



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**Maria Raquel Moretti Pires**

**PREVALÊNCIA E OS FATORES ASSOCIADOS DA  
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA EM MULHERES DURANTE A  
GESTAÇÃO EM CAPITAL NO SUL DO BRASIL**

**Florianópolis/SC  
2015**



**Maria Raquel Moretti Pires**

**PREVALÊNCIA E OS FATORES ASSOCIADOS DA  
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA EM MULHERES DURANTE A  
GESTAÇÃO EM CAPITAL NO SUL DO BRASIL**

Projeto de dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade federal de Santa Catarina, como requisito para a defesa do projeto de dissertação.

**Área de Concentração:** Ciências Sociais e Humanas

**Orientadora:** Profa. Dra. Elza Berger Salema Coelho

**Co-orientadora:** Ms. Carolina Carvalho Bonsoni.

**Florianópolis/SC  
2015**

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

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pires, Maria Raquel Moretti.

P667p Prevalência e os fatores associados da violência psicológica em mulheres durante a gestação em capital no Sul do Brasil /, Maria Raquel Moretti Pires; Orientadora, Elza Berger Salema Coelho; Co-orientadora, Carolina Carvalho Bonsoni. - Florianópolis, SC, 2015.  
94p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

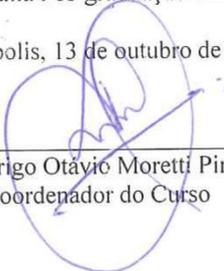
1. Violência Psicológica. 2. Gravidez. 3. Estudos Transversais. I. Coelho, Elza Berger Salema. II. Carolina Carvalho Bonsoni. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Maria Raquel Moretti Pires

**PREVALÊNCIA E OS FATORES ASSOCIADOS DA  
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA EM MULHERES  
DURANTE A GESTAÇÃO EM CAPITAL NO SUL DO  
BRASIL.**

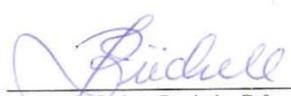
Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 13 de outubro de 2015.

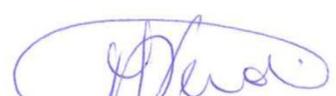
  
\_\_\_\_\_  
Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.  
Coordenador do Curso

**BANCA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Elza Berger Salema Coelho,  
Dr.  
UFSC (Orientador)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Fátima Büchele, Dr.  
UFSC

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Sheila Rubia Lindner, Dr.  
UFMG

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Marta Inês Machado Verdi,  
Dr.  
UFSC



*Dedico esta pesquisa ao afeto,  
pois, o afeto é tudo que afeta e  
movimenta as relações humanas.*



## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente às minhas filhas Luísa e Clara, que me suportaram em tantas ocasiões e me mostram a todo momento, que mesmo nas dificuldades, a gente pode ser feliz e desta forma, os problemas perdem a força e podem ser resolvidos.

Agradeço aos meus pais, Áurea e Laudelino por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos que necessitei e por serem as pessoas maravilhosas que são.

A minha amiga e comadre Ara que desde sempre me ajudou a ver a vida com mais dignidade e me suportou nos momentos de insegurança e mau humor, afinal, amigos são para isso mesmo e nisso a gente é literal, minha irmã de vida. Agradeço aos papos mais liberais e mais sinceros que uma pessoa pode ter com a outra e pela simplicidade da amizade que conseguimos ter em todos esses anos.

Ao Daniel, meu namorado, por ser a pessoa maravilhosa que é, por ter permanecido ao meu lado nas várias fases da pesquisa, por segurar a onda comigo em vários sentidos, aos momentos de compreensão e equilíbrio que me proporcionou, por acreditar nas minhas capacidades e me lembrar disso nos momentos de insegurança.

Meu irmão, Rodrigo, por ter propiciado minha vinda à Florianópolis e por sugerir a realização do mestrado.

Agradeço à minha orientadora professora Elza Berger Salema Coelho, que mesmo muito atarefada aceitou o desafio de orientar em um momento que eu não acreditava mais em minha capacidade como pesquisadora e me ajudou a superar todas as travas que minha mente estava impondo, me acolheu como sua orientada e fez valer a pena todos os momentos da pesquisa, com muito empenho e dedicação na orientação. Sinto-me sortuda por ter tido o prazer em trabalhar contigo professora.

Agradeço a Carol (Carolina Carvalho Bolsoni), por aceitar ser a co-orientadora dessa pesquisa, por ajudar muitas vezes nos cálculos desse estudo, por ter paciência em ensinar como se fazia a leitura dos dados e por se dedicar ao estudo da forma como se dedicou.

Agradeço ao Tadeu, que me ajudou em muitos momentos da pesquisa e que passou muitas tardes no CCS me ajudando com a revisão

de literatura, com a produção do artigo e principalmente, que com seu modo prático de ser, me ajudou a ser mais organizada e entender melhor a pesquisa de uma maneira geral. Obrigada Tadeu, tu vale ouro!

Agradeço a Deise, por ter sido amiga em muitos momentos, pelas risadas e pelo ombro amigo em momentos difíceis.

Agradeço ao Dalvan, por ajudar com a parte da normalização desta pesquisa e por ser esse cara de bem com a vida que é sempre.

As amigas de mestrado Zannis, Estela e Jéssica que se mostraram com o passar desses dois anos companheiras em vários sentidos. Obrigada queridas por todos os momentos maravilhosos que passamos juntas!

Agradeço a CAPES pela bolsa concedida e ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

Agradeço a vida e a todas as coisas boas e ruins que nela existem.

PIRES, Maria Raquel Moretti. **Prevalência e os fatores associados da violência psicológica em mulheres durante a gestação em capital no Sul do Brasil**. 2015. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

**Orientador:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elza Berger Salema Coelho

**Co-Orientador:** Ms. Carolina Carvalho Bonsoni

## RESUMO

A violência contra a mulher é uma violação dos Direitos Humanos e um grave problema de Saúde Pública e Segurança Pública, cuja prevenção, detecção precoce, intervenção e tratamento dos agravos resultantes devem ser encarados como responsabilidade do Estado e da sociedade. A violência psicológica no período gestacional pode ser vista com grande dificuldade de enfrentamento já que por muitas vezes, tal tipo de violência se mostra de maneira velada ou silenciosa e não deixa marcas físicas, o que dificulta a procura das delegacias para que se registre a denúncia. Esta pesquisa teve por objetivo Investigar a prevalência e os fatores associados de violência psicológica em mulheres durante o período gestacional a partir de um banco de dados secundários, nos setores de alojamento conjunto das 3 maternidades públicas existentes na Grande Florianópolis. Participaram deste estudo 753 mulheres puérperas, de qualquer faixa etária, cujos filhos nasceram no período compreendido entre 01/03/14 a 31/05/14 e mulheres que tiveram filhos natimortos também foram incluídas na pesquisa. A amostra foi calculada pela fórmula de cálculo de estudo de prevalência, no programa OpenEpi<sup>R</sup> (Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health) Version 2.3.1. Foi adotado questionário adaptado da Organização Mundial da Saúde (OMS) denominado – Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (*World Health Organization Violence Against Women - WHO VAW*), validado no Brasil. Os resultados desse projeto serão apresentados em forma de artigo científico, que após a avaliação da banca examinadora da dissertação, será submetido ao periódico Saúde & Transformação Social. Como resultado dessa pesquisa verificou-se que a prevalência de violência psicológica na gestação foi de 17,5%. Sofrer violência em gestações anteriores e nos 12 meses que antecederam a gestação aumenta em

15,85 e 12,75 vezes as chances de sofrer violência psicológica durante a gestação, respectivamente, quando comparadas com mulheres que não sofreram esse tipo de agressão. Sofrer violência psicológica (insulto, humilhação ou ameaça) por outra pessoa, que não o parceiro íntimo, na gestação, aumenta em 7,44 vezes as chances quando ocorreu por parte de algum familiar. Conclui-se dessa maneira que, foram estimadas prevalências elevadas de violência psicológica durante a gestação e fatores associados relevantes para que profissionais que atendem essas demandas possam diagnosticar e enfrentar a violência psicológica em seu cotidiano profissional.

**Palavras-chave:** Violência Psicológica. Gravidez. Estudos Transversais.

## ABSTRACT

Violence against women is a human rights violation and a serious problem of Public Health and Public Safety, whose prevention, early detection, intervention and treatment of the resulting diseases should be seen as a state and society responsibility. There is a great difficulty coping psychological violence during pregnancy once many times this type of violence happens in a veiled or silent way and leaves no physical marks, making it difficult to search for the police to register a complaint. This research aimed to investigate the prevalence and associated factors of psychological violence in women during pregnancy in rooming-in sectors of the three public hospitals in Florianópolis using data from a secondary database. Participants were 753 puerperal women, of any age whose children were born in the period from 03.01.14 to 05.31.14 and women who have stillbirths were also included in the survey. The sample was calculated by the prevalence study calculation formula, using OpenEpi® program (Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health) Version 2.3.1. The questionnaire adapted from the World Health Organization (WHO) called - Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence (World Health Organization Violence Against Women- WHO VAW) validated in Brazil was adopted. The results of this project will be presented in a scientific paper, which after the examiners evaluation will be submitted to the Health & Social Change. As a result of this research it was found that the prevalence of psychological violence during pregnancy was 17.5%. Women who suffer violence in previous pregnancies and 12 months prior to pregnancy have 15.85 and 12.75 times more chances of suffering psychological violence during pregnancy, respectively, when compared with women who did not suffer this type of aggression. Women who suffer psychological violence (insults, humiliation or threat) by someone else, other than the intimate partner during pregnancy, have 7.44 times more chances of suffering psychological violence when it occurred by a family member. We conclude that high prevalences of psychological violence during pregnancy were estimated, besides relevant associated factors for professionals that deal with these demands to diagnose and face psychological violence in their daily work.

**Key words:** Psychological Violence. Pregnancy. Cross-Sectional Studies.



## LISTA DE QUADRO E TABELAS

<b>Quadro 1</b> - Descrição das variáveis demográficas, socioeconômicas relacionadas ao companheiro e à violência.....	42
--	----

### ARTIGO:

<b>Tabela 1</b> - Distribuição das mulheres, segundo características sociodemográficas, econômicas, de saúde reprodutiva, saúde mental, hábitos não saudáveis de vida e situações de violência vivenciadas pela puérpera. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.....	54
<b>Tabela 2</b> - Análise bruta e ajustada das características sociodemográficas, econômicas, da história reprodutiva, da saúde mental, de hábitos não saudáveis de vida e de situações de violência vivenciadas pela gestante. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. ....	56



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGENDE	-	Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento
AIDS	-	Síndrome da imunodeficiência Adquirida
BOP	-	Boletim de Ocorrência Policial
CAPS	-	Centros de Atenção Psicossocial
CEAV	-	Centro de Atendimento à Vítima de Crime
CEDAW	-	<i>Convention on the elimination of All Forms of Discrimination against Women</i>
CP	-	Código Penal
CREAS	-	Centro de Referência Especial de Assistência Social
DATASUS	-	Departamento de Informática do SUS
DEAM	-	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
DST	-	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	-	Vírus da imunodeficiência Humana
IAF	-	Instituto de Análises Forenses
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	-	Instituto de Criminalística
IGP	-	Instituto Geral de Perícias
IML	-	Instituto Médico Legal
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OEA	-	Organização dos Estados Americanos
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PNPM	-	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
RAIVVS	-	Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual
SC	-	Santa Catarina
SINAN	-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

- SPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
- UNESCO - *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura*
- UPA - Unidade de Pronto Atendimento
- VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes
- WHO - *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	19
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	25
2.1 OBJETIVO GERAL .....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	27
3.1 DEFINIÇÕES DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHER .....	27
3.2 PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA NA GESTAÇÃO .....	29
3.3 CARACTERÍSTICAS DOS AUTORES DA AGRESSÃO CONTRA GESTANTES .....	33
3.4 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A GESTANTE.....	35
<b>4 MÉTODO</b> .....	39
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	39
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	39
4.3 PARTICIPANTES .....	40
<b>4.3.1 População em estudo</b> .....	40
<b>4.3.2 Amostra e seleção da população</b> .....	40
<b>4.3.3 Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	41
4.3.3.1 Critérios de inclusão.....	41
4.3.3.2 Critérios de Exclusão .....	41
4.4 VARIÁVEIS .....	41
4.5 COLETA DE DADOS .....	43
<b>4.5.1 Procedimentos</b> .....	44
<b>4.5.2 Instrumento de coleta de dados</b> .....	44
<b>4.5.3 Viéses</b> .....	46
<b>4.5.4 Análise estatística</b> .....	46
<b>4.5.5 Aspectos éticos</b> .....	46

<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
5.1 PREVALÊNCIA E OS FATORES ASSOCIADOS DA VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA GESTANTES EM CAPITAL NO SUL DO BRASIL .....	47
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO A - Questionário - Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO B - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO C - Instruções aos autores Saúde &amp; Transformação Social .....</b>	<b>87</b>

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação, com título “*Prevalência e Fatores Associados da Violência Psicológica em Mulheres Durante a Gestação em uma Capital do Sul do Brasil*” é pré-requisito para a titulação do Mestrado em Saúde Coletiva e se refere ao estudo da prevalência e fatores associados da violência psicológica durante a gravidez.

Esta pesquisa se insere na área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas e foi constituída segundo as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estruturando-se em: introdução, objetivos, revisão de literatura, métodos e resultados.

Buscou-se na introdução evidenciar algumas características da violência, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aspectos relacionados à violência entre parceiros íntimos (VPI) e a respeito da violência psicológica na gestação, dados epidemiológicos nacionais e internacionais sobre a prevalência de violência psicológica na gravidez, consequências da violência psicológica durante a gravidez e finalmente com o perfil dos autores de VPI.

Na revisão de literatura, subdividimos os temas em quatro tópicos: definições da violência contra a mulher, prevalência de violência psicológica na gestação, características dos autores da agressão e consequências da violência contra a gestante. Descrevemos a conceituação e a tipologia da violência, a prevalência da violência psicológica em gestantes no Brasil e no mundo, o perfil do perpetrador da violência na gestação, assim como as implicações da VPI na gravidez.

Na metodologia apresentamos as etapas comuns: desenho de estudo, local do estudo, participantes, população, amostra e seleção de população, critérios de inclusão e exclusão, variáveis, coleta de dados, vieses, análise estatística e as questões éticas envolvidas no estudo.

O resultado desse estudo está apresentado em forma de artigo científico, que após a avaliação da banca examinadora da dissertação, será submetido ao periódico, Saúde & Transformação Social, Qualis B2.



## 1 INTRODUÇÃO

No mundo e no Brasil, a problemática da violência contra as mulheres compromete o desenvolvimento pleno e integral, além de destruir vidas<sup>1-2</sup>. No “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde”<sup>3</sup> da OMS, a violência é caracterizada como qualquer comportamento intencional que cause danos físicos, psicológicos ou sexuais.

A violência psicológica ou mental para a OMS<sup>4</sup> é dada por ofensa verbal de maneira repetitiva, reclusão ou privação de recursos materiais, financeiros e pessoais. Em alguns casos, as ofensas constantes e a tirania estabelecem uma agressão emocional tão grave quanto à violência física, pois podem abalar a autoestima, a segurança e a autoconfiança.

Segundo Porto<sup>5</sup> a violência psicológica é tida como a pior das violências, pois em sua amostra as entrevistadas apontaram que naquele período sofriam diariamente, constantemente e a caracterizaram como uma tortura infundável. A presença de um ambiente de medo e de ameaças constantes na vida dessas mulheres e de seus filhos está associada à paralisia, a impotência, a culpa, e a submissão. A violência e o abuso psicológico têm sido associados a sequelas duradouras na autoestima, na passividade e na personalidade das mulheres em situação de violência.

Os conflitos conjugais são desencadeados em geral pela “desobediência” da mulher com relação às exigências do parceiro, ou seja, as falhas das mulheres na visão dos parceiros em relação ao seu desempenho sexual, as tarefas domésticas ou como mães. Portanto, é nítido que as mulheres se encontram em um estado de conflito entre a sujeição a determinadas regras e a insubordinação em relação às significações sobre responsabilidades maternas, relacionamento conjugal e o casamento<sup>6</sup>.

Dentre os fatores impeditivos para que as mulheres, que sofrem violência por parceiro íntimo, realizem a denúncia de seus parceiros, pode-se levar em conta a ausência de moradia própria, a dificuldade de compreensão por parte da família, o desconhecimento de redes de apoio governamental e o desemprego. No entanto, o desemprego é um fator que pode gerar insegurança para assumir a provisão do lar e dos filhos, o que justifica submissão às situações de violência<sup>7</sup>.

Para Moreira, Boris e Venâncio<sup>7</sup> o estigma também pode ser um

fator impeditivo para estas mulheres denunciarem o parceiro, pois:

O estigma que elas internalizam como mulheres vulneráveis e dependentes, atravessado pelo sentimento de culpa e de vergonha de tornar pública sua intimidade, acarreta, frequentemente, sérias consequências à saúde mental, ocasionando sofrimento psíquico devido à desvalorização e à baixa autoestima vividas na relação conjugal conflituosa a que se submeteram.<sup>7</sup>

O período gestacional é considerado, por alguns estudos, como crítico, pois os estados físicos e mentais maternos influenciam substancialmente na saúde da mãe e do filho, uma vez que nesse período ocorrem inúmeras transformações deixando a mãe mais suscetível a danos traumáticos, principalmente se ocorrem dentro do ambiente familiar<sup>8-9</sup>.

A violência psicológica na gravidez pode ser vista como um problema de saúde pública e de difícil enfrentamento, pois muitas vezes se mostra de maneira velada ou silenciosa, e não deixa marcas físicas, o que dificulta a procura das delegacias para que se registre a denúncia, se configurando também como um problema de difícil intervenção<sup>10</sup>.

