<0,01
	3º trimestre	63	53,4	148	50,9	4,36	1,50-12,7	<0,01

TABELA 6 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS RELACIONADAS AO BAIXO PESO ENTRE AS MÃES DE CRIANÇAS NOTIFICADAS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018

(conclusão)

NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES	1 notificação	97	82,2	245	84,2	1	-	-
	2 notificações na mesma gestação	2	1,7	10	3,4	0,51	0,11-2,35	0,60*
	2 notificações em gestações diferentes	14	11,9	31	10,7	1,14	0,58-2,24	0,70
	3 notificações	5	4,2	5	1,7	2,53	0,21-8,92	0,26*
MORADORA DE RUA	Sim	15	12,7	20	6,9	1,97	0,97-4,0	0,06
	Não	103	87,3	271	93,1	1	-	-
VITIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	Sim	4	3,4	14	4,8	0,69	0,22-2,15	0,53
	Não	114	96,6	277	95,2	1	-	-

* Uso de teste exato de Fisher – pelo menos um valor esperado (total de linha*total coluna/ total geral) é <5

**Em branco: constam apenas no cálculo de frequência e não foram incluídos na análise comparativa

FONTE: Dados da Pesquisa, obtidos do SINASC, 2021

TABELA 7 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO RELACIONADAS AO BAIXO PESO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018

CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO		NASCIDOS-VIVOS						
		Com baixo peso n= 118		Sem baixo peso n= 291		OR	IC95%	p
		N	%	N	%			
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	Menos de 32 semanas	7	5,9	1	0,3	36,65	4,41-304,2	<0,01*
	32 a 36 semanas	53	44,9	18	6,2	15,42	8,35-28,45	<0,01
	37 ou mais	51	43,2	267	91,8	1	-	-
	Em branco**	7	5,9	5	1,7	-	-	-
CONSULTAS PRÉ-NATAL	0 a 3	39	33,0	44	15,1	3,48	2,00-6,03	<0,01
	4 a 6	32	27,1	79	27,2	1,59	0,93-2,72	0,09
	7 e mais	41	34,8	161	55,3	1	-	-
	Em branco**	6	5,1	7	2,4	-	-	-
ÍNÍCIO ADEQUADO DO PRÉ-NATAL	Sim	58	49,2	162	55,7	1	-	-
	Não	36	30,5	92	31,6	1,09	0,67-1,78	0,72
	Em branco**	24	20,3	37	12,7	-	-	-
TIPO DE GRAVIDEZ	Única	111	94,1	291	100,0	1	-	-
	Dupla ou mais	7	5,9	0	0,0	36,7	2,07-652	<0,01*
	Em branco**	0	0,0	0	0,0	-	-	-
TIPO DE PARTO	Vaginal	83	70,3	210	72,2	0,91	0,57-1,47	0,71
	Cesáreo	35	29,7	81	27,8	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	0	0,0	-	-	-

* Uso de teste exato de Fisher – pelo menos um valor esperado (total de linha*total coluna/ total geral) é <5

**Em branco: constam apenas no cálculo de frequência e não foram incluídos na análise comparativa

FONTE: Dados da Pesquisa, obtidos do SINASC, 2021.

Na Tabela 8, é possível observar que nenhuma das características dos nascidos-vivos associou-se estatisticamente ao desfecho BPN naqueles expostos à VF. A prevalência de Apgar 1º e 5º<7 foi maior nos neonatos com baixo peso, 17,8% e 5,1% respectivamente.

TABELA 8 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA RELACIONADAS AO BAIXO PESO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018

CARACTERÍSTICAS DO NEONATO		Com baixo peso n= 118		Sem baixo peso n= 291		OR	IC95%	p
		N	%	N	%			
SEXO	Feminino	60	50,9	126	43,3	1	-	-
	Masculino	57	48,3	165	56,7	0,73	0,47-1,11	0,14
	Em branco**	1	0,9	0	0,0	-	-	-
APGAR 1º	0 a 6	21	17,8	32	11,0	1,77	0,97-3,23	0,06
	7 a 10	93	78,8	251	86,3	1	-	-
	Em branco**	4	3,4	8	2,8	-	-	-
APGAR 5º	0 a 6	6	5,1	7	2,4	2,19	0,72-6,67	0,27*
	7 a 10	108	91,5	276	94,9	1	-	-
	Em branco**	4	3,4	8	2,8	-	-	-
ANOMALIAS	Sim	2	1,7	2	0,7	2,48	0,35-17,83	0,66*
CONGÊNITAS	Não	116	98,3	288	99,0	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	1	0,3	-	-	-

* Uso de teste exato de Fisher – pelo menos um valor esperado (total de linha*total coluna/ total geral) é <5

**Em branco: constam apenas no cálculo de frequência e não foram incluídos na análise comparativa

FONTE: Dados da Pesquisa, obtidos do SINASC, 2021.

Na Tabela 9 o modelo final da análise múltipla dos fatores associados ao baixo peso é apresentado. Neste modelo foram incluídas as variáveis idade, escolaridade, quantidade de filhos vivos, filhos mortos, quantidade de gestações anteriores, primigesta, ocupação e moradora de rua (Bloco 1); duração da gestação, consultas pré-natal e tipo de gravidez (Bloco 2) e sexo e Apgar1º (Bloco 3), em que o $p \leq 0,20$. Foram removidas do modelo final ($p > 0,05$), as variáveis idade materna, quantidade de filhos vivos, filhos mortos, primigesta e ocupação (Bloco 1), tipo de gravidez (Bloco 2), sexo e Apgar 1º (Bloco 3). Optou-se por manter a variável moradora de rua por esta ser um indicativo da vulnerabilidade social do grupo.

As variáveis que se mantiveram associadas ao baixo peso foram em ordem decrescente de associação: duração da gestação, consultas pré-natal, trimestre da notificação, quantidade de gestações anteriores, escolaridade e moradora de rua.

TABELA 9 – RESULTADO FINAL DA ANÁLISE MÚLTIPLA DOS FATORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO EM NASCIDOS-VIVOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018

Variáveis selecionadas	OR bruta	OR ajustada	IC95%	Qui-quadrado ajustado (valor de p)
Bloco 1				
CARACTERÍSTICAS MATERNAS				
ESCOLARIDADE				
4 a 7 anos	2,04	1,91	1,06-3,43	0,03
0 a 3 anos	2,11	0,90	0,20-4,02	0,89
8 anos ou mais	1	1	-	-
QUANTIDADE DE GESTAÇÕES ANTERIORES				
Nenhuma	1	1	-	-
1 a 2	3,04	4,61	1,25-16,96	0,021
3 ou mais	3,99	4,68	1,26-17,44	0,022
TRIMESTRE				
1º	1	1	-	-
2º	5,13	5,77	1,43-23,38	0,014
3º	4,36	4,77	1,19-19,14	0,027
MORADORA DE RUA				
Sim	1,97	2,43	0,99-5,97	0,054
Não	1	1	-	-
BLOCO 2 * (GESTAÇÃO E PARTO)				
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO				
Menos de 32 semanas	36,65	24,99	2,79-223,92	0,004
32 a 36 semanas	15,42	14,13	6,89-28,96	0,000
37 ou mais	1	1	-	-
CONSULTAS				
0 a 3	3,48	2,05	1,26-4,98	0,009
4 a 6	1,59	1,03	0,52-2,06	0,92
7 e mais	1	1	-	-

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança

*Bloco 2: modelo ajustado para as variáveis significantes do Bloco 1;

FONTE: Dados da Pesquisa, 2021.

Para análise de sensibilidade, na Tabela 10, realizou-se a análise bivariada quanto ao BPN entre os nascidos-vivos notificados por VFSP e que não nasceram prematuros quanto às características maternas. Nesta análise, mantiveram-se associadas ao BPN 4 a 7 anos de estudo, 1 ou mais gestações anteriores, mãe não primigesta e notificação de VFSP no 2º ou 3º trimestre gestacional.

TABELA 10 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS RELACIONADAS AO BAIXO PESO AO NASCIMENTO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NÃO PREMATUROS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018

(continua)

		NASCIDOS-VIVOS						
CARACTERÍSTICAS MATERNAS		Com baixo peso não prematuros n = 55		Sem baixo peso não prematuros n=272		OR	IC95%	p
		N	%	N	%			
IDADE	18-24	21	38,2	105	38,6	0,68	0,29-1,59	0,37
	25-34	24	43,6	133	48,9	0,61	0,27-1,41	0,25
	35-44	10	18,2	34	12,5	1	-	-
ESTADO CIVIL	Sem companheiro	4	7,3	17	6,3	1,17	0,38-3,62	0,78
	Com companheiro	51	92,7	254	93,4	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	1	0,4	-	-	-
ESCOLARIDADE	0 a 3 anos	2	3,6	10	3,7	1,53	0,31-7,49	0,86*
	4 a 7 anos	33	60,0	105	38,6	2,40	1,31-4,41	<0,01
	8 anos e mais	20	36,4	153	56,3	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	4	1,5	-	-	-
RAÇA	Branca	38	69,1	182	66,9	1	-	-
	Não branca	17	30,9	86	31,6	0,95	0,51-1,77	>0,86
	Em branco**	0	0,0	4	1,5	-	-	-
QUANTIDADE DE FILHOS VIVOS	Nenhum	9	16,4	66	24,3	1	-	-
	1 a 2	36	65,5	162	59,6	1,63	0,74-3,57	0,22
	3 ou mais	10	18,2	44	16,2	1,67	0,63-4,43	0,31
	Em branco**	0	0,0	0	0,0	-	-	-
FILHOS MORTOS	Sim	20	36,4	74	27,2	1,53	0,83-2,82	0,17
	Não	35	63,7	198	72,3	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	0	0,0	-	-	-
QUANTIDADE DE GESTAÇÕES ANTERIORES	Nenhuma	4	7,3	50	18,4	1	-	-
	1 a 2	25	45,6	121	44,5	2,58	0,86-7,80	0,08
	3 ou mais	26	47,3	100	37,8	3,25	1,08-9,82	0,03
	Em branco**	0	0,0	1	0,4	-	-	-
PRIMIGESTA	Sim	4	7,3	51	18,8	1	-	-
	Não	51	92,7	221	81,3	2,94	1,02-8,51	0,05*
	Em branco**	0	0,0	0	0,0	-	-	-
OCUPAÇÃO	Dona de casa	13	23,6	82	30,2	0,73	0,37-1,49	0,37
	Sem ocupação e estudante	2	3,6	5	1,8	1,85	0,35-9,87	0,74*
	Outras profissões	40	72,7	185	68,0	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	0	0,0	-	-	-
TRIMESTRE	1º trimestre	1	1,8	39	14,3	-	-	-
	2º trimestre	23	41,8	94	34,7	9,54	1,25-73,13	<0,01
	3º trimestre	31	56,7	139	51,1	8,7	1,15-65,74	0,01

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança

*Bloco 2: modelo ajustado para as variáveis significantes do Bloco 1;

FONTE: Dados da Pesquisa, obtidos do SINASC, 2021.

TABELA 10 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS RELACIONADAS AO BAIXO PESO AO NASCIMENTO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NÃO PREMATUROS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018

(conclusão)

CARACTERÍSTICAS MATERNAS		NASCIDOS-VIVOS						
		Com baixo peso não prematuros n = 55		Sem baixo peso não prematuros n=272		OR	IC95%	p
		N	%	N	%			
NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES	1 notificação	45	81,8	230	84,6	1	-	-
	2 notificações na mesma gestação	1	1,8	9	3,3	0,57	0,07-4,59	>0,99*
	2 notificações em gestações diferentes	5	9,1	28	10,3	0,92	0,34-2,49	0,86
	3 notificações	4	7,3	5	1,8	4,09	1,06-15,82	0,10*
MORADORA DE RUA	Sim	8	14,6	20	7,4	2,14	0,89-5,16	0,08*
	Não	47	85,5	252	92,7	1	-	-
VITIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	Sim	2	3,6	14	5,2	0,69	0,15-3,15	0,95*
	Não	53	96,4	258	94,9	1	-	-

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança

*Bloco 2: modelo ajustado para as variáveis significantes do Bloco 1;

FONTE: Dados da Pesquisa, 2021.

A Tabela 11 mostrou a associação entre o número de consultas pré-natal e o desfecho BPN em nascidos-vivos não prematuros notificados por violência fetal por uso de substâncias psicoativas.

Na Tabela 12, observa-se que o sexo masculino é um fator de proteção para a ocorrência de BPN entre as crianças vítimas de VFSP e que não nasceram prematuras.