A violência psicológica/moral na gravidez pode ser considerada igualmente nociva, e até mais comum que a violência física, e em muitos casos, podem ocorrer:

[...] culpabilizações por coisas que não dão certo na rotina da casa; ameaças constantes de retirada da guarda dos filhos; falta de apoio e/ou abandono da mulher pelo parceiro e/ou familiares na gravidez; restrição da liberdade de ir e vir e cárcere privado, entre outras.<sup>11:página 398</sup>

Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro<sup>12</sup> encontrou prevalência de 78,3% de agressões psicológicas em 526 gestantes avaliadas; as entrevistas foram realizadas em maternidades públicas e o protocolo investigativo utilizado foi o *Conflict Tactics Scales* (CTS2).

Em Recife, foram avaliadas 420 mulheres no período puerperal, em uma maternidade pública, a prevalência de violência doméstica foi de 13,1% antes da gestação ( $IC_{95\%} 10.1-16.6$ ) e 7,4% durante a gravidez ( $IC_{95\%} 5.2-10.2$ ). O padrão de violência modificou-se durante a gravidez, pois cessou em 43,6%, diminuiu em 27,3% e aumentou em 11% dos casos<sup>13</sup>.

Estudos internacionais encontraram altas prevalências de violência psicológica, na cidade do México, Doubova et al.<sup>14</sup> evidenciaram 31,1% de violência durante a gestação, sendo que a psicológica foi a que mais ocorreu (93%). Em estudo realizado por Lau et al.,<sup>15</sup> em Hong Kong, com 1.200 mulheres puérperas, foi identificado que a maioria sofreu violência psicológica (79,1%).

A violência psicológica foi significativamente associada com os problemas obstétricos (ruptura prematura de membranas)<sup>16,18</sup>, infecção do trato urinário, dor de cabeça e comportamento sexual de risco<sup>17</sup>. No estudo realizado por Romero-Gutiérrez et al.<sup>19</sup> houve a associação entre as mulheres que experimentaram maior número de violência psicológica e as complicações neonatais (54.2%).

Nunes, et al.<sup>20</sup> verificaram que, de 652 entrevistadas, 79 mulheres indicaram que o perpetrador foi o parceiro ou membro da família, apenas 13 destas não revelaram quem é o agressor. Na pesquisa de Roberts, et al.<sup>21</sup> 3% da amostra (n=862) sofreram violência psicológica do homem envolvido na gravidez.

A violência contra a mulher grávida traz um risco adicional, uma vez que envolve um ser humano em vida intrauterina, acarretando aumento significativo da situação de violência. Fonseca-Machado et al.,<sup>22</sup> estimaram que das gestantes em situação de violência, 31.7% sentiam que o comportamento agressor do companheiro afetou ou estava afetando a sua saúde física ou mental.

A literatura nacional atualmente apresenta escassez de estudos sobre a temática da violência psicológica na gestação. Foi observado que dentre a literatura publicada, não foram encontrados estudos de base populacional acerca da VPI e violência psicológica durante a gestação, realizada em maternidades públicas da Grande Florianópolis. Este estudo se propõe a investigar a prevalência e os fatores associados à violência psicológica na gravidez com mulheres puérperas na Grande Florianópolis a partir de um banco de dados secundários.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar a prevalência e os fatores associados de violência psicológica na gravidez com mulheres puérperas em maternidades públicas da Grande Florianópolis.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Descrever as características das mulheres que sofreram violência psicológica durante a gestação;
- b) Estimar a prevalência e os fatores associados à violência psicológica em mulheres no período gestacional;
- c) Investigar se as mulheres que sofreram violência antes de engravidar continuam sofrendo as agressões durante a gravidez;
- d) Averiguar os atos de violência psicológica e os agressores das mulheres puérperas no período gestacional.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo abordará a violência psicológica na gestação, subdivide-se em definições da violência contra a mulher, prevalência de violência psicológica na gestação, características dos autores da agressão e consequências da violência contra a gestante.

#### 3.1 DEFINIÇÕES DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

A violência contra a mulher, cometida por parceiros íntimos se apresenta como um fenômeno comum em diferentes culturas, representando desta maneira, relações de poder entre homens e mulheres, o que se mostra não somente como questão de gênero na sociedade, mas como uma violação dos direitos humanos dessas mulheres<sup>7</sup>.

A violência física pode ser vista como a forma mais comum de violência vivenciada por mulheres em todo o mundo e pode ser considerada a ponta de um "iceberg", pois mulheres em situação de violência por parceiros íntimos sofrem, ou podem sofrer, os demais tipos de violência nestes relacionamentos<sup>23-24</sup>.

Segundo a OMS<sup>3</sup>, a violência pode ser subdividida em 3 grupos (violência auto infligida - dirigida a si mesmo; violência coletiva; violência interpessoal), que indicam quem perpetra os atos de agressão. Para um melhor entendimento, essa revisão vai se ater à violência interpessoal, que se divide em 02 grupos: a violência familiar e a violência por parceiros íntimos, consideradas como as mais perpetradas dentro do lar, por membros da família e pelo parceiro íntimo<sup>3</sup>.

No que se refere à natureza dos atos violentos, a OMS classifica-os em 3 tipos<sup>3</sup>

- Violência física - qualquer conduta em que o agressor afeta intencionalmente o corpo de outra pessoa, para que a vítima corra o risco de ser prejudicada fisicamente (socos, tapas, empurrões, chutes, mordidas e (ou) ameaças com arma de fogo, brancas etc.);
- Violência sexual - se refere a qualquer atividade sexual

indesejada;

- Violência psicológica ou violência emocional - caracterizada como agressão verbal, isolamento da vítima, humilhações e (ou) ofensas.

O Ministério da Saúde define a violência intrafamiliar, entendida como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, a psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Deste modo, a violência intrafamiliar pode ser entendida como um problema social, atingindo grandes dimensões, afetando parte da sociedade, envolvendo principalmente mulheres, crianças, idosos, adolescentes e portadores de deficiências<sup>25</sup>.

O artigo 7º, parágrafo II da “Lei Maria da Penha” (Lei 11.340)<sup>26</sup> tipifica a violência psicológica como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar, controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação da mulher.

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde<sup>27</sup>, existem alguns exemplos das formas constantes de maus-tratos e abusos de violência psicológica que ocorrem em nosso país, assim:

Impedir de trabalhar fora, de ter sua liberdade financeira e de sair, deixar o cuidado e a responsabilidade do cuidado e da educação dos filhos só para a mulher, ameaçar de espancamento e de morte, privar de afeto, de assistência e de cuidados quando a mulher está doente ou grávida, ignorar e criticar por meio de ironias e piadas, ofender e menosprezar o seu corpo, insinuar que tem amante para demonstrar desprezo, ofender a moral de sua família, são exemplos da violência psicológica.<sup>27:pg 120</sup>

O Abuso psicológico ou os maus-tratos psicológicos são vistos pela Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde<sup>28</sup> como agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social.

Segundo Berly apud Silva, Coelho e Caponi<sup>29</sup>, existe uma listagem de condutas psicologicamente abusivas que podem comprometer a saúde física e mental das mulheres que sofrem violência psicológica por parceiro íntimo, são elas:

[...] caçoa da mulher; insulta-a; nega seu universo afetivo; jamais aprova as realizações da mulher; grita com ela; insulta-a repetidamente (em particular); culpa-a por todos os problemas da família; chama-a de louca, puta, estúpida etc; ameaça-a com violência; critica-a como mãe, amante e profissional; exige toda atenção da mulher, competindo zelosamente com os filhos; critica-a reiteradamente (em público); conta-lhe suas aventuras com outras mulheres; ameaça-a com violência a ser dirigida aos filhos; diz que fica com a mulher apenas porque ela não pode viver sem ele; cria um ambiente de medo; faz com que a mulher fique desesperada, sofra depressão e/ou apresente outros sintomas de enfermidade mental; suicídio.<sup>29:pg 100</sup>

Os episódios de violência física podem intensificar o impacto do significado da violência psicológica e para algumas mulheres, a tortura psicológica e convivência com o medo e terror, mostra-se como o pior tipo de violência. A violência psicológica deve ser encarada como uma grande dificuldade de saúde pública, merecendo desta maneira espaço de discussão, prevenção, para assim ocorrer seu enfrentamento e a criação de políticas públicas específicas<sup>29</sup>.

Essa dissertação adota a definição de violência proposta pela OMS<sup>3</sup> que entende como violência por parceiros íntimos aquela que ocorre em uma relação íntima, referindo-se a qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação, e inclui os atos de agressão física (tais como estapear, socar, chutar e surrar); de abuso psicológico (intimidação, constante desvalorização e humilhação).

### 3.2 PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA NA GESTAÇÃO

Para um maior entendimento da temática violência psicológica na gestação foi realizada uma revisão de artigos científicos publicados em bases nacionais e internacionais, tal busca ocorreu no período de janeiro

a julho de 2015 nas bases de dados *Medline/Pubmed* (Literatura Internacional em Ciência), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Psycinfo* (Associação Americana de Psicologia), com artigos que estudaram mulheres grávidas ou avaliadas no período pré ou pós-gestacional, de qualquer faixa etária, sem recorte de tempo inicial, tendo em vista encontrar publicações mais atuais. A chave de busca utilizada nas bases Medline/Pubmed e Psycinfo foi: ("psychological violence" or "controlling behavior" or "emocional violence") and ("pregnancy" or "pregnant women") e para a base SciELO: ("violência psicológica" or "comportamento controlador" or "violência emocional") and ("gravidez" or "mulheres grávidas").

Os títulos dos artigos foram analisados inicialmente, e quando necessário, os resumos dos artigos foram avaliados com o intuito de excluir trabalhos que não tratassem especificamente sobre o tema da revisão. Consideraram-se elegíveis os artigos que abordavam violência psicológica em mulheres grávidas. Foram encontrados 115 artigos no total e excluídos 86 que estavam duplicados ou que não atendiam os critérios de inclusão. Assim, selecionou-se 29 artigos, sendo que, outros foram incorporados ao texto a fim de abordar outros aspectos em relação à temática.

No que diz respeito aos estudos internacionais, as maiores prevalências foram encontradas no México. A violência psicológica foi a mais frequentemente relatada, 93% do grupo havia sofrido tal violência em um estudo que verificou os fatores relacionados à violência conjugal em mulheres grávidas<sup>14</sup>. Também se verificou a prevalência de 72,9% de violência psicológica durante a gestação, por insultos morais, ao estimar a prevalência de violência contra a mulher e as complicações maternas e neonatais, com 1623 mulheres em período de pós-parto<sup>19</sup>.

Enquanto no Irã, verificou-se que a prevalência de violência psicológica foi de 69,9% (n=1020) em uma pesquisa que estimou a ligação entre a violência psicológica e as consequências na gravidez de mulheres atendidas na emergência de um hospital. A violência psicológica mais comum foi manter as gestantes com pouco dinheiro, comida e vestuário (88,8%)<sup>16</sup>. Outro estudo iraniano encontrou prevalência de 43,5% (n= 313) para a violência psicológica, definida pelos autores como: insultos verbais, constante humilhação, ameaças, medo do cônjuge e privação financeira intencional<sup>30</sup>. Neste mesmo país, dentre as mulheres grávidas, dirigidas a um hospital para o parto ou aborto, verificou-se que a prevalência de violência psicológica foi de 34,56%<sup>31</sup>.

Ao verificar a associação entre a exposição

individual/comunitária a diferentes formas de violência contra a mulher e gravidez indesejada a prevalência foi de 51,1% para mulheres expostas ao comportamento controlador do parceiro íntimo na Nicarágua<sup>32</sup>.

A violência psicológica teve prevalência de 29% no Quênia em estudo transversal que estimou a prevalência e os fatores associados com VPI em mulheres grávidas<sup>33</sup>. Groves e Kagee<sup>34</sup>, na África do Sul, identificaram um terço das participantes (33,38%) em sofrimento emocional, e a violência psicológica também foi a mais prevalente durante a gravidez, reportada por 19,19% das mulheres no início do estudo.

Na Uganda, 24,8% das mulheres sofreram violência psicológica em estudo realizado em hospital, no qual buscavam investigar se a violência doméstica durante a gravidez era um fator de risco para a hospitalização pré-parto ou baixo peso ao nascer, com mulheres recrutadas no segundo trimestre de gravidez até o nascimento<sup>16</sup>.

Creech et al.,<sup>35</sup> buscaram determinar diferenças na utilização de cuidados de serviços de saúde mental entre mulheres grávidas, com ou sem abuso psicológico interpessoal atual, e ao examinar os registros clínicos de 299 pacientes perinatais, que receberam tratamento em um hospital psiquiátrico nos Estados Unidos, foi verificada a prevalência de abuso psicológico atual de 19,9%. No entanto, entre as mulheres que deixaram o tratamento precocemente, 23,08% informaram abuso psicológico em comparação com as mulheres que não o reportaram (10,05%).

Alguns estudos averiguaram a violência não somente no período gestacional, como é o caso do estudo sul-africano que estimou que a violência psicológica foi o tipo de violência mais prevalente durante a gravidez, com prevalência de 16,63%, e também nos primeiros 04 meses após o parto, com prevalência de 19,55%. Entre 04 e 09 meses após o parto, foi encontrada prevalência de 14,38% para violência psicológica, esta pesquisa foi desenvolvida com a intenção de descrever a prevalência, as taxas e correlatos de VPI em mulheres durante a gravidez, em uma clínica pública<sup>36</sup>.

A prevalência de violência psicológica, na Itália, nos 12 meses anteriores à pesquisa, desenvolvida por Romito et al.<sup>37</sup>, foi de 11% para mulheres que praticaram aborto eletivo e 2,5% para as mulheres do pós-parto, o objetivo foi averiguar se existiam diferenças no papel da violência por parceiro íntimo e familiar para mulheres que praticaram aborto eletivo (445 casos) e grávidas (438 nascidos vivos) com 30 anos ou menos.

Nos Estados Unidos, Roberts et al.,<sup>21</sup> verificaram que nos seis

meses anteriores à linha de base da pesquisa, 3% das participantes reportaram violência psicológica e, no ano anterior, a prevalência de violência psicológica foi de 3% antes da gravidez, 2% durante a gravidez e 2% tanto antes, quanto durante a gravidez. O intuito foi estudar as diferenças na prevalência da violência em mulheres que receberam e que não receberam permissão para abortar.

No Brasil a maior prevalência de violência psicológica encontrada foi em Recife – PE, por Silva et al.,<sup>9</sup> em pesquisa para estimar a prevalência e analisar o padrão da violência por parceiro íntimo antes e durante a gestação e no pós-parto, com 960 mulheres. A prevalência de violência psicológica nos três períodos foi quase duas vezes maior (42,0%) comparada a violência física (28,6%) e quatro vezes maior que a sexual (9,8%).

Em seguida, a prevalência de violência psicológica exclusiva foi de 41.6%, em São Luís - MA, configurando a segunda maior taxa de prevalência na região Nordeste. Ribeiro et al.<sup>38</sup> estimaram as taxas de prevalência e analisaram os fatores associados com violência psicológica exclusiva e recorrente em uma coorte de mulheres grávidas.

Outras duas pesquisas foram realizadas em Recife – PE. A primeira buscava investigar a associação da depressão pós-natal com a violência psicológica, física e sexual contra mulheres pelos seus parceiros íntimos durante a gravidez. E verificou que a forma mais comum de VPI foi a violência psicológica com 28,1% (n=294) e a prevalência de violência psicológica isolada foi de 17%<sup>39</sup>. Na segunda pesquisa, os autores buscaram a associação entre transtorno mental comum e a VPI durante a gravidez, em estudo transversal com grávidas registradas no programa Saúde da Família, a violência psicológica foi a forma mais frequente de violência por parceiro íntimo com 16,5%<sup>40</sup>.

Na região Sudeste, foram encontrados 04 artigos que discorrem sobre a prevalência da violência psicológica na gravidez. A maior prevalência (40,0%) foi encontrada na cidade do Rio de Janeiro por Reichenheim, Patricio, Moraes<sup>41</sup> ao verificarem a probabilidade de alguns subgrupos de gestantes estarem vivendo situações de VPI.

Verificou-se que a violência psicológica e física ou sexual foi reportada por 19,1% das grávidas em Campinas - SP quando examinaram a associação entre violência doméstica e problemas de saúde auto reportados por mulheres grávidas que buscavam cuidados pré-natais em unidades públicas de atenção primária<sup>17</sup>.

Fonseca-Machado et al.<sup>22</sup>, averiguaram (n=358), que 63 mulheres (17,6%) reportaram algum tipo de VPI durante a gravidez, entre estas, 60 (95,2%) reportaram sofrer violência psicológica. Tal estudo buscou

identificar a associação entre os sintomas depressivos pré-natais e VPI durante a gravidez, na cidade de Ribeirão Preto - SP. Na mesma cidade, foi averiguado que 34 (14,7%) participantes sofreram violência psicológica durante a gravidez. Participaram 232 grávidas que receberam cuidados pré-natais em uma maternidade pública em estudo que procurou identificar a prevalência de VPI<sup>42</sup>.

Em duas cidades do Rio Grande do Sul, foi encontrada a prevalência de violência psicológica de 15,0% em estudo que buscou estimar a prevalência de VPI em mulheres grávidas, identificar características associadas e avaliar o impacto da violência nos recém-nascidos em mulheres que frequentavam clínicas de atenção primária em saúde<sup>20</sup>.

De acordo com a literatura explorada neste tópico, a violência psicológica na gravidez se mostrou um fenômeno de ordem mundial, haja vista as altas prevalências encontradas em diversos países do mundo, inclusive em território nacional. Na maioria dos estudos supracitados, a violência psicológica se mostrou a mais prevalente entre as diversas formas de violência. Apesar de existirem estudos que lançam olhar sobre a violência psicológica na gravidez, é imprescindível que se explore ainda mais a complexidade deste tema.