A análise múltipla, apresentada na Tabela 13 evidencia que as características que se mantiveram associadas ao BPN em crianças vítimas de VFSP e que não nasceram prematuras foram: 4 a 7 anos de escolaridade materna, notificação no 2º trimestre de gestação e nenhuma a 3 consultas no pré-natal.

TABELA 11 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO RELACIONADAS AO BAIXO PESO AO NASCIMENTO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NÃO PREMATUROS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP) E NÃO PREMATURAS, CURITIBA/PR, 2013-2018

CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO		NASCIDOS-VIVOS						
		Com baixo peso não prematuros n = 55		Sem baixo peso não prematuros n=272		OR	IC95%	p
		N	%	N	%			
CONSULTAS PRÉ-NATAL	0 a 3	19	34,5	41	15,1	3,29	1,63-6,64	<0,01
	4 a 6	12	21,8	40	25,7	2,12	0,97-4,66	0,06
	7 e mais	22	40,0	156	57,4	1	-	-
	Em branco**	2	3,7	5	1,8	-	-	-
ÍNICIO ADEQUADO DO PRÉ-NATAL	Sim	26	47,3	155	57,0	1	-	-
	Não	16	29,1	84	30,9	1,13	0,58-2,23	0,72
	Em branco**	13	23,6	33	12,1	-	-	-
TIPO DE GRAVIDEZ	Única	55	100,0	272	100,0	1	-	-
	Dupla ou mais	0	0,0	0	0,0	0,20	0,00-10,3	0,34*
	Em branco**	0	0,0	0	0,0	-	-	-
TIPO DE PARTO	Vaginal	42	76,4	196	72,1	1,25	0,64-2,46	0,51
	Cesáreo	13	23,6	76	27,9	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	0	0,0	-	-	-

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança

*Bloco 2: modelo ajustado para as variáveis significantes do Bloco 1;

FONTE: Dados da Pesquisa, obtidos do SINASC, 2021.

TABELA 12 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA RELACIONADAS AO BAIXO PESO AO NASCIMENTO ENTRE OS NASCIDOS-VIVOS NÃO PREMATUROS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP) E NÃO PREMATURAS, CURITIBA/PR, 2013-2018

CARACTERÍSTICAS DOS NASCIDOS-VIVOS		Com baixo peso não prematuros n = 55		Sem baixo peso não prematuros n=272		OR	IC95%	p
		N	%	N	%			
SEXO	Feminino	33	60,0	119	43,8	1	-	-
	Masculino	21	38,2	153	56,3	0,50	0,27-0,90	0,02
	Em branco**	1	1,8	0	0,0	-	-	-
APGAR 1º	0 a 6	6	10,9	30	11,0	1,00	0,40-2,55	>0,99*
	7 a 10	47	85,5	236	86,7	1	-	-
	Em branco**	2	3,6	6	2,2	-	-	-
APGAR 5º	0 a 6	2	3,6	6	2,2	1,70	0,33-8,66	0,79*
	7 a 10	51	92,7	260	95,6	1	-	-
	Em branco**	2	3,6	6	2,2	-	-	-
ANOMALIAS CONGÊNITAS	Sim	2	3,6	2	0,7	5,1	0,70-36,83	0,27*
	Não	53	96,4	269	98,9	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	1	0,4	-	-	-

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança

*Bloco 2: modelo ajustado para as variáveis significantes do Bloco 1

FONTE: Dados da Pesquisa, obtidos do SINASC, 2021.

TABELA 13 – RESULTADO FINAL DA ANÁLISE MÚLTIPLA DOS FATORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO EM NASCIDOS-VIVOS NÃO PREMATUROS EXPOSTOS ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, CURITIBA, 2013-2018.

Variáveis selecionadas	OR bruta	OR ajustada	IC95%	Qui-quadrado ajustado (valor de p)
Bloco 1				
CARACTERÍSTICAS MATERNAS				
ESCOLARIDADE				
0 a 3 anos	1,53	0,73	0,08-6,41	0,78
4 a 7 anos	2,40	2,38	1,27-4,47	0,007
8 anos ou mais	1	1	-	-
TRIMESTRE				
1º	1	1	-	-
2º	9,54	9,55	1,22-75,01	0,032
3º	8,7	7,39	0,95-57,59	0,056
CONSULTAS				
0 a 3	3,29	3,03	1,46-6,31	0,003
4 a 6	2,12	1,16	0,53-2,55	0,72
7 e mais	1	1	-	-

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança

*Bloco 2: modelo ajustado para as variáveis significantes do Bloco 1;

FONTE: Dados da Pesquisa, 2021.

4.4 CARACTERÍSTICAS ÓBITOS DE CRIANÇAS NOTIFICADAS POR VFSP

Entre as 500 notificações, 16 resultaram em óbito, 10 deles fetais e 6 infantis. Quanto aos óbitos, 6 mães pertenciam à faixa etária dos 18-24 anos, 6 do grupo 25-34 anos e 4 com idade entre 35 e 44 anos. Quanto à escolaridade, 4 a 7 anos foi a mais prevalente (37,5%). Mais da metade (56,2%) das mães tinham 1 ou 2 filhos e 13 (81,3%) possuíam filhos mortos. A duração da gestação foi menor que 22 semanas em 5 (31,2%) e a gravidez foi única em todos os casos. O parto foi do tipo vaginal em 9 (56,2%) e BPN foi registrado em 14 neonatos (87,5%). O sexo masculino apresentou maior prevalência (68,7% - 11), de acordo com a Tabela 14.

Em relação ao tipo de óbito, 10 (62,5%) foram óbitos fetais, 4 (25%) neonatal precoce e 2 (12,5%) óbito pós-natal, o que caracteriza 14 óbitos do tipo perinatal. O desfecho óbito (fetal e infantil) ocorreu antes do parto para 50% dos casos, durante o parto em um caso (6,2%) e 6 após o parto (37,5%).

TABELA 14 - CARACTERÍSTICAS DOS ÓBITOS DA COORTE EXPOSTOS ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO PERÍODO INTRAUTERINO, CURITIBA, 2013-2018.

CARACTERÍSTICAS DO DESFECHO ÓBITO		ÓBITO FETAL N=10		ÓBITO INFANTIL N=6		TOTAL N=16	
		N	%	N	%	N	%
ESCOLARIDADE MÃE	0 a 3 anos	2	20,0	1	16,7	3	18,6
	4 a 7 anos	3	30,0	3	50,0	6	37,5
	8 anos ou mais	1	10,0	2	33,3	3	18,6
	Em branco*	4	40,0	0	0,0	4	25,0
IDADE DA MÃE	18-24	3	30,0	3	50,0	6	37,5
	25-34	5	5,0	1	16,7	6	37,5
	35-44	2	2,0	2	33,3	4	25,0
QUANTIDADE DE FILHOS VIVOS	Nenhum	0	0,0	2	33,3	2	12,5
	1 a 2 filhos	5	50,0	4	66,7	9	56,2
	3 ou mais filhos	4	40,0	0	0,0	4	25,0
	Em branco*	1	10,0	0	0,0	1	6,3
FILHOS MORTOS	Sim	9	90,0	4	66,7	13	81,3
	Não	0	0,0	2	33,3	2	12,5
	Em branco*	1	10,0	0	0,0	1	6,3
OCUPAÇÃO DA MÃE	Dona de casa	2	20,0	5	83,3	7	43,8
	Sem ocupação	0	0,0	1	16,7	1	6,3
	Estudante	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Outras profissões	8	80,0	0	0,0	8	50,0
	Em branco*	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	Menos de 22 semanas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	22 a 27 semanas	2	20,0	3	50,0	5	32,3
	28 a 31 semanas	2	20,0	0	0,0	2	12,5
	32 a 36 semanas	1	10,0	2	33,3	3	18,8
	37 a 41 semanas	2	20,0	1	16,7	3	18,8
	42 ou mais	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Em branco*	3	30,0	0	0,0	3	18,8
GRAVIDEZ	Única	10	100,0	6	100,0	16	100,0
PARTO	Vaginal	8	80,0	1	16,7	9	56,3
	Cesáreo	2	20,0	5	83,3	7	43,8
PESO	>2500 gramas	9	90,0	5	83,3	14	87,5
	2500 gramas e mais	1	10,0	1	16,7	2	12,5
SEXO	Feminino	3	30,0	2	33,3	5	31,6
	Masculino	7	70,0	4	66,7	11	68,8
ANOMALIAS	Sim	0	0,0	1	16,7	1	6,3
	Não	0	0,0	5	83,3	5	31,3
	Em branco*	10	100,0	0	0,0	10	64,5

*Em branco: constam apenas no cálculo de frequência e não foram incluídos na análise comparativa

FONTE: Dados da Pesquisa, obtidos do SINASC, 2021.

As causas básicas de óbito foram sífilis congênita precoce não especificada (1), feto e recém-nascido por transtornos maternos hipertensivos (1), feto e recém-nascido afetados pelo uso de drogas que causam dependência (2), exonfalia (1), malformações congênitas múltiplas (1), inalação do conteúdo gástrico (1), hipóxia intrauterina não especificada (6) e morte fetal de causa não especificada (3). Como causas colaterais foram

observadas imaturidade extrema, feto e recém-nascido afetados por transtornos maternos hipertensivos, septicemia não especificada, malformações congênitas múltiplas não especificadas em outra parte, insuficiência respiratória do recém-nascido, recém-nascido com peso muito baixo, síndrome de Down não especificada, outras infecções especificadas próprias do período perinatal e persistência da circulação fetal.

A Tabela 15 aborda a comparação das características sociodemográficas das mulheres que tiveram a gravidez interrompida por óbito perinatal e as mães de nascidos-vivos. Verificou-se ausência de associação quanto à idade, quantidade de filhos vivos, primeira gestação, trimestre em que ocorreu a notificação, número de notificações no período, ser moradora de rua e ser vítima de violência doméstica.

Pouco mais de 50% das mães com filhos sem óbito perinatal tinham 8 ou mais anos de grau instrução. Entre as mães com óbito perinatal esse percentual foi de 14,3%. A menor escolaridade (nenhum a 3 anos de estudo) mostrou-se como fator de risco para óbito perinatal (OR 17,25 IC95%2,71-110,0 p 0,01).

Entre as mães de crianças que sofreram óbito perinatal, 78,6% já possuíam filhos mortos, enquanto no grupo de mães de nascidos-vivos esse percentual foi de 30,4%. Assim, ter filhos mortos demonstrou associação positiva com óbito perinatal (OR 12,48 IC95%2,73-57,12 p<0,01).

A Tabela 16 apresenta a comparação das características da gestação e do parto dos óbitos perinatais e demais crianças.

O baixo peso mostrou associação positiva com o óbito perinatal (OR 15,13 IC95% 3,34-68,65 P<0,01) (Tabela 17). Em cerca de 85% dos casos de óbito perinatal, o peso era menor que 2500 gramas, enquanto a prevalência no grupo das demais crianças foi de 28,4%.

TABELA 15 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS RELACIONADAS AO ÓBITO PERINATAL ENTRE AS MÃES DE FETOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	CRIANÇAS							
	Com óbito perinatal N=14		Sem óbito perinatal N= 405					
	N	%	N	%	OR	IC95%	p	
IDADE	18-24	6	42,9	151	37,3	1,17	0,23-6,0	>0,99*
	25-34	6	42,9	195	48,2	0,91	0,18-4,62	>0,99*
	35-44	2	14,3	59	14,6	1	-	-
ESCOLARIDADE	0 a 3 anos	3	21,4	18	4,4	17,25	2,71-110	0,01*
	4 a 7 anos	5	35,7	173	47,7	2,99	0,57-15,61	0,33*
	8 anos e mais	2	14,3	207	51,1	1	-	-
	Em branco**	4	28,6	7	1,7	-	-	-
QUANTIDADE DE FILHOS VIVOS	Nenhum	2	14,3	81	20,0	1	-	-
	1 a 2	7	50,0	250	61,7	1,13	0,23-5,57	>0,99*
	3 ou mais	4	28,6	72	17,8	2,25	0,40-12,65	0,60*
	Em branco**	1	7,1	2	0,5	-	-	-
FILHOS MORTOS	Sim	11	78,6	123	30,4	12,48	2,73-57,12	<0,01*
	Não	2	14,3	279	68,9	1	-	-
PRIMIGESTA	Sim	1	7,1	60	14,8	1	-	-
	Não	13	92,9	345	85,2	2,26	0,29-17,6	0,74*
OCUPAÇÃO	Dona de casa; sem ocupação e estudante	6	42,9	289	71,4	1	-	-
	Outras profissões	8	57,1	115	28,4	3,35	1,14-9,87	0,05*
	Em branco**	0	0,0	1	0,3	-	-	-
TRIMESTRE	1º e 2º trimestre	4	28,6	196	48,4	1	-	-
	3º trimestre	10	71,4	209	51,6	2,34	0,72-7,6	0,14
NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES	1 notificação	12	85,7	339	83,7	1	-	-
	2 e mais notificações	2	14,3	66	16,3	0,86	0,19-3,91	>0,99*
MORADORA DE RUA	Sim	1	7,14	34	8,4	0,84	0,11-6,61	>0,99*
	Não	13	92,9	371	91,6	1	-	-
VITIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	Sim	1	7,14	17	4,2	1,76	0,22-14,21	0,93*
	Não	13	92,9	388	95,8	1	-	-

* Uso de teste exato de Fisher – pelo menos um valor esperado (total de linha*total coluna/ total geral) é <5

**Em branco: constam apenas no cálculo de frequência e não foram incluídos na análise comparativa

FONTE: Dados da Pesquisa, obtidos do SINASC, 2021.

TABELA 16 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO RELACIONADAS AO ÓBITO PERINATAL ENTRE OS FETOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018

CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E DO PARTO		CRIANÇAS						
		Com óbito perinatal		Sem óbito perinatal				
		N=14		N= 405				
		N	%	N	%	OR	IC95%	p
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	Menos de 37 semanas	11	78,6	78	19,3	15,37	4,19-56,41	<0,01*
	37 ou mais	3	21,4	327	80,7	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	0	0,0			
TIPO DE GRAVIDEZ	Única	14	100,0	398	98,3	0,49	0,03-9,11	0,83*
	Dupla ou mais	0	0,0	7	1,7	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	0	0,0			
TIPO DE PARTO	Vaginal	9	64,3	292	72,1	1	-	-
	Cesáreo	5	35,7	113	27,9	1,44	0,47-4,38	0,71*
	Em branco**	0	0,0	0	0,0	-	-	-

* Uso de teste exato de Fisher – pelo menos um valor esperado (total de linha*total coluna/ total geral) é <5

**Em branco: constam apenas no cálculo de frequência e não foram incluídos na análise comparativa

FONTE: Dados da Pesquisa, obtidos do SINASC, 2021.

TABELA 17 – COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO FETO RELACIONADAS AO ÓBITO PERINATAL ENTRE OS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA/PR, 2013-2018

CARACTERÍSTICAS DO NEONATO		Com óbito perinatal		Sem óbito perinatal				
		N=14		N= 405				
		N	%	N	%	OR	IC95%	p
PESO	0-2499 gramas	12	85,7	115	28,4	15,13	3,34-68,65	<0,01*
	2500 gramas ou mais	2	14,3	290	71,6	1	-	-
	Em branco**	0	0,0	0	0,0	-	-	-
SEXO	Feminino	4	28,6	185	45,7	1	-	-
	Masculino	10	71,4	219	54,1	2,11	0,65-6,84	0,20
	Em branco**	0	0,0	1	0,3	-	-	-

* Uso de teste exato de Fisher – pelo menos um valor esperado (total de linha*total coluna/ total geral) é <5

**Em branco: constam apenas no cálculo de frequência e não foram incluídos na análise comparativa

FONTE: Dados da Pesquisa, obtidos do SINASC, 2021.

O modelo final da análise múltipla é apresentado na Tabela 18. As variáveis selecionadas para essa análise do Bloco 1 foram escolaridade, filhos mortos, ocupação e trimestre; do Bloco 2 duração da gestação e do Bloco 3 o peso e sexo. Foram removidas do modelo final as variáveis escolaridade, ocupação e trimestre (Bloco 1) e peso e sexo (Bloco 3).

As variáveis que se mantiveram associadas ao óbito perinatal, em ordem decrescente foram: duração da gestação e possuir filhos mortos.

TABELA 18 – RESULTADO FINAL DA ANÁLISE MÚLTIPLA DOS FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO PERINTAL EM FETOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA FETAL POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (VFSP), CURITIBA, 2013-2018

Variáveis selecionadas	OR bruta	OR ajustada	IC95%	Qui-quadrado ajustado (valor de p)
Bloco 1				
CARACTERÍSTICAS MATERNAS				
FILHOS MORTOS				
SIM	12,48	9,60	2,03-45,47	0,004
NÃO	1	-		
BLOCO 2* (GESTAÇÃO E PARTO)				
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO				
Menos de 37 semanas	15,37	19,52	4,15-91,75	0,000
37 ou mais	1	-		

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%

*Bloco 2: modelo ajustado para as variáveis significantes do Bloco 1;

FONTE: Dados da Pesquisa, 2021.

5 DISCUSSÃO

Em nosso trabalho foi observado que taxa de ocorrência de violência fetal foi de 7,95/1.000 nascidos-vivos e a taxa de violência fetal por uso de substâncias psicoativas 2,83/1000. Na comparação entre recém-nascidos com VFSP e sem violência, não ser branca, baixa escolaridade materna, sem companheiro, não ser primigesta, apresentar histórico de filhos mortos, não ter ocupação definida ou ser dona de casa, iniciar tardiamente o pré-natal, realizar 3 ou menos consultas no pré-natal, com parto vaginal, e ser de baixo peso ao nascer e Apgar<7 no 5º. minuto foram fatores associados à presença de violência fetal por uso de substâncias psicoativas. Entre as crianças notificadas por VFSP, os fatores associados ao baixo peso ao nascimento foram 4 a 7 anos de estudo da mãe, 1 ou mais gestações anteriores, notificação no 2º ou 3º trimestre, mãe moradora de rua, prematuridade e nenhuma a 3 consultas no PN. Considerando-se ter sido vítimas VFSP e não sendo prematuras, a baixa escolaridade materna, ter feito 3 ou menos consultas no pré-natal e ter sofrido violência no 2º trimestre da gestação, apresentou associação com o baixo peso ao nascer; e histórico materno com filhos mortos e ser prematuro foram fatores associados ao óbito perinatal.

A taxa de violência fetal associada ao uso de SP foi de 2,83 a cada 1.000 nascidos-vivos. Apesar de ser um dado preocupante, os resultados observados podem estar subestimados. Pode-se supor que a menor prevalência esteja associada ao fato de que

apenas as mães com idade igual ou superior a 18 anos foram consideradas nesta pesquisa. Considerando as estimativas de inúmeros estudos em que se registra uma prevalência elevada de uso de álcool (10%) (BAILEY; DIAZ-BARBOSA, 2018), tabaco (6,8%-12,3%) (HOLBROOK, 2016), maconha (4,9%) (RYAN et al., 2018) e opioides (22,8%) (METZ et al., 2018)

Nesse grupo de estudo as vulnerabilidades social e econômica das gestantes podem ser observadas por meio da prevalência de histórico de 3 ou mais gestações (58,0%), ter filhos abrigados (13,4%), ser moradora de rua (10,0%), sofrer violência doméstica (4,4%), gestação fruto de um estupro (0,4%) e desejo de doação (2,8%). A vulnerabilidade social está associada a um maior risco de consumo de substâncias psicoativas (TARGINO; HAYASIDA, 2018).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) é associado negativamente com a fecundidade. A média de filhos por mulher no Brasil caiu de 3,65 em 1991 para 2,19 em 2010. Nesse período houve um aumento significativo no nível educacional das mulheres, em que ter completado ensino médio e um curso de nível superior mais que dobrou entre esses anos (CASTANHEIRA; KOHLER, 2017). Evidencia-se um cenário em que faz-se importante o planejamento reprodutivo, possibilitando à garantia de direitos sexuais e reprodutivos para essas gestantes.

Desigualdade social, baixa autonomia (TRAN et al., 2020), nível educacional baixo e ausência de trabalho remunerado (AUDI et al., 2008) são alguns dos fatores associados à violência doméstica na gestação. Neste estudo a prevalência de qualquer tipo de violência doméstica na gestação entre as mulheres que consumiram SP foi de 4,4%, valor inferior à média encontrada no Espírito Santo, em um estudo realizado em uma maternidade de baixo risco em Cariacica, quanto a violência psicológica (16,1%), física (7,6%) e sexual (2,7%) (SILVA; LEITE, 2020). A diferença identificada pode estar relacionada ao fato de que no presente estudo não há diferenciação entre os tipos de violência, e a violência psicológica pode ter apresentado maior dificuldade de reconhecimento e identificação, assim sendo mais negligenciada o que pode ocasionar o seu subregistro (MASCARENHAS et al., 2020). O histórico de violência doméstica entre as gestantes pode ser um fator facilitador da reprodução de violência contra o feto, quando se considera a transmissão transgeracional da violência (ARLEIDE, 2009).

A prevalência de sífilis entre as mães de crianças notificadas por VFSP nessa pesquisa (12,2%) foi superior ao registrado na literatura. Em um estudo de coorte de base hospitalar “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre o parto e nascimento” realizado com 23.894 mulheres entre 2011 e 2012, estimou que a prevalência de sífilis na gestação foi de 1,02% e associou-se com a menor escolaridade materna, mulheres pretas ou pardas e não ter pré-natal (DOMINGUES et al., 2014). Em Curitiba, em 2019, entre usuárias de crack e/ou cocaína na gestação, 6,38% possuíam diagnóstico prévio de sífilis, prevalência inferior a encontrada nesta pesquisa (AQUINO, 2019).

A sífilis não tratada durante a gestação pode trazer efeitos adversos, como óbito fetal, feto natimorto, óbito neonatal e infantil, prematuridade e BPN (GOMEZ et al., 2013). A sífilis congênita também é uma consequência de sífilis não tratada (GOMEZ et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2016) e é considerada um problema de saúde pública no Brasil, ocorrendo em 1,7 a cada 1.000 nascidos-vivos (VICTORA et al., 2011). Nesta pesquisa, uma das causas básicas de óbito foi sífilis congênita precoce não especificada, corroborando com o disposto na literatura. No Rio de Janeiro, entre 1999 a 2003, a sífilis foi responsável por 5,4% dos óbitos fetais e 7,9% dos neonatais (SARACENI et al., 2005).

A prevalência de HIV nesta pesquisa foi de 3,4% entre as genitoras de crianças notificadas por VFSP, superior aos achados no Brasil (0,4%) (VICTORA et al., 2011). O diagnóstico prévio de HIV em usuárias de crack e/ou cocaína foi de 6,38% em Curitiba e Região Metropolitana (AQUINO, 2019).

A maior prevalência de sífilis e HIV encontrada entre as usuárias de SP, mostra a vulnerabilidade social e econômica em que estas mulheres se encontram. Além disso, as IST's estão associadas à VPI durante o período gestacional (HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999; SUGG, 2015), que por sua vez é um fator associado aos comportamentos de risco na gestação, como o consumo de bebidas alcóolicas, tabagismo e uso de drogas ilícitas (DURAND; SCHRAIBER, 2007).

A tentativa de aborto pode ser relacionada à gravidez indesejada (MILANEZ et al., 2016). Gestações não desejadas/planejadas podem ser consequências de VPI na gestação (GOODWIN et al., 2000; HALL et al., 2014; HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999; LENCHA et al., 2019). O registro de tentativa de aborto ocorreu em 1,2% das notificações, proporção similar ao estimado para abortos induzidos no Brasil (DOMINGUES et al., 2020; MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2015).

No que se refere às características sociodemográficas maternas quando se comparou crianças vítimas de violência fetal por uso de substâncias psicoativas com as demais crianças, aquelas que se mantiveram associadas foram raça/cor da pele não branca, escolaridade inferior a 8 anos, não ter companheiro, possuir filhos mortos, não ser primigesta e ser dona de casa, sem ocupação ou estudante.

A idade materna não é um fator associado ao uso de SP na gestação. Outro estudo também não identificou essa relação (ROCHA et al., 2016). Na região Sul, 23,5% das mães têm idade 20-24 anos, proporção próxima a identificada nesta pesquisa entre as mães de crianças não notificadas (27,8%) e inferior a encontrada entre as demais (37,6%) (BRASIL, 2019b).