### 3.3 CARACTERÍSTICAS DOS AUTORES DA AGRESSÃO CONTRA GESTANTES

Estudos<sup>43,44</sup> apontam que a maneira mais comum de violência contra a mulher no período gestacional é a perpetrada pelo parceiro íntimo (marido, namorado, ex-companheiro), e se refere a qualquer comportamento ou ato no cerne de um relacionamento íntimo que cause danos intencionais: físicos, psíquicos ou sexuais aos membros da relação. Dos 29 artigos encontrados na revisão de literatura, 17 citaram que o autor da violência foi o parceiro íntimo e 02 destes artigos, abordaram a violência familiar, colocando a família como um dos possíveis autores de violência contra mulheres grávidas.

No contexto da violência intrafamiliar, muitas vezes não só os parceiros são autores de violência. Algumas adolescentes grávidas ao revelar a gravidez aos pais, passam a ser vítimas deles e sofrendo a violência física e psicológica, e em alguns casos sendo induzidas a praticar o aborto<sup>45</sup>. Aquino et al.<sup>46</sup> verificaram que 20% das agressões foram cometidas por agressores conhecidos, ao realizarem um estudo com 179 mulheres grávidas.

As diferenças no papel da violência por parceiro íntimo e familiar para mulheres que praticaram aborto eletivo (445 casos) e com grávidas (438 nascidos vivos) com 30 anos ou menos foram verificadas por Romito et al.<sup>37</sup>. Do total da amostra, sofreram violência psicológica perpetrada pelo parceiro atual, 11% daquelas que praticaram aborto eletivo e 2,5% das quais que deram à luz, e no que diz respeito à violência psicológica, no contexto da violência familiar, 6,2% entre as que praticaram aborto eletivo e 1,1% que deram a luz foram vítimas de violência psicológica. As mulheres que sofriam de violência familiar atual, principalmente a psicológica, também tinham chances mais altas (15,1 %) de ter um aborto eletivo ( $p < 0,05$ ).

No que diz respeito aos agressores perpetradores da VPI em crianças, Harrykisson, Rickert e Wiemann<sup>47</sup> verificaram que até o período de 12 meses pós-parto, o pai da criança frequentemente é o agressor, o qual pode ter sido substituído ao longo do tempo por outros parceiros íntimos da mãe. No entanto, até os 18 meses, esta violência pode ser perpetrada tanto pelo atual parceiro da mãe como pelo pai da criança.

A violência por parceiro íntimo durante a gravidez foi significativamente associada com menor escolaridade dos maridos (RP 1,64; 95% IC 1,15–2,36) e desemprego (RP 1,36; 95% IC 1,12–1,64), em estudo iraniano, realizado em 2014, com 313 mulheres no período pós-parto<sup>30</sup>. Estes fatores também foram identificados em estudo brasileiro, como um fator de risco associado à violência física<sup>13</sup>.

Com intuito de averiguar os fatores que desencadeiam situações de violência entre os parceiros íntimos na visão masculina e feminina, os pesquisadores Couto et al.<sup>48</sup> verificaram que no olhar do homem questões como desemprego e dificuldades financeiras; abuso de bebidas alcoólicas; ciúme, desconfiança e traição; cobrança e falta de compreensão das mulheres podem ser gatilho para a violência. Quando ouviram as mulheres, estas relataram que o abuso de bebida/drogas pelo homem e a má influência dos amigos são gatilhos. No entanto, também foram relatados motivos como ausência de diálogo, impaciência da mulher para a escuta, a mulher ser “complicada”, o ciúme masculino e a dificuldade da mulher reagir.

Com a intenção de identificar os fatores associados à violência doméstica contra gestantes, Audi et al.<sup>49</sup> verificaram que um dos fatores associados à violência psicológica foi ter parceiro íntimo adolescente ( $p < 0,019$ ), além disso, outra associação à violência psicológica e física/sexual foi o parceiro íntimo consumir bebida alcoólica duas ou mais vezes por semana ( $p < 0,001$ ). Neste estudo, o consumo de álcool e

de drogas ilícitas pelo parceiro íntimo foi considerado fator de risco contra a gestante, pois representou maior chance de ocorrência de violência.

Prosseguindo, no que diz respeito ao consumo de álcool, Doubova et al.<sup>14</sup> verificaram que o antecedente de consumo de bebidas alcoólicas pela mulher (RP=1,74; IC 95%: 0,99;3,03), bem como o consumo de bebidas alcoólicas pelo parceiro (RP=1,87; IC 95%: 1,02;3,42), foram considerados fatores associados à VPI em mulheres grávidas. Também pode-se constatar, na pesquisa de Makayoto et al.<sup>33</sup>, que ter tido parceiro que consumia álcool (RC 2,32, 95 % IC = 1,21–4,45) foi um fator associado com VPI, sendo que por outro lado, ter um parceiro com ensino superior foi considerado um fator de proteção contra VPI (RC 0,37, 95% IC = 0,16-0,83).

Conforme os estudos supracitados o autor da violência em geral é o parceiro íntimo, mas a família ou pessoas conhecidas também aparecem como perpetradores. Foram fatores comumente associados ao agressor a baixa escolaridade, o desemprego, as dificuldades financeiras, o consumo de bebidas alcoólicas e as drogas.

### 3.4 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A GESTANTE

Conhecer as consequências da violência contra a gestante é fundamental para que se possa compreender a violência psicológica, já que esse tipo de violência se mostra de maneira silenciosa e de difícil identificação, inclusive, muitas vezes tal identificação se torna difícil até para a vítima.

A violência doméstica na gestação é considerada um fator de risco para a saúde da gestante e do feto, podendo ocorrer uma série de complicação para ambos, dentre as complicações existe o risco de ocorrer hemorragias, abortos, anemia, dor abdominal, descolamento prematuro de placenta, doenças sexualmente transmissíveis, início tardio de acompanhamento pré-natal, baixo ganho de peso, depressão, baixa autoestima e ideação suicida são alguns dos riscos maternos, sendo que mulheres que sofrem violência durante a gestação são susceptíveis ao maior risco de sofrer assassinato comparadas as mulheres que não sofreram violência durante o período da gestação<sup>50,51</sup>.

Com relação à área da saúde sexual e reprodutiva das mulheres que vivenciam VPI na gestação, pode-se averiguar a expressão de sintomas como DST/AIDS, sangramento vaginal, dor pélvica crônica, dispareunia, infecção do trato urinário, dentre outras<sup>52</sup>,

vulvovaginites<sup>52,53</sup> comportamento sexual de risco<sup>54</sup>, complicações da gravidez, aborto espontâneo e praticado em condições não seguras e gravidez indesejada<sup>55</sup>. De acordo com Fonseca-Machado et al.<sup>22</sup> as mulheres que não desejavam a gravidez tinham mais chance de sofrer violência psicológica.

No que diz respeito à saúde fetal com relação à violência doméstica, os fatores de risco são: trabalho de parto prematuro (prematividade), baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar, internações hospitalares sucessivas após o nascimento e elevada morbidade perinatal<sup>56-57</sup>

Para Puccia e Mamede<sup>58</sup> a prevalência de violência por parceiros íntimos na gestação atual variou entre 3% e 43%, de acordo com o tipo de violência investigada e os métodos dos estudos, e está associada a decorrências adversas à saúde materna como: o estresse, a ansiedade e a depressão, o tabagismo, o abuso de álcool, a gravidez indesejada, o aborto, o descolamento prematuro de placenta, a pré-eclampsia, o início tardio do pré-natal, entre outros<sup>58</sup>.

Os sintomas depressivos pré-natais, a depressão pós-parto e o transtorno mental comum, foram associados à VPI e a violência psicológica durante a gravidez<sup>22,40</sup>. Além disso, as mulheres que reportaram as frequências mais altas de violência psicológica têm mais probabilidade de sofrer de depressão pós-parto<sup>39</sup>, e, no que diz respeito ao transtorno mental comum, mesmo na ausência da violência física ou sexual, este se mantém associado à violência psicológica, porém quando associado com violência física ou sexual, o risco dos transtornos mentais comuns se mostraram ainda mais elevados<sup>40</sup>.

Santos et al.<sup>59</sup> realizaram estudo para estimar a prevalência da violência doméstica durante a gestação com 331 mulheres atendidas no terceiro trimestre de gravidez no Rio de Janeiro. Os autores desse estudo encontraram associação com a depressão durante a gestação, os eventos estressantes, o abuso de álcool/drogas, a história de baixo peso ao nascer e a prematuridade<sup>59</sup>.

Em estudo realizado por Chamcham et al.<sup>60</sup>, com adolescentes gestantes, foi verificado a existência da violência nessa faixa-etária associada com as condições socioeconômicas, e nas adolescentes de baixa renda, a violência foi mais expressiva. Neste estudo foi verificado que grande parte das adolescentes de classe baixa abandonou os estudos após a notícia da gravidez, no entanto o abandono escolar ocorre com menor frequência em classes mais altas.

Em decorrência da VPI na gravidez, pode-se verificar nos estudos acima citados, que as consequências mais frequentes foram o aborto, o

descolamento prematuro de placenta, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS, as complicações neonatais, a depressão e o abuso de álcool e drogas.

Não são todos os casos de violência que chegam a ser relatados, no transcorrer da assistência pré-natal, por isso, torna-se de grande importância a identificação da violência por parceiro íntimo nesse período, uma vez que, constatada essa situação, podem ser tomadas de inúmeras providências, imprescindíveis na esfera da assistência à saúde física, psicológica e familiar da gestante.



## 4 MÉTODO

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal, de base hospitalar, que utilizou o banco de dados secundários constituído no âmbito da tese de doutorado intitulada: *“Violência contra gestantes: prevalência e fatores associados nas maternidades públicas de uma região metropolitana do sul do país”*. Assim, os procedimentos metodológicos descritos, seguem os adotados na pesquisa de origem.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado nos setores de alojamento conjunto das 03 maternidades públicas existentes na Grande Florianópolis: Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes (São José), Hospital Universitário Ernani Polidoro de São Thiago (Florianópolis) e Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis). Todos os 03 hospitais estão vinculados às atividades universitárias da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e têm como missão oferecer serviços de saúde, ensino e pesquisa, com qualidade e resolutividade, de acordo com as necessidades dos usuários internos e externos, com princípios de respeito, humanização e ética.

O Hospital Regional de São José (HRSJ), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, localizado na grande Florianópolis, foi inaugurado em 1987, conta com 36 leitos de maternidade em regime de alojamento conjunto na unidade de Internação Obstétrica, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, inaugurada em fevereiro de 1987, é referência estadual; além de Banco de Leite Humano, Ambulatório, Unidade de internação de gestação de alto risco, Centro de coleta de sangue de cordão umbilical, Triagem Obstétrica, serviço de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Serviço Social.

O Hospital Universitário Ernani Polidoro de São Thiago (HU) vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, inaugurado em 1980, conta com 16 leitos de maternidade em regime de alojamento conjunto, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal,

Central de aleitamento Materno, Ambulatório, Unidade de internação de gestação de alto risco, Triagem Obstétrica e Serviço Social.

A Maternidade Carmela Dutra (MDC), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, localizada de Florianópolis, inaugurada em 1955, conta com 43 leitos de maternidade em regime de alojamento conjunto na unidade de Internação Obstétrica, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pelo qual é referência estadual; além de Banco de Leite Humano, Ambulatório, Unidade de internação de gestação de alto risco, Centro de coleta de sangue de cordão umbilical, Triagem Obstétrica e Serviço Social.

#### 4.3 PARTICIPANTES

Este item será subdividido em: população em estudo, amostra e seleção da população, critérios de inclusão e exclusão.

##### 4.3.1 População em estudo

Mulheres puérperas, de todas as faixas etárias, cujos filhos nasceram no período compreendido entre 01/03/14 a 31/05/14, e que se encontravam internadas no setor de alojamento conjunto das maternidades do HRSJ, HU, MCD. As mulheres que tiveram filhos natimortos também foram incluídas na pesquisa.

##### 4.3.2 Amostra e seleção da população

No HRSJ são realizados aproximadamente 300 partos/mês, perfazendo uma média de 3600 partos por ano. Na MCD também são realizados, aproximadamente, 300 parto/mês totalizando 3600 partos/ano e na maternidade do HU são realizados, aproximadamente, 110 partos/mês, perfazendo, nesta maternidade, 1320 partos por ano. A amostra foi calculada pela fórmula de cálculo de estudo de prevalência, no programa *OpenEpi<sup>R</sup>* (*Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health*) *Version 2.3.1*, com os seguintes parâmetros: tamanho da amostra baseada no total de nascimentos mensais das três maternidades (710 nascimentos por mês), durante 3 meses, totalizando 2130 puérperas, nível de confiança de 95%, margem de erro de 2,5 pontos percentuais, prevalência esperada de desfecho de 20% e adicionado 10%

para recusas.

Seguindo estes parâmetros, foi estabelecido o tamanho da amostra igual a 741 participantes. Deste modo, proporcionalmente ao número de partos, foram avaliadas 247 mulheres puérperas mensais, durante 3 meses, sendo entrevistadas mensalmente 104 pacientes no HRSJ; 104 pacientes na MCD e 39 pacientes no HU. No entanto, foram convidadas a participar desta pesquisa 758 mulheres (17 mulheres a mais que o cálculo estipulado, por tempo e recursos disponíveis), 05 se recusaram a participar com alegação de que estavam cansadas, sendo assim, o total de participantes foi de 753 entrevistadas.

A amostra foi coletada em dias escolhidos aleatoriamente em todas as puérperas internadas, independente do dia da internação.

### **4.3.3 Critérios de inclusão e exclusão**

#### *4.3.3.1 Critérios de inclusão*

Foram incluídas no estudo puérperas, de todas as faixas etárias, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que se encontravam no segundo dia pós-parto e pariram recém-nascidos com mais de 20 semanas ou com mais de 500 g de peso ao nascer, em acompanhamento pós-natal nas maternidades do HRSJ, HU, MCD, no período definido.

#### *4.3.3.2 Critérios de Exclusão*

- a) Puérperas que se recusaram a participar da pesquisa;
- b) Pacientes puérperas adolescentes as quais os responsáveis não permitiram a participação na pesquisa;
- c) Puérperas que estavam internadas na UTI dos hospitais selecionados;
- d) Puérperas que estavam em condições físicas ou mentais que impossibilitaram a participação na pesquisa.

## **4.4 VARIÁVEIS**

No quadro 1, estão apresentadas as variáveis dependentes e independentes.

**Quadro 1** - Descrição das variáveis demográficas, socioeconômicas relacionadas ao companheiro e à violência.

Variáveis	Dependente/ Independente	Natureza	Utilização
Sofrer violência - psicológica	Dependente	Qualitativa nominal	Sofreram algum tipo de violência Não sofreram nenhum tipo de violência
<b>Variáveis Demográficas</b>			
Idade (em anos completos)	Independente	Quantitativa discreta	( ) < 19 anos ( ) 20-30 anos ( ) > 31 anos
Cor da pele	Independente	Qualitativa nominal	( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena
Escolaridade	Independente	Qualitativa Ordinal	Analfabeto 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo Superior incompleto Superior completo
Parceiro íntimo	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Mora com os pais	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Trabalha	Independente	Qualitativa Nominal	Sim Não
Renda	Independente	Quantitativa Contínua	Tercil 1 – R\$150,00 a 902,00 Tercil 2 – R\$ 903,00 a 1399,00 Tercil 3 – R\$ 1400,00 a 4800,00
<b>Bloco sobre o companheiro</b>			
Idade companheiro	Independente	Quantitativa discreta	Anos
Escolaridade companheiro	Independente	Qualitativa Ordinal	Analfabeto 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo Superior incompleto Superior completo
Companheiro trabalha	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Tipo Trabalho	Independente	Qualitativa Ordinal	Profissional,técnico,não especializado,militar,outro
Usa Álcool	Independente	Qualitativa Nominal	( ) Sim ( ) Não
<b>Continua...</b>			

Variáveis	Dependente/ Independente	Natureza	Utilização
<b>Bloco sobre o companheiro</b>			
<b>Conclusão</b>			
Usa Drogas ilegais	Independente	Qualitativa Nominal	( )Sim ( )Não
Envolvimento em brigas	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Frequência Briga em casa	Independente	Qualitativa Ordinal	Todos os Dias, 1 a 2 x por semana, 1 a 3 x por mês, Menos de 1 x por mês, Nunca, Não sabe
<b>Bloco sobre o relacionamento na atual gestação</b>			
Violência moral/psicológica	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Violência física	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Violência sexual	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
<b>Bloco sobre agressão por parte de outra pessoa</b>			
Agressão em outra gestação	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Agressão física por outro	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Violência sexual por outro	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Violência psicológica por outro	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Violência antes de engravidar	Independente	Qualitativa Nominal	Não Psicológica Física Sexual
Período da violência	Independente	Qualitativa Nominal Ordinal	Primeiro Trimestre Segundo Trimestre Terceiro Trimestre

#### 4.5 COLETA DE DADOS

Este item será subdividido em: procedimentos, instrumento de coleta de dados, vieses, análise estatística e aspectos éticos.

### 4.5.1 Procedimentos

Foram informados à participante o objetivo da pesquisa, o caráter sigiloso dos dados obtidos e a forma que as informações foram coletadas.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), foi aplicado o questionário, na forma de entrevista, direcionado às puérperas que aceitaram fazer parte do estudo. Esta ocorreu no período pós-natal, durante a internação puerperal. O termo de consentimento individual ofereceu à entrevistada informações gerais sobre a pesquisa, tornando-a livre a realizar quaisquer questionamentos durante a entrevista e informando-a de que poderia desistir de ser entrevistada ou em qualquer etapa da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas preferencialmente sem a presença dos acompanhantes, em sala específica, com privacidade, por equipe de campo especialmente treinada pelo pesquisador. As entrevistadoras foram orientadas a ler as perguntas exatamente como estão redigidas nos questionários e esclarecer as dúvidas existentes durante a entrevista e ao seu final. Os dados foram digitados no programa Excel para posterior análise.