No Brasil, 62,3% das mães se autodeclararam negras, sendo que na região Sul há a maior proporção de brancas (81%) (BRASIL, 2019b), proporção semelhante ao identificado neste estudo entre as mães de crianças não notificadas por VFSP (86,8%). Entre as mães de filhos notificados, a proporção de raça/cor da pele branca é menor, cerca de 64%. Em uma pesquisa com filhos de usuárias de crack e/ou cocaína, em Curitiba, a proporção de mães com a cor da pele branca foi ainda menor (48,94%) (AQUINO, 2019).

Em desacordo com a análise desse estudo, raça branca não hispânica foi considerada como um dos fatores de risco para o uso de álcool durante o periconcepcional (FLOYD; DECOUFLÉ; HUNGERFORD, 1999; NYKJAER et al., 2014), opioides (AZUINE et al., 2019) e drogas estimulantes (GARRISON-DESANY et al., 2020). Já as mulheres negras não hispânicas estiveram mais propensas a usarem drogas depressoras (GARRISON-DESANY et al., 2020).

Baixa escolaridade também foi indicada na literatura como um fator de risco para o uso de drogas ilícitas durante a gestação (DAVIE-GRAY et al., 2013; HOMSUP et al., 2018; MRAVČÍK et al., 2020), uso de álcool (MESQUITA, 2010; MORAES; REICHENHEIM, 2007), tabaco (CHATTRAIBAN et al., 2020; RAMOS KROEFF et al., 2004) e opioides (AZUINE et al., 2019) corroborando com os achados desse estudo.

Ser solteira ou sem companheiro mostrou associação com o uso de substâncias lícitas ou ilícitas no período gestacional (DAVIE-GRAY et al., 2013; METZ et al., 2018; MRAVČÍK et al., 2020; MUCKLE et al., 2011; ROCHA et al., 2016), tabaco (RAMOS KROEFF et al., 2004) e opioides (AZUINE et al., 2019) em acordo com o identificado por esta pesquisa. Outros estudos não encontram essa correlação (HOMSUP et al., 2018).

Não ser nulípara é um fator identificado na literatura para o uso de drogas estimulantes (GARRISON-DESANY et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2016) e ter mais que um filho para a exposição aos opioides na gestação (AZUINE et al., 2019), álcool (MORAES; REICHENHEIM, 2007; VELOSO; MONTEIRO, 2013) e tabaco (RAMOS KROEFF et al., 2004). O uso de metadona por gestantes que eram acompanhadas pelo Programa de Metadona Christchurch da Nova Zelândia associou-se a ter mais filhos biológicos (DAVIE-GRAY et al., 2013). Já o estudo de Homsup e colaboradores, com mulheres que viviam na região metropolitana de Bangkok, cujo filho nasceu no Hospital da Faculdade de Medicina, (2018) não mostrou associação estatística entre nuliparidade ou multiparidade e o uso de substâncias ilícitas. O consumo de álcool no 1º trimestre esteve associado à primeira gestação, no Reino Unido (NYKJAER et al., 2014).

Em desacordo com este estudo, Homsup e colaboradores (HOMSUP et al., 2018) mostraram que mulheres desempregadas e estudantes têm mais chances de fazer uso de substâncias ilícitas na gestação, mas de forma não significativa. Ramos Kroeff e colaboradores (2004) não encontraram associação positiva entre ocupação e uso de tabaco na gestação. A ocupação também não se associou ao uso de substâncias ilícitas na gestação (ROCHA et al., 2016). Nesta pesquisa, associação positiva pode ter sido identificada, pois tratam-se de mães que além de terem utilizado algum tipo de SP na gestação tiveram filhos notificados por VFSP, o que as difere dos estudos citados. A notificação pode estar associada a um consumo de SP mais evidente e que extrapolou medidas de apoios familiares e sociais.

As características da gestação que se associaram ao uso de SP foram a duração da gestação inferior a 31 semanas, 1 a 6 consultas de PN, início inadequado do PN e parto vaginal. Usuárias de SP tiveram um significativo risco aumentado para partos prematuros, filhos com BPN e PIG, além disso apresentaram um número inadequado de consultas pré-natal (HOMSUP et al., 2018), corroborando com o encontrado por este estudo. No Reino Unido, o OR para prematuridade em crianças expostas ao álcool foi 4,6 (NYKJAER et al., 2014). Como consequências ao nascimento, a exposição aos opioides, aumenta significativamente a probabilidade de parto prematuro (OR 1,49 IC95% 1,19-1,86) (AZUINE et al., 2019).

No Brasil, em 2006/2007, 80,9% das mulheres realizaram mais que cinco consultas no pré-natal (VICTORA et al., 2011). Neste estudo cerca de 89,4% das gestantes

realizaram mais que seis consultas, no entanto entre as mães de crianças expostas à VFSP a prevalência foi menor (49,4%). O início tardio do PN, assim como o menor número de consultas PN foi associado ao consumo de álcool na gestação ((MESQUITA, 2010) COSTA; DA GAMA; LEAL, 2006). Entre as mulheres de uma maternidade pública de São Paulo, não fazer consultas pré-natal associou-se com o uso de drogas ilícitas na gestação (OLIVEIRA et al., 2016).

Neste estudo, 28,3% dos nascimentos ocorreram por meio de cesáreas no grupo exposto e 60,5% entre o restante dos nascidos-vivos. A taxa de cesárea, no Brasil, em 2017, foi de 61,4% na região Sul do país e 55,7% no Brasil (BRASIL, 2019b). A maior prevalência de partos vaginais no grupo exposto, pode estar relacionada ao fato de ser um grupo de maior vulnerabilidade social e por consequência ter mais chances de ser atendida pelo SUS, que estimula a realização de parto vaginal quando não há uma indicação médica que justifique a realização de cesárea. Os partos por cesarianas são mais frequentes em mulheres com nível socioeconômico mais elevado, com maior escolaridade e brancas. No setor privado, 80% dos partos são feitos por meio de cesáreas (VICTORA et al., 2011).

Entre os nascidos-vivos que não sofreram exposição às SP, 8,6% apresentou baixo peso ao nascimento (peso < 2500 gramas), prevalência semelhante a encontrada na região Sul em 2017 (BRASIL, 2019b). De acordo com Victora e colaboradores (2011), a prevalência de peso ao nascer < 2500 gramas tem se mantido estável em 8% desde o ano 2000 no Brasil. Já entre os nascidos-vivos expostos às SP em nosso estudo, a prevalência desse desfecho foi de 28,9% e os resultados foram estatisticamente significativos. Esse resultado corrobora com o encontrado em Pelotas em que registrou 26,3% de baixo peso entre os conceitos expostos ao álcool no período gestacional (DA SILVA et al., 2011). O uso de drogas ilícitas na gestação também foi associado ao menor peso ao nascimento quando comparado ao não uso (OLIVEIRA et al., 2016). O Abuso de álcool, nesse estudo em Pelotas, a chance de o recém-nascido nascer com BPN aumentou em 4,2 (DA SILVA et al., 2011). Em nossa população, encontrou-se valor semelhante em que a exposição às SP apresentou 4,32 (OR bruta) e 3,14 (ajustada) para o BPN. Já, no Reino Unido, o consumo de álcool leve ou pesado não mostrou significância estatística com o BPN, mas associou-se à diminuição em 100 gramas do peso ao nascer quando a exposição ocorreu no 1º trimestre (NYKJAER et al., 2014).

O uso de maconha e os defeitos ao nascimento ainda são pouco esclarecidos, principalmente devido à dificuldade em isolar esse hábito do tabagismo (GRANT et al., 2018). Em uma pesquisa que identificou o uso de maconha por meio da coleta de urina, houve associação entre diminuição do peso ao nascer com a exposição pré-natal a canabis (ZUCKERMAN, AMAROL, CABRAL, 1989 apud GRANT et al., 2018), o que sustenta o que foi encontrado nesse estudo.

A presença de anomalias congênitas detectáveis ao nascimento não associou-se à exposição às SP na gestação, embora a prevalência no grupo de expostos tenha sido maior (1,0%) que entre os não expostos (0,6%) e maior que a encontrada na região Sul (0,8%) (BRASIL, 2019b). A prevalência de nascimentos com anomalias congênitas no estado do Maranhão entre 2001 e 2016 foi de 3%. Os principais tipo de anomalias, foram em ordem decrescente, aparelho osteomuscular, deformidades congênitas dos pés e sistema nervoso (REIS et al., 2020). Neste estudo, as anomalias congênitas encontradas foram deformidade congênita da mão, espinha bífida cervical, outras deformidades do pé, sexo indeterminado e outras malformações congênitas dos ossos do crânio e da face.

O BPN entre as crianças vítimas de VFSP relacionou-se com baixa escolaridade materna, ter feito 3 ou menos consultas no PN e ter sofrido violência no 2º trimestre da gestação. Esses fatores são condições importantes a serem consideradas, visto que embora todas as crianças fossem vítimas de VFSP, apenas alguns fatores mostraram associação significativa com BPN. Pode-se inferir que os efeitos mais deletérios do uso de SP na gestação ocorrem quando o consumo é feito a partir do 2º trimestre da gestação e que a baixa adesão ao PN e pouca informação são fatores que interferem nos conhecimentos sobre os riscos para a saúde da mãe e do bebê. Assim, é possível direcionar o enfoque para um grupo de mulheres em idade fértil com maior risco e elaborar estratégias de captação e intervenções precoce e de apoio social.

Neste estudo, a mortalidade infantil entre os expostos às substâncias lícitas e/ou ilícitas apresentou prevalência de 1,46% (cerca de 14 mortes a cada 1.000 nascidos vivos). No Brasil, em 2017, identificou-se 13,4 óbitos a cada mil nascidos-vivos, proporção semelhante a identificada nesta pesquisa. No Paraná, a taxa foi uma das menores registradas no Brasil (10,4/1.000) (BRASIL, 2019b). Embora a taxa de mortalidade infantil seja próxima à identificada no Brasil e no Paraná, o risco ainda é maior na população de

crianças notificadas por VFSP, o que incorre na necessidade de intensificação de estratégias de apoio social e de cuidado para com essa população.

Em 2017, verificou-se que os fatores maternos e perinatais foram responsáveis por 52% das mortes até 1 ano, destacando-se prematuridade, fatores maternos, infecções perinatais e asfixia/hipóxia (BRASIL, 2019b), corroborando com os achados deste estudo em que sífilis congênita precoce (infecção perinatal), feto e recém-nascido afetados por transtornos maternos hipertensivos e por uso de drogas que causam dependência na mãe (fatores maternos) foram causas básicas de óbitos até 1 ano na amostra exposta às SP. As malformações congênitas representaram 23% das mortes infantis no Brasil em 2017 (BRASIL, 2019b), estas também foram responsáveis por duas mortes nesta pesquisa. Apenas uma das seis mortes ocorreu devido a inalação de conteúdo gástrico, caracterizando-se como causas externas na criança.

Identificou-se que entre as mortes infantis, 68% se caracterizavam como neonatais (VICTORA et al., 2011) e em outro estudo 70,9% (BRASIL, 2019b). Neste trabalho resultado semelhante foi observado, em que 66,67% dos óbitos até 1 ano em nascidos-vivos era do tipo neonatal.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2017, as maiores de taxas de mortalidade infantil ocorreram nas faixas etárias de mães mais jovens (até 19 anos) e com 40 anos ou mais, mães com menor escolaridade, solteiras, menor número de consultas PN, com início inadequado do pré-natal e mães indígenas ou pretas ou pardas. Crianças com Apgar no 1º e 5º minuto 0 a 7, baixo peso ao nascer e com anomalias congênitas ao nascimento também apresentaram maiores taxas de mortalidade. Gestação múltipla, prematuridade, parto vaginal, óbitos fetais anteriores e elevado número de filhos foram considerados fatores de risco para o óbito infantil (BRASIL, 2019b). Em um estudo em Petrolina, apenas BPN e sexo masculino foram considerados fatores associados ao óbito perinatal (MIRANDA; FERNANDES; CAMPOS, 2017). Nesta pesquisa, o óbito perinatal mostrou associação positiva com a prematuridade e histórico de filhos mortos.

Cerca de 75% das mortes fetais e 59% das neonatais são reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, principalmente por doenças hipertensivas e sífilis congênita (KALE et al., 2020).

Por se tratar de um estudo com uso de dados secundários, uma das limitações refere-se à qualidade dos dados, pois não havia homogeneidade quanto à informação do

uso de substâncias psicoativas, o que pode ter implicado na perda de notificações de VFSP. A linkagem não foi determinística, o que também pode ter causado perda de casos para a identificação das condições de nascimento e óbito.

A notificação de VF é uma situação extrema, assim é possível que o uso de SP na gestação é um problema muito maior do que o que foi verificado na pesquisa em questão. Embora seja um estudo de cunho descritivo e exploratório, evidencia que as mulheres mais vulneráveis estão distantes do acompanhamento adequado de profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e cuidado em saúde, fato esse comprovado pelo elevado número de infecções (HIV e sífilis).

Espera-se que o estudo estimule o aprofundamento de discussões quanto à VF, que tem o seu conceito ainda pouco estudado. É importante salientar que não houve a intenção de culpabilizar as mulheres e sim em estimar a dimensão do problema da VF e suas consequências, tendo em vista que a saúde das crianças é afetada durante o período gestacional e após o nascimento, principalmente quando se consideram os efeitos ao longo da vida, como os da SAF.

6 CONCLUSÃO

No período do estudo considerado de janeiro de 2013 e dezembro de 2018, 500 notificações de VFSP foram feitas. Destas, 409 nascidos-vivos foram identificados e 10 óbitos fetais.

Verificou-se que entre as mães de crianças que sofreram VFSP, mais da metade se autodeclararam brancas e com 8 ou mais anos de estudos. Um pouco menos que 50% delas tinham idade entre 25 e 34 anos, mais de 90% sem companheiro e em torno de 61% com 1 a 2 filhos vivos. Cerca de 1/3 dessas mães possuíam filhos mortos, mais de 80% com pelo menos uma gestação anterior e cerca de 70% eram donas de casa.

As características maternas que mostraram associação com a VFSP foram cor não branca, menor escolaridade, não ter companheiro, possuir filhos mortos, ser dona de casa ou não ter ocupação. A menor duração da gestação, o menor número de consultas PN e o parto vaginal possuem associação positiva com VFSP. Quanto às condições de saúde do recém-nascido, o BPN e Apgar 5º < 7 são desfechos associados à exposição à VFSP.

O BPN entre os expostos à VFSP associou-se a menor duração da gestação (prematuridade), nenhuma a 3 consultas PN, notificação de VFSP no 2º ou 3º trimestre da gestação, 1 ou mais gestações anteriores, 4 a 7 anos de estudo e mãe moradora de rua. A análise com crianças não prematuras e vítimas de VFSP identificou que 4 a 7 anos de escolaridade, notificação de VFSP no 2º trimestre gestacional e nenhuma a 3 consultas PN são fatores de risco para o BPN.

Em relação aos óbitos, 10 foram do tipo fetal, 4 neonatal precoce e 2 pós-natal, totalizando 14 óbitos do tipo perinatal e 6 óbitos infantis. Diversas foram as causas básicas dos óbitos: sífilis congênita precoce não especificada, feto e recém-nascido por transtornos maternos hipertensivos, feto e recém-nascido afetados pelo uso de drogas que causam dependência, exonfalia, malformações congênitas múltiplas, inalação do conteúdo gástrico, hipóxia intrauterina não especificada e morte fetal de causa não especificada.

As características que se associaram ao óbito perinatal foram histórico de filhos mortos e prematuridade.

Este estudo é inédito em identificar as características associadas às notificações de VFSP no município de Curitiba. Seus resultados permitiram explorar fatores maternos relacionados a esse tipo de violência e os desfechos imediatos na gestação, parto e no recém-nascido.

Trata-se de uma pesquisa com base em dados secundários, com limitações inerentes aos estudos com sistemas de informações, como a ausência e/ou não preenchimento de alguns dados. O banco de dados secundários não identificava qual o tipo de substância psicoativa, quantidade e tempo de uso durante a gestação que motivou a notificação de violência fetal. Cada tipo de SP pode causar diferentes efeitos imediatos na saúde do recém-nascido. Outras condições de saúde da gestante podem ser fatores de confundimento. Por último, pode ter ocorrido uma subestimação de notificações de violência fetal, o que fez com que este estudo tenha apenas abordado uma amostra mais vulnerável de crianças vítimas, aquelas em que as mães faziam um uso mais expressivo e com consequências mais evidentes e que, dessa forma, puderam ser identificadas mais facilmente pelas fontes notificadoras. Logo, nossos achados justificam novos estudos.

Por se tratar de uma amostra populacional mais vulnerável à notificação de VFSP, a generalização desses achados para todas as crianças expostas às SP na gestação deve ser feita de forma cautelosa.

O SINASC é um sistema de informação de caráter universal e o seu uso, em conjunto com a técnica de linkage, é uma opção viável e de baixo custo para monitorar grupos populacionais. A abordagem longitudinal permitiu identificar características associadas à violência fetal por uso de substâncias psicoativas, o que favorece o melhor entendimento das associações temporais. O estudo provém de uma população mais vulnerável e de condições socioeconômicas inferiores no município de Curitiba. Sendo que esta é uma população de alto risco e ainda pouco estudada.

Por fim, espera-se que o estudo sirva de referência para novas pesquisas sobre a violência fetal e contribua na prática clínica de equipes de saúde na atenção pré e pós-natal direcionada a prevenção e intervenção precoces quanto aos fatores de risco do uso de substâncias psicoativas na gestação, considerando-se que ações na atenção básica, de baixa complexidade, têm impacto positivo na saúde infantil.

REFERÊNCIAS

- ALHUSEN, J. L. et al. Intimate partner violence during pregnancy and adverse neonatal outcomes in low-income women. **Journal of Women's Health**, v. 23, n. 11, p. 920–926, 17 nov. 2014.
- ALMEIDA, M. F. DE; MELLO JORGE, M. H. P. DE. O uso da técnica de “Linkage” de sistemas de informação em estudos de coorte sobre mortalidade neonatal. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 141–147, 1996.
- AQUINO, G. S. DE. **Diagnóstico Nutricional e Crescimento de Lactentes filhos de mães que fizeram o uso de cocaína e/ou crack durante o período gestacional**. São Paulo, 2019.
- ARLEIDE, M. Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência. **Psicologia em Estudo**, p. 121–127, 2009.
- AUDI, C. A. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 877–885, out. 2008.
- AZUINE, R. E. et al. Prenatal Risk Factors and Perinatal and Postnatal Outcomes Associated with Maternal Opioid Exposure in an Urban, Low-Income, Multiethnic US Population. **JAMA Network Open**, v. 2, n. 6, p. 1–14, 5 jun. 2019.
- BAILEY, N. A.; DIAZ-BARBOSA, M. Effect of maternal substance abuse on the fetus, neonate, and child. **Pediatrics in Review**, v. 39, n. 11, p. 550–559, 2018.
- BASTOS, F. I. P. M. et al. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**, 2017.
- BEHNKE, M.; SMITH, V. C. Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus. **Pediatrics**, v. 131, n. 3, mar. 2013.
- BLACK, M. et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 Summary. **National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention**, p. 171–201, 2010.
- BRASIL, M. DA S. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, M. DA S. Impacto da Violência na saúde dos brasileiros. **Ministério da Saúde**, p. 1–340, 2005.
- BRASIL, M. DA S. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL, M. DA S. **Viva : Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 e 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, M. DA S. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL, M. DA S. **Saúde Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL, M. DA S. **Vigitel Brasil 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CASTANHEIRA, H. C.; KOHLER, H. P. Social Determinants of Low Fertility in Brazil. **Journal of biosocial science**, v. 49, n. S1, p. S131–S155, 2017.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 432–445, jun. 2017.

CHAMBLISS, L. R. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 51, n. 2, p. 385–397, 2008.

CHATTRAPIBAN, T. et al. The joint effect of maternal smoking during pregnancy and maternal pre-pregnancy overweight on infants' term birth weight. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, 27 fev. 2020.

COELHO, E. B. S. et al. Violência: definições e tipologias. **Universidade Federal de Santa Catarina**, 2014.

COSTA, C. M. D. S.; DA GAMA, S. G. N.; LEAL, M. D. C. Congenital malformations in Rio de Janeiro, Brazil: Prevalence and associated factors. **Cadernos de Saude Publica**, v. 22, n. 11, p. 2423–2431, 2006.

CURITIBA, S. M. DE S. **Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

CURITIBA, S. M. DE S. **Perfil das notificações de violência interpessoal/autoprovocada no município de Curitiba em 2018**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2019.

DA SILVA FRANZIN, L. C. et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. **Child Abuse and Neglect**, v. 38, n. 10, p. 1706–1714, 1 out. 2014.

DA SILVA, I. et al. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. **Revista de Saude Publica**, v. 45, n. 5, p. 864–869, out. 2011.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. suppl, p. 1163–1178, 2006.

DAVIE-GRAY, A. et al. Psychosocial characteristics and poly-drug use of pregnant women enrolled in methadone maintenance treatment. **Neurotoxicology and Teratology**, v. 38, p. 46–52, 1 jul. 2013.

DE OLIVEIRA FONSECA-MACHADO, M. et al. Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 2, p. 291–305, 10 jul. 2014.

DE SOUZA, L. H. R. F.; DOS SANTOS, M. C.; DE OLIVEIRA, L. C. M. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 34, n. 7, p. 296–303, jul. 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766–774, out. 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. suppl 1, p. e00190418, 10 fev. 2020.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence during pregnancy among public health care users in the Greater São Paulo area: Prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 3, p. 310–322, 2007.

EROL, A.; KARPYAK, V. M. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 156, p. 1–13, 2015.

FINNBOGADÓTTIR, H.; DYKES, A. K.; WANN-HANSSON, C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: A cross-sectional study in southern Sweden. **BMC Women's Health**, v. 14, n. 1, p. 63, 1 maio 2014.

FLOYD, R. L.; DECOUFLÉ, P.; HUNGERFORD, D. W. Alcohol use prior to pregnancy recognition. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 17, n. 2, p. 101–107, 1 ago. 1999.

FREIRE, K.; PADILHA, P. DE C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 31, n. 7, p. 335–341, jul. 2009.

GARRISON-DESANY, H. M. et al. Polydrug Use During Pregnancy and Preterm Birth in a Low-Income, Multiethnic Birth Cohort, Boston, 1998-2018. **Public Health Reports**, v. 135, n. 3, p. 383–392, 1 maio 2020.

GAUTHIER, T. et al. Maternal alcohol use during pregnancy and associated morbidities in very low birth weight newborns. **The American journal of the medical sciences**, v. 352, n. 4, p. 368–375, 2016.

GOMES, N. P. et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 504–508, 2007.

GOMEZ, G. B. et al. La sífilis materna no tratada y los resultados adversos en el embarazo: Revisión sistemática y metanálisis. **Bull World Health Organ**, v. 91, n. 3, p. 217–226, 2013.

GONZÁLEZ, M. et al. Legitimación de la violencia en la infancia: un abordaje desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner. **Psicología Caribe**, v. 31, n. 1, p. 133–160, 2014.

GOODWIN, M. M. et al. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. PRAMS Working Group. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. **Maternal and child health journal**, v. 4, n. 2, p. 85–92, 2000.

GRANT, K. S. et al. Cannabis use during pregnancy: Pharmacokinetics and effects on child development. **Pharmacology and Therapeutics**, v. 182, p. 133–151, 1 fev. 2018.

GROTE, N. K. et al. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. **Archives of General Psychiatry**, v. 67, n. 10, p. 1012–1024, 2010.

HALL, M. et al. Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS Medicine**, v. 11, n. 1, jan. 2014.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMÖLLER, M. Ending violence against women. **Population reports**, v. 27, n. 4, p. 1–43, 1999.

HENRIQUE RIBEIRO-ANDRADE, É. et al. DROGADIÇÃO FEMININA NO BRASIL: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA. **Humanas Sociais & Aplicadas**, v. 7, n. 19, p. 65–82, 12 jun. 2017.

HILLIS, S. et al. **Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates** *Pediatrics* American Academy of Pediatrics, , 1 mar. 2016. Disponível em: <www.aappublications.org/news>. Acesso em: 3 maio. 2021

HOLBROOK, B. D. The effects of nicotine on human fetal development. **Birth Defects Research Part C - Embryo Today: Reviews**, v. 108, n. 2, p. 181–192, 1 jun. 2016.

HOMSUP, P. et al. Maternal characteristics and pregnancy outcomes among illicit drug-using women in an urban setting. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 57, n. 1, p. 83–88, 1 fev. 2018.

HOWARD, L. M. et al. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS Medicine**, v. 10, n. 5, 2013.

JOHNSON, M. P. Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. **Violence Against Women**, v. 12, n. 11, p. 1003–1018, 2006.

JONSSON, E.; SALMON, A.; WARREN, K. The international charter on prevention of fetal alcohol spectrum disorder. **The Lancet Global Health**, v. 2, n. 3, p. e135–e137, 2014.