### 4.5.2 Instrumento de coleta de dados

Foi adotado questionário adaptado da OMS denominado – Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (*World Health Organization Violence Against Women- WHO VAW*), validado por Schraiber no Brasil<sup>61</sup> (Anexo A). Tal estudo foi realizado em 1998, baseado em inquéritos domiciliares e objetivou estimar a prevalência das diferentes formas de violência contra mulheres e fatores associados à violência por parceiros entre os 10 países inicialmente participantes. O bloco de perguntas sobre variáveis sociodemográficas e socioeconômicas foi elaborado a partir de outros estudos semelhantes sobre o tema. Em relação à violência de gênero foram avaliadas questões referentes à violência psicológica.

A violência psicológica foi considerada presente quando a mulher respondeu sim a pelo menos um dos itens do bloco sobre violência psicológica, composto por 4 itens: “Ele alguma vez insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma enquanto estava grávida? ”, “Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas enquanto você estava grávida? ”, “Fez coisas para assustá-la ou

intimidá-la de propósito? ”, “Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?”.

A violência psicológica por parte de outras pessoas que não o parceiro íntimo, foi averiguada no bloco de perguntas sobre “agressão por parte de outra pessoa”, sendo indagado às entrevistas se “alguém alguma vez insultou, humilhou, ameaçou você enquanto estava grávida?”, estas podiam escolher como respostas: sim ou não e no caso de resposta afirmativa, poderiam responder se ocorreu por “familiares” ou “outros”.

As variáveis demográficas e socioeconômicas obtidas foram (idade <19, 20 a 30 e > 31), cor da pele autorreferida, escolaridade em anos de estudo (0-8; 9-11; >12), trabalho atual (se está empregada atualmente) e renda da mulher em reais (estratificada em tercís - tercil 1: R\$ 150-902; tercil 2: R\$ 903-1399; tercil 3: R\$ 1400-4800).

Quanto às variáveis relacionadas à saúde reprodutiva e obstétrica foi questionado sobre a realização de aborto, planejamento da gestação, número de consultas de pré-natal e com relação às variáveis de hábitos não saudáveis de vida questionou-se sobre uso de álcool, fumo e drogas.

A variável relacionada a saúde mental (transtorno mental comum) foi detectada por meio da utilização do questionário *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), validado no Brasil<sup>62</sup>. Esse instrumento consiste de 20 perguntas e as respostas a cada pergunta (do tipo sim/não) referiram-se ao período de 30 dias antes da realização da entrevista, cada resposta afirmativa pontuou com valor um. O escore final foi obtido por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de TMC, variando de zero (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O ponto de corte utilizado foi de sete ou mais respostas positivas e apresenta sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3%<sup>62</sup>.

Para esta pesquisa, parceiro íntimo foi definido como o companheiro ou ex-companheiro com os quais as mulheres vivem ou viveram, independente da união formal, incluindo os namorados atuais, desde que elas mantivessem relações sexuais com eles.

Realizou-se um estudo pré-teste, denominado Estudo Piloto, no HRSJ, com o objetivo de testar, uniformizar e padronizar técnicas de entrevistas e análise de dados. Foram realizadas 150 entrevistas em março/2014, e não houve necessidade, em nenhum caso de acompanhamento e/ou intervenção médica ou psicológica.

### 4.5.3 Viéses

Potenciais vieses aos quais a pesquisa esteve sujeita:

(1) Viés de informação: quando a puérpera não se sentir à vontade e não responder corretamente sobre a agressão sofrida, por desconforto psicológico, medo de quebra de sigilo ou do parceiro;

(2) Viés de seleção: quando o responsável se negar a responder ao questionário por ter participação na violência;

(3) Viés de prevalência: quando a prevalência pode ser superior àquela encontrada, uma vez que mulheres, vítimas de violência grave, podem ter ido a óbito durante a gestação, e não terem, desta forma, possibilidade de participar da pesquisa.

### 4.5.4 Análise estatística

Os resultados foram digitados no programa Excel (OU EPI-DATA) e exportados para o aplicativo STATA versão 12 onde foram analisados e descritos sob a forma de frequência relativa (n) e absoluta (%). O teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) foi utilizado para testar a homogeneidade de proporções. O nível de significância estabelecido para análise bruta foi de  $p < 0,20$ . A análise ajustada foi realizada, por meio de regressão logística, nas variáveis que foram estatisticamente significativas com  $p < 0,05$ .

### 4.5.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi fundamentada nos princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e sua identidade não será revelada, sendo salva em sigilo. Os dados foram coletados posteriormente à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob parecer substanciado nº 763.774 (Anexo B). A pesquisa previu acompanhamento médico e psicológico para as puérperas que necessitassem de apoio. Realizou-se um estudo pré-teste denominado Estudo Piloto no HRSJ com o objetivo de testar, uniformizar e padronizar técnicas de entrevistas e análise de dados. Foram realizadas 150 entrevistas em março/2014, no qual não houve necessidade, em nenhum caso, de acompanhamento e/ou intervenção médica ou psicológica.

## 5 RESULTADOS

O resultado será apresentado no formato de um artigo científico. Com o título “*Prevalência e os fatores associados da violência psicológica contra gestantes em capital no sul do Brasil*” e será submetido ao periódico, Saúde & Transformação Social, Qualis B4. (Anexo C).

### 5.1 PREVALÊNCIA E OS FATORES ASSOCIADOS DA VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA GESTANTES EM CAPITAL NO SUL DO BRASIL

#### **Prevalência e os fatores associados da violência psicológica contra gestantes em capital no Sul do Brasil**

Prevalence and associated factors of psychological violence against pregnant women in capital in southern Brazil

**RESUMO:** Estimar a prevalência, fatores associados da violência psicológica na gravidez e autores da agressão, com mulheres no período do puerpério internadas nos setores de alojamento conjunto das Maternidades Públicas dos Hospitais da Grande Florianópolis, no ano de 2014. Trata-se de um estudo transversal e de base hospitalar, com 753 mulheres puérperas que tiveram o parto em alguma das três maternidades públicas da Grande Florianópolis (SC) entre março e maio de 2014. Utilizou-se questionário adaptado do Estudo Multipaíses, da Organização Mundial da Saúde validado no Brasil. A prevalência da violência psicológica foi calculada e em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência psicológica. Como resultados, a prevalência de violência psicológica na gestação foi de 17,5%. Sofrer violência em gestações anteriores e nos 12 meses que antecederam a gestação aumenta em 15,85 e 12,75 vezes as chances de sofrer violência psicológica durante a gestação, respectivamente, quando

comparadas com mulheres que não sofreram esse tipo de agressão. Sofrer violência psicológica (insulto, humilhação ou ameaça) por outra pessoa, que não o parceiro íntimo, na gestação, aumenta em 7,44 vezes as chances quando ocorreu por parte de algum familiar. Conclui-se então, que foram estimadas prevalências elevadas de violência psicológica e gravidez indesejada durante a gestação. A gravidez indesejada pode ser considerada um fator de estresse no relacionamento. De acordo com os fatores associados, o que faz com que a mulher sofra violência psicológica na gravidez atual é ela ter sofrido violência psicológica em gestações anteriores. A gravidez não pode ser considerada como fator protetivo para não sofrer violência psicológica na gestação. Com relação aos autores da violência psicológica, foi verificado que tanto o parceiro íntimo, como os familiares se destacam como principais perpetradores da violência psicológica na gestação.

**Palavras-chave:** Violência Psicológica; Gravidez; Estudos Transversais.

**ABSTRACT:** To estimate the prevalence, associated factors of psychological violence during pregnancy and perpetrators of aggression, with women in the postpartum period hospitalized in the rooming-in sectors of Public Maternity Hospitals at Florianópolis, in 2014. This is a hospital-based, cross-sectional study, with 753 puerperal women who gave birth in one of the three public maternity hospitals in Florianópolis (SC) between March and May 2014. The adapted questionnaire from the Multi-Country Study, World Health Organization, validated in Brazil was used. The prevalence of psychological violence was calculated and then through logistic regression the factors associated were tested with psychological violence. The prevalence of psychological violence during pregnancy was 17.5%. Women who suffer violence in previous pregnancies and in the 12 months prior to pregnancy have 15.85 and 12.75 more times the chances of suffering psychological violence during pregnancy increased, respectively, when compared with women who did not suffer this type of aggression. Women who suffer psychological violence (insults, humiliation or threat) by someone else, other than the intimate partner during pregnancy, have 7.44 times more chances of suffering psychological violence when it occurred by a family member. High prevalence of psychological violence and unwanted pregnancy were estimated during pregnancy. Unwanted pregnancy can be considered a stress factor in the relationship. According to the associated

factors , which means that women suffer psychological violence in the current pregnancy is she suffered psychological violence in previous pregnancies . Pregnancy cannot be considered as a protective factor not to suffer psychological violence during pregnancy. Regarding the authors of psychological violence, it was found that both the intimate partner, such as family members stand out as the main perpetrators of psychological violence during pregnancy.

**Key words:** Psychological Violence; Pregnancy; Cross-Sectional Studies.

## 1 INTRODUÇÃO

Violência psicológica é caracterizada por ofensa verbal de maneira repetitiva, reclusão ou privação de recursos materiais, financeiros e pessoais<sup>1</sup>. No Brasil e no mundo, a problemática da violência contra as mulheres compromete o desenvolvimento pleno e integral, em alguns casos destruindo vidas e quando este ocorre na gravidez, traz risco adicional, uma vez que envolve um ser humano em vida intrauterina, acarretando aumento significativo das consequências da violência<sup>2-3</sup>. Principalmente se ocorre no ambiente familiar<sup>4-5</sup>.

Estudos internacionais encontraram altas prevalências de violência psicológica, como na Nicarágua<sup>6</sup>, ao verificar a associação entre a exposição individual/comunitária a diferentes formas de violência contra a mulher e gravidez indesejada a prevalência foi de 51,1% para mulheres expostas ao comportamento controlador do parceiro íntimo. Em estudo realizado por Lau et al.<sup>7</sup> em Hong Kong, com 1.200 mulheres puérperas, foi identificado que a maioria sofreu violência psicológica (79,1%).

Em coorte realizada em 2011, no Recife, por Silva et al.<sup>8</sup>, encontraram prevalência de violência antes da gestação de 32,4%, 31% durante e, após a gestação, de 22,6%. Concluíram que as mulheres que sofreram violência antes de engravidar apresentaram 11,6 vezes mais chances de sofrer violência durante a gestação, e as que sofreram violência durante a gravidez apresentaram 8,2 vezes mais chances de sofrer violência no período pós-parto, a violência psicológica foi a mais prevalente (28,8%).

Estudo<sup>4</sup> realizado com 1.379 gestantes encontrou prevalência de 19,1% para violência psicológica. Durand e Schraiber<sup>9</sup>, em estudo que envolveu 14 serviços de saúde pública na Grande São Paulo, verificaram

que 20% das mulheres que já engravidaram sofreram algum tipo de violência por parceiro íntimo durante a gestação.

Dentre algumas situações graves de saúde advindas do sofrimento psicológico podem se destacar: dores crônicas (costas, cabeça, pernas, braços etc), síndrome do pânico, depressão, tentativa de suicídio e distúrbios alimentares<sup>10</sup>. A violência psicológica na gravidez foi significativamente associada com problemas obstétricos, ruptura prematura de membranas<sup>11,12,13</sup>, infecção do trato urinário, dor de cabeça e comportamento sexual de risco<sup>10</sup>. Mulheres que experimentaram maior número de violência psicológica têm 54,2% mais complicações neonatais<sup>14</sup>.

Na pesquisa de Roberts et al.<sup>15</sup> 3% sofreram violência psicológica do homem envolvido na gravidez. Enquanto Fonseca-Machado et al.<sup>16</sup>, estimaram que 17,6% das participantes de seu estudo reportaram alguma violência por parceiro íntimo, além disso, das gestantes em situação de violência, 31,7% sentiam que o comportamento agressor do companheiro afetou ou estava afetando sua saúde física ou mental. Nunes et al.<sup>17</sup>, verificaram que de 652 entrevistadas, 79 mulheres indicaram que o perpetrador foi o parceiro íntimo ou membro da família.

Consideramos importante dar visibilidade a violência psicológica, haja vista a dificuldade de enfrentamento, uma vez que acontece de maneira velada ou silenciosa, não deixa marcas físicas e em muitos casos, nem mesmo a vítima se dá conta de viver em situação de violência.

Sendo assim, o presente estudo, propõe-se a estimar a prevalência, fatores associados e autores da violência psicológica, em mulheres no período do puerpério internadas nos setores de alojamento conjunto das Maternidades Públicas dos Hospitais da Grande Florianópolis, no ano de 2014.

## 2 MÉTODOS

### Local de estudo

Foi realizado estudo transversal de base hospitalar na região metropolitana da Grande Florianópolis, estado de Santa Catarina, nos setores de alojamento conjunto das Maternidades Públicas do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes – HRSJHMG, do Hospital Universitário Ernani Polidoro de São Thiago - HU e da Maternidade Carmela Dutra - MCD. Os três hospitais estão vinculados a atividades universitárias e fazem parte da rede pública de saúde.

### **Amostra e seleção da População**

Este estudo foi desenvolvido tendo por base o banco de dados secundários constituído no âmbito da tese de doutorado intitulada “Violência contra gestantes: prevalência e fatores associados nas maternidades públicas de uma região metropolitana do sul do país”. Assim, os procedimentos metodológicos descritos, seguem os adotados na pesquisa de origem.

A população de estudo consistiu em todas as mulheres puérperas que aceitaram participar da pesquisa, cujos filhos nasceram no período compreendido entre 01/03/2014 e 31/05/2014. No HRSJHMG e na MCD são realizados aproximadamente 300 partos ao mês, perfazendo uma média de 3600 partos por ano. Na maternidade do HU são realizados, aproximadamente, 110 partos ao mês, perfazendo, nesta maternidade, 1320 partos por ano.

Baseando-se em uma assistência de 2130 partos ocorridos neste período, obteve-se o cálculo do tamanho da amostra igual a 741 participantes, considerando-se uma frequência esperada de desfecho de 20%, de acordo com a média aproximada obtida em estudos brasileiros de metodologias semelhantes<sup>9,18</sup>. Para definição do tamanho da amostra utilizou-se o cálculo para prevalência, seguindo-se os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, margem de erro de 2,5% e adicionado 10% para recusas. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa Epi Info, versão 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos). No entanto, foram convidadas a participar desta pesquisa 758 mulheres (17 mulheres a mais que o cálculo estipulado, por tempo e recursos disponíveis), 05 se recusaram a participar com alegação de que estavam cansadas, sendo assim, o total de participantes foi de 753 entrevistadas.

### **Coleta de Dados**

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário, em entrevistas face a face, sem a presença do acompanhante, em sala específica, com privacidade, por duas entrevistadoras universitárias, especialmente treinadas e orientadas a encaminhar as mulheres em situações de risco para acompanhamento profissional. As mulheres foram informadas, pelas entrevistadoras, sobre o objetivo da pesquisa, o caráter sigiloso dos dados obtidos e de como as informações que seriam coletadas, deixando-as a vontade para esclarecimentos durante a entrevista e, também, de que poderiam desistir de serem entrevistadas a qualquer momento.

### **Instrumento de Coleta de Dados**

Foi utilizado questionário adaptado da Organização Mundial da Saúde (OMS) denominado – Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (*World Health Organization Violence Against Women- WHOVAW*), validado no Brasil<sup>19</sup>. O questionário abordou condições sócio demográficas como idade, escolaridade, cor da pele, situação afetivo conjugal e fonte de renda. Além disso, investigou as situações de violência psicológica, sendo esta presente quando a mulher respondeu sim a pelo menos um dos itens do bloco sobre violência psicológica, composto por 04 itens: “Ele alguma vez insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma enquanto estava grávida?”, “Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas enquanto você estava grávida?”, “Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?”, “Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?”.

A violência psicológica por parte de outras pessoas que não o parceiro íntimo, foi averiguada no bloco de perguntas sobre “agressão por parte de outra pessoa”, sendo indagado às entrevistas se “alguém alguma vez insultou, humilhou, ameaçou você enquanto estava grávida?”, estas podiam escolher como respostas: sim ou não e no caso de resposta afirmativa, poderiam responder se ocorreu por “familiares” ou “outros”.

As variáveis demográficas e socioeconômicas obtidas foram (idade <19, 20 a 30 e > 31), cor da pele autorreferida, escolaridade em anos de estudo (0-8; 9-11; >12), trabalho atual (se está empregada atualmente) e renda da mulher em reais (estratificada em tercils - tercil 1: R\$ 150-902; tercil 2: R\$ 903-1399; tercil 3: R\$ 1400-4800).

Quanto às variáveis relacionadas à saúde reprodutiva e obstétrica foi questionado quanto à realização de aborto, o planejamento da gestação, o número de consultas de pré-natal. Quanto aos hábitos não saudáveis de vida questionou-se sobre o uso de álcool, fumo e outras drogas.

A variável relacionada à saúde mental (transtorno mental comum - TMC) foi detectada por meio da utilização do questionário *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), validado no Brasil. Esse instrumento consiste de 20 perguntas e as respostas a cada pergunta (do tipo sim/não) referiram-se ao período de 30 dias antes da realização da entrevista, cada resposta afirmativa pontuou com valor um. O escore final foi obtido por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de TMC, variando de zero (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O ponto de corte utilizado

foi de sete ou mais respostas positivas e apresenta sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3%<sup>20</sup>.

### **Aspectos Éticos**

A pesquisa "*Violência contra gestantes: prevalência e fatores associados nas maternidades públicas de uma região metropolitana do sul do país*", no qual este estudo se insere, recebeu aprovação do comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, protocolo nº 763.774 e os dados utilizados na análise da presente pesquisa foram obtidos da pesquisa supracitada.

### **Análise dos Dados**

Foi calculada a prevalência de violência psicológica segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência psicológica. Assim, obtiveram-se as Razões de Chance (OR) nas análises brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). A partir dos resultados da regressão bruta foram incluídas na análise ajustada todas as variáveis com  $p < 0,20$ , permanecendo no modelo final aquelas que apresentaram  $p < 0,05$ .

## **3 RESULTADOS**

Das mulheres entrevistadas, 58,7% tinham idades que variavam de 20 a 30 anos, 68,1% autodeclararam-se de cor branca, 56% tinham de 9 a 11 anos de estudo, 52,8% estavam desempregadas e 76% sem residência própria. A maioria 71%, possuía renda em reais entre o tercil 1 (R\$ 150,00-902,00) e o 2 (R\$ 903,00-1399,00).

A grande maioria 89,2% estava em um relacionamento íntimo, entretanto, em 63,5% a gravidez ocorreu sem planejamento prévio. Destaca-se que 84,5% realizaram 6 ou mais consultas durante o pré-natal, 59,9% referiram outras gestações e 19,1% informaram ter realizado aborto em algum momento. O transtorno mental comum foi relatado por 13,6% das entrevistadas, o consumo de álcool, drogas e tabaco durante o período gestacional ocorreu com 10,1%, 1,65% e 15,5%, respectivamente.

No que se refere à violência por parceiro íntimo, foi averiguado que 3,1% das mulheres afirmaram que foram agredidas em gestações anteriores e aproximadamente 4% a agressão ocorreu no ano precedente a atual gestação (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição das mulheres, segundo características sociodemográficas, econômicas, de saúde reprodutiva, saúde mental, hábitos não saudáveis de vida e situações de violência vivenciadas pela puérpera. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>% (IC95%)</b>
<b>Idade (anos) (n=753)</b>		
≤19	149	19,8 (16,9; 22,6)
20-30	442	58,7 (55,1; 62,2)
≥31	162	21,5 (18,5; 24,4)
<b>Cor da pele (n=753)</b>		
Branca	513	68,1 (64,7; 71,4)
Não branca	240	31,9 (28,5; 35,2)
<b>Escolaridade (anos de estudo) (n=753)</b>		
0-8	252	33,4 (30,0; 36,8)
9-11	422	56,0 (52,4; 59,5)
12 ou mais	79	0,6 (8,2; 12,6)
<b>Trabalho atual (n=753)</b>		
Não	398	52,8 (49,2; 56,4)
Sim	355	47,2 (43,5; 50,7)
<b>Renda em reais (n=291)</b>		
Tercil 1	102	35,0 (29,53; 40,5)
Tercil 2	105	36,0 (30,5; 41,6)
Tercil 3	84	29,0 (23,6; 34,1)
<b>Relacionamento íntimo (n=753)</b>		
Não	81	10,8 (8,5; 12,9)
Sim	672	89,2 (87,0; 91,4)
<b>Outras gestações (n=753)</b>		
Não	302	40,1 (36,5; 43,6)
Sim	451	59,9 (56,3; 63,4)
<b>Gravidez planejada (n=753)</b>		
Não	478	63,5 (60,0; 69,2)
Sim	275	36,5 (33,0; 39,9)
<b>N.º consultas pré-natal (n=739)</b>		
0-5	114	15,5 (12,8; 18,0)
6 ou mais	625	84,5 (81,9; 87,1)
<b>Abortos (n=753)</b>		
Não	609	80,9 (78,0; 83,6)
Sim	144	19,1 (16,3 – 21,9)
<b>Transtorno mental comum (n=753)</b>		
Não	651	86,4 (84,0; 88,9)
Sim	102	13,6 (11,0; 15,9)
<b>Consumo de álcool (n=753)</b>		
Não	677	89,9 (87,7; 92,0)
Sim	76	10,1 (7,9; 12,2)
<b>Consumo de drogas (n=753)</b>		
Não	741	98,4 (97,5; 99,3)
Sim	12	1,6 (0,6; 2,4)
<b>Tabagista (n=753)</b>		
Não	636	84,5 (81,8; 87,0)
Sim	117	15,5 (12,9; 18,1)

Continua...

Variável	n	% (IC95%)
<b>Conclusão</b>		
<b>Agressão em gestações anteriores (n=450)</b>		
Não	436	96,9 (95,2; 98,4)
Sim	14	3,1 (1,5; 4,7)
<b>Violência 12 meses antes da gestação (n=750)</b>		
Não	722	96,3 (94,9; 97,6)
Sim	28	3,7 (2,3; 5,0)

**IC95%:** intervalo de 95% de confiança.

A prevalência de violência psicológica por parceiro íntimo foi de 17,5%, destas 15,5% referiram que em algum momento da gestação ele a insultou ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma. E 4,3% foi humilhada diante de outras pessoas, 3,9% assustada e/ou intimidada propositalmente, enquanto 2,13% sofreu ameaça de ser machucada. Quando indagadas sobre sofrer violência psicológica por parte de outra pessoa que não o parceiro íntimo, verificou-se que 4,5% das mulheres sofreram insultos, humilhações ou ameaças por familiares na gestação.

A Tabela 2 demonstra na análise bruta que não houve associação ( $p>0,20$ ) entre sofrer violência psicológica e idade da gestante, porém, ocorreu a associação das variáveis: cor de pele, se a gestante trabalha, aborto, consumo de álcool, tabagismo, transtorno mental comum, gravidez planejada, número de consultas de pré-natal. Quando foi realizada a análise ajustada, tais variáveis não se mantiveram associadas à violência psicológica.

Foram fatores associados à violência psicológica contra a gestante, esta ter sofrido violência 12 meses antes da gestação atual, ter sofrido agressão em gestações anteriores e receber insulto, humilhação ou ameaça por outra pessoa. De acordo com a análise ajustada ter sofrido violência 12 meses antes da gestação atual aumenta em 12,75 (IC<sub>95%</sub> 3,14 – 51,65) vezes as chances de sofrer violência psicológica na gestação, ter sofrido agressão em gestações anteriores aumenta em 15,85 (IC<sub>95%</sub> 1,68 – 148,75) vezes mais chances de sofrer violência psicológica na gestação atual, quando comparada as gestantes que não sofreram violência psicológica. Sofrer violência psicológica (insulto, humilhação ou ameaça) por outra pessoa na gestação, aumenta em 7,44 (2,61- 21,20) vezes mais chances de sofrer violência psicológica quando ocorreu por parte de algum familiar.

**Tabela 2** - Análise bruta e ajustada das características sociodemográficas, econômicas, da história reprodutiva, da saúde mental, de hábitos não saudáveis de vida e de situações de violência vivenciadas pela gestante. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Variável	RC (IC <sub>95%</sub> ) Bruta	p	RC (IC <sub>95%</sub> ) ajustada*	p
<b>Idade (n=751)</b>		0,348		0,417
< 19	1,00		1,00	
20-30	0,79 (0,49-1,27)		0,83 (0,46 – 1,51)	
> 30	1,30 (0,75- 2,26)		0,64 (0,20 – 2,06)	
<b>Cor da pele (n=751)</b>		0,003		0,330
Branca	1,00		1,00	
Não branca	1,81(1,23 – 2,66)		1,32 (0,75 – 2,31)	
<b>Trabalha (n=751)</b>		0,012		0,609
Não	1,00		1,00	
Sim	0,60 (0,41 – 0,89)		0,87 (0,51 – 1,48)	
<b>Abortos (n=751)</b>		0,004		0,145
Não	1,00		1,00	
Sim	1,88 (1,22 – 2,90)		1,48 (0,87 – 2,53)	
<b>Consumo de álcool (n=751)</b>		0,000		0,281
Não	1,00		1,00	
Sim	2,99 (1,78 – 5,00)		1,50 (0,71 – 3,15)	
<b>Tabagista (n=751)</b>		0,003		0,742
Não	1,00		1,00	
Sim	2,01 (1,27 – 3,18)		1,11(0,58 – 2,11)	
<b>Transtorno mental comum (n=751)</b>		0,001		0,499
Não	1,00		1,00	
Sim	2,23 (1,38 – 3,59)		1,27 (0,62 – 2,59)	
<b>Gravidez planejada (n=751)</b>		0,005		0,685
Não	1,00		1,00	
Sim	1,83 (1,20 – 2,80)		1,11 (0,65 – 1,91)	
<b>N.º consultas (n=738)</b>		0,047		0,546
0-5	1,00		1,00	
6 ou mais	0,61 (0,37 – 0,99)		0,81 (0,41 – 1,60)	
<b>Agressão em gestações anteriores (n=450)</b>		0,000		0,016
Não	1,00		1,00	
Sim	59,66 (7,69 – 462,85)		15,85 (1,68 – 148,75)	
<b>Violência 12 meses antes da gestação (n=750)</b>		0,000		0,000
Não	1,00		1,00	
Sim	25,86 (9,62 – 69,50)		12,75 (3,14 – 51,65)	
<b>VP**** na gestação/ não VPPI (n=751)</b>		0,000		0,000
Não	1,00		1,00	
Familiar	7,68 (3,76 – 15,66)		7,44 (2,61- 21,20)	
Outro	0,67 (0,08 – 5,42)		0,35 (0,02 – 5,00)	

RC: razão de chance – (IC<sub>95%</sub>) – intervalo de confiança de 95%

\* Ajustada pelas variáveis: idade, cor da pele, trabalha, abortos, consumo de álcool, tabagista, transtorno mental comum, gravidez planejada, n.º consultas, agressão em gestações anteriores, violência 12 meses antes da gestação, VP na gestação/ não VPPI.

\*\*\*\*VP – Violência Psicológica.

\*\*\*\*VPPI – Violência Psicológica por Parceiros Íntimos.

## 4 DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com mulheres puérperas e em sua maioria eram jovens com idades de 20 a 30 anos, brancas, com escolaridade de 9 a 11 anos, desempregadas, sem residência própria e renda que variava entre os tercis 1 e 2. A maioria estava em um relacionamento íntimo, mas sem planejamento prévio para engravidar e realizavam acompanhamento pré-natal. Também foram relatados casos de aborto (20%), transtorno mental comum (13,6%), consumo de álcool (10,1%), drogas (1,65%) e tabaco (15,5%) durante o período gestacional.

A prevalência da violência psicológica praticada por parceiro íntimo foi de 17,5% neste estudo, significativamente prevalências mais altas foram encontradas em Recife - PE com 42%<sup>5</sup> e em São Luís - MA com 41,6%<sup>21</sup>, e menor em Ribeirão Preto - SP com 14,7%<sup>22</sup>. Internacionalmente, se destacam prevalências de 93%<sup>23</sup> e 72,9%<sup>14</sup> encontradas no México, bem como 69,9%<sup>9</sup> no Irã, onde a violência psicológica mais comum foi manter as gestantes com pouco dinheiro, comida e vestuário (88,8%).

Quando indagadas sobre atos de violência psicológica, o que mais se destacou foi insultar ou fazer a parceira se sentir mal a respeito de si mesma, seguido por depreciar ou humilhar diante de outras pessoas. Embora referido por um número menor de participantes, comportamentos em que o parceiro a assustou ou a intimidou propositalmente e ameaçou machucá-la. Tais achados corroboram com estudo iraniano que encontrou prevalência de 43,5% (n= 313) para a violência psicológica, visto que esta era definida pelos autores como: insultos verbais, constante humilhação, ameaças, medo do cônjuge e privação financeira intencional<sup>24</sup>. Outros estudos<sup>25,26</sup> apontam que a maneira mais comum de violência contra a mulher no período gestacional é a perpetrada pelo parceiro íntimo (marido, namorado, ex-companheiro) e por familiares.

Em relação aos atos da violência psicológica, a Secretaria de Vigilância em Saúde<sup>27</sup>, fornece alguns exemplos das formas constantes de maus-tratos e abusos de violência psicológica que ocorrem, tais como:

Impedir a mulher de trabalhar fora, de ter sua liberdade financeira e de sair, deixar o cuidado e a responsabilidade do cuidado e da educação dos filhos só para a mulher, ameaçar de espancamento e de morte, privar de afeto, de assistência e de cuidados quando a mulher está doente ou grávida, ignorar e criticar por meio de ironias e piadas, ofender e

menosprezar o seu corpo, insinuar que tem amante para demonstrar desprezo, ofender a moral de sua família<sup>25:120</sup>.

A violência psicológica/moral na gravidez pode ser considerada igualmente nociva e até mais comum que a violência física, sendo que em muitos casos podem ocorrer: culpabilizações por coisas que não dão certo na rotina da casa; ameaças constantes de retirada da guarda dos filhos; falta de apoio e/ou abandono da mulher pelo parceiro e/ou familiares na gravidez; restrição da liberdade de ir e vir e cárcere privado, entre outras<sup>28</sup>.

O histórico de violência psicológica por parceiro íntimo se mostrou fortemente associado com o aumento das chances de novos episódios de violência psicológica. Chama atenção nos achados deste estudo o fato de que mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo em gestações prévias e também no ano antecedente à atual gravidez apresentam elevadas chances de sofrerem violência psicológica na gestação atual (15,85 e 12,75 vezes, respectivamente). Tais informações corroboram com um estudo<sup>29</sup> que encontrou 5,99 mais chances de gestantes sofrerem violência no ano anterior à gravidez; desta forma, é concluído que mulheres que sofrem violência antecedente à gestação apresentam elevada chance de sofrer violência também durante a gravidez, em decorrência da ciclicidade de atos de violência.

Essa associação positiva é muito relevante, pois significa que a violência recorrente está exclusivamente ligada à violência anterior, e não à outras características da mulher como idade ou cor, portanto, o que faz com que sofra violência psicológica é ela ter sofrido violência psicológica em gestações anteriores. Logo, a gravidez não pode ser considerada um fator protetivo para não sofrer violência psicológica. Em trabalho realizado no Irã, por Mohammadhosseini et al.<sup>30</sup> apontam que a ocorrência de violência na gestação ou em outros períodos demonstra ser forte indicador para violências subsequentes.

Quando indagadas sobre outros agressores que não os parceiros íntimos, chama a atenção que familiares aparecem como principais agressores da violência psicológica, com insultos, humilhações ou ameaças na gestação (4,5%). No contexto da violência intrafamiliar, adolescentes grávidas ao revelar a gravidez passam a ser vítimas, em alguns casos sendo induzidas a praticar o aborto<sup>29</sup>. Aquino et al.<sup>32</sup> verificaram que 20% das agressões foram cometidas por agressores conhecidos ao realizaram um estudo com 179 mulheres grávidas.

Foi averiguado também nesta pesquisa que sofrer violência

psicológica (insultos, humilhações e ameaças) por parte de outra pessoa na gestação que não o parceiro íntimo, aumentam as chances de sofrer violência psicológica quando perpetrada por algum familiar.

O aborto não se manteve associado à violência psicológica, mas pode-se verificar em outro estudo que as chances de ter um aborto eletivo foi significativamente maiores (15,3) para mulheres que sofriam violência psicológica pelo parceiro ( $p < 0.05$ ), em um grupo de mulheres abaixo de 30 anos<sup>34</sup>.

Neste estudo não houve associação da violência psicológica com o uso de álcool, embora no estudo de Doubova et al.<sup>23</sup>. Verificou-se que o antecedente de consumo de bebidas alcoólicas pela mulher (RM=1,74; IC 95%: 0,9;3,03), bem como pelo parceiro (RM=1,87; IC 95%: 1,02;3,42), foram considerados fatores associados à VPI em mulheres grávidas.

A gravidez indesejada também não se manteve associada na análise ajustada, destoando de estudos nos quais mulheres que não desejavam a gravidez tinham mais chance de sofrer VPI<sup>22, 34</sup>. Apesar da associação não se manter significativa na análise ajustada, verificou-se que 63,5% das participantes não planejaram a gravidez, o que pode ser um fator de estresse no relacionamento como aponta o estudo<sup>35</sup> em que as mulheres que reportaram gravidez não intencional, sofreram exposições significativamente mais altas a VPI física/sexual, abuso sexual e comportamento controlador pelo parceiro em comparação com as que não relataram gravidez não intencional.

A coleta de dados foi realizada em local onde a maior parte dos partos são realizados na região estudada, visto que, grande maioria ocorre em ambiente hospitalar, sendo assim, pode ser considerado uma amostra representativa da população de puérperas da região estudada.

Algumas limitações ocorreram neste estudo e como, por exemplo, a metodologia utilizada, do tipo estudo transversal, que não permite constatação entre causa e efeito. Outra limitação que pode ser destacada é a temática de natureza íntima e delicada e estar conectada a situações que podem ser consideradas traumáticas e marcadas pelo estigma, vergonha e a culpa, o que influenciar nos resultados dos dados coletados.

É importante ressaltar que as entrevistas realizadas nesta pesquisa, foram coletadas no período do puerpério, sendo assim um fator que pode ser considerado como viés ao estimar a prevalência de violência psicológica que ocorreu no período gestacional. Mas como fator positivo desta análise, as entrevistas nesse período proporcionaram total abrangência na investigação dos episódios de violência psicológica,

o período gestacional. No entanto, o período do pós-parto pode ser considerado de grande envolvimento emocional e de fragilidade para a mulher, podendo desta maneira, influenciar as subnotificações de episódios de violência que podem ter ocorrido nesse período.

## 5 CONCLUSÕES

Em conclusão deste estudo, pode-se verificar elevadas prevalências de violência psicológica na gravidez e de gravidez indesejada. Mesmo que gravidez indesejada não se manteve associada na análise ajustada, foi verificado que mais da metade das participantes relataram que não planejaram a gravidez e pode-se concluir que este pode ser um fator de estresse na relação, o que pode proporcionar um ambiente de desequilíbrio afetivo no relacionamento.

No que se refere aos atos de violência psicológica perpetrados por parceiro íntimo, o que se destaca foi insultar ou fazer a parceira se sentir mal a respeito de si mesma, seguido por depreciar ou humilhar diante de outras pessoas, o que retrata que o parceiro íntimo pode ser considerado autor da violência psicológica em alguns casos. Por outro lado, os familiares se destacam como principais perpetradores da violência psicológica na gestação quando questionadas sobre agressores que não o parceiro íntimo, sendo que tais informações se mantiveram associadas na análise ajustada, o que significa que sofrer violência psicológica (insultos, humilhações e ameaças) por algum familiar, aumentam as chances de sofrer violência psicológica na gestação.

Pode-se concluir também que a associação de que mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo em gestações anteriores e também em 12 meses que antecedem à atual gravidez apresentam elevadas chances de sofrerem violência psicológica na gestação atual, o que demonstra que a violência psicológica recidiva está relacionada à violência anterior, desta forma pode-se concluir que o que faz com que sofra violência psicológica na gravidez atual é ela ter sofrido violência psicológica em gestações anteriores, sendo assim a gravidez não é considerada fator protetivo para não sofrer violência psicológica na gestação.

Tais achados configuram a necessidade de conhecimento desses fatores por parte de profissionais que atendem essas demandas, pois tal tipo de violência nem sempre se manifesta de maneira explícita, existem sintomas/sinais que a mulher possa apresentar e que passam “despercebidos aos olhos” do profissional e este por muitas vezes não

percebem que tais mulheres sofrem violência psicológica por parceiros íntimos, familiares e conhecidos destas. O conhecimento por parte desses profissionais pode auxiliar no diagnóstico precoce e promover o enfrentamento da violência psicológica contra a gestante. As informações discutidas neste estudo podem colaborar para a elaboração de políticas públicas de prevenção e enfrentamento à violência e intervenções governamentais que objetivam aprimorar o processo de assistência à mulher grávida e puérpera.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS). *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*. Ginebra: OPAS/OMS; 1998.
2. Jasinsk JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2004 Jan;5(1):47-64.
3. Chu SY, Goodwin MM, D'Aangelo DV. Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy, 2004-2007. *Am J Prev Med*. 2010;38(3):317-22.
4. Audi CAF, Corrêa AMS, Latorre MRDO, Santiago SM. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *J Pediatr*. 2008;84(1):60-7.
5. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TVB, Valongueiro S. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1044-53.
6. Salazar M, San-Sebastian M. Violence against women and unintended pregnancies in Nicaragua: a population-based multilevel study. *BMC Womens Health*. 2014;12:14-26. doi: 10.1186/1472-6874-14-26
7. Lau Y. Does pregnancy provide immunity from intimate partner abuse among Hong Kong Chinese women? *Soc Sci Med*. 2005;61(2):365-77.
8. Khosla AH, Dua D, Devi L, Sud SS. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. *Indian J Med Sci*.

2005;59(5):195-9.

9. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(3):310-22.
10. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface (Botucatu).* 2007;11(21):93-103.
11. Abdollahi F, Rezaie Abhari F, Yazdani Charati J, Rouhani S. Impact of psychological violence on pregnancy outcomes in a prospective study. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2014;8(3):22-7.
12. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago AM, Pérez-Escamilla R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery.* 2012;28(4):356-61.
13. Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Trop Med Int Health.* 2006;11(10):1576-84.
14. Romero-Gutiérrez G, Cruz-Arvizu VH, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de León AL. Prevalence of violence against pregnant women and associated maternal and neonatal complications in Leon, Mexico. *Midwifery.* 2011;27(5):750-3.
15. Roberts SCM, Biggs MA, Chibber KS, Gould H, Rocca CH, Foster DG. Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. *BMC Med.* 2014 Sep;12:144. doi: 10.1186/s12916-014-0144-z.
16. Fonseca-Machado O, Alves LC, Monteiro JC, Stefanello J, Nakano AM, Haas VJ, et al. Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter? *J Clin Nurs.* 2015;24(9-10):1289-99.
17. Nunes MAA, Camey S, Ferri CP, Manzolli P, Manenti CN, Schmidt MI. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *Eur J Public Health.* 2011;21(1):92-7.

18. Hedin LW, Grimstad H, Moller A, Schei B, Janson PO. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78(4):310-5.
19. Schraiber LB, Latorre MdrDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública.* 2010 Ago;44(4):658-66.
20. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986 Jan;148:23-6.
21. Ribeiro MRC, Silva AAM, Alves MTSSB, Batista RFL, Rocha LMLN, Schraiber LB, et al. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014 Feb;14:66. doi: 10.1186/1471-2393-14-66.
22. Rodrigues DP, Gomes-Sponholz FA, Stefanelo J, Nakano AM, Monteiro JC. Intimate partner violence against pregnant women: study about the repercussions on the obstetric and neonatal results. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2):206-13.
23. Doubova SV, Pámanes-González V, Billings DL, Torres-Arreola LP. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(4):582-90.
24. Farrokh-Eslamlou H, Oshnouei S, Haghighi N. Intimate partner violence during pregnancy in Urmia, Iran in 2012. *J Forensic Leg Med.* 2014;24:28-32. doi: 10.1016/j.jflm.2014.03.007
25. Hammoury N, Khawaja M. Screening for domestic violence during pregnancy in an antenatal clinic in Lebanon. *Eur J Public.* 2007;17(6):605-6.
26. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy: the prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79(8):625-30.
27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Brasília: Ministério

da Saúde; 2005.

28. Berger SMD, Giffin KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(37):391-405.
29. Lutgendorf MA, Busch JM, Doherty DA, Conza LA, Moone SO, Magann EF. Prevalence of domestic violence in a pregnant military population. *Obstet Gynecol*. 2009 Apr;113(4):866-72.
30. Mohammadhosseini E, Sahraean L, Bahrami T. Domestic abuse before, during and after pregnancy in Jahrom, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2010 Jul;16(7):752-8. PubMed PMID: 20799532.
31. Monteiro CFS, Costa NSS, Nascimento PSV, Aguiar YA. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(4):373-6.
32. Aquino NMR, Sun SY, Oliveira EM, Martins MG, Silva JF, Mattar R. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):954-60.
33. Romito P, Escribà-Agüir V, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin F, Molzan TJ. Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion. *Womens Health Issues*. 2009;19(5):335-43.
34. Hajikhani GNA, Hamzehgardeshi Z, Hamzehgardeshi L, Shirzad Ahoodashti M. Sociodemographic characteristics of pregnant women exposed to domestic violence during pregnancy in an Iranian setting. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 Apr;16(4):e11989. doi: 10.5812/ircmj.11989.
35. Salazar M, San-Sebastian M. Violence against women and unintended pregnancies in Nicaragua: a population-based multilevel study. *BMC Womens Health*. 2014 Feb;12:14-26. doi: 10.1186/1472-6874-14-26.

## REFERÊNCIAS

1. JASINSK, J. L. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. **Trauma Violence Abuse**.v. 51, n. 1, p. 47-64, 2004.
2. CHU, S. Y.; GOODWIN, M. M.; D'ANGELO, D. V. Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy, 2004-2007. **Am. J. Prev. Med.** v. 38, n. 3, p. 317-22, 2010.
3. KRUG, E. G. D. L. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Suíça, 2002.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Ginebra: OPAS/OMS, 1998.
5. PORTO, J. R. R. **Violência contra a mulher**: expectativas de um acolhimento humanizado. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2004.
6. CORTEZ, M. B.; SOUZA, L. Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. **Psic. Teor. e Pesq.** v. 24, n. 2, p. 171-80, 2008.
7. MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J. B.; VENANCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicol. Soc.** v. 23, n. 2, p. 398-406, 2011.
8. AUDI, C. A. F. et al. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. **J. Pediatr.** v. 84, n. 1, p. 60-67, 2008.
9. SILVA, E. P. et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Rev. Saúde Pública.** v. 45, n. 6, p. 1044-53, 2011.

10. SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface (Botucatu)**. v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.
11. BERGER, S. M. D.; GIFFIN, K. M. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. **Interface (Botucatu)**. v. 15, n. 37, p. 391-405, 2011.
12. MORAES, C. L.; ARANA, F. D. N.; REICHENHEIM, M. E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 4, p. 667-76, 2010.
13. MENEZES, T. C. et al. Violência física doméstica e gestação: Resultados de um inquérito no puerpério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 25, n. 5, p. 309-16, 2003.
14. DOUBOVA, S. V. et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. **Rev. Saúde Pública**. v. 41, n. 4, p. 582-90, 2007.
15. LAU, Y. Does pregnancy provide immunity from intimate partner abuse among Hong Kong Chinese women? **Soc. Sci. Med.** v. 61, n. 2, p. 365-77, 2005.
16. ABDOLLAHI, F. et al. Impact of Psychological Violence on Pregnancy Outcomes in a Prospective Study. **Iran. J. Psychiatry Behav. Sci.** v. 8, n. 3, p. 22-7, aut. 2014.
17. Audi, C. A. F. et al. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. **Midwifery**. v. 28, n. 4, p. 356-61, 2012.
18. KAYE, D. K. et al. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. **Trop. Med. Int. Health.** v. 11, n. 10, p. 1576-84, 2006.
19. ROMERO-GUTIÉRREZ, G. et al. Prevalence of violence against pregnant women and associated maternal and neonatal complications in Leon, Mexico. **Midwifery**. v. 27, n. 5, p. 750-3,

- 2011.
20. NUNES, M. A. A. et al. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. **Eur. J. Public. Health.** v. 21, n. 1, p. 92-7, 2011.
  21. ROBERTS, S. C. M. et al. Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. **BMC Med.** v. 12, n. 144, 2014. doi:10.1186/s12916-014-0144-z.
  22. FONSECA-MACHADO, O. et al. Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter? **J. Clin. Nurs.** v. 24, n. 9-10, p. 1289-99, 2015.
  23. ELLSBERG, M. et al. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. **Social Sci. Med.** v. 51, n. 11, p. 1595-1610.
  24. SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública.** v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.
  25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
  26. BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 [Lei Maria da Penha]. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, 08 ago. 2006, Seção 1, n. 151, p. 01.
  27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

28. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
29. SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface (Botucatu)**. v. 11, n. 21, p. 93-103, 2007.
30. FARROKH-ESLAMLOU, H.; OSHNOUEI, S.; HAGHIGHI, N. Intimate partner violence during pregnancy in Urmia, Iran in 2012. **J. Forensic. Leg. Med.** v. 24, p. 28-32, 2014. doi: 10.1016/j.jflm.2014.03.007.
31. GOLCHIN, N. A. H. et al. Sociodemographic characteristics of pregnant women exposed to domestic violence during pregnancy in an Iranian setting. **Iran. Red. Crescent. Med. J.** v. 16, n. 4, p. e11989, 2014.
32. SALAZAR, M.; SAN-SEBASTIAN, M. Violence against women and unintended pregnancies in Nicaragua: a population-based multilevel study. **BMC Womens Health**. v. 12, n. 14, nº 26, Feb. 2014. doi: 10.1186/1472-6874-14-26.
33. MAKAYOTO, L. A. et al. Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. **Matern. Child. Health J.** v. 17, n. 3, p. 441-7, 2013.
34. GROVES, A. K. et al. Associations between intimate partner violence and emotional distress among pregnant women in Durban, South Africa. **J. Interpers. Violence**. v. 27, n. 7, p. 1341-56, 2012.
35. CREECH, S. et al. Psychological/verbal abuse and utilization of mental health care in perinatal women seeking treatment for depression. **Arch. Womens Ment. Health**. v. 15, n. 5, p. 361-5, 2012.
36. GROVES, A. K. et al. Prevalence, rates and correlates of intimate partner violence among South African women during pregnancy and the postpartum period. **Matern. Child. Health J.** v. 19, n. 3, p. 487-95, 2015.

37. ROMITO, P. et al. Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion. **Womens Health Issues**. v. 19, n. 5, p. 335-43, 2009.
38. RIBEIRO, M. R. C. et al. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 14, nº. 66, Feb. 2014. doi: 10.1186/1471-2393-14-66.
39. LUDERMIR, A. B. et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **Lancet**. v. 376, n. 9744, p. 903-910, 2010.
40. LUDERMIR, A. B.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. B. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 48, n. 1, p. 29-35, fev. 2014.
41. REICHENHEIM, M. E.; PATRICIO, T. F.; MORAES, C. L. Detecting intimate partner violence during pregnancy: awareness-raising indicators for use by primary healthcare professionals. **Public Health**. v. 122, n. 7, p. 716-24, jul. 2008.
42. RODRIGUES, D. P. et al. Intimate partner violence against pregnant women: study about the repercussions on the obstetric and neonatal results. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 48, n. 2, p. 206-13, abr. 2014.
43. HAMMOURY, N.; KHAWAJA, M. Screening for domestic violence during pregnancy in an antenatal clinic in Lebanon. **Eur. J. Public**. v. 17, n. 6, p. 605-6, dec. 2007.
44. HEDIN, L. W.; JANSON, P. O. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. **Acta Obstet. Gynecol. Scand**. v. 79, n. 8, p. 625-30, 2000.
45. MONTEIRO, C. F. S. et al. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 60, n. 4, p. 373-6, jul./ago. 2007.

46. AQUINO, N. M. R. et al. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 6, p. 954-60, dez. 2009.
47. HARRYKISSOON, S. D.; RICKERT, V. I.; WIEMANN, C. M. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.** Chicago, v. 156, n. 4, p. 325-30, Apr. 2002.
48. COUTO, M.T. et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, Suppl. 0, p. 1323-32, 2006.
49. AUDI, C. A. F. et al. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-85, out. 2008.
50. Webster J, Sweett S, Stolz TA. Domestic violence in pregnancy. A prevalence study. *Med J Aust*. 1994; 161(8); 466-70.
51. IRION, O. et al. Emotional, physical and sexual violence against women before or during pregnancy. **BJOG**. v. 107, n. 10, p. 306-8, Oct. 2000.
52. CAMPBELL, J. C. Helping women understand their risk in situations of intimate partner violence. **J. Interpers. Violence**. v. 19, n. 12, p. 1464-77, dec. 2004.
53. ELLSBERG, M. et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. **Lancet**. v. 371, n. 9619, p. 1165-72, apr. 2008.
54. KENDALL-TACKETT, K. A. Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. **Trauma Violence Abuse**. v. 8, n. 3, p. 344-53, jul. 2007.
55. HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. La violencia en la pareja. In: KRUG, E. G. et al. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**.

- Geneva: OMS, 2002. p. 97-131.
56. HEDIN, L.W. et al. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.** v. 78, n. 4, p. 310-5, apr. 1999.
57. BACCHUS, L.; MEZEY, G.; BEWLEY, S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.** v. 113, n. 1, p. 6-11, mar. 2004.
58. PUCCIA, M. I. R.; MAMEDE, M. V. Revisão integrativa sobre a violência por parceiro íntimo na gestação. **Rev. Eletr. Enf. [Online]**. v. 14, n. 4, p. 944-56, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/16039/13360>>. Acesso em: 12 jan. 2015.
59. SANTOS, S.; LOVISI, G.; VALENTE, C. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 307-18, 2010.
60. CHAMCHAM, A. S.; MAIA, M. B.; CAMARGO, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Rev. Bras. Estud. Popul.** São Paulo, v. 29, n. 2, p. 389-407, jul./dez. 2012.
61. SCHRAIBER, L. B. et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 44, n. 4, p. 658-66, ago. 2010.
62. MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **Br. J. Psychiatry.** v. 148, p. 23-6, Jan. 1986.



## APÊNDICES



## **APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre Esclarecido**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

### ***TERMO DE CONSENTIMENTOLIVRE E ESLCARECIDO (TCLE)***

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa que tem como título “VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES: PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS”. A pesquisa tem como objetivo conhecer fatores que podem estar relacionados com a violência sofrida por gestantes grávidas.

É importante pesquisar a respeito desse assunto para poder identificar e planejar as campanhas visando a redução da violência nestes casos.

Esta pesquisa será realizada com as mulheres que estão internadas no período puerperal na maternidade do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, São José. Elas serão entrevistadas sendo que perguntas serão realizadas sobre os fatores relacionados ao tipo de violência sofrida e fatores que podem estar relacionados a esta situação.

Você não é obrigado (a) a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter aceitado participar dela ou de já ter feito a entrevista), sem ser prejudicada por isso. A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá aprender sobre como se prevenir e/ou evitar a violência. Como o objetivo da pesquisa é saber os fatores que podem estar relacionados com a violência, não são previstos desconfortos durante a entrevista.

Você poderá quando quiser pedir informações sobre a pesquisa ao(à) pesquisador(a). Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos do pesquisador que constam no final deste documento.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Dessa forma, os dados que você fornecer serão mantidos em sigilo e,

quando utilizados em eventos e artigos científicos, assim como em campanhas de prevenção, a sua identidade será sempre preservada.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informada e esclarecida pelo pesquisador \_\_\_\_\_ sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Elza Berger Salema Coelho  
Telefone para contato: (48) 84144310

Outros Pesquisadores: Paulo Fernando Brum Rojas  
Telefone para contato: (48) 99722778

Outro tópico importante relacionado à baixa escolaridade, refere-se ao fator financeiro. Regularmente, a aquisição de empregos melhor remunerados, está diretamente relacionado ao número de anos de estudo e, conseqüentemente, à melhor formação profissional. Deste modo, a variável baixa escolaridade está, geralmente, condicionada a empregos mal remunerados, ou também, ao desemprego. Sendo assim, as más condições socioeconômicas podem desencadear situações de violência familiar decorrentes do stress gerado pelas dificuldades financeiras<sup>(31)</sup>.

## **ANEXOS**



## ANEXO A - Questionário - Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica

<b>Condições sócio demográficas</b>	
1) Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> < 19 anos <input type="checkbox"/> 20-30 anos <input type="checkbox"/> >31 anos
2) Qual é a sua escolaridade?	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> 1 Grau <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> 2 Grau <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo
3) Você considera que a cor da sua pele é:	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena
4) Qual é o município e o bairro onde você mora?	Bairro: Município:
5) Qual é a sua situação afetivo conjugal?	<input type="checkbox"/> Atualmente casada <input type="checkbox"/> Vivendo com um companheiro <input type="checkbox"/> Tem companheiro com relação sexual e não vive junto <input type="checkbox"/> Não está casada, nem vivendo com alguém ou namorando
7) Vive junto com os pais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8) Você trabalha ou tem fonte de renda?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

<b>Fatores de saúde sexual, reprodutiva e mental</b>	
1) Quantas vezes você já engravidou?	<input type="checkbox"/>
2) Quantos partos você já teve?	<input type="checkbox"/>
3) Quantos abortos você já teve?	<input type="checkbox"/>
4) Quantos filhos vivos você tem?	<input type="checkbox"/>
5) Quantos filhos mortos você tem?	<input type="checkbox"/>
6) Algum de seus filhos nasceu com baixo peso? (< 2500 g)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
7) Com que idade você iniciou suas relações sexuais?	<input type="checkbox"/>
8) Já houve recusa do uso de preservativo pelo seu parceiro?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
9) Escore no SRQ-20	<input type="checkbox"/> ≥7 <input type="checkbox"/> <7

<b>Características da última gravidez</b>	
Planejamento da gravidez 1) A gravidez foi planejada?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> por ela <input type="checkbox"/> por ele/pai <input type="checkbox"/> ambos
Realização de pré-natal 2) Você fez acompanhamento pré-natal nesta gestação?	<input type="checkbox"/> não fez pré-natal <input type="checkbox"/> fez pré-natal <input type="checkbox"/> número consultas
Trimestre do início do pré-natal 3) Em que trimestre você iniciou as consultas de pré-natal?	<input type="checkbox"/> 1 trimestre <input type="checkbox"/> 2 trimestre <input type="checkbox"/> 3 trimestre
Uso de cigarro durante a gravidez 4) Você fumou durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Uso de álcool durante a gravidez 5) Você usou bebidas alcoólicas durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Uso de drogas durante a gravidez 6) Você usou drogas durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Ganho de peso durante a gravidez 7) Quantos kg você engordou durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> <9 KG <input type="checkbox"/> 9 A 16 KG <input type="checkbox"/> 17 KG OU +

<b>Sobre o companheiro</b>	
1) Qual a idade do companheiro?	<input type="checkbox"/> anos
2) Qual a escolaridade do companheiro?	<input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> 1 grau <input type="checkbox"/> inc <input type="checkbox"/> comp <input type="checkbox"/> 2 grau <input type="checkbox"/> inc <input type="checkbox"/> comp <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> inc <input type="checkbox"/> comp
3) Ele está trabalhando?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
4) Que tipo de trabalho ele faz?	<input type="checkbox"/> profissional <input type="checkbox"/> técnico <input type="checkbox"/> não especializado <input type="checkbox"/> militar <input type="checkbox"/> outro
5) Faz uso de bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
6) Ele faz uso de drogas?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
7) Ele já se envolveu em alguma briga?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
8) Com que frequência vocês brigam?	<input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por mês <input type="checkbox"/> menos de 1 vez por mês <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> não sabe

<b>Sobre o relacionamento</b>	
<b>VIOLÊNCIA MORAL/PSICOLÓGICA</b>	0- não1-vez2-poucas vezes 3-muitas vezes
1) Ele alguma vez insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma enquanto estava grávida?	( )
2) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas enquanto estava grávida?	( )
3) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?	( )
4) Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?	( )
<b>VIOLÊNCIA FÍSICA</b>	
1) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	( )
2) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?	( )
3) Machucou-a com um soco ou algum objeto?	( )
4) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	( )
5) Estrangulou ou queimou você de propósito?	( )
6) Ameaçou usar ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma de fogo contra você?	( )
<b>VIOLÊNCIA SEXUAL</b>	
1) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	( )
2) Você teve relações por medo do que ele pudesse fazer?	( )
3) Forçou-a à prática sexual humilhante ou degradante?	( )
4) Você já foi agredida em outra gestação pelo parceiro atual?	( ) Sim ( ) Não ( ) Física ( ) Sexual ( ) Psicológica
5) Você já sofreu de algum tipo de violência pelo parceiro atual nos últimos 12 meses antes de engravidar?	( ) Sim ( ) Não ( ) Física ( ) Sexual ( ) Psicológica
6) Em que período da gestação você sofreu violência?	( ) 1 T ( ) 2 T ( ) 3 T
7) Como você considera a intensidade da violência durante a gestação?	( ) aumentou ( ) diminuiu ( ) manteve-se igual ( ) iniciou ( ) cessou ( ) não sabe avaliar

<b>Agressão por parte de outra pessoa</b>	
1) Alguém já lhe bateu ou agrediu durante a gravidez sem ser seu companheiro?	( ) Não ( ) Sim ( ) ex-parceiro ( ) familiares ** ( ) vizinhos/conhecidos ( ) estranhos  **( ) pai ( ) mãe ( ) pai/mãe ( ) irmão ( ) cunhado ( ) tios
2) Alguém já lhe bateu ou agrediu nos últimos 12 meses antes de engravidar sem ser seu companheiro?	( ) Não ( ) Sim ( ) ex-parceiro ( ) familiares ** ( ) vizinhos/conhecidos ( ) estranhos  **( ) pai ( ) mãe ( ) pai/mãe ( ) irmão ( ) cunhado ( ) tios
3) Alguém já lhe forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual sem que você quisesse, sem ser o companheiro?	( ) Não ( ) Sim ( ) ex-parceiro ( ) familiares ** ( ) vizinhos/conhecidos ( ) estranhos  **( ) pai ( ) mãe ( ) pai/mãe ( ) irmão ( ) cunhado ( ) tios
4) Alguém alguma vez insultou, humilhou, ameaçou você enquanto estava grávida?	( ) Não ( ) Sim ( ) ex-parceiro ( ) familiares ** ( ) vizinhos/conhecidos ( ) estranhos  **( ) pai ( ) mãe ( ) pai/mãe ( ) irmão ( ) cunhado ( ) tios

<b>Serviços de saúde</b>	
1) Após os episódios de violência durante a gestação você procurou ajuda de alguém?	( ) Não ( ) Sim ( ) Quantas Vezes? ( ) Familiares ( ) Amigos ( ) Serviços de saúde (médicos, enfermeiras) ( ) Jurídico-policial (polícia, DDM)
2) Após os episódios de violência nos últimos 12 meses antes de engravidar você procurou ajuda de alguém?	( ) Não ( ) Sim ( ) Quantas Vezes? ( ) Familiares ( ) Amigos ( ) Serviços de saúde (médicos, enfermeiras) ( ) Jurídico-policial (polícia, DDM)
3) Em algum momento, durante a gestação, você foi questionada pelos profissionais de saúde sobre a ocorrência de violência?	( ) Não ( ) Sim ( ) médicos ( ) enfermeiras ( ) outros
<b>Continua...</b>	

<b>Serviços de saúde</b>	
<b>Conclusão</b>	
4) Qual a atitude dos profissionais de saúde após receberem a queixa de violência na gestação? Como foi realizada a abordagem nesta situação?	<input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Medicações <input type="checkbox"/> Encaminhamento (polícia ,DDM) <input type="checkbox"/> Nenhuma
5) Na sua percepção, houve mudanças quanto aos atos de violência a pós a denúncia?	<input type="checkbox"/> Melhoraram <input type="checkbox"/> Pioraram <input type="checkbox"/> Não se modificaram
6) Se você não procurou ajuda após os episódios de violência, isto ocorreu porquê:	<input type="checkbox"/> Medo de sofrer violências mais intensas <input type="checkbox"/> Achar que é normal sofrer violência pelo companheiro <input type="checkbox"/> Não ter condições financeiras de viver por conta própria <input type="checkbox"/> Não querer se separar <input type="checkbox"/> Não acreditar em ajuda externa <input type="checkbox"/> Desconhecer seus direitos legais
7) Os familiares (seus/dele) sabiam da ocorrência de violência no seu relacionamento? Se sim, como reagiram?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Me apoiaram, mas não interferiram <input type="checkbox"/> Conversaram com ele <input type="checkbox"/> Ameaçaram ele/ brigaram com ele <input type="checkbox"/> Banalizaram a violência <input type="checkbox"/> Apoiaram ele

**Fonte:** Adaptado de OMS<sup>19</sup>.

## ANEXO B - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES:PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NAS MATERNIDADES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE UMA REGIÃO METROPOLITANA DO SUL DO PAÍS

**Pesquisador:** Elza Berger Salema Coelho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25140713.9.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 527.380

**Data da Relatoria:** 10/02/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de Paulo Fernando Rojas. Trata-se de estudo transversal e de base hospitalar, usando uma única entrevista, que será iniciada em janeiro de 2014 e concluída em março de 2014. O estudo será realizado nos setores de alojamento conjunto das Maternidades Públicas da Grande Florianópolis: Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes (São José), Hospital Universitário Ernani Polidoro de São Thiago (Florianópolis) e Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis). Mulheres puérperas, de qualquer faixa etária, cujos filhos nasceram no período compreendido entre 01/01/14 a 30/03/14, e que se encontram internadas no setor de alojamento conjunto (AC) das maternidades do HRSJ, HU, MCD. Proporcionalmente o número de partos, serão avaliadas 209 mulheres puérperas mensais, durante 3 meses, sendo entrevistadas mensalmente 89 pacientes no HRSJ; 90 pacientes na MCD e 30 pacientes no HU.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar a prevalência de violência doméstica, fatores associados, tipos de violência e autores da agressão em mulheres no período gestacional, internadas nos setores de alojamento conjunto das Maternidades Públicas dos Hospitais da Grande Florianópolis, no ano de 2014. Objetivo Secundário: a) Estimar a prevalência e fatores associados à violência doméstica em

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900

**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 527.380

mulheres no período gestacional.b) Identificar quais os tipos de violência (física, sexual, psicológica) que a mulher sofre durante a gestação e o autor da agressão.c) Investigar se as mulheres que sofreram violência antes de engravidar continuam sofrendo as agressões durante a gravidez.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores devem compreender que toda pesquisa traz algum risco aos participantes. Entre eles, há o risco de desconfortos psicológicos ao abordar temas sensíveis e o de quebra de sigilo, ainda que não intencional, com suas consequências pessoais e jurídicas para ambas as partes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem comentários adicionais.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora principal e pelo diretor do CCS/UFSC. São apresentados termos de anuência e autorização assinados pela diretora do Hospital Regional de São José, do diretor da Maternidade Carmela Dutra, e do diretor do HU/UFSC. O TCLE é razoavelmente claro e informativo, contendo, entretanto, alguns itens que devem ser corrigidos (v. conclusões).

**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto fica em pendência para a readequação do TCLE. Recomendamos a leitura completa e cuidadosa da resolução 466/12, em particular os itens relativos ao TCLE, parcialmente transcritos a seguir: IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: a) justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem utilizados, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental, quando aplicável; b) explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa; c) esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa; d) garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 527.380

fase da pesquisa, sem penalização alguma; e) garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; f) garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. IV.5 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá, ainda: a) conter declaração do pesquisador responsável que expresse o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV.4, este último se pertinente; b) ser adaptado, pelo pesquisador responsável, nas pesquisas com cooperação estrangeira concebidas em âmbito internacional, às normas éticas e à cultura local, sempre com linguagem clara e acessível a todos e, em especial, aos participantes da pesquisa, tomando o especial cuidado para que seja de fácil leitura e compreensão; c) ser aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente; e d) ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha. Em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP, quando pertinente.

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 11 de Fevereiro de 2014

---

**Assinador por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

## ANEXO C - Instruções aos autores Saúde & Transformação Social

179



**Saúde & Transformação Social**  
Health & Social Change



### Instruções aos colaboradores

#### ORIENTAÇÕES GERAIS

A Revista "Saúde & Transformação Social / Health & Social Change" (S&TS/H&SC) prima pela originalidade dos manuscritos publicados, exigindo-se, por questões éticas, que sejam originais e inéditos, não sendo permitida a submissão simultânea do manuscrito a outro periódico, condição declarada já no início do processo de submissão. Traduções de trabalhos que versem sobre o escopo poderão ser divulgadas, desde que a convite dos Editores, em casos específicos e para temáticas cuja literatura em português apresenta exiuidade.

Pela missão e escopo, S&TS/H&SC é um instrumento crítico-reflexivo e comprometido com a divulgação científica de estudos que mostrem engajamento com a transformação social.

Outra característica importante é que S&TS/H&SC tem como proposta a publicação de artigos que utilizem métodos e técnicas qualitativas.

A publicação de artigos que utilizem métodos quantitativos poderá ocorrer nos casos de Estudos de Validação transcultural e métodos mistos (quantitativos) em que métodos qualitativos sejam utilizados claramente e de maneira importante no cômputo do manuscrito.

#### PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todos os critérios de editoração adotados pela Revista objetivam garantir a qualidade científica das publicações.

Os manuscritos submetidos à Revista somente serão encaminhados ao Editor Chefe para considerações de mérito científico, após avaliação pela Secretaria da Editoria sobre o atendimento a todos os aspectos contidos no presente documento.

Após aprovação nesta fase, os manuscritos serão encaminhados a membros do Corpo Editorial e pareceristas "ad hoc" de reconhecida competência na temática abordada, sempre preservando o caráter de anonimato durante o processo de avaliação.

Os manuscritos serão enviados à pelo menos dois avaliadores de instituições diferentes, selecionados pelo Editor Chefe ou Editores Associados.

Os avaliadores têm prazo de 20 dias para exararem seus pareceres.

A partir da emissão dos pareceres, o Editor Chefe tomará ciência e os analisará para deliberação final junto com os Editores Associados, nas seguintes modalidades: aprovação; aprovação com alterações; reformulação e re-submissão; ou recusa do manuscrito. Em caso de existir discordância entre os pareceristas, o trabalho será enviado a um terceiro consultor, que exará seu parecer. A decisão final de aceitação/recusa ficará a cargo do Conselho Editorial.

Os pareceres e considerações dos Editores serão encaminhados aos autores, com a avaliação na íntegra e demais documentos que por ventura os pareceristas possam encaminhar com justificativas para cada uma das modalidades de avaliação sobre o mérito.

A decisão final sobre aceitação do manuscrito para publicação como artigo é realizada pelo Conselho Editorial.

Os manuscritos que cujas decisões finais forem reformulação/re-submissão ou recusa, se reapresentados, seguirão todo o processo de avaliação, desde seu início.

#### CATEGORIA DOS ARTIGOS

Ao submeter um manuscrito, os autores deverão observar sua adequação a uma das categorias de artigos publicadas na S&TS/H&SC, conforme se segue.

- **Pesquisa Qualitativa, Teoria e Metodologia:** artigos a convite dos Editores, que tem por objetivo debater aspectos teóricos sobre saúde e sociedade ou a aplicação da pesquisa qualitativa no campo da saúde (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Artigos originais:** produtos de pesquisa empírica e que não tenha sido apresentado concomitantemente/publicado em outro meio de divulgação científica (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).



- **Meta-síntese e revisões integrativas:** revisões de literatura qualitativa (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Experiências transformadoras:** descrições de experiências acadêmicas no campo da saúde, sejam assistenciais ou de extensão (máximo de 8.000 palavras).

Em casos específicos, justificados claramente aos Editores, serão aceitos artigos com número de palavras maiores que o recomendado para cada uma das categorias.

#### ESTRUTURA E FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO PARA SUBMISSÃO

Os arquivos dos manuscritos deverão apresentar a estrutura que se segue.

Os autores **não devem inserir dados pessoais ou credenciais no corpo do texto**, o que será avaliado pela Secretaria da S&TS/H&SC.

A primeira etapa da avaliação dos manuscritos não versará sobre o mérito do mesmo, mas sim sobre a adequação de todas as normas de formatação. **Somente serão aceitos para avaliação manuscritos que se adequarem perfeitamente a todas as normas contidas no presente documento.**

#### Página inicial do manuscrito

- Título centralizado no idioma original (Português, Espanhol, Francês ou Inglês), negrito, em letras maiúsculas e minúsculas, tamanho 12. Deve ser sintético e conciso, retratando os aspectos mais relevantes do conteúdo do manuscrito;
- Versão do título em inglês centralizado, em itálico, letras maiúsculas e minúsculas, tamanho 11, imediatamente abaixo do título principal;
- Os títulos (no idioma original e inglês) não poderão ultrapassar 200 caracteres com espaços.
- Ressalta-se que os manuscritos **não devem conter qualquer informação que possibilite a identificação da autoria** do manuscrito. As informações sobre autores e instituições deverão preenchidas exclusivamente no sistema de submissão, em campo específico.
- Seguida aos títulos, deverão ser apresentados resumo (resumen ou résumé) e abstract, seguidos

das palavras-chave em cada idioma, conforme normas que se seguem referentes a este item.

- Os resumos, em ambos idiomas, não poderão ultrapassar 2000 caracteres com espaços.
- Abaixo de cada resumo, deverão constar de três a cinco palavras-chave, oriundas de descritores da base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponíveis em: <http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php>, no idioma original e em inglês.
- Os autores deverão consultar profissionais do ramo para realizar as devidas traduções, não sendo aceitas traduções eletrônicas.
- Em caso de aprovação, os autores se comprometem a recorrer a profissionais indicados pela revista para a revisão de ortografia nos idiomas empregados no trabalho, assim como a tradução para o inglês.

#### Texto

- Em caso de Artigos originais e Artigos de Meta-síntese, sugerem-se estruturá-los em "Introdução", "Objetivos", "Percurso Metodológico", "Resultados", "Discussão", "Limitações do Estudo", "Considerações Finais" e "Referências Bibliográficas".
- Os itens principais da estrutura do manuscrito deverão ter seus títulos em caixa altas e numerados na ordem de aparecimento, em **negrito**.
- Casos existam itens em cada um deles, deverão seguir sua numeração e identificação numérica. Por exemplo, se os Resultados apresentam a seguinte forma "3. RESULTADOS" e os autores desejarem destacar sub-itens, devem fazê-lo da seguinte forma: "3.1 O homem..."; "3.2 O contexto...".
- Todos os sub-itens deverão estar formatados em letras maiúsculas e minúsculas, e empregar **negrito**.
- A colaboração individual dos manuscritos com mais de um autor devem ser especificadas já no processo de submissão, obedecendo às deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors*, disponíveis em [www.icmje.org](http://www.icmje.org).
- São permitidos agradecimentos às instituições, agências de fomento e/ou pessoas que



colaboraram com o estudo, mas que não se enquadram nos critérios de autoria referidos no item anterior.

- Os “Agradecimentos”, se pertinentes, devem constar entre o item “Considerações Finais” e “Referências Bibliográficas”.
- As “Notas de rodapé”, se pertinentes, devem ser numeradas com algarismos romanos (ex: i, ii, iii ...) e serão incluídas entre as “Considerações Finais” e as “Referências Bibliográficas”.
- Apesar da estrutura básica adotada por S&TS/H&SC, será respeitado o estilo de redação de cada autor, desde que contemplem essencialmente os itens anteriormente mencionados.
- Para as demais categorias de artigos, sugere-se a mesma estrutura, com certa liberdade de variação, respeitando-se o estilo de redação empregado pelos autores;
- Lembra-se que o texto deve apresentar a característica reflexiva e um potencial para produzir mudanças sociais, não sendo interessantes à S&TS/H&SC manuscritos que apenas apresentem resultados e os confrontem com a literatura científica existente.

Os manuscritos enviados devem ser redigidos obedecendo-se as normas gramaticais e ortográficas do idioma de origem (Português, Inglês, Espanhol ou Francês).

#### NORMAS PARA SUBMISSÃO

Os manuscritos deverão ser submetidos eletronicamente pelo sistema SEER, na página da revista. Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções para submissão são as que se seguem.

Tutorial de Submissão de artigos no SEER, disponível em: [http://seer.ibict.br/images/stories/file/tutoriais/tutorial\\_de\\_submissao\\_de\\_artigos.pdf](http://seer.ibict.br/images/stories/file/tutoriais/tutorial_de_submissao_de_artigos.pdf)

1. Deverão constar os dados referentes ao manuscrito: título completo (em português, espanhol, francês ou inglês); área de concentração; palavras-chave; informações sobre fomento; conflitos de interesses; resumos (em português, espanhol ou francês; e inglês); e agradecimentos.

2. Todos os autores deverão ser incluídos na submissão, com nomes completos, respectivas instituições por extenso, endereços institucionais, telefone e email, assim como a contribuição individual no manuscrito.
3. A ordem dos autores na submissão será a utilizada para a publicação do artigo, caso seja aprovado.
4. O autor que realizar a submissão do manuscrito será automaticamente incluído como autor correspondente e seu endereço será apresentado no artigo publicado.
5. O acompanhamento da avaliação e contato com a Secretaria Editorial deverá ser feito preferencialmente pelo e-mail [revistasts@gmail.com](mailto:revistasts@gmail.com), com a responsável Wemyllyn Giovana Andrade.
6. Para contagem de palavras em cada categoria de artigos, deve-se incluir apenas o corpo do texto e as referências bibliográficas.
7. Caso a pesquisa tenha apoio financeiro de alguma agência de fomento ou iniciativa privada, os autores devem registrar todas as informações (Agência de fomento, Edital e número do processo), que serão divulgadas no cômputo dos artigos publicados.
8. Havendo investigação que envolva seres humanos, devem ser explicitados claramente os aspectos éticos e a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, informando o número do protocolo desta aprovação.
9. Deve ser inserida cópia digitalizada do parecer ético no sistema, na área para transferência de documentos suplementares durante a submissão dos manuscritos.
10. É imprescindível que haja declaração de conflito de interesses, seja potencial ou manifesto, incluindo aspectos políticos e/ou financeiros.

#### NORMAS PARA FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

1. A primeira etapa da avaliação dos manuscritos não versará sobre o mérito do mesmo, mas sim sobre a adequação de todas as normas de formatação. Somente serão aceitos para avaliação manuscritos que se adequem perfeitamente a todas as normas.



2. O arquivo deverá estar em formato '.doc' (Microsoft Word para Windows 97-2003), sem qualquer identificação que remeta a autoria.
3. O texto deverá estar formatado em tamanho A4, com espaçamento de 1,5 cm, fonte Arial, tamanho 12, margens de 2,0 cm.
4. Parágrafos em branco não deverão ser utilizados entre os demais do texto.
5. O uso de negrito e itálico no manuscrito será respeitado de acordo com o uso do autor.
6. Todas as páginas deverão estar numeradas, no canto superior direito.
7. No caso de manuscritos que apresentem citações literais com mais de três linhas e/ou depoimentos de entrevistados, estas deverão apresentar recuo 2 cm, em letra 8, espaço simples, destacadas do restante do texto que se seguem.
8. No uso de legitimação de depoimentos, é imprescindível a codificação dos sujeitos e/ou grupos focais dos quais se originaram os dados, excetuando os manuscritos cujos resultados forem oriundos de um sujeito – como no caso de histórias de vida ou estudos de caso – ou apenas um grupo focal, desde que sustentável em termos metodológicos.
9. Sugere-se que não haja modificações na estrutura original do depoimento, inclusive no que se refere à ortografia, preservando a natureza do dado;
10. As tabelas, quadros, diagramas e/ou ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas) deverão ser inseridas e referidas no corpo do texto, numeradas conforme o aparecimento no texto.
11. Imediatamente superior a imagem, deverá ser inserido seu título, numeração seqüencial e descrição. Caso existam legendas ou citação da fonte de dados, deverão aparecer imediatamente abaixo.
12. Deve-se evitar o uso de ilustrações, quadros ou tabelas muito extensas, que prejudiquem a avaliação e a leitura do manuscrito;
13. As tabelas e quadros terão o limite de 17 cm de largura, em letra Arial, letra tamanho 8, espaçamento simples.
14. Não deverão ser incluídas como figuras no texto, mas sim em formato do Word.
15. As tabelas, quadros e/ou ilustrações não devem estar fragmentadas entre as páginas do manuscrito.
16. Gráficos, diagramas e ilustrações deverão apresentar-se por arquivos do tipo jpeg.
17. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas, quadros e/ou ilustrações por manuscrito.
18. As tabelas e quadros deverão estar em preto e branco, enquanto as ilustrações podem estar nesta formatação ou coloridas.
19. Todas as tabelas, quadros e/ou ilustrações deverão apresentar títulos acima e legendas abaixo (quando necessário).

#### NORMAS DAS REFERÊNCIAS

1. S&T/S/H&S adota o estilo "Vancouver".
2. As referências deverão ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem de aparecimento no corpo do manuscrito, identificadas por números arábicos sobrescritos, imediatamente ao término do parágrafo ou nome do autor, antes do ponto final ou vírgula nos casos que se aplicam, sem a utilização de espaços entre o autor e numeração, parênteses, colchetes e similares. (Ex.: "Pinho" afirma que...", "O complexo origina-se do emaranhado de eventos, interações, retro-ações, incidentes, que constituem o mundo dos fenômenos<sup>1</sup>." ou "... segundo Corradi-Webster<sup>12</sup>.").
3. No corpo do texto, deverão ser citados até dois autores por referência. Caso a publicação citada tenha número superior a dois autores, citam-se os dois primeiros separados por 'ponto e vírgula' seguindo-se a expressão latina "*et al*". (Ex.: "Um profissional de saúde deve tanto se articular aos demais como promover articulação intersetorial, segundo Schraiber; Peduzzi; et al<sup>(9)</sup>").
4. Todas as referências citadas em tabelas, quadros e ilustrações deverão estar numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
5. Todas as referências citadas deverão estar listadas no final do artigo, em ordem numérica, seguindo as recomendações dos Requisitos Uniformes para Manuscritos apresentados a Periódicos biomédicos, disponíveis em



<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>, e adaptados conforme as particularidades da revista.

6. Em caso de artigos, somente a 1ª letra do título do periódico ou do livro deve estar em maiúscula.
7. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos do *Index Medicus* (base de dados *Medline*), que pode ser consultado no arquivo disponível no endereço: <http://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/liiweb.pdf> sem pontos entre o título e o ano.
8. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> sem os pontos da abreviatura.
9. Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais. Ex: p. 1520-1529, usar 1520-9; p. 121-131, usar 121-31.
10. Denominamos número (fascículo) a identificação da seqüência do volume, sendo que o algarismo fica entre parênteses. Ex.: 347(4), sendo 347, o algarismo relativo ao volume e 4 relativo ao algarismo do número ou fascículo. Faz-se ressalva a possíveis números especiais, por exemplo: 347(esp.).
11. Todos os links citados deverão estar ativos na submissão, devendo estar descritos ao final seguidos da data de acesso, em forma ISO. Ex.: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004>. Acesso em: 23.02.2010.
12. Todas as referências devem ser apresentadas em perfeita correção e completude, quesito verificado pela Secretaria Editorial e Assistentes da Editoria na pré-avaliação do manuscrito.
13. Somente sanadas eventuais irregularidades é que o processo de avaliação de mérito será iniciado.
14. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de exclusiva responsabilidade dos autores.
15. No caso de publicações até de três autores, todos deverão ser citados nas referências.
16. Quando a publicação tiver mais de três autores, cita-se o primeiro, seguido da expressão latina "et al".
17. Comunicação pessoal não é considerada como referência na Revista S&TS/H&SC, mas sim como

depoimento a ser legitimado pela fala do comunicante.

#### EXEMPLOS

##### Teses, Dissertações ou Monografias

Autor(es). (Tese/Dissertação/Monografia). Título. Departamento, Instituição, Cidade. Ano.

Moretti-Pires RO. (Dissertação). A mercantilização da Saúde: o trabalho dos Cirurgiões Dentistas em um contexto de mudanças. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto. 2005.

Corradi-Webster CM. (Tese). Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras/USP, Ribeirão Preto. 2009.

Waltrick CR. (Monografia). Concepções de saúde e promoção à saúde dos estudantes de medicina da UFSC. Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina, Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2001.

##### Artigos científicos

Autor(es) do artigo ou Instituição. Título do artigo. Título do periódico abreviado (sem pontuação) Ano de publicação; Volume (Número ou Fascículo): página inicial-final do artigo.

Atkson S. Political cultures, health systems and health policy. *Soc Scienc Med* 2002; 55(2): 113-24.

Rastan S, et al. Towards a mutant map of the mouse - new models of neurological, behavioural, deafness, bone, renal and blood disorders. *Genetica* 2004; 122(1): 47-9.

Minayo MCS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Rev Saúde Públ* 1991; 25(3): 233-8.

Institute of Medical Illustrators. Photography of cleft audit patients. *J Audiov Media Med* 2004; 27(4): 170-4.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. *Rev Saúde Públ* 2000; 34(4): 427-430. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000004000020&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000004000020&lng=pt). Acesso em 28.08.2012.

##### Artigo não publicado (no prelo)

Autor(es) do artigo ou Instituição. Título do artigo. Título do periódico a ser publicado seguido do ano provável de publicação. Indicar no prelo.



Tian D, et al. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A 2002. No prelo.

#### Livros e publicações

Autor(es) do livro ou Instituição. Título do livro. Edição. Volume. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Páginas.

Crotty M. The foundations of Social Research - meaning perspective in the research process. London: Sage Publications; 2003.

Iverson C, et al. American Medical Association manual of style. 9ª ed. Baltimore (MD): Williams & Wilkins; 1998.

Mills MB, Huberman MA. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

Foucault M. Estética: Literatura e Pintura, Música e Cinema. 2ª ed. Motta MB (org.); Barbosa IAD (trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009. p. 411-22.

Bosch F, Klomp R. Running: biomechanics and exercise physiology applied in practice. Bosch F (org.); Boer-Stallman DW (trad.). Edinburgh (Scotland): Elsevier Churchill Livingstone; 2005. 413 p.

Voet D, Voet JG. Biochemistry. 3rd ed. Vol. 2, The expression and transmission of genetic information. New York: J. Wiley & Sons; 2004. p. 1107-560.

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es) seguido de (org.). Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-página final do capítulo.

Pessini L. humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L (org.) Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p. 12-30.

#### Documentos oficiais

País, Estado ou cidade. Departamento, órgão ou instituição. Título do documento. Cidade: Editora/Departamento, órgão ou instituição; ano.

Brasil. Ministério da Saúde. Equipe de Saúde bucal: projeto, programas e relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

#### Documentos online

Autor do artigo ou Instituição. Título da página de internet (com Endereço/Link), expressão "Acesso em", seguida da data do acesso.

World Health Organization. Global Status Report on Alcohol. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004\\_Acesso em 23.02.2010](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004_Acesso em 23.02.2010)

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. Rev Saúde Públ 2000; 34(4): 427-30. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-8910200000400020&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000400020&lng=pt). Acesso em 28.08.2012

Carey B. Psychiatrists revise the book of human troubles. New York Times. 2008; Health: 3. [http://www.nytimes.com/2008/12/18/health/18psych.html?\\_r=1&em](http://www.nytimes.com/2008/12/18/health/18psych.html?_r=1&em) Acesso em 28.08.2012

#### Artigo de jornal

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Ano de Publicação; Seção: página (coluna).

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002; Sect. A: 2 (col. 4).

#### Documento Legal

Jurisdição. Identificação e Número do documento, data de Publicação. Disposições. Cidade: Editora ou Meio de publicação. Seção/Volume(Fascículo); Ano de Publicação.

Brasil. Decreto n. 89.271, de 4 de janeiro de 1984. Dispõe sobre documentos e procedimentos para despacho de aeronave em serviço internacional. Brasília, DF. 48(4); 1984.

#### Apresentação em Congresso

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. Expressão "In": Título do evento; ano da realização do evento. Local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002. Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

#### NORMAS PARA PESQUISAS ENVOLVENDO COLETA DE INFORMAÇÕES DE SERES HUMANOS (DIRETAMENTE OU POR PRONTUÁRIOS DE PESSOAS VIVAS)

1. Os manuscritos oriundos de resultados de pesquisas envolvendo seres humanos estão



- condicionados ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinkí, conforme a *World Medical Association*, devendo ser observados os procedimentos e autorizações legais do país em que a pesquisa foi realizada.
- Da submissão no sistema, os autores deverão encaminhar cópia digitalizada do documento legal que autoriza a pesquisa, por algum Comitê ou Órgão responsável por estas questões no país em que foi realizada a pesquisa, incluindo-o nos **documentos suplementares**.
  - Em pesquisas realizadas no Brasil, será exigida autorização de Comitê de Ética envolvendo pesquisas com Seres Humanos, credenciado junto ao Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos, em conformidade com o que estabelece o Conselho Nacional de Saúde.
  - Os documentos comprobatórios da autorização deverão ser inseridos no processo de submissão, nos **documentos suplementares**.
  - Ressalta-se que todos os procedimentos éticos deverão estar claros na metodologia do manuscrito, assim como número do protocolo que aprova a realização da pesquisa.
  - Entende-se que pesquisas que utilizam material público de internet (como *blogs* e similares) e metodologias que empreguem a percepção do próprio pesquisador – como no caso da etnografia – dispensam apresentação de aprovação ética, tendo em vista a legislação vigente no Brasil.
- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
  - Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB)
  - URLs para as referências foram informadas quando necessário.
  - O texto deverá estar formatado em tamanho A4, com espaçamento de 1,5 cm, fonte Arial, tamanho 12, margens de 2,0 cm. As figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento, como anexos.
  - O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.
  - A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em [Assegurando a Avaliação Cega por Pares](#).
  - Os dados empíricos foram coletados a partir de projeto que empregou metodologia qualitativa. Em caso de manuscrito oriundo de projeto que utilizou métodos mistos (quantitativo e qualitativo), a contribuição de metodologia qualitativa é robusta.

#### ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores obrigatoriamente deverão verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

#### VERSÃO DE PROVA

Os artigos serão enviados aos autores após a diagramação para revisão final antes da publicação, os mesmos terão o prazo de 72 horas para retornarem com possíveis alterações, caso contrário será considerado como pronto para publicação.

#### DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

Da submissão, os autores deverão encaminhar cópia digitalizada do seguinte documento assinados por todos os autores do manuscrito, conforme modelo que se segue,



nos documentos suplementares que constam no processo de submissão.

**Modelo de declaração de responsabilidade, agradecimentos e transferência de direitos autorais.**

Declaro para fins legais a cerca do manuscrito "nome do manuscrito" que

1. Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, e/ou análise e interpretação dos dados;
2. Contribuí significativamente na elaboração do rascunho e/ou na revisão crítica do conteúdo;
3. Participei da aprovação da versão final do manuscrito;
4. Obtive permissão por escrito de todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos, as quais contribuíram substancialmente à realização deste manuscrito, mas não preencheram os critérios de autoria;
5. Caso não tenha incluído sessão de Agradecimentos, certifico que nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial para sua confecção.
6. Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o artigo está baseado, para exame dos editores.
7. Em caso de aprovação, concordo com a transferência dos direitos autorais referentes ao manuscrito, à Revista "Saúde & Transformação Social". O manuscrito e seu conteúdo se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedada qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem prévia e necessária autorização dos responsáveis legais pela Revista

*Local e data*

*Nome dos autores (por extenso) e respectivas assinaturas*