KALANT, H. Adverse effects of cannabis on health: An update of the literature since 1996. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 28, n. 5, p. 849–863, 1 ago. 2004.

KALE, P. L. et al. Tendência da mortalidade fetal e infantil segundo evitabilidade das causas de morte e escolaridade materna. p. 31, 2020.

KRUG, E. G. et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. **World Health Organization**, 2002a.

KRUG, E. G. et al. World report on violence and health. **Lancet**, v. 22 Suppl 2, p. 327–336, 2002b.

LANGE, S. et al. Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Latin America and the Caribbean: systematic literature review and meta-analysis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 41, p. e-89, 2017.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012**. São Paulo: UNIFESP, 2014.

LARSON, J. J. et al. Cognitive and behavioral impact on children exposed to opioids during pregnancy. **Pediatrics**, v. 144, n. 2, 1 ago. 2019.

LENCHA, B. et al. Intimate partner violence and its associated factors among pregnant women in Bale Zone, Southeast Ethiopia: A cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 14, n. 5, p. e0214962, 1 maio 2019.

LING, W.; MOONEY, L.; HILLHOUSE, M. Prescription opioid abuse, pain and addiction: Clinical issues and implications. **Drug and Alcohol Review**, v. 30, n. 3, p. 300–305, 2011.

LOUW, K. A. Substance use in pregnancy: The medical challenge. **Obstetric Medicine**, v. 11, n. 2, p. 54–66, 1 jun. 2018.

LÖVESTAD, S. et al. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; A cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 335, 20 abr. 2017.

MALBERGIER, A.; AMARAL, R. A. **Conceitos básicos sobre o uso abusivo e dependência de drogas**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2013.

MALTA, D. C. et al. Convergência no consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre sexos , 2006 a 2019 : o que dizem os inquéritos populacionais. 2020.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Analysis of notifications of intimate partner violence against women, Brazil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. suppl 1, p. 1–13, 3 jul. 2020.

MENEZES, T. C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 5, p. 309–316, jun. 2003.

MESQUITA, M. DOS A. The effects of alcohol in newborns. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 3, p. 368–375, set. 2010.

METZ, V. E. et al. Characteristics of drug use among pregnant women in the United States: Opioid and non-opioid illegal drug use. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 183, p. 261–266, 1 fev. 2018.

MILANEZ, N. et al. Gravidez Indesejada e Tentativa de Aborto: práticas e contextos. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 22, p. 129–146, abr. 2016.

MINAYO, M. C. DE S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. DE S.; SOUZA, E. R. DE. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 4, n. 3, p. 513–531, nov. 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade. p. 31, 2001a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. p. 32, 2001b.

MIRANDA, M. H. H.; FERNANDES, F. E. C. V.; CAMPOS, M. E. A. DE L. Determinantes associados a mortalidade perinatal. **Revista de Enfermagem (UFPE On Line)**, v. 11, n. 3, p. 1171–1178, 2017.

MONLLEÓ, I. L.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, p. 913–922, 2006.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L.; DREZETT, J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. **Reproducao e Climaterio**, v. 30, n. 1, p. 11–18, 1 jan. 2015.

MONTOYA, I. D. The pathology of alcohol use and abuse. **Clinical laboratory science : journal of the American Society for Medical Technology**, v. 26, n. 1, p. 15–22, 2013.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Screening for alcohol use by pregnant women of public health care in Rio de Janeiro, Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 41, n. 5, p. 695–703, 2007.

MRAVČÍK, V. et al. Socioeconomic characteristics of women with substance use disorder during pregnancy and neonatal outcomes in their newborns: A national registry study from

the Czech Republic. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 209, p. 107933, 1 abr. 2020.

MUCKLE, G. et al. Alcohol, smoking, and drug use among inuit women of childbearing age during pregnancy and the risk to children. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 35, n. 6, p. 1081–1091, jun. 2011.

NAKHOUL, M. et al. Fetal alcohol exposure: the common toll. **Journal of alcoholism and drug dependence**, 2017.

NARGISO, J. E.; BALLARD, E. L.; SKEER, M. R. A Systematic Review of Risk and Protective Factors Associated With Nonmedical Use of Prescription Drugs Among Youth in the United States: A Social Ecological Perspective. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 76, n. 1, p. 5–20, 2015.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. **Violence against children in Brazilian scenery** *Ciencia e Saude Coletiva* Associacao Brasileira de Pos - Graduacao em Saude Coletiva, , 1 mar. 2016.

NYKJAER, C. et al. Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse birth outcomes: evidence from a British cohort. **Community Health**, 2014.

OLIVEIRA, T. A. et al. Resultados perinatais em gestantes usuárias de drogas ilícitas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 38, n. 4, p. 183–188, 1 abr. 2016.

ORNOY, A.; ERGAZ, Z. Alcohol Abuse in Pregnant Women: Effects on the Fetus and Newborn, Mode of Action and Maternal Treatment. **OPEN ACCESS Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 7, p. 7, 2010.

PALLITTO, C. C.; CAMPBELL, J. C.; O'CAMPO, P. Is Intimate Partner Violence Associated with Unintended Pregnancy? A Review of the Literature. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 6, n. 3, p. 217–235, 2005.

PINHEIRO, S.; LAPREGA, M.; FURTADO, E. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **SciELO Public Health**, 2005.

PINSKY, I. et al. Primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população Brasileira. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, n. 3, p. 214–215, 2010.

POPOVA, S. et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 387, n. 10022, p. 978–987, 2016.

POPOVA, S. et al. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 3, p. e290–e299, 2017.

RAMOS KROEFF, L. et al. Correlates of smoking in pregnant women in six Brazilian cities. **Revista de Saude Publica**, v. 38, n. 2, p. 261–267, 2004.

RATES, S. M. M. et al. Violence against children: An analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 655–665, 2015.

REIS, L. C. et al. Prevalências ao nascimento de anomalias congênitas entre nascidos vivos no estado do Maranhão de 2001 a 2016 : análise temporal e espacial. p. 1–11, 2020.

ROCHA, P. C. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cadernos de Saude Publica**, v. 32, n. 1, 1 jan. 2016.

ROSS, E. J. et al. Developmental consequences of fetal exposure to drugs: What we know and what we still must learn. **Neuropsychopharmacology**, v. 40, n. 1, p. 61–87, 1 jan. 2015.

RYAN, S. A. et al. Marijuana use during pregnancy and breastfeeding: Implications for neonatal and childhood outcomes. **Pediatrics**, v. 142, n. 3, 1 set. 2018.

SARACENI, V. et al. Perinatal mortality due to congenital syphilis: a quality-of-care indicator for women's and children's healthcare. **Cadernos de saúde pública**, v. 21, n. 4, p. 1244–1250, 2005.

SEGRE, C. A. M. **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido** Sociedade de Pediatria de São Paulo São Paulo, 2010. Disponível em: <www.niaaa.nih.gov/alcohol-health>. Acesso em: 25 nov. 2020

SHANKARAN, S. et al. Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 12, n. 2, p. 143–150, 1 abr. 2007.

SILVA, R. DE P.; LEITE, F. M. C. Violências por parceiro íntimo na gestação. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 97, 14 dez. 2020.

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. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 195, n. 1, p. 140–148, 2006.

SOUZA, E. R. DE; LIMA, M. L. C. DE. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1211–1222, 2007.

SPRONK, D. B. et al. Characterizing the cognitive effects of cocaine: A comprehensive review. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 37, n. 8, p. 1838–1859, 1 set. 2013.

SUGG, N. Intimate partner violence: Prevalence, health consequences, and intervention. **Medical Clinics of North America**, v. 99, n. 3, p. 629–649, 2015.

SULLIVAN, M. D. Depression Effects on Long-term Prescription Opioid Use, Abuse, and Addiction. **Clinical Journal of Pain**, v. 34, n. 9, p. 878–884, 2018.

TARGINO, R.; HAYASIDA, N. Risk and Protection in drug's use: a literature review. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 19, n. 3, p. 724–742, 21 jan. 2018.

TAVELLA, R. A. et al. Prevalence of illicit drug use during pregnancy: A global perspective. **Anais da Academia Brasileira de Ciencias**, v. 92, n. 4, p. 1–18, 2020.

THOMAS, J. L. et al. Associations between intimate partner violence profiles and mental health among low-income, urban pregnant adolescents. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, 26 abr. 2019.

TRAN, L. M. et al. Intimate partner violence is associated with poorer maternal mental health and breastfeeding practices in Bangladesh. **Health Policy and Planning**, v. 35, n. Supplement_1, p. 119–129, 1 nov. 2020.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, U. G. **Declaration on the Elimination of Violence against Women** Geneva, 1993.

UNODC. World drug report 2018. In: **5**. Vienna: UNODC, 2018. p. 1–42.

VELOSO, L. U. P.; MONTEIRO, C. F. DE S. Prevalence and factors associated with alcohol use among pregnant adolescents. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 433–441, 1 jan. 2013.

VELZEBOER, M. et al. La violencia contra las mujeres. **Organización Panamericana de la Salud**, v. 12, p. 144, 2003.

VICTORA, C. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. 2011.

VIEIRA, T. M. M. et al. Mortalidade Perinatal E Diferenças Regionais No Estado Do Paraná. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 783–791, 2015.

VILELA, L. F. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009.

WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R.; PFEIFFER, L. **Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vitimas de Violencia**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018.

WEBB, R. et al. Mortality in offspring of parents with psychotic disorders: A critical review and meta-analysis. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 6, p. 1045–1056, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum. **Bulletin of the World Health Organization**, p. 3–20, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Violence against women: a priority health issue. **World Health Organization**, v. 1, n. 4, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on violence and health: summary. **World Health Organization**, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. **World Health Organization**, p. 1–89, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. **Organização Mundial de Saúde**, p. 1–288, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health 2018. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Violence against Women: Prevalence. **World Health Organization**, n. March, 2021.

YAKUBOVICH, A. R. et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective–longitudinal studies. **American Journal of Public Health**, v. 108, n. 7, p. e1–e11, 1 jul. 2018.

APÊNDICE 1. DESCRIÇÃO E ORIGEM DAS VARIÁVEIS DO BANCO UNIFICADO DE NASCIDOS-VIVOS E ÓBITOS FETAIS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FETAL

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL	BANCOS			OBSERVAÇÕES	ANÁLISE ESTATÍSTICA DA VARIÁVEL
		Banco de VF	SINASC	SIM		
NUMNOTIFM	Código da US de residência da gestante	Presente	Ausente	Ausente		
NUMERODN/DO	Obtida do SINASC para os nascidos-vivos. O número da DO é relativo apenas aos óbitos fetais e foi inserido na mesma coluna da DN.	Ausente	Presente	Presente	O número da DO para a mortalidade até 1 ano não foi utilizado	
IDADEGESTAST	Variável contínua. Utilizou-se para complementar a variável IDADEMAE	Presente	Ausente	Ausente		
DESFECHO	Variável nominal 1= nascimento 2=óbito fetal	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir das DN e DO	Variável desfecho
OBITO1ANO	Variável dicotômica (óbito fetal e mortalidade até 1 ano de vida) 1=sim 2=não	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da informação do SIM	Variável desfecho
NUM_NOTIF	Variável ordinal (número de notificações da gestante) 1= 1 notificação no banco 2= 2 notificações na mesma gestação 3= duas notificações em gestações diferentes 4= mais que duas notificações	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir do banco VF	
GEMELARES	Variável binária 1= sim 2= não	Ausente	Presente	Ausente		
NOTRIMEST	Variável contínua (Há quantos dias da data de nascimento foi feita a primeira notificação)	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da diferença entre a data de nascimento e a data da primeira notificação de violência fetal na gestação	
DIASGEST	Variável contínua (Dias de duração da gestação)	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da variável SEMANAGESTAC x 7 dias	
CALTRIMEST	Variável contínua (Dia da gestação em foi notificada)	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir das variáveis DIASGEST-NOTRIMEST	
TRIMESTRE	Variável ordinal 1= 1º trimestre 0-90 dias 2 = 2º trimestre 91-180 dias 3= 3º trimestre 181 dias e mais	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir das variáveis DIASGEST-NOTRIMEST	
DATANOTIF	Variável ordinal (data da notificação)	Presente	Ausente	Ausente		

ANONOTIF	Variável ordinal (ano da notificação)	Presente	Ausente	Ausente		
PRENSEM	Variável dicotômica (Sem pré-natal) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Considerou-se como não as células não preenchidas	
PREINCOM	Variável dicotômica (Pré-natal incompleto) 1= sim 2= não	Presente	Ausente	Ausente	Gestantes que não completaram o calendário de consultas. Considerou-se como não as células não preenchidas	
PRENIRR	Variável dicotômica (Pré-natal irregular) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Gestantes que não foram às consultas, exames, encaminhamentos. Considerou-se como não as células não preenchidas.	
PRENTAR	Variável dicotômica (Pré-natal tardio) 1= sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Início do pré-natal após a 12ª semana de gestação. Considerou-se como não as células não preenchidas.	
GESTESTUP	Variável dicotômica (Gestante vítima de violência sexual) 1= sim 2= não	Presente	Ausente	Ausente	Mulher sofreu violência sexual na gestação e/ou a gestação é fruto de violência sexual Considerou-se como não as células não preenchidas.	
GEST3MAIS	Variável dicotômica (Histórico de 3 ou mais gestações) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Considerou-se como não as células não preenchidas.	
TENTABORTO	Variável dicotômica (Tentativa de aborto) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Considerou-se como não as células não preenchidas.	
FILHOABRIG	Variável dicotômica (Gestante possui filhos abrigados) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Filhos de gestações anteriores que foram abrigados Considerou-se como não as células não preenchidas.	
QUERDOAR	Variável dicotômica (Desejo de doar a criança) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Manifestado no pré-natal Considerou-se como não as células não preenchidas.	
VITVIOLDOM	Variável dicotômica (Gestante vítima de violência doméstica) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Considerou-se como não as células não preenchidas.	
TRANSTMENT	Variável dicotômica (Gestante portadora de transtorno mental) 1=sim	Presente	Ausente	Ausente	Considerou-se como não as células não preenchidas.	

	2=não					
TENTSUICID	Variável dicotômica (Tentativa de suicídio) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Considerou-se como não as células não preenchidas.	
DOECRONICA	Variável dicotômica (Gestante portadora de doença crônica) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Considerou-se como não as células não preenchidas.	
ADESAOTTO	Variável dicotômica (Adesão ao tratamento para doença crônica) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Considerou-se como não as células não preenchidas.	
MORADORARU	Variável dicotômica (Gestante moradora de rua) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Considerou-se como não as células não preenchidas.	
FILHOSACOU	Variável dicotômica (Filhos aos cuidados de outros) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Filhos de gestações anteriores deixados aos cuidados de pais, irmãos, sogros Considerou-se como não as células não preenchidas.	
MAEB24	Variável dicotômica (Gestante portadora de HIV) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Má adesão ou não adesão ao tratamento Considerou-se como não as células não preenchidas.	
MAEA53	Variável dicotômica (Gestante com sífilis) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Má adesão ou não adesão ao tratamento. Considerou-se como não as células não preenchidas.	
OBITOFETAL	Variável dicotômica (óbito por aborto ou não) 1=sim 2=não	Presente	Ausente	Ausente	Considerou-se como não as células não preenchidas.	
MAEOBITO	Variável dicotômica (Gestante que foi a óbito)	Presente	Ausente	Ausente	Considerou-se como não as células não preenchidas.	
IDADEMAECAT	Variável ordinal 1=18-24 ANOS 2=25-34 ANOS 3=35-44 ANOS	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada por meio da variável IDADEMAE (SINASC). Quando não preenchida utilizou-se IDADAGEST (VF) ou IDADEMAE (SIM).	Variável de exposição
IDADEMAE	Variável contínua	Ausente	Presente	Presente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM. Quando não preenchido no SINASC, foi preenchida pela com a informação da variável IDADEGEST(VF) ou IDADEMAE (SIM).	Variável de exposição

ESTCIVMAE_CAT	Variável contínua 1=sem companheiro 2=com companheiro	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da variável ESTCIVMAE	Variável de exposição
ESTCIVMAE	Variável ordinal 1= solteira 2= casada 3= viúva 4= separado judicialmente/divorciado 5= união consensual	Ausente	Presente	Presente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM. Quando não preenchido no SINASC, foi preenchida pela com a informação da variável homóloga no SIM.	Variável de exposição
ESMAE_CAT	Variável ordinal 1= 0 a 3 anos 2= 4 a 7 anos 3= 8 e mais	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da variável ESMAE	Variável de exposição
ESMAE	Variável ordinal 1=nenhuma 2=1 a 3 anos 3=4 a 7 anos 4=8 a 11 anos 5=12 e mais	Ausente	Presente	Presente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM. Quando não preenchido no SINASC, foi preenchida com a informação da variável homóloga no SIM.	Variável de exposição
CODOCUPMAE_CAT	Variável nominal 1= dona de casa 2=aposentado/pensionista e desempregado crônico 3= estudante 4= outras profissões	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da variável OCUPMAE	Variável de exposição
PRIMIGEST	Variável dicotômica (primeira gestação) 1= sim 2=não	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir das variáveis QTDFILVIVO e QTDEFILMORT	Variável de exposição
QTDFILVIVO_CAT	Variável ordinal 1=nenhum 2= 1 e 2 3= 3 ou mais filhos	Ausente	Ausente	Ausente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM. Quando não preenchido no SINASC, foi preenchida com a informação da variável homóloga no SIM.	Variável de exposição
QTDFILVIVO	Variável contínua	Ausente	Presente	Presente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM. Quando não preenchido no SINASC, foi preenchida com a informação da variável homóloga no SIM.	Variável de exposição

FILMORT	Variável dicotômica (possuir filhos mortos) 1=sim 2=não	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da variável QTDEFILMORT do SINASC e SIM (para os óbitos fetais)	Variável de exposição
QTDEFILMORT	Variável contínua	Ausente	Presente	Presente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM. Quando não preenchido no SINASC, foi preenchida com a informação da variável homóloga no SIM.	Variável de exposição
GESTACAO	Variável ordinal (semanas de duração da gestação) 1= menos de 22 semanas 2= 22 a 27 semanas 3= 28 a 31 semanas 4= 32 a 36 semanas 5= 37 a 41 semanas 6= 42 semanas e mais	Ausente	Presente	Presente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM. Quando não preenchido no SINASC, foi preenchida com a informação da variável homóloga no SIM.	Variável de exposição
GRAVIDEZ	Variável ordinal (tipo de gravidez) 1=única 2=dupla 3=tripla e mais	Ausente	Presente	Presente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM. Quando não preenchido no SINASC, foi preenchida com a informação da variável homóloga no SIM.	Variável de exposição
PARTO	Variável dicotômica 1= vaginal 2= cesáreo	Ausente	Presente	Presente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM. Quando não preenchido no SINASC, foi preenchida com a informação da variável homóloga no SIM, nos casos de óbitos.	Variável de exposição
CONSULTAS	Variável ordinal (número de consultas de pré-natal) 1= nenhuma 2= 1 a 3 3= 4 a 6 4= 7 e mais	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	Variável de exposição
ANO	Variável ordinal (ano do nascimento)	Ausente	Presente	Presente	Variável criada a partir da variável DATANASC	
DATANASC	Variável ordinal	Ausente	Presente	Presente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM.	
SEXO	Variável nominal 1= feminino 2= masculino	Ausente	Presente	Presente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM.	
APGAR1_CAT	Variável ordinal 1= 0 a 6 2= 7 e mais	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da variável APGAR1	Variável de exposição

APGAR1	Variável contínua	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	Variável de exposição
APGAR5_CAT	Variável ordinal 1= 0 a 6 2= 7 e mais	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da variável APGAR5	Variável de exposição
APGAR5	Variável contínua	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	Variável de exposição
PESO_CAT	Variável ordinal 1= 0-2499 gramas 2= 2500 gramas e mais	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da variável PESO	Variável desfecho
PESO	Variável contínua (peso em gramas ao nascimento)	Ausente	Presente	Presente	Para os nascidos-vivos utilizou-se o SINASC. Para os óbitos fetais utilizou-se o SIM.	Variável desfecho
IDANOMAL	Variável dicotômica (presença de anomalia ao nascimento) 1=sim 2=não	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	
CODANOMAL	Variável nominal (código de malformação congênita ou anomalia cromossômica)	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	
SERIESCMAE	Variável contínua (série escolar da mãe)	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	
RACACORMAE_CAT	Variável binária 1= branca 2= não branca	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da variável RACACORMAE	
RACACORMAE	Variável nominal 1= branca 2= preta 3= amarela 4= parda 5 = indígena	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	
QTDEGESTANT_CAT	Variável ordinal (quantidade de gestações anteriores) 1= nenhuma 2= 1 ou 2 3= 3 ou mais	Ausente	Ausente	Presente	Variável criada a partir da variável QTDEGESTANT	Variável de exposição
QTDEGESTANT	Variável contínua (número de gestações anteriores)	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	Variável de exposição
QTDPARTNORM	Variável contínua (número de partos normais anteriores)	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	
QTDPARTCES	Variável contínua (número de cesáreas anteriores)	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	

SEMAGESTAC	Variável contínua (número de semanas de gestação)	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	
CONSPRENAT	Variável contínua (número de consultas pré-natal)	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	
ADEQPN	Variável binária (início adequado do pré-natal – até o 3º mês) 1=sim 2=não	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da variável MESPRENAT Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	Variável de exposição
MESPRENAT	Variável ordinal (mês em que iniciou o pré-natal)	Ausente	Presente	Ausente	Variável disponível apenas os nascidos-vivos. Está vazia nos óbitos fetais.	
TIPOOBITO_CAT	Variável nominal (tipo de óbito) 1= fetal 2= neonatal precoce 3= neonatal tardio 4= óbito pós-natal 5= não óbito	Ausente	Ausente	Ausente	Variável criada a partir da variável DTOBITO e DTNASC	Variável desfecho
TIPOBITO	Variável nominal 1=fetal 2=não fetal	Ausente	Ausente	Presente		Variável desfecho
CAUSABASICAOBITO	Variável nominal	Ausente	Ausente	Presente	Causa básica do óbito	

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência fetal e uso de álcool: consequências para a saúde do recém-nascido em um município da região sul do país.

Pesquisador:

DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30489420.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal:

Financiamento Próprio

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

UF: PR

Bairro: Alto da Glória

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41) 3360-7350

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.997.616

Apresentação do Projeto:

Protocolo oriundo do PPG Saúde Coletiva sob a responsabilidade da Profa. Denise Siqueira de Carvalho tendo como colaboradoras Profa. Dra. Marilene da Cruz Magalhães Buffon e a pós-graduanda Gabriela Amanda de Sousa

Segundo as pesquisadoras, o objetivo geral deste estudo é descrever as notificações de violência fetal por uso de substâncias alcóolicas em um município no estado do Paraná e relacioná-las com a saúde do recém-nascido. Os objetivos específicos são quantificar as notificações de violência fetal e por uso de álcool no município de Curitiba no ano de 2013-2018, analisar as características sociodemográficas e econômicas das gestantes que foram notificadas por violência fetal, conhecer as condições de saúde dos recém-nascidos que foram vítimas de violência fetal, avaliar a taxa de mortalidade fetal e em menores de 1 ano de vida nos casos de notificação de violência fetal. Trata-se de um estudo de coorte histórico, com uso de dados secundários obtidos através do banco de dados de violência fetal, Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). A amostra contará com notificações realizadas entre 2013-2018 em que a natureza da violência foi a violência fetal e devido ao uso de substâncias alcóolicas. Através do SINASC serão obtidos os dados em relação às condições de nascimento e pré-natal das gestantes notificadas. Serão considerados os nascimentos relativos às notificações entre 2013-2018 de violência fetal. As categorias observadas no SINASC relativas à mãe serão idade, escolaridade e estado civil; ao período gestacional serão duração da gestação e consultas pré-natal e em relação ao recém-nascido peso ao nascimento, sexo, apgar e presença de anomalias congênitas. No SIM será verificado se houve morte de algum feto/embrião vítima de violência fetal e até um ano do nascimento e respectiva causa, considerando a idade no momento do evento.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

UF: PR

Bairro: Alto da Glória

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41) 3360-7350

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral deste estudo é descrever as notificações de violência fetal por uso de substâncias alcóolicas em um município no estado do Paraná e relacioná-las com a saúde do recém-nascido. Os objetivos específicos são quantificar as notificações de violência fetal e por uso de álcool no município de Curitiba no ano de 2013-2018, analisar as características sociodemográficas e econômicas das gestantes que foram notificadas por violência fetal, conhecer as condições de saúde dos recém-nascidos que foram vítimas de violência fetal, avaliar a taxa de mortalidade fetal e em menores de 1 ano de vida nos casos de notificação de violência fetal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por se tratar de uma pesquisa com uso de dados secundários, não há riscos para a população de estudo. As pesquisadoras se comprometem a tratar o banco de dados de forma sigilosa e confidencial nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, o que tornará a manipulação das informações segura.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem escrito, respeita todas as etapas de escrita e documentações necessárias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados corretamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	CEP: 80.060-240
UF: PR Bairro: Alto da Glória	Município: CURITIBA
Telefone: (41) 3360-7350	E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 3.997.616

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1531661.pdf	03/04/2020 12:16:29		Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	02/04/2020 15:41:52	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	01/04/2020 17:12:05	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	27/03/2020 12:29:59	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	declaracao_ausencia_conflito_interesse.pdf	27/03/2020 12:25:06	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	Declaracao_de_ciencia_de_interesse.pdf	27/03/2020 12:21:39	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	27/03/2020 12:18:11	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_termo_de_consentimento.pdf	27/03/2020 12:16:35	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_equipe_pesquisa.pdf	27/03/2020 12:14:29	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	declaracao_ausencia_custos.pdf	27/03/2020 12:12:44	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	requerimento_apreciacao_projeto.pdf	27/03/2020 12:11:56	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	Analise_do_merito.pdf	27/03/2020 12:06:10	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	Ata_de_aprovacao.pdf	27/03/2020 12:01:53	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	Checklist.pdf	27/03/2020 11:59:00	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar**UF:** PR**Bairro:** Alto da Glória**Município:** CURITIBA**CEP:** 80.060-240**Telefone:** (41) 3360-7350**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 3.997.616

CURITIBA, 29 de
Abril de 2020

Assinado por:

IDA CRISTINA GUBERT

(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

UF: PR

Bairro: Alto da Glória

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41) 3360-7350

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência fetal e uso de álcool: consequências para a saúde do recém-nascido em um município da região sul do país.

Pesquisador: DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30489420.0.3001.0101

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.042.832

Apresentação do Projeto:

Projeto apreciado e aprovado pelo CEP da UFPR pelo parecer número 3.997.616. Projeto protocolado no CEP/SMS sob nº 071/2020. Trata-se de coorte histórica que pretende descrever as notificações de violência fetal por uso de substâncias alcoólicas em um município no estado do Paraná e relacioná-las com a saúde do recém-nascido. O estudo parte da hipótese da associação do consumo de álcool no período gestacional e nascimentos com malformações congênitas, baixo peso ao nascimento, prematuridade e/ou morte até o primeiro ano de vida. Serão utilizados dados secundários obtidos do

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

UF: PR

Telefone:

Bairro: Cristo Rei

Município: CURITIBA

(41) 3260-4061

CEP: 80.050-250

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

banco de dados de violência fetal, SIM e SINASC do município de Curitiba/PR. No banco de violência fetal serão obtidas as notificações realizadas em 2013-2018 em que a natureza da violência foi a violência fetal e aquelas devido ao uso de substâncias alcoólicas, de gestantes residentes em Curitiba.

No SINASC serão obtidos os dados relacionados à mãe (idade, escolaridade e estado civil), à gestação (duração da gestação e consultas de pré-natal) e ao recém-nascido (peso, sexo, apgar e anomalias congênitas) notificados no banco de violência fetal. No SIM será verificada a morte de algum feto/embrião até um ano de nascimento, relacionadas às notificações no banco de violência fetal. Para análise dos dados será aplicado o modelo estatístico por meio dos softwares EPI-INFO 6.04 e Excel.

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

UF: PR

País: Brasil

Município: CURITIBA

CEP: 80.050-250

Telefone:

(41) 3360-1061

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 4.042.832

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Descrever as notificações de violência fetal por uso de substâncias alcoólicas em um município no estado do Paraná e relacioná-las com a saúde do recém-nascido. Objetivos específicos:

1) Quantificar as notificações de violência fetal e por uso de álcool no município de Curitiba no período 2013- 2018; 2) Analisar as características sociodemográficas e econômicas das gestantes que foram notificadas por violência fetal; 3) Conhecer as condições de saúde dos recém-nascidos que foram vítimas de violência fetal; 4) Avaliar a taxa de mortalidade fetal e em menores de 1 ano de vida nos casos de notificação de violência fetal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos, conforme descritos: não há riscos diretos para a população de estudo. Existe risco de quebra do sigilo das informações contidas nos SIS, que serão minimizados pelo tratamento da base de dados de formas sigilosa e confidencial por uma única pesquisadora treinada. Os dados serão coletados na SMS e o cruzamento entre as bases de dados será realizado nas dependências da SMS, sendo posteriormente anonimizados. Benefícios, conforme descritos: não há benefício direto para população, porém, o estudo permitirá conhecer os efeitos deletérios do álcool em recém-nascidos no município de Curitiba e conhecer o perfil sociodemográfico das gestantes que fazem uso de bebidas alcoólicas na gestação, o que permitirá traçar um perfil de vulnerabilidade e risco no município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver campo de conclusões ou pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados, analisados e em conformidade para o desenvolvimento da pesquisa.

Recomendações:

Ver campo de conclusões ou pendências.

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

UF: PR

País: Brasil

Município: CURITIBA

CEP: 80.050-250

Telefone:

(41) 3360-4061

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto relevante, de interesse à instituição. Portanto o parecer de viabilidade é pela aprovação. Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações, ou modificações que gerem emendas ao protocolo original, devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com a Coordenação do banco de dados, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

UF: PR

País: Brasil

Município: CURITIBA

CEP: 80.050-250

Telefone:

(41) 3360-1061

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 4.042.832

necessárias com a Coordenação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer da relatoria.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	02/04/2020 15:41:52	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	27/03/2020 12:29:59	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	declaracao_ausencia_conflito_interesse.pdf	27/03/2020 12:25:06	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	Declaracao_de_ciencia_de_interesse.pdf	27/03/2020 12:21:39	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	27/03/2020 12:18:11	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_termo_de_consentimento.pdf	27/03/2020 12:16:35	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	declaracao_ausencia_custos.pdf	27/03/2020 12:12:44	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	requerimento_apreciacao_projeto.pdf	27/03/2020 12:11:56	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	Analise_do_merito.pdf	27/03/2020 12:06:10	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	Ata_de_aprovacao.pdf	27/03/2020 12:01:53	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito
Outros	Checklist.pdf	27/03/2020 11:59:00	GABRIELA AMANDA DE SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41) 3360-4061

CEP: 80.050-250

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 4.042.832

CURITIBA, 22 de Maio de 2020

Assinado por:
antonio dercy silveira
filho

(Coordenador(a))

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

UF: PR

País: Brasil

Município: CURITIBA

CEP: 80.050-250

Telefone:

(41) 3260-1061

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO 3 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL – VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA



CURITIBA

FOLHA 1

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL – VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA

Dados Gerais	*3 Data da notificação ____/____/____		A Hora do atendimento (00:00- 23:59) ____:____:____		*4 UF PR	5 Município de notificação: CURITIBA		Código (IBGE) 4106902	
	6 Unidade Notificadora (UN)		1 – Unidade de Saúde 4 – Conselho Tutelar		2 – Unidade de Assistência Social 5 – Unidade de Saúde Indígena		3 – Estabelecimento de Ensino 6 – Centro Especializado à Mulher		7 – Outros ☐
Notificação Individual	*7 Nome e Código da UN			8 Unidade de Saúde		*9 Código de CNES ____/____/____		*10 Data da ocorrência da violência ____/____/____	
	*11 Nome			*12 Idade			*13 Sexo		*14 Data de nascimento ____/____/____
	1 – Hora 2 – Dia 3 – Mês 4 – Ano			1 – 1º trimestre 2 – 2º trimestre 3 – 3º trimestre 4 – Idade gestacional ignorada 5 – Não 6 – Não se aplica		1 – Branco 2 – Preta 3 – Amarela 4 – Parda 5 – Indígena 9 – Ignorado			
	16 Escolaridade			4 – Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 – Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 – Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 – Educação superior incompleta			8 – Educação superior completa 9 – Ignorado 10 – Não se aplica		
Dados de Residência	*17 Número do Cartão SUS		*18 Nome da mãe / responsável			*19 Nome do pai / responsável			
	*19 UF ____		*20 Município de residência			Código (IBGE)		*21 Distrito / Regional	
	*22 Bairro		*23 Logradouro (rua, avenida...)			Código			
	*24 Número		*25 Complemento (apto, casa...)			*26 Vila		*27 Geo Campo 1	
Dados da Pessoa Atendida	*27 Geo Campo 2		*28 Ponto de referência			*29 CEP ____-____			
	*30 (DDD)Fone ____-____			*31 Zona 1 – Urbana 2 – Rural 3 – Periurbana 9 – Ignorado ☐			*32 País (se reside fora do Brasil)		
	*33 Nome Social (se travesti / transexual)			*34 Ocupação					
	*35 Situação conjugal/Estado civil			*36 Orientação sexual			*37 Possui algum tipo de deficiência, transtorno		
Dados da Ocorrência	1 – Solteiro 3 – Viúvo 8 – Não se aplica ☐ 2 – Casado/união consensual 4 – Separado 9 – Ignorado			1 – Heterossexual 8 – Não se aplica (criança de 0 a 9 anos) ☐ 2 – Homossexual (gay/lésbica) 9 – Ignorado			1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		
	*37 Identidade de gênero			*38 Possui algum tipo de deficiência, transtorno			1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		
	1 – Travesti 8 – Não se aplica ☐ 2 – Mulher transexual 9 – Ignorado			1 – Sim 2 – Não 8 – Não se aplica 9 – Ignorado			Deficiência física ☐ Deficiência visual ☐ Deficiência intelectual ☐ Deficiência auditiva ☐ Transtorno mental ☐ Transtorno de comportamento ☐ Outras _____		
	*39 Se sim, qual tipo de deficiência, transtorno			1 – Sim 2 – Não 8 – Não se aplica 9 – Ignorado					
Tipologia da Violência	*40 UF ____			*41 Município de ocorrência			Código (IBGE)		*42 Distrito/Regional
	*43 Bairro			*44 Logradouro (rua, avenida...)			Código		
	*45 Número			*46 Complemento (apto, casa...)			*47 Vila		*48 Geo Campo 3
	*49 Ponto de referência			*50 Zona 1 – Urbana 2 – Rural 3 – Periurbana 9 – Ignorado ☐			*51 Hora da ocorrência (00:00-23:59 hs) ____:____:____		
Tipologia da Violência	*52 Local de ocorrência			*53 Ocorreu outras vezes			1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado ☐		
	01 – Residência 04 – Local de prática esportiva 07 – Comércio/serviço 08 – Indústria/construção 09 – Outro: _____ 99 – Ignorado ☐			02 – Habitação coletiva 05 – Bar ou similar 06 – Via pública			*54 A lesão foi autoprovocada? 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado ☐		
	*55 Essa violência foi motivada por:			*56 Tipo de violência			*57 Meio de agressão		
	01 – Sexismo 07 – Situação de rua 02 – Homofobia / lesbofobia / bifobia / transfobia 08 – Deficiência 03 – Racismo 09 – Outros Qual? _____ 04 – Intolerância religiosa 88 – Não se aplica ☐ 05 – Xenofobia 99 – Ignorado 06 – Conflito geracional			Física ☐ Psicológica / moral ☐ Tortura ☐ Sexual ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Financeira / econômica ☐ Negligência / abandono ☐ Trabalho infantil ☐ Se Negligência, de: ☐ Proteção ☐ Saúde ☐ Educação ☐ Estrutural ☐ Intervenção legal ☐ Outros _____			1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado ☐ Força corporal/espancamento ☐ Enforcamento ☐ Objeto contundente ☐ Objeto perfuro-cortante ☐ Substância/objeto quente ☐ Envenenamento/ intoxicação ☐ Arma de fogo ☐ Ameaça ☐ Outro _____		
Tipologia da Violência	*58 Natureza			*59 Natureza			*60 Natureza		
	1 – Doméstica/familiar ☐ 2 – Extrafamiliar 4 – Institucional 3 – Autoagressão 5 – Violência fetal			1 – Doméstica/familiar ☐ 2 – Extrafamiliar 4 – Institucional 3 – Autoagressão 5 – Violência fetal			1 – Doméstica/familiar ☐ 2 – Extrafamiliar 4 – Institucional 3 – Autoagressão 5 – Violência fetal		

* Campo de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN

