UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIANA DE OLIVEIRA FONSECA-MACHADO

Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros

RIBEIRÃO PRETO

2014

MARIANA DE OLIVEIRA FONSECA-MACHADO

Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher
no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Gomes-Sponholz

RIBEIRÃO PRETO

2014

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.

Fonseca-Machado, Mariana de Oliveira

Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros. Ribeirão Preto, 2014.

153p. : il. ; 30 cm

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

Orientadora: Gomes-Sponholz, Flávia.

1. Maus-Tratos Conjugais. 2. Transtorno Depressivo. 3. Ansiedade. 4. Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos. 5. Ideação Suicida. 6. Gravidez. 7. Enfermagem. 8. Saúde Pública. 9. Prevenção Primária.

FONSECA-MACHADO, Mariana de Oliveira

Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho à minha família...

*Aos **meus pais**...devo a vocês tudo que sou e um dia serei. Não há palavras que possam traduzir e agradecer o que fazem por mim. O que posso oferecer-lhes são estas vitórias que, antes de serem minhas, são suas. Referências para o meu saber-ser e com quem aprendo a vencer os desafios da vida. Obrigada pelo amor incondicional e por tudo... A vocês minha eterna gratidão e admiração, maiores a cada dia.*

*Ao meu amado marido **Douglas**, que compartilha a minha vida e me encoraja a buscar sempre mais. Obrigada pelo amor, apoio, compreensão e pelas boas risadas de todas as noites.*

*"E na rua, lado a lado, somos muito mais que dois" (**Mario Benedetti**)*

AGRADECIMENTOS

Esta etapa da minha vida só se cumpriu pois Deus colocou pessoas muito queridas e especiais à minha volta. A todas elas meu carinho e gratidão.

*A **Deus** e à **Nossa Senhora**, pela vida, pelas bênçãos e por guiarem e protegerem meu caminho.*

*Às minhas duas **amadas famílias "Oliveira e Coelho"**, especialmente aos meus pais, avós, sogros e cunhados. Obrigada pelo apoio, pelas orações e por cuidarem da "gente daqui de casa" com tanto carinho e amor.*

*Às minhas **queridas amigas**, que mesmo de longe, mas sempre presentes, me quiseram bem e me apoiaram nos bons e maus momentos. É sempre tão bom reencontrá-las, matar as saudades e morrer de rir...*

*Às **queridas Marina e Pati**, sem vocês eu não teria chegado aqui. Irmãs de coração que espero não perder nunca. Obrigada pelos ensinamentos, apoio, alegrias, mensagens, FaceTime's, pelos almoços e lanchinhos, pelas hospedagens, pelas viagens maravilhosas e pela descoberta dos cristais. A presença de vocês foi essencial e eu sabia que poderia contar com ela. Vou sentir saudades desse tempo...*

*À minha **querida orientadora, Flávia**, pelo carinho, amizade, confiança e ensinamentos preciosos. E também à sua família, Maria e Alcion, por sempre me acolherem com muito carinho. Obrigada pela oportunidade de dividir esta parte da minha vida com você. Espero que possamos continuar trabalhando e produzindo juntas por muito tempo. Serei eternamente grata a você e sempre a terei como modelo.*

*Ao **Vander querido**, o melhor estatístico que poderíamos ter. Obrigada pela parceria, amizade, simpatia, disponibilidade, puxões de orelha e por permitir que eu aprenda/entenda tudo de uma forma tão simples e leve.*

*Aos colegas do **Curso de Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo apoio, convívio, ensinamentos e compreensão quando decidi fazer o doutorado. Em especial, às queridas amigas **Bethania e Bibi**, a minha admiração e amizade! Obrigada por estarem comigo nesta caminhada. Adoro vocês!*

*Às colegas **Laura, Thais, Driéli, Letícia, Lisiane e Cris** pelo respeito, apoio, confiança e parceria na coleta dos dados. No final tudo deu certo! Desejo muito sucesso a vocês!*

*Ao **Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde**, especialmente às professoras **Dra. Juliana Monteiro, Dra. Juliana Stefanello e Dra. Ana Márcia Spanó Nakano**. Obrigada pelos ensinamentos e confiança.*

*Às professoras **Dra. Suzana Alves de Moraes e Dra. Zeyne Alves Pires Scherer**, pelas contribuições no exame de qualificação.*

*À **banca examinadora** desta tese, pela gentileza de avaliar meu trabalho e contribuir para seu aperfeiçoamento.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, à Shirley** e aos **docentes** pela oportunidade de continuar meu aprendizado e crescimento profissional.*

*Ao **Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – CRSMRP-MATER** e a **seus funcionários**, pela cessão do espaço, acolhimento e colaboração, imprescindíveis para a concretização da coleta dos dados.*

*Às **gestantes participantes do estudo**, pela confiança e disponibilidade em compartilhar experiências tão íntimas, cedendo um pouco do seu tempo, sem pedir nada em troca.*

*À **Maria do Socorro**, pela revisão do português, e à bibliotecária da Biblioteca Central de Ribeirão Preto, pela revisão da adequação da tese às normas.*

*À **CAPES e à FAPESP**, pela concessão das bolsas de doutorado e pelo auxílio financeiro que permitiu a realização deste trabalho e a divulgação de seus resultados.*

"Gratidão, essa palavra tudo" (Carlos Drummond de Andrade)

Loucura? Sonho?

Tudo é loucura ou sonho no começo

Nada do que o homem fez no mundo teve início de outra maneira

Mas tantos sonhos se realizaram

que não temos o direito de duvidar de nenhum.

Monteiro Lobato

RESUMO

FONSECA-MACHADO MO. Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2014. 153 f.

Este estudo teve como objetivo verificar as repercussões da violência por parceiro íntimo, ocorrida durante a atual gestação, na saúde mental de mulheres usuárias de um serviço de atendimento pré-natal. Trata-se de estudo observacional, com delineamento transversal, desenvolvido no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, com 358 gestantes, em acompanhamento pré-natal no serviço, entre maio de 2012 e maio de 2013. A coleta dos dados aconteceu no dia da primeira consulta de pré-natal das gestantes no serviço, por meio de sete instrumentos: i. instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e comportamental; ii. instrumento de caracterização obstétrica; iii. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; iv. *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version*; v. Escala de Ideação Suicida de Beck; vi. Inventário de Ansiedade Traço-Estado; vii. Instrumento de identificação e caracterização da violência. Os dados foram analisados no *software Statistical Package for Social Sciences*, versão 21.0. Utilizamos as análises univariada, bivariada e multivariada dos dados, por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de variabilidade, os testes estatísticos Qui-quadrado e Teste *t*, razões de prevalência, razões de chances de prevalência, regressão logística múltipla e regressão linear múltipla. No momento da coleta dos dados, as participantes tinham, em média, 25 anos de idade e 9,5 anos de escolaridade formal. A maioria considerou-se não branca, era solteira, coabitava com o parceiro íntimo, possuía alguma religião, não exercia atividade remunerada e possuía renda familiar mensal média de 2,6 salários-mínimos, sendo o parceiro o principal provedor da família. A maioria não fumou, não consumiu bebidas alcoólicas e não fez uso de drogas ilícitas, durante a atual gestação. A amostra caracterizou-se por mulheres multigestas e nulíparas que, em sua maioria, possuíam filhos vivos e não haviam abortado. A prevalência da violência por parceiro íntimo, durante a atual gestação, foi de 17,6%. As prevalências dos indicativos das presenças de transtorno depressivo, do diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático e de ideação suicida foram de 28,2%, 17,0% e 7,8%, respectivamente. Os escores médios das gestantes nas escalas ansiedade-traço e ansiedade-estado foram de 39,1 e 42,5 pontos, respectivamente. Após se ajustar aos modelos de regressão logística múltipla, a violência por parceiro íntimo, durante a gestação, associou-se com o indicativo da presença de transtorno depressivo, com o indicativo do diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático e com o indicativo da presença de ideação suicida. Os modelos de regressão linear múltipla ajustados evidenciaram que as mulheres em situação de violência por parceiro íntimo, na atual gestação, apresentaram maiores escores dos sintomas de ansiedade-traço e estado do que aquelas que não sofreram esse tipo de violência. Portanto, reconhecer a violência como um fator de risco clinicamente relevante e identificável para a ocorrência de transtornos mentais, durante a gestação, pode ser um primeiro passo na prevenção destes problemas. Idealmente, as respostas devem incluir os setores da saúde, assistência social e justiça, no sentido de cumprir a obrigação do Estado para eliminar a violência contra a mulher.

Descritores: Maus-Tratos Conjugais. Transtorno Depressivo. Ansiedade. Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos. Ideação Suicida. Gravidez. Enfermagem. Saúde Pública. Prevenção Primária.

ABSTRACT

FONSECA-MACHADO MO. Violence during pregnancy and the mental health of women victims of their partners [thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2014. 153 f.

The objective of this study was to verify the repercussions of violence by the intimate partner during the present pregnancy on the mental health of women users of a prenatal care service. This is an observational study, performed with a cross-sectional design, at the Reference Center for Women's Health of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, with 358 pregnant women following prenatal care at the referred service between May 2012 and May 2013. Data collection was performed on the day of the women's first prenatal appointment at the service, using seven instruments: i. instrument for sociodemographic, economic and behavioral characteristics; ii. instrument for obstetrical characteristics; iii. Edinburgh Postnatal Depression Scale; iv. Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version; v. Beck Scale for Suicidal Ideation; vi. State-Trait Anxiety Inventory; vii. instrument for violence identification and characterization. The data were analyzed using Statistical Package for Social Sciences, version 21.0. Furthermore, univariate, bivariate and multivariate analyses of the data were performed, by absolute and relative frequency distribution, central and variability tendency measures, the Chi-square and T-Test statistical tests, prevalence ratio, prevalence odds ratio, multiple logistic regression and multiple linear regression. At the moment of data collection, the participants' mean age was 25 years, and they had a mean of 9.5 years of formal education. Most women reported having the following characteristics: skin color different from white; single; living with the intimate partner; having some kind of religion; unemployed; mean monthly family income of 2.6 Brazilian minimum wages; partner was the breadwinner. Most reported not having smoked, consumed alcohol or any illicit drugs during the present pregnancy. Moreover, the sample was characterized by multiparous and nulliparous women, most of whom had living children and without a history of miscarriages. The prevalence rate for intimate partner violence during the present pregnancy was 17.6%. The prevalence rates of probable antenatal depression, probable antenatal post-traumatic stress disorder and probable antenatal suicidal ideation were 28.2%, 17.0% and 7.8%, respectively. The women's mean scores on the trait-anxiety and state-anxiety scales were 39.1 and 42.5, respectively. After adjustment using multiple logistic regression models, associations were found between intimate partner violence during the pregnancy and probable antenatal depression, probable antenatal post-traumatic stress disorder and probable antenatal suicidal ideation. The adjusted multiple linear regression models showed that women victims of intimate partner violence in the present pregnancy had higher scores for trait-anxiety and state-anxiety symptoms compared to those who did not endure this type of violence. Therefore, recognizing violence as a clinically relevant and identifiable risk factor for the occurrence of mental disorders during pregnancy may be a first step to prevent these problems. Ideally, the answers should include the health, social work and justice domains so as to meet the duty of the Brazilian State of eliminating the violence against women.

Descriptors: Spouse abuse. Depressive Disorder. Anxiety. Stress Disorders, Post-traumatic. Suicidal Ideation. Pregnancy. Nursing. Public Health. Primary Prevention.

RESUMEN

FONSECA-MACHADO MO. Violencia en la gestación y salud mental de mujeres víctimas de sus parejas [tesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2014. 153 f.

Este estudio objetivó verificar las repercusiones de la violencia de la pareja íntima aplicada durante la gestación en curso en la salud mental de pacientes femeninas de un servicio de atención prenatal. Estudio observacional, con delineamiento transversal, desarrollado en el Centro de Referencia de la Salud de la Mujer de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, con 358 gestantes en seguimiento prenatal en el servicio, de mayo 2012 a mayo 2013. Los datos fueron recolectados el día de la primer consulta de prenatal de las gestantes en el servicio, mediante siete instrumentos: i. instrumento de caracterización sociodemográfica, económica y conductual; ii. instrumento de caracterización obstétrica; iii. Edinburgh Postnatal Depression Scale; iv. Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version; v. Escala de Ideación Suicida de Beck; vi. Cuestionario de Ansiedade Estado-Rasgo; vii. instrumento de identificación y caracterización de la violencia. Los datos fueron analizados por software Statistical Package for Social Sciences, versión 21.0. Utilizamos análisis univariado, bivariado y multivariado de los datos, por distribución de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y de variabilidad, los tests estadísticos Chi-cuadrado y Test *t*, razones de prevalencia, razones de chances de prevalencia, regresión logística múltiple y regresión lineal múltiple. Al momento de la recolección de datos, las participantes tenían, en promedio, 25 años de edad y 9,5 años de escolarización formal. La mayoría no se consideró blanca, cohabitaba con la pareja íntima, practicaba alguna religión, no ejercía actividad remunerada, obtenía ingreso familiar mensual promedio de 2,6 salarios mínimos, siendo la pareja el principal proveedor de la familia. La mayoría no fumó, no consumió alcohol ni hizo uso de drogas ilegales durante la gestación en curso. La muestra se caracterizó por mujeres multigestantes y nulíparas que, en su mayoría, tenía hijos vivos y no había abortado previamente. La prevalencia de violencia de la pareja íntima durante la gestación en curso fue de 17,6%. Las prevalencias de los indicadores de presencia de trastorno depresivo, del diagnóstico de trastorno de estrés postraumático y de intencionalidad suicida fueron de 28,2%, 17,0% y 7,8%, respectivamente. Los puntajes promedio de las gestantes en las escalas ansiedad-rasgo y ansiedad-estado fueron de 39,1 y 42,5 puntos, respectivamente. Después de ajustar los modelos de regresión logística múltiple la violencia de pareja íntima durante la gestación, se lo asoció con el indicador de presencia de trastorno depresivo, con la indicación de diagnóstico de estrés postraumático y con el indicador de presencia de intencionalidad suicida. Los modelos de regresión lineal múltiple ajustados evidenciaron que las mujeres en situación de violencia de pareja íntima, en la gestación en curso, expresaron puntajes superiores de los síntomas de ansiedad-rasgo y estado que aquellas que no sufrieron dicho tipo de violencia. Consecuentemente, reconocer la violencia como un factor de riesgo clínicamente relevante y identificable, puede constituir un primer paso en la prevención de estos problemas. En forma ideal, las respuestas deben incluir a los sectores de salud, asistencia social y justicia, apuntando a cumplir la obligación del Estado de eliminar la violencia contra la mujer.

Descriptores: Maltrato Conyugal. Trastorno Depresivo. Ansiedad. Trastornos por Estrés Postraumático. Ideación Suicida. Embarazo. Enfermería. Salud Pública. Prevención Primaria.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Frequência e sobreposição das VPIs psicológica, física e sexual, ocorridas durante a atual gestação (n=358)	65
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas. Ribeirão Preto, SP, 2013	58
Tabela 2 - Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo as variáveis comportamentais. Ribeirão Preto, SP, 2013	59
Tabela 3 - Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo as variáveis obstétricas. Ribeirão Preto, SP, 2013	60
Tabela 4 - Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a prevalência dos atos violentos que caracterizaram a violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013	61
Tabela 5 - Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a frequência dos episódios de violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.	62
Tabela 6 - Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a gravidade dos episódios de violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.	62
Tabela 7 - Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a prevalência dos atos violentos que caracterizaram a violência física perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013	63
Tabela 8 - Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a frequência dos episódios de violência física perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.	64
Tabela 9 - Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a gravidade dos episódios de violência física perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.	64
Tabela 10 - Razões de prevalência e razões de chances de prevalência brutas dos indicativos da presença de transtorno depressivo, do diagnóstico de TEPT e da presença de ideação suicida, com os respectivos intervalos de confiança (95,0%), segundo a ocorrência de VPI geral, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013	67
Tabela 11 - Escore médio das participantes nas duas escalas do IDATE, segundo a ocorrência de VPI geral, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013	68

Tabela 12 - Associação entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e o indicativo da presença de transtorno depressivo, em um modelo de regressão logística múltipla. Ribeirão Preto, SP, 2013	69
Tabela 13 - Associação entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e o indicativo do diagnóstico de TEPT, em um modelo de regressão logística múltipla. Ribeirão Preto, SP, 2013	70
Tabela 14 - Associação entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e o indicativo da presença de ideação suicida, em um modelo de regressão logística múltipla. Ribeirão Preto, SP, 2013	71
Tabela 15 - Relação entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e os escores dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado, em modelos de regressão linear múltipla. Ribeirão Preto, SP, 2013	72

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
BSI	Escala de Ideação Suicida de Beck
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CRSMRP-MATER	Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – Mater
DEAM	Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher
DEMISP	Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
DP	Desvio-padrão
DRS XIII	13º Departamento Regional de Saúde
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto revisado
EDS	<i>Edinburgh Depression Scale</i>
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GPEMS	Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PASS	<i>Power Analysis and Sample Size</i>

PCL-C	<i>Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PROEXT	Programa de Extensão Universitária
RCP	Razão de chances de prevalência
RP	Razão de prevalência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM	Secretaria de Políticas para Mulheres
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
VPI	Violência por parceiro íntimo

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	17
2	INTRODUÇÃO	21
3	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo geral	37
3.2	Objetivos específicos	37
4	PARTICIPANTES E MÉTODOS.....	38
4.1	Contextualizando o estudo	39
4.2	Tipo de estudo	39
4.3	Local e período do estudo	39
4.4	Participantes do estudo	40
4.5	Instrumentos de coleta dos dados	41
4.6	Treinamento e estudo-piloto	45
4.7	Procedimentos para coleta dos dados	46
4.8	Variáveis do estudo	47
4.9	Processamento e análise dos dados	53
4.10	Aspectos éticos	54
5	RESULTADOS	56
5.1	Caracterização das participantes do estudo	57
5.2	Violência por parceiro íntimo	61
5.3	Transtornos mentais	65
5.4	Violência por parceiro íntimo e transtornos mentais	67
6	DISCUSSÃO	73
6.1	Caracterização das participantes do estudo	74
6.2	Violência por parceiro íntimo	79
6.3	Transtornos mentais	82
6.4	Violência por parceiro íntimo e transtornos mentais	84
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	93
8	CONCLUSÕES	95
9	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PESQUISA	98
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICES	128
	ANEXOS	134

Apresentação

1 APRESENTAÇÃO^a

Minha trajetória acadêmica iniciou-se em 2005, ano de ingresso no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em Uberaba, Minas Gerais. Durante os quatro anos da graduação, tive contato com as diferentes áreas do conhecimento necessárias para a formação de um enfermeiro generalista. Em 2007, ao cursar as disciplinas “Enfermagem em Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança” e “Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia”, despertou o meu interesse pela assistência à saúde da mulher no ciclo grávido-puerperal. Assim, no último ano da graduação, realizei estágio extracurricular no alojamento conjunto do Hospital de Clínicas da UFTM, momento que me proporcionou grande realização pessoal e profissional.

Esse estágio suscitou-me alguns questionamentos sobre a prática profissional da enfermagem frente às situações vivenciadas nos serviços de saúde. Observei que o cuidado, muitas vezes, se atém ao reducionismo biológico, relegando a segundo plano as dimensões cultural, social, econômica e psicológica intrínsecas ao contexto de vida da mulher. Esta prática restrita e coercitiva não contempla os aspectos da integralidade do cuidado e da promoção da saúde, princípios de um modo de agir, que buscam substituir o modelo tradicional de assistência por um novo paradigma, com uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Assim, a realidade encontrada nos serviços de saúde leva a uma prática fragmentada e descontextualizada que acaba por cristalizar ainda mais o modelo assistencial baseado na visão biológica. A partir dessa experiência, concluí que enquanto enfermeira poderia contribuir para a mudança deste cenário e para a oferta de uma assistência integral, humanizada, acolhedora e qualificada à mulher.

Ainda durante a graduação, participei por dois anos de um projeto de iniciação científica, subsidiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Em 2008, fui aprovada no processo seletivo do Programa de Extensão Universitária (PROEXT) e desenvolvi uma pesquisa sobre a temática aleitamento materno. Ao final desse mesmo ano, apresentei meu trabalho de conclusão de curso (TCC), na área de saúde da mulher, no qual investiguei os fatores associados à depressão pós-parto em um grupo de puérperas. Estas vivências aproximaram-me da pesquisa científica e foram determinantes para minha opção pela carreira acadêmica e pela área do conhecimento “Enfermagem em saúde da mulher”.

Diante disso e ainda intrigada com a atuação dos profissionais de enfermagem nos serviços de saúde, ingressei, em fevereiro de 2009, no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde

^a Esta tese foi revisada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º/01/2009, no Brasil.

Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), sob orientação da Profa. Dra. Flávia Gomes-Sponholz, apresentando em dezembro de 2010 a dissertação de mestrado intitulada “Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno”. Nesse estudo, evidenciamos que, no cotidiano dos serviços de saúde, o cuidado é focado nas queixas de ordem biológica apresentadas pelas mulheres, com pouca ou nenhuma valorização dos aspectos subjetivos inerentes ao processo de amamentação. Há, portanto, uma lacuna entre o profissional, cuja formação pauta-se na lógica da assistência fragmentada, individual e centrada na cura de doenças, e a mulher, com suas dificuldades e limitações intrínsecas ao seu contexto sociocultural.

Paralelamente ao mestrado, fui aprovada no processo seletivo para professor substituto do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM, onde ministrei, por dois anos, o conteúdo sobre violência contra a mulher, na disciplina “Enfermagem em Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança”. Simultaneamente, me inseri no projeto intitulado “A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres” do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde (GPEMS) da EERP-USP. O projeto, desenvolvido em parceria interinstitucional com a Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), teve como estratégia contemplar a violência por parceiro íntimo (VPI), durante a gestação, por meio de diferentes subprojetos.

Assim, a prática profissional aliada aos estudos sobre a violência contra a mulher despertaram-me para o fato de que mulheres em situação de VPI, durante a gestação, têm múltiplos prejuízos em sua saúde, especificamente, na saúde mental. Entretanto, pouco se sabe sobre estas repercussões, pois tanto a violência contra a mulher quanto os transtornos mentais se apresentam na invisibilidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, devido ao seu despreparo em abordar tais questões, especialmente no ciclo grávido-puerperal. Essa situação reforça minhas constatações de que a assistência oferecida pauta-se nas queixas apresentadas e em procedimentos e posturas prescritivos.

Frente a isso, em fevereiro de 2011, propus o presente estudo e ingressei no doutorado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP, sob orientação da Profa. Dra. Flávia Gomes-Sponholz. Esta tese de doutorado objetivou verificar as repercussões da VPI, ocorrida durante a atual gestação, na saúde mental de mulheres usuárias de um serviço de atendimento pré-natal e configurou-se como um dos subprojetos da pesquisa “A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres”.

A abordagem da violência e de suas repercussões na saúde mental das mulheres, enquanto problemas de saúde pública, visa a sensibilizar e a conscientizar os profissionais de enfermagem quanto à existência destes fenômenos, o que possibilitará: a criação de ambientes que encorajem a revelação das situações de violência pelas vítimas e/ou familiares; o desenvolvimento de estratégias para prevenção primária e identificação dos casos de VPI e transtornos mentais; e a oferta da ajuda/apoio de que essas pessoas necessitam.

Esperamos que os resultados deste estudo possam preencher lacunas nesta área do conhecimento e trilhar novos caminhos em direção à sensibilização dos profissionais de enfermagem na busca de ações concretas para o enfrentamento destes dois problemas, tanto no âmbito do discurso, quanto da prática.

Introdução

2 INTRODUÇÃO

2.1 A violência enquanto um problema de saúde pública

A violência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.¹

A tipologia, proposta pela OMS, divide a violência em três categorias, conforme as características do responsável por cometer o ato violento: i. violência autoinfligida, na qual a pessoa se autoagride por meio de comportamento suicida (ideação suicida, tentativas de suicídio ou suicídio completado) ou autoabuso (automutilação); ii. violência interpessoal, subdividida em violência da família, do parceiro íntimo e comunitária que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco; e iii. violência coletiva que se subdivide em social, política e econômica. Tais categorias e subcategorias, com exceção da violência autoinfligida, manifestam-se por meio de diferentes naturezas de atos violentos, com destaque para as violências psicológica, física e sexual.²

A violência psicológica é toda ação ou omissão que cause ou vise a causar danos à identidade, ao desenvolvimento ou à autoestima de uma pessoa e inclui insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento, ridicularização, rechaço, manipulação, exploração, negligência, ameaças, privação de liberdade, confinamento, críticas sexuais e omissão de carinho. A violência física, por sua vez, acontece quando uma pessoa causa ou tenta causar dano a outrem por meio do uso da força física ou de armas, resultando em lesões externas e/ou internas. Caracteriza-se por tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamentos, amarrações, arrastões, abandono e negligência. Já a violência sexual ocorre quando uma pessoa, em situação de poder, obriga a outra a práticas sexuais indesejadas, por meio da força física, da coerção ou da intimidação. Inclui estupros, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso, assédio sexual, carícias indesejadas, penetração forçada com pênis ou objeto, exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo e masturbação forçados, linguagem erotizada em momentos inadequados, impedimento ao uso de métodos contraceptivos ou negação do(a) parceiro(a) em utilizá-los e presença ou práticas sexuais forçadas com outras pessoas.³

Em todo o mundo, a violência está entre as principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos de idade. Anualmente, cerca de um milhão de pessoas morre em decorrência dos três tipos de violência. Estes números, porém, representam a “ponta do iceberg”, uma vez que os resultados não fatais são os mais comuns, e suas estimativas são subnotificadas ou inexistem. Esses dados são obtidos, principalmente, pelo depoimento das vítimas e, geralmente, em pesquisas científicas com diferentes grupos populacionais. Ademais, os ônus humanos e econômicos decorrentes da violência geram, aos países, elevados custos relacionados à assistência à saúde, ao absenteísmo, aos serviços jurídicos e legais e à produtividade perdida.²

Este tema faz parte de um novo perfil epidemiológico construído a partir de doenças associadas a condições, situações e estilos de vida.⁴ Neste cenário, a violência caracteriza-se por um problema multifacetado, resultante da complexa interação entre fatores biológicos, individuais, psicológicos, relacionais, ambientais, culturais, sociais e econômicos. Portanto, para solucionar o que é, geralmente, assumido como um problema criminal, torna-se necessário confrontar a violência nos diversos níveis e setores da sociedade, com destaque para as ações de saúde pública.^{2,5} A 49ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1996, e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declararam a violência como um problema de saúde pública,^{2,6-7} devido ao número de vítimas, à magnitude das sequelas orgânicas e emocionais e à elevada demanda por serviços de urgência e emergência, especializados, de reabilitação física e psicológica e de assistência social.^{6,8}

A saúde pública lida com doenças, condições e problemas que afetam a população, oferecendo assistência individual e coletiva. No que se refere à abordagem da violência, caracteriza-se pelo enfoque preventivo e pelo princípio de que o comportamento violento e suas consequências podem ser evitados.² Neste contexto, as ações de saúde pública classificam-se em três níveis de prevenção: i. a prevenção primária que visa a prevenir a violência antes que ela ocorra; ii. a prevenção secundária que enfatiza as respostas imediatas à violência, como o atendimento pré-hospitalar, os serviços de urgência e emergência ou o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis após um estupro; e iii. a prevenção terciária que se concentra em cuidados de longa duração, como a reabilitação, a reintegração e a tentativa de reduzir o trauma ou a invalidez, associados à situação de violência.^{2,5,9}

Cotidianamente, o enfoque das ações preventivas em saúde pública é direcionado às consequências imediatas da violência, como o tratamento e apoio às vítimas e a punição dos agressores. Esta priorização, apesar de essencial, deve ser fortalecida e conjugada à prevenção primária, com vistas à promoção da não violência, à redução de sua perpetração e à mudança das circunstâncias e condições que a originam.² Esta abordagem monitora tanto os riscos individuais de

uma pessoa se tornar vítima de violência, quanto as normas, as crenças e os sistemas econômicos e sociais que criam condições para a ocorrência dos atos violentos. A compreensão da complexa interação destes fatores fornece os pontos-chave para a prevenção primária da violência e promove o desenvolvimento de políticas e programas intersetoriais que visem a reduzir os fatores de risco modificáveis e a fortalecer os fatores de proteção.⁵

As estratégias e abordagens de prevenção primária devem ser proativas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis e concentradas sobre as causas da violência, incluindo a desigualdade de gênero, fator determinante da violência perpetrada contra as mulheres.^{5,10}

2.2 A violência contra as mulheres

A agressão perpetrada pelo homem contra a mulher denomina-se violência de gênero. A palavra gênero refere-se à construção histórica, cultural e social da masculinidade e da feminilidade e contrapõe-se ao conceito de sexo que define as características biológicas de homens e mulheres. A partir destas dinâmicas, foram definidos os papéis de cada um na família, no trabalho e na sociedade.³ O homem é culturalmente socializado como um ser superior¹¹⁻¹² e, deste modo, a subordinação da mulher é considerada normal, esperada, aceita e, em alguns casos, atrativa. Estas normas culturais e sociais criam hierarquias de poder, contribuem para a desigualdade de gênero e, conseqüentemente, legitimam a prática da violência contra as mulheres.^{12,13-15} Ademais, geram desigualdades no acesso aos serviços de saúde, às oportunidades de emprego e à educação, bem como nos níveis de renda e na participação e representação política das mulheres.¹⁶

O conceito de violência contra as mulheres, adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, fundamenta-se na definição da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994), sendo “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”.¹⁷

A violência contra as mulheres é, portanto, uma das principais formas de violação dos direitos humanos à vida e à saúde.^{15,17} É um problema mundial de saúde pública, não determinado por classe social, etnia, religião, idade, estado civil, escolaridade ou orientação sexual, que demanda esforços de várias esferas para sua prevenção e intervenção.¹⁷⁻¹⁸ Este fenômeno afeta a vida de milhões de mulheres brasileiras e, em 2013, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 65,6% das vítimas de violência notificada eram do sexo feminino, sendo 69,0% em idade reprodutiva.¹⁹ Diante desse contexto e dos agravos à saúde das mulheres, decorrentes da violência,

políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da questão têm sido adotadas pelo Estado brasileiro.¹⁷

Desde a década de 1980, a atenção dispensada ao enfrentamento da violência contra as mulheres, no país, aumentou.^{17,20-21} Em 1985, no findar da Década da Mulher, declarada pela Organização das Nações Unidas (ONU), foi inaugurada a primeira Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM)²² e criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). No ano seguinte, foi criada a primeira Casa-Abrigo do país destinada a mulheres em situação de risco e de violência.^{17,23} Em 1998, o Ministério da Saúde propôs a Norma Técnica, para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, que garantiu o atendimento das vítimas nos serviços de saúde, com o objetivo de prevenir as infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada.^{17,24}

De 1985 a 2002, as políticas públicas de enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil centraram-se em ações isoladas de segurança pública e de assistência social, com ênfase nas DEAMs e nas Casas-Abrigo. A partir de 2003, estas políticas foram ampliadas e integraram ações como: aperfeiçoamento da legislação, criação de protocolos de atendimento, impulso à formação de redes de serviços, apoio à elaboração de projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso à justiça e à segurança pública.¹⁷

Assim, em 2003, foi promulgada a Lei 10.778/03 que instituiu a Notificação Compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidos nos serviços de saúde públicos ou privados.²⁵ Nesse mesmo ano, foi criada a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), responsável pela elaboração, coordenação e articulação das políticas públicas e vinculada à Presidência da República com *status* de Ministério. A SPM, em parceria com o CNDM, realizaram, em 2004, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, cujas diretrizes fundamentaram a construção do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)²⁶ que reafirmou o comprometimento dos entes governamentais com a incorporação da perspectiva de gênero nas políticas públicas e apresentou um capítulo relacionado ao enfrentamento da violência contra as mulheres, o qual propôs a implantação de uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Em 2005, a SPM criou a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, que oferece, 24 horas por dia, orientações sobre os serviços disponíveis para o enfrentamento da violência, para o recebimento das denúncias e para o acolhimento das vítimas, inclusive para aquelas que vivem no exterior (Espanha, Portugal e Itália). No ano seguinte, foi sancionada a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06) que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, estando em consonância com o artigo 226 § 8 da Constituição

Federal^b, com a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) da ONU (1981) e com a Convenção de Belém do Pará.²⁷ Em 2007, a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres aprovou o II PNPM, os quais mantiveram, como um dos eixos estratégicos, a questão do enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres.²⁸ Ambos os PNPMs respaldaram o lançamento, em 2007, do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher que foi reafirmado em 2011 e constituiu-se em um acordo entre os governos federal, estaduais e municipais para garantir a consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.²⁹ A releitura do Pacto, em 2011, ficou em desconformidade com as premissas do II PNPM e, nesse mesmo ano, aconteceu a III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, resultando no lançamento do III PNPM que reforçou as ações de enfrentamento da violência no país.³⁰

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres pauta-se na adoção de estratégias amplas e intersetoriais de prevenção e combate à violência, de assistência e de garantia dos direitos das mulheres.¹⁷ Investimentos destinados à prevenção primária deste tipo de violência podem reduzir danos à saúde física e mental das vítimas, na medida em que os milhões de mulheres que necessitam de assistência extrapolam a capacidade dos serviços de saúde.^{5,14} No entanto, mesmo com a proposta de desenvolver ações educativas e culturais para promover o empoderamento das mulheres e desconstruir a desigualdade de gênero, levando esta compreensão aos espaços sociais, onde ela é construída e legitimada,^{14,17} as linhas de ação definidas nas políticas, planos e pactos nacionais de enfrentamento à violência contra as mulheres enfatizam estratégias de prevenções secundária e terciária, concentrando-se no tratamento e no suporte às vítimas.

Mesmo diante dessa realidade, onde a maior parte dos recursos humanos e financeiros destina-se à abordagem imediata e/ou a longo prazo das consequências da violência, o problema ainda passa despercebido e silencioso pelos serviços de saúde, geralmente devido a motivos pessoais das vítimas e/ou ao despreparo dos profissionais.^{14,31-32} Esta invisibilidade é ainda maior quando a violência é perpetrada pelo parceiro íntimo ou ex-parceiro, o qual se configura como o principal agressor em 80,0% dos casos de violência contra as mulheres.^{2,33} Esta situação justifica-se na medida em que a VPI está envolta por questões de gênero³⁴ e por tradições e convenções culturais que a tornam uma questão de privacidade familiar, de escolha individual ou fato inevitável da vida, e que, portanto, deve ser velada atrás de portas fechadas.³⁵⁻³⁶

2.3 Violência por parceiro íntimo

^b “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”.

A VPI é definida pela OMS como um comportamento que acontece dentro de um relacionamento íntimo e que causa dano físico, sexual ou psicológico à vítima. Caracteriza-se por atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores, perpetrados por parceiros atuais ou ex-parceiros.³⁷ A intimidade intrínseca ao relacionamento resulta em episódios violentos recorrentes e de gravidade crescente.^{2,19,28,32}

A OMS, por meio de um estudo multicêntrico realizado em dez países, revelou que entre 15,0% e 71,0% das mulheres já foram vítimas de abusos físicos, sexuais ou ambos, pelo parceiro íntimo, em algum momento de suas vidas.³³ No Brasil, 46,4% das participantes, na cidade de São Paulo, e 54,2%, na Zona da Mata Pernambucana, referiram já ter sofrido ao menos uma forma de VPI (psicológica, física ou sexual).³⁸ Resultados de uma investigação nacional de base populacional, realizada com 2.502 mulheres, mostraram que 88,0% e 79,0% dos perpetradores de violência física e sexual, respectivamente, eram os parceiros íntimos ou ex-parceiros.³⁹ Em Ribeirão Preto, São Paulo, município-sede do presente estudo, os autores de uma pesquisa feita com 265 mulheres encontraram que a prevalência de VPI, ao longo da vida, foi de 45,3%.³⁶

Este problema associa-se à morbimortalidade feminina,⁴⁰⁻⁴¹ e os agravos à saúde incluem, principalmente, queixas físicas agudas e crônicas como lesões, cefaleias, dor cervical, dor nas costas, dores abdominais, artrite, doenças coronarianas e distúrbios do trato digestório.⁴²⁻⁴³ No que se refere à saúde sexual e reprodutiva, as consequências da VPI incluem risco para infecções sexualmente transmissíveis, hemorragias e infecções vaginais, disúria, infecção do trato urinário, dispareunia, abortos, gravidez indesejada, baixo peso ao nascer, parto pré-termo, complicações gestacionais, morte neonatal e morte materna.⁴³⁻⁴⁸ As queixas mais comuns associadas à VPI referem-se aos sintomas relacionados às suas repercussões na saúde mental das mulheres,⁴⁹ quais sejam: transtorno depressivo,⁴⁹⁻⁵² transtornos de ansiedade,^{49,51-52} transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)^{49,51-56} e comportamento suicida.^{51,54-55,57-58}

Diante das elevadas prevalências de VPI e das suas implicações na saúde das mulheres, destacamos a importância de identificar os fatores que podem aumentar ou diminuir o risco da ocorrência deste problema, com vistas à sua prevenção primária.^{3,5,59} Nesse contexto, por se tratar de uma questão arraigada na maioria das culturas, a VPI tem uma origem multicausal e é determinada por fatores individuais, familiares, comunitários e socioculturais,^{2,5,59-60} como: más condições socioeconômicas,³⁶⁻⁶⁰ menor idade,^{5,61-62} menor nível escolar,^{5,60,63} não morar com o companheiro em países onde a separação é um direito,⁵⁹⁻⁶⁰ experiência de abuso na infância,^{5,60,64-65} presença de violência na família ou entre os pais,^{36,60} idade precoce da primeira relação sexual,^{60,66} autonomia financeira da mulher,⁶⁰ abuso de bebidas alcoólicas,^{3,5,60} uso de drogas ilícitas pelo parceiro,³⁶

multiparidade,⁶⁰ aceitação da violência,^{5,67} múltiplos parceiros,^{5,63} inexistência ou sanções comunitárias fracas,⁵ experiências prévias de VPI ou de violência perpetrada por outras pessoas,^{3,8} disparidades entre os níveis educacionais do casal⁶⁸ e discórdia entre os parceiros.⁶⁹

A situação de VPI é mais prevalente entre mulheres na idade reprodutiva,⁷⁰⁻⁷² podendo ocorrer durante o período gestacional, o que a torna particularmente preocupante devido aos efeitos adversos para a saúde da mãe, do feto e, posteriormente, da criança.⁷³⁻⁷⁵ Mulheres grávidas, comparadas às não grávidas, possuem um maior risco de sofrer VPI, pois, em geral, estão envolvidas em um relacionamento íntimo.⁷⁶

Apesar de a gestação ser um período do ciclo vital onde se espera maior proteção e cuidados com as mulheres, sua configuração como um fator de risco ou de proteção para a VPI não é um consenso na literatura,⁷⁴ na medida em que a perpetração de atos violentos pelo parceiro íntimo nesta fase pode diminuir, manter-se inalterada, aumentar ou ocorrer pela primeira vez.^{70,74,77} Os fatores de risco para a ocorrência da VPI durante a gestação, em sua maioria, coincidem com os da VPI ocorrida em outros momentos da vida da mulher.⁷²

A prevalência da VPI perpetrada contra gestantes difere entre as populações a nível mundial. As taxas relatadas em uma revisão sistemática de 13 estudos desenvolvidos, antes de 1996, variaram de 0,9% a 20,1%.⁷⁸ Esta ampla variação é semelhante à encontrada em outra revisão sistemática de pesquisas realizadas em 19 países, que foi de 2,0% a 13,5%.⁷⁵ Similarmente, o estudo multicêntrico da OMS, com dados coletados em dez países, reportou uma prevalência de VPI, durante a gestação, que variou entre 1,0% e 28,0%.⁴⁶ Tais prevalências tendem a ser maiores em países latino-americanos,⁷⁵ cujas taxas variam de 3,0% a 34,5% para a violência sexual, 2,5% a 38,7% para a física e 13,0% a 44,0% para a psicológica.⁷⁹ Estes dados são consistentes com a ideia de que a VPI é mais frequente em populações onde a desigualdade de gênero está sustentada por normas sociais e culturais e onde a punição da mulher é aceita como uma prerrogativa do parceiro, o que ocorre, frequentemente, na América Latina.⁸⁰ No Brasil, autores de um estudo desenvolvido em Recife evidenciaram que 30,7% das participantes estiveram em situação de VPI, durante o período gestacional.⁸¹ Ademais, os resultados de uma investigação realizada no mesmo serviço de saúde onde ocorreu a presente pesquisa revelaram que 19,6% das participantes sofreram algum tipo de agressão pelo parceiro íntimo, durante a gestação.⁸²

Esses números sugerem que a VPI, durante a gravidez, é mais comum que algumas patologias maternas reconhecidas e rastreadas durante a assistência pré-natal, como pré-eclâmpsia e diabetes gestacional.⁷⁵ Assim, os profissionais de saúde que oferecem cuidados pré-natais às mulheres ocupam uma posição privilegiada, na medida em que são, muitas vezes, o primeiro e/ou

único ponto de contato das vítimas.^{3,72,75} Este contato frequente e contínuo propicia o estabelecimento de laços de vínculo e confiança entre o profissional e a mulher, favorecendo a abordagem de assuntos embaraçosos, como a violência.⁸³ Ademais, algumas características e circunstâncias podem alertar os profissionais quanto à presença de uma provável situação de VPI ou do risco para sua ocorrência.⁸⁴ Durante o pré-natal, é possível realizar ações de promoção da saúde e prevenção primária, bem como de monitoramento e tratamento dos resultados adversos da VPI,⁸³ o que contribui para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) números três, quatro e cinco, referentes à promoção da igualdade de gênero, à valorização e ao empoderamento das mulheres, à redução da mortalidade infantil e à melhora da saúde das gestantes.^{72,85}

Neste contexto, o ciclo grávido-puerperal, frequentemente visto como um período de bem-estar emocional, pode, também, representar um momento de estresse. Situações estressoras são disparadoras de alterações emocionais ou transtornos mentais,⁸⁶⁻⁸⁸ os quais se configuram como os problemas de saúde mais comuns associados à gravidez.⁸⁹⁻⁹² Assim a VPI é considerada um estressor para muitas mulheres⁸³ e contribui significativamente para a ocorrência de transtorno depressivo,^{89,93-99} transtornos de ansiedade,^{88,97-98} TEPT^{88,100-101} e ideação suicida⁹⁶ no período gestacional, os quais associam-se a efeitos adversos para o feto, a criança e a mulher.^{88,102-104} Por esta razão, obter informações precisas sobre o estado de saúde mental das mulheres, durante a gravidez, é uma necessidade urgente e tem ganhado cada vez mais atenção na prática clínica.^{88,105}

2.4 Transtorno depressivo

O transtorno depressivo não especificado ou depressão menor caracteriza-se pela presença de humor deprimido ou anedonia por um período de, no mínimo, duas semanas, durante as quais o indivíduo deve experimentar entre dois e quatro dos seguintes sintomas: alterações do apetite, do peso e dos padrões de sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa e ideação suicida recorrente.¹⁰⁶ Já a depressão maior é uma doença grave relacionada à diminuição do padrão funcional e da qualidade de vida¹⁰⁷ e exige que a pessoa tenha, por no mínimo duas semanas, cinco ou mais sintomas depressivos, presentes por mais da metade dos dias, com pelo menos um destes sintomas sendo humor deprimido ou anedonia.¹⁰⁷ A prevalência deste transtorno é de, aproximadamente, 14,0% nos países desenvolvidos e de 11,0% naqueles em desenvolvimento. Especificamente no Brasil, a depressão maior afeta 18,4% da população.¹⁰⁸

Trata-se de um transtorno duas vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens e que, geralmente, se inicia na segunda década de vida. Portanto, mulheres em idade fértil são,

especialmente, vulneráveis ao desenvolvimento da depressão maior,¹⁰⁸⁻¹¹⁰ com uma prevalência estimada de 22,0%, segundo a OMS.¹¹¹

Neste contexto, a depressão materna ou perinatal refere-se aos episódios de depressão durante a gestação (depressão pré-natal) ou nos primeiros doze meses após o parto (depressão pós-parto).¹¹² Seus sinais e sintomas assemelham-se àqueles da depressão na população em geral. Até o momento não existem critérios diagnósticos específicos para a depressão perinatal, e o diagnóstico baseia-se no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4a edição – Texto revisado (DSM-IV-TR).¹¹³ No presente estudo, utilizamos a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) que aborda a intensidade dos sintomas depressivos nos últimos sete dias e, portanto, não fornece o diagnóstico clínico de depressão maior ou menor.¹¹⁴ Portanto, identificamos sintomas de depressão pré-natal e não o transtorno depressivo, distinção importante, na medida em que é improvável que a remissão da depressão maior ocorra sem tratamento.⁹⁴

Apesar de as pesquisas sobre depressão perinatal concentrarem-se no período pós-parto, a depressão pré-natal^{113,115} tem sido, atualmente, reconhecida pelos seus efeitos negativos na saúde do binômio mãe-filho, os quais podem ser agravados pelas mudanças sociais e hormonais impostas à vida da mulher, durante a gestação.^{111,116} Ademais, a depressão pré-natal é o transtorno mental mais comum durante a gravidez¹¹⁷⁻¹¹⁸ e o principal fator de risco para a depressão pós-parto.¹¹⁹⁻¹²¹ No Brasil, autores de investigações, desenvolvidas nos Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, encontraram que 19,6%¹²² e 20,5%¹²⁰ das participantes, respectivamente, apresentaram indicativo da presença de depressão pré-natal. Na Europa, resultados de uma pesquisa realizada com 1.719 gestantes revelaram uma prevalência de provável transtorno depressivo, durante a gestação, de 17,2%.¹¹⁶

O transtorno depressivo e/ou a sintomatologia depressiva no período gestacional, apesar de frequentes, permanecem subidentificados.^{88,123} Neste sentido, conhecer seus fatores de risco facilitará, aos profissionais de saúde, a identificação de mulheres com maiores chances de desenvolver esta condição, contribuindo para sua prevenção primária e das suas repercussões negativas para a saúde do binômio.¹²³ Dentre os preditores da sintomatologia depressiva pré-natal, destacamos: a presença de ansiedade na gravidez e de estresse ao longo da vida; o histórico de depressão maior; condições médicas crônicas; a ausência de suporte social da família e do parceiro íntimo; a baixa qualidade do relacionamento com o parceiro; a experiência de eventos de vida estressantes no ano anterior; viver ou ter vivido em situação de VPI; idade; etnia negra; baixa renda; baixa escolaridade; desemprego; hábito de fumar; consumo de bebidas alcoólicas; uso de drogas ilícitas; não coabitar com o companheiro; história de abortos e natimortos; gestação não planejada; gestação não desejada e maior número de filhos.^{94-96,116,122-125}

Podemos observar que fatores sociais, culturais e relacionais contribuem para a manifestação de sintomas depressivos na gravidez. Assim, enfatizamos que, além da VPI ocorrida ao longo da vida, aquela que acontece durante o período gestacional também é considerada um fator de risco para a depressão pré-natal, como indicam os resultados de estudos realizados na América do Norte,⁹⁴⁻⁹⁵ Canadá,⁹³ Ásia,⁹⁶ Reino Unido⁹⁹ e África.⁹⁷

2.5 Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

O TEPT é um transtorno de ansiedade, caracterizado por uma reação de medo intenso, impotência ou horror quando uma pessoa vivencia, testemunha ou é confrontada com eventos estressores que envolvam morte, lesão grave, ameaça à integridade física, comunicado sobre morte inesperada ou violenta, ou diagnóstico de doença grave com risco de morte (critério A para o diagnóstico). Não é o resultado fisiológico de outra condição médica, medicamentos, drogas ou álcool. Os eventos traumáticos incluem, mas não se limitam a combates militares, violência interpessoal, sequestros, ataques terroristas, torturas, encarceramento, desastres naturais ou causados pelo homem, acidentes automobilísticos ou diagnóstico de doença grave.¹⁰⁶

Neste transtorno mental, a pessoa revive o evento traumático repetidas vezes, quando exposta a indícios internos ou externos que o simbolizam ou o relembram. Estas lembranças são revividas por meio de sintomas divididos em três grupos, quais sejam: i. revivescências persistentes do evento traumático (critério B: recordações aflitivas, sonhos, *flashbacks*, pensamentos recorrentes, sintomas físicos, etc.); ii. comportamento evitativo ou entorpecimento emocional (critério C: evitar estímulos associados ao trauma, como pensamentos, sentimentos, conversas, atividades, situações ou pessoas; lapsos de memória; desesperança quanto ao futuro, etc.); e iii. hiperexcitabilidade (critério D: insônia, hipervigilância, resposta de sobressalto, irritabilidade, raiva, dificuldade de concentração, etc.). O quadro sintomático deve ocorrer após a exposição a um evento estressor, estar presente por mais de um mês e causar sofrimento clinicamente significativo e/ou prejuízos social, ocupacional ou em outras áreas funcionais da vida do indivíduo.¹⁰⁶ O diagnóstico do TEPT é feito por meio de entrevista clínica com profissional especializado. Diante disso, os dados de prevalência evidenciados no presente estudo referem-se aos sintomas sugestivos da presença do transtorno, com base no instrumento *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C) que não permite o diagnóstico definitivo do TEPT.

Apesar de as mulheres estarem menos expostas a eventos traumáticos ao longo da vida, elas apresentam um risco duas vezes maior do que os homens de desenvolver TEPT, mesmo em situações

ou experiências estressantes similares.¹²⁶⁻¹²⁸ Estima-se que este transtorno mental afete entre 12,3% e 20,2% das mulheres em geral¹²⁹⁻¹³⁰ e, aproximadamente, 8,0%, durante a gestação.^{105,129}

As comorbidades são comuns, e mulheres com TEPT têm cinco vezes mais chances de ter um episódio depressivo maior e três vezes mais chances de apresentar transtorno de ansiedade generalizada. Com a sobreposição destes sintomas, o diagnóstico ou rastreamento do TEPT pelos profissionais de saúde inseridos na assistência pré-natal pode ser dificultado.¹⁰⁵ Estes devem estar atentos e sensíveis aos sintomas apresentados pelas gestantes durante as consultas¹³¹ e conscientes quanto aos fatores de risco para o TEPT durante a gravidez, para que possam atuar na sua prevenção e de seus efeitos adversos à saúde da mulher, do feto e da criança. Tais informações são fundamentais para a compreensão do perfil da mulher mais propensa ao desenvolvimento deste transtorno.¹²⁹ Assim, o risco para desenvolver TEPT é maior entre mulheres adolescentes, de baixa renda, com 11 anos de escolaridade ou menos, usuárias de drogas lícitas e/ou ilícitas, que não vivem com um parceiro, que tiveram abortos anteriores e que vivenciaram múltiplos eventos traumáticos, incluindo a experiência de VPI.^{105,129,132-134}

Dessa forma, para as mulheres, a maioria dos eventos traumáticos subjacentes aos sintomas de TEPT envolve violência interpessoal, como agressão física ou sexual, abuso sexual na infância, ameaças com uso de armas ou VPI.¹³⁵ Destacamos que o TEPT afeta entre 33,0% e 83,0% das mulheres em situação de VPI ao longo da vida¹³⁶ e 9,0%, durante a gestação.¹³⁷ Ademais, as três naturezas de atos violentos perpetrados pelo parceiro íntimo contra a mulher (psicológica, física e sexual) têm sido associadas à ocorrência dos sintomas de TEPT.^{56,100,131,138,139}

Investigações nesta área têm crescido devido à necessidade de desenvolver estratégias e intervenções que impeçam tanto as consequências físicas óbvias do abuso quanto as repercussões na saúde mental das mulheres.¹³⁴ No entanto, encontramos apenas dois estudos internacionais que investigaram a associação entre TEPT e VPI, ambos ocorridos durante o período gestacional.

Apesar dessas limitações, o TEPT é comum o suficiente para se tornar uma preocupação na prática obstétrica, principalmente porque seus sintomas podem afetar direta ou indiretamente os resultados natais e pós-natais.¹⁰⁵

2.6 Ideação suicida

O suicídio e as lesões autoinfligidas são as principais causas de morte e incapacidade para as mulheres, durante o ciclo grávido-puerperal,¹⁴⁰⁻¹⁴¹ e estão relacionados, especialmente nos países em desenvolvimento, às normas e aos valores socioculturais, como a desigualdade de gênero.¹⁴² Seu

principal precursor é a ideação suicida ou pensamentos de morte, cuja prevalência é de 9,0% na população em geral¹⁴³⁻¹⁴⁴ e varia entre 2,7% e 12,0% em mulheres grávidas,¹⁴⁵⁻¹⁴⁶ sendo mais comum do que as tentativas de suicídio, o suicídio e as lesões autoinfligidas.⁹⁶ No Brasil, a prevalência de ideação suicida encontrada em gestantes em acompanhamento pré-natal, nas unidades de atenção primária do município de São Paulo, foi de 6,3%.¹⁴⁴ Apesar de as taxas serem menores no período gestacional, o suicídio neste período é caracterizado pelo uso de métodos violentos, o que sugere a presença de elevado nível intencional e sofrimento intenso.¹⁴⁷

O comportamento suicida, no período perinatal, é um problema de saúde pública e está entre as principais causas de morte materna.¹⁴⁸ Especificamente, durante a gestação, a ideação suicida apresenta riscos adicionais, na medida em que o potencial para dano se estende ao feto.¹⁴³ Apesar de o rastreamento para ideação suicida ser raro durante o período gestacional, a compreensão, pelos profissionais de saúde, dos fatores associados ao problema, facilita sua abordagem e a prevenção das tentativas de suicídio e/ou do suicídio.¹⁴⁵ Destarte, estudos anteriores revelaram que possuir baixa renda e baixo nível escolar, ser tabagista, não viver com um companheiro durante a gestação, ter uma gravidez não planejada, apresentar histórico de tratamento psiquiátrico, ansiedade, depressão pré-natal e/ou transtornos mentais comuns, e ter sido vítima de VPI são fatores associados à ideação suicida, durante a gestação.^{144, 149-152}

Neste contexto, destacamos que a VPI e a presença de transtorno depressivo configuram-se como os principais fatores de risco para a ideação suicida.^{54, 143, 145} Autores demonstram que a depressão é um mediador entre a VPI e a ideação suicida, o que em outras palavras quer dizer que o abuso leva ao aparecimento de sintomas depressivos que, por sua vez, suscitam as ideias de morte.⁵⁴ Assim, intervenções direcionadas à violência perpetrada pelo parceiro contribuem para a redução de ambos os transtornos.⁵⁴

Apesar de estarem sobrepostas, a depressão e a ideação suicida são fenômenos distintos, o que reforça a necessidade de investigá-las separadamente, para melhor determinar a magnitude da ideação suicida, durante a gestação e, conseqüentemente, prevenir os riscos imprimidos ao binômio mãe-filho.¹⁴⁵ Entretanto, apesar desta constatação, pouco tem sido estudado e pesquisado sobre o tema nos países em desenvolvimento, especialmente no Brasil.¹⁴²

2.7 Transtornos de ansiedade

Os transtornos de ansiedade são os transtornos mentais mais frequentes na população em geral¹⁵³ e afetam, aproximadamente, 30,0% das mulheres, ao longo da vida.¹⁵⁴ Os sintomas ansiosos

ocorrem em todas as idades e são, relativamente, comuns em determinados períodos, como o ciclo grávido-puerperal, momento que envolve mudanças e adaptações psicológicas e sociais na vida das mulheres.¹⁵⁵ A sintomatologia ansiosa no período gestacional divide-se em três dimensões: i. fisiológica (taquicardia, insônia, sudorese, xerostomia, náuseas, vômitos, diarreia, tremores, inquietação motora, taquipneia, alterações na pressão arterial, calafrios, cefaleia, midríase, etc.); ii. emocional (impotência, choro, nervosismo, perda de controle, irritabilidade, impaciência, tensão, falta de autoconfiança, insatisfação, inquietude, insegurança, medo, etc.); e iii. cognitiva (desconcentração, esquecimento, desatenção, etc.).¹⁵⁶⁻¹⁵⁸

A ansiedade durante a gestação é, especialmente, prejudicial para a mulher, para o feto e para o cônjuge, sendo fator de risco para parto pré-termo, baixo peso ao nascer,¹⁵⁹ complicações obstétricas, náuseas e/ou vômitos, cesáreas planejadas¹⁶⁰ e depressão pós-parto.¹⁶¹ Portanto, investigações sobre a ansiedade pré-natal são necessárias.¹⁶²

A prevalência de sintomas ansiosos, no período gestacional, varia entre 10,1% e 75,6%.^{122,163-168} Esta variação encontrada entre os estudos pode estar relacionada a fatores socioeconômicos e psicossociais ou a fatores metodológicos, como o uso de diferentes medidas de ansiedade e diferentes pontos de corte em ferramentas de rastreio.¹⁶² Ademais, as taxas podem variar conforme os momentos de avaliação, na medida em que os níveis de ansiedade tendem a ser maiores no primeiro e terceiro trimestres, quando comparados ao segundo trimestre.^{165,169} Maiores prevalências de sintomas ansiosos têm sido relatadas em países em desenvolvimento.^{98,122} No Brasil, especificamente no município de Osasco, no Estado de São Paulo, as prevalências de sintomas de ansiedade-traço e estado na gestação, obtidos por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), foram de 45,3% e 59,5%, respectivamente. Este instrumento, que não permite o diagnóstico clínico de ansiedade, foi utilizado no presente estudo para estimar os níveis de sintomas ansiosos das participantes, por meio de escores, os quais também foram calculados no estudo de Osasco: 43,5 para ansiedade-estado e 40,8 para ansiedade-traço.¹²² Neste contexto, enquanto a ansiedade-estado é considerada um estado emocional transitório, a ansiedade-traço está relacionada às características individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade.¹⁷⁰

Diante das altas prevalências e das repercussões dos sintomas ansiosos na saúde do binômio mãe-filho, torna-se premente o entendimento, pelos profissionais de saúde, dos sintomas e dos fatores de risco associados a este transtorno mental,¹⁶² para que ações de prevenção primária, detecção e tratamento possam ser implementadas.¹⁷¹ Assim, a partir dos poucos estudos que investigaram esta questão, encontramos que a menor idade, o baixo nível escolar, a baixa renda familiar, o desemprego, não morar com o parceiro íntimo, a falta de apoio social do parceiro, as dificuldades conjugais e a

experiência de VPI, antes e durante a gravidez, elevam o risco de as gestantes apresentarem sintomas ansiosos.^{98,122, 164,172-174} Além disso, a comorbidade entre ansiedade e depressão é comum e tem sido relatada durante a gravidez,¹⁶⁵ constituindo-se em um fator de risco para depressão pós-parto.¹⁷⁵

Enfatizamos que a VPI tem sido descrita como um dos principais preditores de ansiedade entre mulheres grávidas.¹⁷⁶⁻¹⁷⁷ Entretanto, poucos são os estudos que investigam a existência de associação entre este tipo de violência e os sintomas ansiosos, ambos ocorridos durante a gestação.⁹⁷⁻⁹⁸

2.8 Justificativo do estudo

Diante do exposto, podemos afirmar que os transtornos mentais no período gestacional são comuns, altamente prevalentes e, ainda, subdiagnosticados. Sua ocorrência, neste período, gera repercussões negativas para a saúde da mulher, para o desenvolvimento do feto e da criança e para o bem-estar emocional da família. Múltiplos fatores de risco estão envolvidos na gênese destes transtornos, sendo a VPI um preditor comum para a ocorrência de transtorno depressivo, TEPT, ideação suicida e transtornos de ansiedade, durante o período gestacional.

Entretanto, surpreendentemente, há uma escassez de pesquisas que investiguem a existência de associação entre a VPI e os transtornos mentais acima citados, ambos ocorridos durante a gravidez. Especificamente no Brasil, onde a perpetração da violência de gênero contra as mulheres é favorecida pelo contexto histórico do país e pelas normas socioculturais que conferem aos homens o poder de soberania e dominação nos espaços públicos e privados, não encontramos nenhum estudo que tenha abordado esta associação.^{2,178} Assim, para preencher esta lacuna e ultrapassar a fronteira do conhecimento na área, propusemos o presente estudo que identificou as repercussões da VPI, ocorrida durante a atual gestação, na saúde mental de gestantes usuárias de um serviço de atendimento pré-natal, de um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil.

Acreditamos que os resultados encontrados darão aos profissionais de saúde, aos pesquisadores e aos gestores maior visibilidade à questão da VPI, durante a gestação. Esta sensibilização contribuirá para o desenvolvimento e implementação de políticas intersetoriais e de ações concretas de prevenção primária, identificação e tratamento das mulheres em situação de VPI, durante o período gestacional, diminuindo a ocorrência dos transtornos mentais. Sob uma perspectiva mais ampla, esperamos que nossos resultados destaquem a ideia de que a VPI não é uma questão de privacidade da família ou de escolha individual, mas um problema de saúde pública que faz parte da vida cotidiana de milhões de mulheres e que, portanto, não pode ser escondida por trás de portas fechadas.

Objetivos

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 Objetivo Geral

Verificar as repercussões da VPI, ocorrida durante a atual gestação, na saúde mental de mulheres usuárias de um serviço de atendimento pré-natal.

3.2 Objetivos Específicos

- i. Identificar, entre as usuárias do serviço de pré-natal do ambulatório do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – Mater (CRSMRP-MATER), mulheres em situação de VPI, durante a atual gestação.
- ii. Identificar a prevalência dos indicativos da presença de transtorno depressivo, do diagnóstico de TEPT e da presença de ideação suicida, em gestantes, usuárias do serviço de pré-natal do ambulatório do CRSMRP-MATER.
- iii. Identificar os escores dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado de gestantes, usuárias do serviço de pré-natal do ambulatório do CRSMRP-MATER.
- iv. Verificar a existência de associação entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e os indicativos da presença de transtorno depressivo, do diagnóstico de TEPT e da presença de ideação suicida, em gestantes, usuárias do serviço de pré-natal do ambulatório do CRSMRP-MATER.
- v. Comparar os escores dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado das gestantes, usuárias do serviço de pré-natal do ambulatório do CRSMRP-MATER, em situação de VPI na atual gestação, com os daquelas que não sofreram esse tipo de violência.

Participantes e métodos

4 PARTICIPANTES E MÉTODOS

4.1 Contextualizando o estudo

Este estudo está inserido na linha de pesquisa “Assistência à saúde da mulher no ciclo vital” do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (DEMISP) da EERP-USP. As pesquisas vinculadas a esta linha visam a compreender a mulher; sua saúde nas diferentes situações vivenciadas no ciclo da vida, incluindo o período reprodutivo; e suas interações sociais, políticas e culturais. Os fundamentos teóricos da linha de pesquisa pautam-se na humanização, gênero, maternidade segura, direitos reprodutivos e na integralidade do cuidado.

Trata-se de um recorte de um projeto maior, desenvolvido em parceria interinstitucional entre o GPMS da EERP-USP e a Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP, que buscou analisar a associação entre a VPI e aspectos da saúde mental e reprodutiva de mulheres no ciclo grávido-puerperal, usuárias de serviços de saúde. Foram desenvolvidos estudos independentes, em distintas realidades e por meio de diferentes metodologias de pesquisa, mas complementares na compreensão dos reflexos da violência na saúde das mulheres.

Ressaltamos que os dados dos subprojetos desenvolvidos no município de Ribeirão Preto, São Paulo, foram coletados, em um mesmo momento, no CRSMRP-MATER. No entanto, descrevemos, a seguir, apenas os aspectos metodológicos e específicos do presente estudo.

4.2 Tipo de estudo

Estudo observacional, com delineamento transversal.

Em estudos observacionais, o pesquisador observa e mede características dos sujeitos, objetos do estudo, sem, no entanto, modificá-los. Este tipo de estudo é restrito à investigação de situações que ocorrem naturalmente¹⁷⁹ e apresenta delineamentos transversais, retrospectivos ou prospectivos.¹⁸⁰

Os estudos transversais são utilizados para estimar a frequência com que um evento ocorre em determinada população, além de seus fatores associados. Os dados são observados, medidos e coletados em um único ponto no tempo, e as informações sobre a exposição e o desfecho são obtidas simultaneamente para cada um dos participantes.^{179,181}

4.3 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido no ambulatório do CRSMRP-MATER, no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, entre maio de 2012 e maio de 2013.

Ribeirão Preto é referência regional em saúde para 26 municípios que compõem o 13º Departamento Regional de Saúde (DRS XIII) do Estado de São Paulo, abrangendo uma população estimada de 1.300.000 habitantes. Neste contexto, o CRSMRP-MATER é referência regional para os casos ginecológicos de média complexidade e realiza cerca de um terço dos partos de baixo e médio risco do Sistema Único de Saúde (SUS) no município. A oferta de serviços fica concentrada no Complexo Regulador Regional, e as mulheres são atendidas quando devidamente referenciadas.¹⁸²

A instituição é mantida com recursos orçamentários da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Estado de São Paulo e do SUS, sob administração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) com interveniência da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA). É campo para as atividades curriculares da área materno-infantil da EERP-USP e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP).¹⁸²

O atendimento oferecido no CRSMRP-MATER pauta-se em modelos multiprofissionais de assistência e se dá por meio de consultas ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos, internação, atendimentos aos partos de baixo e médio risco, internação ginecológica e obstétrica em caráter de urgência ou emergência, exames especializados e planejamento familiar. Durante o período de coleta dos dados, foram realizados no serviço 3.403 partos e 13.137 consultas de pré-natal, sendo 5.405 realizadas por enfermeiras.¹⁸²

O CRSMRP-MATER está integrado ao “Projeto Nascer”, criado em 1999 pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, com o objetivo de superar as dificuldades de acesso às maternidades. O projeto preconiza que o acompanhamento pré-natal aconteça na atenção primária até a 36ª semana de gestação e, posteriormente, nos hospitais da rede pública, até o final do ciclo grávido-puerperal. Assim, as ações a serem desenvolvidas no CRSMRP-MATER e em todos os hospitais integrantes são: i. acompanhamento pré-natal das gestantes, encaminhadas da atenção primária, a partir da 36ª semana de gestação, conforme regionalização; ii. garantia de internação das parturientes e encaminhamento a outra maternidade, caso não haja vagas disponíveis; e iii. atendimento às urgências obstétricas.¹⁸³⁻¹⁸⁴ A referência hospitalar propiciou a integração entre o pré-natal, parto e pós-parto e permitiu que as gestantes conheçam o local onde irão parir e o momento em que serão avaliadas pela equipe hospitalar.¹⁸⁵

4.4 Participantes do estudo

4.4.1 População de referência

Gestantes, a partir da 36ª semana de gestação, em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER.

4.4.2 Critérios de inclusão

- i. gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, entre maio de 2012 e maio de 2013;
- ii. gestantes com idade entre 15 e 49 anos;
- iii. gestantes que tinham ou haviam tido relacionamento com parceiro íntimo na atual gravidez^c;
- iv. gestantes residentes no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil;
- v. gestantes orientadas quanto ao tempo, espaço e pessoa.

4.4.3 Processo de amostragem

A amostra foi obtida pelo processo de amostragem aleatória sistemática.

Para o cálculo do tamanho amostral, consideramos uma população finita de 1.600 gestantes, a prevalência de 20,0% de depressão pré-natal, baseada na literatura científica nacional,^{120,122} e uma precisão de 4,0% para uma estimativa com 95,0% de confiança. Com base nesses dados e empregando-se o aplicativo *Power Analysis and Sample Size* (PASS), versão 2002 para *Windows*, a amostra necessária para o estudo foi de 358 gestantes. Estimando 15,0% de perdas na grade de amostragem, o tamanho amostral final foi de 422 gestantes.

A primeira unidade amostral foi obtida por sorteio no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), e as demais foram selecionadas em intervalos de amostragem (k) constantes de quatro unidades.

4.5 Instrumentos de coleta dos dados

^c Diante deste critério, o parceiro íntimo considerado no estudo foi o atual companheiro ou o companheiro mais recente durante a atual gestação.

Para a coleta dos dados dos subprojetos desenvolvidos em Ribeirão Preto, São Paulo, utilizamos um *booklet* contendo 12 instrumentos. Destes, sete foram utilizados no presente estudo e estão descritos, a seguir, conforme sua ordem de aplicação.

- i. **Instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e comportamental** (APÊNDICE A): possui 14 questões estruturadas e foi elaborado com base em experiências prévias dos pesquisadores e cotejado com a literatura científica nacional e internacional. A versão final foi submetida à validação de conteúdo e aparência por três juízes especialistas na área que, após serem informados sobre os objetivos da pesquisa e aceitarem participar da validação, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). As sugestões foram analisadas, e o instrumento foi ajustado, de acordo com a apreciação dos especialistas. O Comitê de Juízes julgou a abrangência das questões, sua representatividade, conteúdo e pertinência quanto às características a serem avaliadas. As variáveis sociodemográficas e econômicas abordadas no instrumento foram: data de nascimento; cor autorreferida; escolaridade; religião; ocupação; estado civil; estado marital; tempo de relacionamento; renda familiar mensal; e provedor da família. As variáveis comportamentais foram: hábito de fumar; consumo de bebidas alcoólicas; uso de drogas ilícitas; e número de cigarros fumados diariamente.
- ii. **Instrumento de caracterização obstétrica** (APÊNDICE C): possui seis questões estruturadas e foi elaborado e validado da mesma forma que o instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e comportamental. As variáveis obstétricas abordadas neste instrumento foram: número de gestações; número de partos; número de abortos; número de filhos vivos; gestação atual desejada; e gestação atual planejada.
- iii. **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** (ANEXO A): instrumento de domínio público e validado no Brasil.¹¹⁴ Foi desenvolvido, em 1987, na Grã-Bretanha, sendo amplamente utilizado para o rastreio da depressão pós-parto na comunidade, em ambientes clínicos e em pesquisas, devido à sua facilidade e rapidez de aplicação. Trata-se de escala tipicamente autoaplicável, composta por dez itens que avaliam o *status* psicológico da mulher, nos últimos sete dias. Cada item possui quatro possibilidades de respostas, cujo escore varia de zero a três pontos, conforme a gradação dos sintomas

avaliados: humor deprimido ou disfórico, perda do prazer, diminuição do desempenho, culpa, ideias de morte, suicídio e distúrbios do sono. A somatória dos pontos de cada questão perfaz um escore de, no mínimo, zero e, no máximo, 30.^{114,186} Apesar de originalmente desenvolvida para o rastreamento da depressão pós-parto, o uso da EPDS para identificar sintomas depressivos, durante a gestação, foi validado em outros países¹⁸⁷⁻¹⁹³ e tem sido cada vez mais adotado^{119-120,165,194-209} na medida em que não existem escalas desenhadas, especificamente, para o rastreio de transtornos depressivos neste período.⁸⁷ No presente estudo, não utilizamos os pontos de corte adotados nestas validações, dada a evidência de que pontuações diferentes são ideais e/ou necessárias para diferentes culturas.²¹⁰ Assim, de acordo com a validação da EPDS no Brasil, para o uso no pós-parto, consideramos, com o indicativo da presença de transtorno depressivo gestacional, a participante que obteve um escore igual ou superior a 12 pontos.¹¹⁴ O uso da EPDS em outras populações, que não mulheres no período pós-parto, gerou uma nova denominação para o instrumento: *Edinburgh Depression Scale* (EDS).²¹¹

- iv. **Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)** (ANEXO B): instrumento validado no Brasil, autoaplicável e de domínio público.²¹²⁻²¹³ Esta versão foi, especificamente, desenvolvida para a população civil com o intuito de avaliar as consequências de diversos tipos de experiências traumáticas. Baseia-se nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR. Durante sua aplicação, o indivíduo deve responder a 17 itens que mensuram o quanto ele tem sido perturbado, no último mês, por problemas e queixas relacionados a experiências de vida estressantes. Cada item apresenta uma escala *Likert* de gravidade que varia de um a cinco pontos (1=nada, 2=um pouco, 3=médio, 4=bastante, 5=muito). O indicativo do diagnóstico de TEPT é confirmado quando a pessoa apresenta, além do critério A do DSM-IV-TR, um sintoma clinicamente significativo do critério B (cinco primeiros itens), três do C (itens seis a 12) e dois do D (itens 13 a 17). O instrumento considera como sintoma clinicamente significativo um escore maior ou igual a três (médio), em um dos 17 itens.²¹²⁻²¹⁵
- v. **Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)** (ANEXO C): instrumento validado no Brasil,²¹⁶ autoaplicável e de domínio público, que visa a identificar a presença de ideação suicida na população.²¹⁷ A BSI é composta por 21 itens pontuados em escala de zero a dois. Foi estruturada de forma a permitir que os cinco primeiros itens possam ser usados como

triagem da ideação suicida. Assim, se a resposta do examinado às questões quatro (ideação suicida ativa - verifica o desejo de se matar) ou cinco (ideação suicida passiva - verifica a atitude frente a uma suposta situação de risco de vida) que detectam a presença da ideação suicida, for diferente de zero, ele é considerado com indicativo da presença de ideação suicida. Caso contrário, ele deve pular imediatamente para o item 20 que identifica a ocorrência de tentativas anteriores de suicídio, não respondendo aos itens seis a 19 que se referem aos planos e atitudes, quando há uma intenção suicida subjacente. O item 21 avalia o desejo, do indivíduo, de morrer durante a última tentativa, devendo ser respondido somente por sujeitos com história pregressa de tentativa de suicídio.²¹⁶⁻²²⁰

- vi. **Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE):** instrumento de domínio público e validado no Brasil.²²¹⁻²²² É composto por duas escalas autoaplicáveis que medem dois conceitos distintos de ansiedade: ansiedade-estado e ansiedade-traço.¹⁷⁰ Cada escala contém 20 itens com quatro alternativas de respostas, cujos valores variam de um a quatro pontos. A somatória dos pontos de cada questão perfaz um escore de, no mínimo, 20 e, no máximo, 80, em cada escala. Quanto maior a pontuação, maior a chance de o indivíduo apresentar ansiedade. A IDATE-Estado (ANEXO D) avalia como o indivíduo se sente no momento da entrevista e tem as seguintes opções de resposta: 1=não; 2=pouco; 3=bastante; 4=muito. Já a IDATE-Traço (ANEXO E) avalia como a pessoa geralmente se sente, sendo as respostas: 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=frequentemente; 4=quase sempre.²²³ Para evitar a influência da “tendência à aquiescência” nas respostas, alguns itens são pontuados inversamente, ou seja, as respostas marcadas com 1, 2, 3 ou 4 recebem os valores 4, 3, 2 ou 1, respectivamente. Na IDATE-Estado, dez itens são computados desta maneira (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20) e, na IDATE-Traço, temos sete itens invertidos (1, 6, 7, 10, 13, 16, 19). Este instrumento tem sido amplamente utilizado em pesquisas sobre ansiedade, inclusive durante o pré-natal e o pós-parto.^{122,161,163,165,173,224-230}
- vii. **Instrumento de identificação e caracterização da violência (ANEXO F):** adaptado da versão original validada no Brasil para o estudo multipaíses “*World Health Organization Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence Against Women*” sobre violência psicológica, física e sexual perpetrada por parceiros íntimos contra mulheres, em diferentes contextos sociais.^{33,35,38,231-232} É um instrumento relativamente curto,

abrangente, e sua formulação em perguntas precisas, com itens enunciados em forma de atos específicos e concretos de agressão, permite clareza na indagação da pergunta e melhor operacionalização do estudo. Em geral, há uma boa consistência interna entre os itens, indicando que o instrumento apresenta uma medida confiável e válida para cada um dos tipos de violência.^{35,232} O instrumento original aborda a natureza dos atos violentos (psicológica, física e sexual), o período de ocorrência (alguma vez na vida e nos últimos doze meses), sua frequência (uma, poucas ou muitas vezes) e gravidade (moderada ou grave). Adicionalmente, identifica comportamentos controladores dos companheiros e a violência contra a mulher perpetrada por outras pessoas que não o parceiro íntimo.^{33,35} Sua adaptação, no Brasil, manteve o período de ocorrência dos atos violentos, porém excluiu, adicionou e modificou questões.²³³ Esta nova versão foi, posteriormente, adaptada e validada com gestantes atendidas no CRSMRP-MATER, mantendo a estrutura e o conteúdo, porém investigando a violência ao longo da vida e durante a atual gestação.⁸² Assim, no presente estudo, utilizamos esta última versão, a qual mostrou-se adequada aos objetivos propostos.

Os instrumentos EPDS, PCL-C, BSI e IDATE não diagnosticam os transtornos mentais estudados. Os três primeiros são utilizados para o rastreamento dos indicativos da presença de transtorno depressivo, do diagnóstico de TEPT e da presença de ideação suicida, respectivamente; e o IDATE mede o escore dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado.

No Brasil, dado o contexto dos serviços de saúde, esta situação, associada ao fato de que os instrumentos podem ser aplicados por profissionais de saúde sem especialização em saúde mental (médicos, enfermeiros, obstetrizas, assistentes sociais, etc.), tem particular importância, na medida em que a detecção dos prováveis casos otimizará seu encaminhamento aos profissionais especializados para a efetivação do diagnóstico clínico. Destacamos, ainda, que esses instrumentos, tipicamente autoaplicáveis, foram aplicados verbalmente pelas entrevistadoras devido à falta de familiaridade das participantes com este tipo de ferramenta.

4.6 Treinamento e estudo-piloto

Para o trabalho de campo, foram selecionadas seis entrevistadoras vinculadas à EERP-USP: uma doutoranda e três mestrandas do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública,

uma bolsista de iniciação científica, aluna do Curso de Bacharel em Enfermagem, e uma aluna do Curso de Bacharel e Licenciatura em Enfermagem.

Na primeira quinzena do mês de abril de 2012, realizamos um treinamento para operacionalizar a coleta dos dados e evitar vieses entre as entrevistadoras. Nesse momento, fomos instruídas e avaliadas quanto à aplicação dos instrumentos e quanto ao processo de seleção e recrutamento das participantes. As dúvidas e dificuldades foram esclarecidas pelas pesquisadoras responsáveis.

O estudo-piloto foi realizado na segunda quinzena do mês de abril de 2012, com o objetivo de definir a operacionalização da coleta dos dados, identificar dificuldades e aperfeiçoar a aplicação dos instrumentos. Para tanto, entrevistamos 14 gestantes que estavam passando por sua segunda consulta de pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER. Nesse momento, seguimos os critérios adotados para o estudo e respeitamos os aspectos éticos relativos às pesquisas com seres humanos. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 minutos.

O teste-piloto permitiu-nos vislumbrar a necessidade de alguns ajustes metodológicos e operacionais no estudo, como:

- i. Realização da coleta dos dados no dia da primeira consulta de pré-natal da gestante no ambulatório do CRSMRP-MATER: inicialmente, o convite para participar da pesquisa seria feito no dia da primeira consulta e a entrevista no dia da segunda consulta (em torno de 37 semanas de gestação), pois entendemos que a mulher estaria familiarizada com o ambiente e a equipe. No entanto, a partir de fevereiro de 2012, por motivos intrínsecos ao serviço, o ambulatório passou a atender ao público somente no período matutino, gerando uma demanda reprimida de gestantes, a partir da 36ª semana, na atenção primária. Assim, algumas participantes eram referenciadas para o CRSMRP-MATER com 39/40 semanas de gestação e tinham seus partos antes da segunda consulta de pré-natal, o que gerou perdas na grade de amostragem do estudo.
- ii. Convite para participar do estudo: durante o estudo-piloto, o convite foi feito na sala de pré-consulta. Entretanto, devido à presença de outros profissionais neste local, tornou-se viável realizá-lo em local privativo.
- iii. Novo treinamento com as entrevistadoras para esclarecer dúvidas e dificuldades relacionadas à aplicação dos instrumentos e ao recrutamento das participantes.

4.7 Procedimentos para coleta dos dados

Os dados foram coletados no dia da primeira consulta de pré-natal das gestantes, no ambulatório do CRSMRP-MATER, a partir da 36ª semana de gestação.

Ressaltamos que, diariamente, foram escaladas duas entrevistadoras para o trabalho de campo, sendo uma responsável pela seleção e recrutamento das participantes e outra pelas entrevistas.

As entrevistas aconteceram em dias úteis, no período matutino, em uma sala privativa disponibilizada, exclusivamente, para as entrevistadoras e sem a presença dos acompanhantes.

Finalizados os procedimentos de rotina na sala de pré-consulta (aferição de peso, altura e sinais vitais), as gestantes elegíveis, conforme o intervalo de amostragem e os critérios de inclusão, eram encaminhadas para a sala de entrevistas e convidadas a participar do estudo, após receberem esclarecimentos sobre sua natureza e objetivos. Aquelas que aceitaram participar, formalizaram sua anuência por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE D) ou do Termo de Assentimento (APÊNDICE E). Nesse momento, eram aplicados os instrumentos de caracterização sociodemográfica, econômica, comportamental e obstétrica e os de saúde mental, pois as informações recebidas durante as consultas de pré-natal poderiam desencadear sentimentos e reações nas gestantes que poderiam interferir nas respostas a estes últimos.

Conforme a rotina do serviço, e respeitando-se a vontade das participantes, após encerradas a consulta e as atividades no ambulatório, elas eram, novamente, encaminhadas à sala de pesquisa para o término da entrevista. Nesse momento, era aplicado o instrumento de identificação e caracterização da violência. A duração total média das entrevistas foi de 20 minutos.

A violência é reconhecida como uma questão altamente sensível. Por esta razão, aplicamos o instrumento de identificação e caracterização da violência ao final da entrevista. Esta opção visou a facilitar a revelação das experiências de violência pelas mulheres.³⁵ Além disso, durante a coleta dos dados as entrevistadoras não demonstraram reações ou julgamentos subjetivos em relação às respostas das gestantes.

4.8 Variáveis do estudo

4.8.1 Variáveis desfecho

4.8.1.1. Variável desfecho primária

- **Indicativo da presença de transtorno depressivo:** consideramos a participante com este indicativo, quando a somatória dos pontos de cada um dos dez itens da EPDS perfeitamente um escore maior ou igual a 12 pontos. Variável dicotômica: “sim”; “não”.

4.8.1.2. Variáveis desfecho secundárias

- **Escore da participante na IDATE-Estado:** somatória dos pontos da participante em cada um dos 20 itens da IDATE-Estado. Esta variável foi tratada de forma contínua.
- **Escore da participante na IDATE-Traço:** somatória dos pontos da participante em cada um dos 20 itens da IDATE-Traço. Esta variável foi tratada de forma contínua.
- **Indicativo do diagnóstico de TEPT:** consideramos a participante com este indicativo, quando ela apresentou o critério A do DSM-IV-TR, um sintoma clinicamente significativo do critério B, três do C e dois do D no PCL-C. Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Indicativo da presença de ideação suicida:** consideramos a participante com este indicativo, quando ela apresentou resposta diferente de zero às questões quatro (desejo ativo de se matar) ou cinco (desejo passivo de se matar) da BSI. Variável dicotômica: “sim”; “não”.

4.8.2 Variáveis preditoras

4.8.2.1 Variável preditora principal

- **Violência geral por parceiro íntimo, durante a atual gestação:** agrupamos as três naturezas de atos violentos cometidos pelo parceiro íntimo (psicológica, física e sexual) em uma única variável, denominada “Violência geral por parceiro íntimo”.³⁶ Esta variável foi criada a partir das respostas positivas da participante a qualquer uma das três naturezas de atos violentos. Variável dicotômica: “sim”; “não”.

4.8.2.2 Variáveis preditoras de ajuste

4.8.2.2.1 Para transtorno depressivo

- **Estado marital:** para o modelo de regressão logística múltipla, esta variável foi classificada em duas categorias: “vive com o parceiro”; “não vive com o parceiro”.

- **Trabalho remunerado:** verificou se a participante possuía trabalho remunerado no momento da entrevista. Para o modelo de regressão logística múltipla, esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.
- **Uso de drogas lícitas ou ilícitas pela participante:** consumo de cigarros, bebidas alcoólicas e/ou uso de drogas ilícitas pela participante, durante a atual gestação. Para o modelo de regressão logística múltipla, esta variável foi classificada em duas categorias: “sim”; “não”.
- **Gestação planejada:** verificou se a participante planejou a atual gestação. Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Idade da participante:** em anos completos. Calculada a partir da data de nascimento e da data da entrevista. Foi inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **Renda familiar mensal:** em salários-mínimos. Soma dos rendimentos mensais dos componentes da família no mês que antecedeu à entrevista, segundo informações da participante. O salário-mínimo de referência para o ano de 2012 foi de R\$622,00 e para o ano de 2013 de R\$678,00. Foi inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **Número de filhos:** número de filhos vivos da participante. Foi inserido no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.

4.8.2.2.2 Para transtorno de estresse pós-traumático

- **Estado marital:** idem ao item 4.8.2.2.1.
- **Uso de drogas lícitas ou ilícitas pela participante:** idem ao item 4.8.2.2.1.
- **Idade da participante:** idem ao item 4.8.2.2.1.
- **Renda familiar mensal:** idem ao item 4.8.2.2.1.

4.8.2.2.3 Para ideação suicida

- **Estado marital:** idem ao item 4.8.2.2.1.
- **Gestação planejada:** idem ao item 4.8.2.2.1.
- **Uso de drogas lícitas ou ilícitas pela participante:** idem ao item 4.8.2.2.1.
- **Renda familiar mensal:** idem ao item 4.8.2.2.1.

4.8.2.2.4 Para sintomas de ansiedade

- **Estado marital:** idem ao item 4.8.2.2.1.
- **Idade da participante:** idem ao item 4.8.2.2.1.
- **Escolaridade:** número de anos completos na escolaridade formal, considerando a última série concluída com aprovação. Foi inserida nos modelos de regressão linear múltipla como variável contínua.
- **Renda familiar mensal:** idem ao item 4.8.2.2.1.

4.8.3 Variáveis sociodemográficas e econômicas das participantes

- **Idade:** definida no item 4.8.2.2.1. Esta variável foi tratada de forma contínua e também classificada em quatro categorias: “15-19”; “20-29”; “30-39”; “40-49” anos de idade.
- **Cor autorreferida:** característica declarada pela participante, depois de apresentada a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): “branca”; “preta”; “amarela”; “parda”; “indígena”.
- **Escolaridade:** definida no item 4.8.2.2.1. Esta variável foi tratada de forma contínua e também classificada em quatro categorias: “não sabe”; “um-oito”; “nove-11”; “12 ou mais” anos de escolaridade formal.
- **Religião:** variável classificada em cinco categorias: “católica”; “evangélica”; “espírita”; “crê em Deus, mas não tem religião”; “outras”.
- **Estado civil:** variável classificada em quatro categorias: “solteira”; “casada”; “viúva”; “divorciada/separada”.
- **Estado marital:** variável classificada em três categorias: “mora com o parceiro”; “tem um parceiro, mas não mora com ele”; “teve um parceiro na gestação, mas não tem mais”.
- **Tempo de relacionamento:** indica o tempo, em anos completos, de relacionamento com o atual parceiro ou o parceiro mais recente, durante a atual gestação. Esta variável foi tratada de forma contínua e também classificada em quatro categorias: “Um-12”; “13-60”; “61-120”; “121-252” anos de relacionamento.
- **Ocupação:** variável classificada em cinco categorias: “desempregada”; “do lar”; “mercado formal”; “mercado informal”; “estudante”.

- **Renda familiar mensal:** definida no item 4.8.2.2.1. Esta variável foi tratada de forma contínua e também classificada em quatro categorias: “não sabe”; “um ou menos”; “dois-três”; “quatro ou mais” salários-mínimos.
- **Provedor da família:** pessoa responsável pelo sustento da família. Variável classificada em quatro categorias: “participante”; “parceiro”; “ambos”; “outros(as)”.

4.8.4 Variáveis comportamentais das participantes

- **Hábito de fumar:** consumo de cigarros, durante a atual gestação. Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Número de cigarros fumados por dia:** segundo informações da participante. Esta variável foi tratada de forma contínua.
- **Consumo de bebidas alcoólicas:** frequência do consumo de bebidas alcoólicas, durante a atual gestação. Variável classificada em cinco categorias: “não bebe”; “bebe todos ou quase todos os dias”; “bebe uma ou duas vezes/semana”; “bebe uma a três vezes/mês”; “bebe menos de uma vez/mês”.
- **Uso de drogas ilícitas:** frequência do uso de drogas ilícitas, durante a atual gestação. Variável classificada em cinco categorias: “não usa”; “usa todos ou quase todos os dias”; “usa uma ou duas vezes/semana”; “usa uma a três vezes/mês”; “usa menos de uma vez/mês”.

4.8.5 Variáveis obstétricas das participantes

- **Número de gestações:** número de gestações, incluindo a atual gestação. Esta variável foi tratada de forma contínua e também classificada em duas categorias: “primigesta”; “multigesta”.
- **Paridade:** número de partos. Esta variável foi tratada de forma contínua e também classificada em três categorias: “nulípara”; “primípara”; “múltipara”.
- **Abortos:** verificou a ocorrência prévia de abortos e sua quantidade. Não questionamos se o aborto foi induzido ou espontâneo. Esta variável foi tratada de forma contínua e também classificada em três categorias: “sim”; “não”; “primigesta”.
- **Filhos vivos:** verificou se a participante possuía filhos vivos e o número deles. Esta variável foi tratada de forma contínua e também classificada em três categorias: “sim”; “não”; “primigesta”.
- **Gestação planejada:** definida no item 4.8.2.2.1.

- **Gestação desejada:** verificou se a participante desejou a atual gestação. Variável dicotômica: “sim”; “não”.

4.8.6 Variáveis de caracterização da VPI psicológica, ocorrida durante a atual gestação

A VPI psicológica foi considerada presente quando a participante respondeu “sim” a pelo menos um dos atos violentos que caracterizaram esta natureza de violência,^{33,35,38} a saber: insultos; humilhações ou depreciações; sustos ou intimidações; e ameaças.

- **VPI psicológica, durante a atual gestação:** prevalência da VPI psicológica, durante a atual gestação. Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Frequência da VPI psicológica, durante a atual gestação:** questionamos a frequência com que cada ato violento de VPI psicológica aconteceu, durante a atual gestação (uma, poucas ou muitas vezes).^{33,35} Para o bloco VPI psicológica, consideramos a frequência “muitas vezes” quando pelo menos um item do bloco foi respondido positivamente para esta categoria; “poucas vezes” quando houve pelo menos uma resposta positiva nesta categoria e nenhuma na categoria “muitas vezes”; “uma vez” quando houve, no mínimo, uma resposta positiva nesta categoria e nenhuma nas categorias “poucas e muitas vezes”.^{77,234}
- **Gravidade da VPI psicológica, durante a atual gestação:** após uma análise preliminar quanto à sua forma exclusiva ou combinada com a violência física, consideramos a VPI psicológica moderada quando esta incluiu, exclusivamente, os atos de insultos e humilhações; e grave quando apresentou intimidação e ameaças.^{77,231}

4.8.7 Variáveis de caracterização da VPI física, ocorrida durante a atual gestação

A VPI física foi considerada presente quando a participante respondeu “sim” a pelo menos um dos atos violentos que caracterizaram esta natureza de violência,^{33,35,38} a saber: tapas; empurrões, trancos ou chacoalhões; socos; chutes, arrastões ou surras; estrangulamentos ou queimaduras; e uso de armas de fogo ou brancas.

- **VPI física, durante a atual gestação:** prevalência da VPI física, durante a atual gestação. Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Frequência da VPI física, durante a atual gestação:** idem à VPI psicológica.
- **Gravidade da VPI física, durante a atual gestação:** moderada quando foi caracterizada por tapas, empurrões, trancos ou chacoalhões; e grave quando envolveu socos, chutes,

surras, estrangulamentos, queimaduras, e uso de armas de fogo ou armas brancas. A distinção entre violência física moderada e grave baseou-se na probabilidade de lesão física.^{33,35}

4.8.8 Variáveis de caracterização da VPI sexual, ocorrida durante a atual gestação

A VPI sexual foi considerada presente quando a participante respondeu “sim” a pelo menos um dos atos violentos que caracterizaram esta natureza de violência,^{33,35,38} a saber: ser forçada, fisicamente, a manter relações sexuais; manter relações sexuais por medo do parceiro; e ser forçada a uma prática sexual degradante ou humilhante.

- **VPI sexual, durante a atual gestação:** prevalência da VPI sexual, durante a atual gestação. Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Frequência da VPI sexual, durante a atual gestação:** idem à VPI psicológica.

4.9 Processamento e análise dos dados

Os *booklets* preenchidos foram numerados de acordo com a ordem das entrevistas, arquivados em pastas e armazenados na EERP-USP.

Com a finalidade de garantir a qualidade e confiabilidade do processo de digitação, os digitadores foram previamente treinados, e os dados passaram por validação via dupla digitação, em planilhas eletrônicas formatadas no *software* Excel 2011 para Mac. As inconsistências entre as duas digitações foram corrigidas, consultando-se os instrumentos de coleta dos dados, quando necessário.

A análise estatística foi realizada no *software* SPSS, versão 21.0 para Mac.

Para os três primeiros objetivos específicos do estudo, utilizamos a análise univariada dos dados. As variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%); e para as variáveis quantitativas, calculamos valores de média e mediana (medidas de tendência central), desvios-padrão e valores máximo e mínimo (medidas de variação).

Para o quarto objetivo específico, utilizamos as análises bivariada e multivariada dos dados. Na análise bivariada, a existência de associações entre a variável preditora principal (VPI geral) e as variáveis desfecho categóricas (indicativo da presença de transtorno depressivo, indicativo do diagnóstico de TEPT e indicativo da presença de ideação suicida) foi verificada por meio de tabelas de contingência e suas respectivas medidas de associação: Teste Qui-Quadrado de Pearson (χ^2), Teste Exato de Fisher, Razões de prevalência (RP) e Razões de chances de prevalência brutas (RCP). Para

a análise multivariada, construímos três modelos de regressão logística múltipla, com cálculo das RCPs ajustadas. Foram incluídas nos modelos a variável preditora principal e as variáveis preditoras de ajuste com relevância teórica para a análise, potenciais confundidoras.

Para o quinto objetivo específico, utilizamos as análises bivariada e multivariada dos dados. Na análise bivariada, as comparações dos escores dos sintomas de ansiedade-traço e estado entre os grupos definidos pela variável preditora principal (VPI geral) incluíram o teste *t* (dois grupos). Para a análise multivariada, construímos dois modelos de regressão linear múltipla, um para ansiedade-estado e outra para ansiedade-traço. Foram incluídas nos modelos a variável preditora principal e as variáveis preditoras de ajuste com relevância teórica para a análise, potenciais confundidoras.

Para todos os testes, consideramos um intervalo de confiança (IC) de 95,0% e um nível de significância α de 5,0%.

4.10 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos. Para tanto, seguimos as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,²³⁵ em vigor na época do desenvolvimento do estudo.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do CRSMRP-MATER (ANEXO G) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP-USP, sob o protocolo número 1377/2011 (ANEXO H).

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do TCLE, ficando uma via assinada com a pesquisadora e outra com a entrevistada. Para as participantes menores de idade, utilizamos o Termo de Assentimento, já que seu representante legal poderia ser o agressor e ter interesse em não autorizar sua participação. Os quatro TCLEs/Termos de Assentimento, referentes aos subprojetos de Ribeirão Preto, foram unificados para evitar que as gestantes assinassem vários documentos no momento da entrevista. O uso dos termos unificados foi aprovado pelo CEP da EERP-USP, sob protocolo número 1421/2011 (ANEXO I).

Para resguardar a segurança das participantes e entrevistadoras, e para melhorar a qualidade dos dados, garantimos o anonimato, a privacidade, a confidencialidade e o direito à recusa em participar do estudo, sem que isto interferisse no acompanhamento das gestantes no serviço de saúde. Tivemos a responsabilidade de assegurar que a pesquisa não levaria a participante a sofrer danos e traumas adicionais e respeitamos suas escolhas e decisões.

A participação foi voluntária e nenhum pagamento ou incentivo foi oferecido. Ao final da entrevista, todas receberam folhetos com a relação dos serviços de proteção à mulher em situação de

violência, em Ribeirão Preto e região. Ademais, quando a gestante solicitou auxílio imediato ou identificamos a situação de VPI e/ou o indicativo de algum dos transtornos mentais investigados, comunicamos ao médico assistente do ambulatório e ao serviço de psicologia do CRSMRP-MATER.

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização das participantes do estudo

5.1.1 Características sociodemográficas e econômicas das participantes

Neste item, apresentamos a Tabela 1 com a caracterização sociodemográfica e econômica das 358 participantes, segundo as variáveis do estudo.

A idade das participantes variou de 15 a 43 anos, com média de 25,0 anos, desvio-padrão (dp) de 6,3 e mediana de 24,0. A faixa etária mais frequente foi a compreendida entre 20 e 29 anos (186 – 52,0%), sendo a maioria (280 – 78,2%) das mulheres adulta.

Quanto à cor autorreferida, 135 (37,7%) gestantes consideravam-se brancas e 223 (62,3%), pretas, amarelas ou pardas.

A escolaridade formal média das mulheres foi de 9,5 anos de estudo (dp=2,4) e variou de um a 17 anos, com mediana de 10,0. A maioria (196 – 54,7%) tinha entre nove e 11 anos de estudo, referente ao ensino médio.

No que diz respeito às crenças religiosas, a maioria (284 – 79,3%) das entrevistadas afirmou possuir alguma religião, sendo a católica (140 – 39,1%) e a evangélica (124 – 34,6%) as mais frequentes.

Em relação aos estados civil e marital, a maioria (232 – 64,8%) das participantes era solteira e 288 (80,4%) coabitavam com o companheiro, respectivamente. O tempo médio de relacionamento com o parceiro íntimo foi de 59,4 meses (dp=47,9) e variou de dois a 252 meses, com mediana de 48,0. Metade (179 - 50,0%) das entrevistadas tinha entre um e cinco anos de relacionamento.

No que se refere à ocupação, 205 (57,3%) gestantes não exerciam atividade remunerada, e 153 (42,7%) estavam inseridas no mercado de trabalho formal ou informal.

A renda familiar mensal média foi de 2,6 salários-mínimos (dp=1,5) e variou de um a 13, com mediana de 2,0 salários-mínimos. A faixa salarial mais frequente foi a compreendida entre dois e três salários-mínimos (199 – 55,6%).

Em 7,8% (28) dos casos, a própria gestante era a provedora da família.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos completos)		
15 - 19	78	21,8
20 - 29	186	52,0
30 - 39	88	24,6
40 - 49	6	1,6
Cor autorreferida		
Parda	139	38,9
Branca	135	37,7
Preta	66	18,4
Amarela	18	5,0
Indígena	0	0,0
Escolaridade formal (anos de estudo)		
Um - oito	121	33,8
Nove - 11	196	54,7
12 ou mais	40	11,2
Não sabe	1	0,3
Religião		
Católica	140	39,1
Evangélica	124	34,6
Crê em Deus, mas não tem religião	74	20,7
Espírita	10	2,8
Outras	10	2,8
Estado civil		
Solteira	232	64,8
Casada	117	32,7
Divorciada/separada	9	2,5
Viúva	0	0,0
Estado marital		
Mora com o parceiro	288	80,4
Tem um parceiro, mas não mora com ele	45	12,6
Teve um parceiro na gestação, mas não tem mais	25	7,0
Tempo de relacionamento com o parceiro íntimo (meses)		
Um - 12	51	14,2
13 - 60	179	50,0
61 - 120	88	24,6
121 - 252	40	11,2
Ocupação		
Mercado formal	122	34,0
Do lar	105	29,3
Desempregada	88	24,6
Mercado informal	31	8,7
Estudante	12	3,4
Renda familiar mensal (salários-mínimos)		
Um ou menos	44	12,3

Continua

Variáveis	n	Conclusão
		%
Dois - Três	199	55,6
Quatro ou mais	54	15,1
Não sabe	61	17,0
Provedor da família		
Parceiro íntimo	165	46,1
Ambos	102	28,5
Outros(as)	63	17,6
Participante	28	7,8
Total	358	100,0

5.1.2 Características comportamentais das participantes

A Tabela 2 apresenta a caracterização comportamental das 358 participantes, segundo as variáveis do estudo.

A maioria das mulheres não fumou (334 – 93,3%), não consumiu bebidas alcoólicas (316 – 88,3%) e não fez uso de drogas ilícitas (355 – 99,2%), durante a atual gestação. A média diária de cigarros consumidos, pelas 24 gestantes fumantes, foi de 8,8 (dp=6,7), com mediana de 7,0 cigarros.

Tabela 2 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo as variáveis comportamentais. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variáveis	n	%
Hábito de fumar, durante a atual gestação		
Sim	24	6,7
Não	334	93,3
Consumo de bebidas alcoólicas, durante a atual gestação		
Bebe todos ou quase todos os dias	9	2,5
Bebe uma ou duas vezes por semana	14	3,9
Bebe uma a três vezes por mês	12	3,3
Bebe menos de uma vez por mês	7	2,0
Não bebe	316	88,3
Uso de drogas ilícitas, durante a atual gestação		
Usa todos ou quase todos os dias	2	0,5
Usa uma ou duas vezes por semana	1	0,3
Usa uma a três vezes por mês	0	0,0
Usa menos de uma vez por mês	0	0,0
Não usa	355	99,2
Total	358	100,0

5.1.3 Características obstétricas das participantes

A Tabela 3 apresenta a história obstétrica das 358 participantes, segundo as variáveis do estudo.

O número médio de gestações, incluindo a atual, foi de 2,1 (dp=1,3) e variou de um a oito, com mediana de 2,0 gestações. A maioria (215 – 60,1%) das mulheres era multigesta.

Em relação à paridade, 158 (44,2%) gestantes eram nulíparas. O número médio de partos foi de 1,6 (dp=1,0) e variou de zero a seis, com mediana de 1,0 parto. Dentre as nulíparas, 15 (9,5%) eram multigestas.

A ocorrência de abortos prévios foi relatada por 15,1% (54) das entrevistadas. O número médio de abortos foi de 1,2 (dp=0,5) e variou de um a três, com mediana de 1,0 aborto.

A quantidade média de filhos vivos foi de 1,7 (dp=1,0) e variou entre um e seis, com mediana de 1,0. A maioria (198 – 55,3%) das gestantes possuía filhos vivos.

Tabela 3 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo as variáveis obstétricas. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variáveis	n	%
Número de gestações		
Primigesta	143	39,9
Multigesta	215	60,1
Paridade		
Nulípara	158	44,2
Primípara	110	30,7
Multípara	90	25,1
Ocorrência de abortos		
Sim	54	15,1
Não	161	45,0
Primigesta	143	39,9
Filhos vivos		
Sim	198	55,3
Não	17	4,8
Primigesta	143	39,9
Total	358	100,0

Apesar de a atual gestação não ter sido planejada pela maioria (224 – 62,6%) das entrevistadas, ela foi desejada por 89,7% (321) delas.

5.2 Violência por parceiro íntimo

Neste item apresentamos os resultados referentes à exposição das participantes às diferentes naturezas de atos violentos, perpetrados pelo parceiro íntimo, durante a atual gestação.

5.2.1 Violência geral

A prevalência da VPI, durante a atual gestação, foi de 17,6% (63).

5.2.2 Violência psicológica

A consistência interna do bloco da VPI psicológica, medida pelo coeficiente *alfa* de Cronbach, foi de 0,69.

A prevalência da VPI psicológica, durante a atual gestação, foi de 16,8% (60).

A Tabela 4 apresenta a prevalência dos atos violentos que caracterizaram a VPI psicológica, ocorrida durante a atual gestação.

Verificamos que, dentre as 60 mulheres em situação de VPI psicológica na atual gestação, 80,0% (48) foram vítimas de insultos; 28,3% (17), de humilhações ou depreciações; 28,3% (17), de sustos ou intimidações; e 15,0% (nove), de ameaças à sua integridade física ou à de alguma pessoa próxima.

Tabela 4 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a prevalência dos atos violentos que caracterizaram a violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variáveis	n	%
Insultos		
Sim	48	13,4
Não	127	35,5
Nunca foi insultada por um parceiro íntimo	183	51,1
Humilhações/depreciações		
Sim	17	4,8
Não	71	19,8
Nunca foi humilhada ou depreciada por um parceiro íntimo	270	75,4
Sustos/intimidações		
Sim	17	4,7
Não	65	18,2
		Continua

Variáveis	Conclusão	
	n	%
Nunca foi assustada ou intimidada por um parceiro íntimo	276	77,1
Ameaças		
Sim	9	2,5
Não	69	19,3
Nunca foi ameaçada por um parceiro íntimo	280	78,2
Total	358	100,0

A Tabela 5 apresenta a frequência dos episódios de VPI psicológica, durante a atual gestação.

Dentre as 60 mulheres vítimas de VPI psicológica, 18 (30,0%) estiveram, por muitas vezes, expostas a esta natureza de atos violentos na atual gravidez, 25 (41,7%) estiveram expostas por poucas vezes e 17 (28,3%), por uma vez.

Tabela 5 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a frequência dos episódios de violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variável	n	%
Frequência da VPI psicológica, durante a atual gestação		
Uma vez	17	4,8
Poucas vezes	25	7,0
Muitas vezes	18	5,0
Não sofreu VPI psicológica, durante a atual gestação	298	83,2
Total	358	100,0

A Tabela 6 apresenta a gravidade dos episódios de VPI psicológica, ocorrida durante a atual gestação.

Para 21 (35,0%) das 60 participantes que foram vítimas de VPI psicológica na atual gravidez, os episódios violentos vivenciados foram graves e para 39 (65,0%), moderados.

Tabela 6 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a gravidade dos episódios de violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variável	n	%
Gravidade da VPI psicológica, durante a atual gestação		
Moderada	39	10,9
Grave	21	5,9
Não sofreu VPI psicológica, durante a atual gestação	298	83,2
Total	358	100,0

5.2.3 Violência física

A consistência interna do bloco da VPI física, medida pelo coeficiente *alfa* de Cronbach, foi de 0,93.

A prevalência da VPI física, durante a atual gestação, foi de 6,4% (23).

Na Tabela 7, apresentamos a prevalência dos atos violentos que caracterizaram a VPI física, ocorrida durante a atual gestação.

Diante das respostas das 23 mulheres em situação de VPI física no período gestacional, verificamos que 82,6% (19) foram vítimas de empurrões, trancos ou chacoalhões; 69,6% (16), de tapas; 17,4% (quatro), de chutes, arrastões ou surras; 13,0% (três), de socos; 8,7% (duas), de ameaças com uso de armas de fogo ou brancas; e 4,3% (uma), de estrangulamentos ou queimaduras.

Tabela 7 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a prevalência dos atos violentos que caracterizaram a violência física perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variáveis	n	%
Tapas		
Sim	16	4,5
Não	69	19,3
Nunca foi vítima de tapas por parte de um parceiro íntimo	273	76,2
Empurrões/trancos/chacoalhões		
Sim	19	5,3
Não	84	23,5
Nunca foi vítima de empurrões/trancos/chacoalhões por parte de um parceiro íntimo	255	71,2
Socos		
Sim	3	0,8
Não	43	12,0
Nunca foi vítima de socos por parte de um parceiro íntimo	312	87,2
Chutes/arrastões/surras		
Sim	4	1,1
Não	36	10,1
Nunca foi vítima de chutes/arrastões/surras por parte de um parceiro íntimo	318	88,8
Estrangulamentos/queimaduras		
Sim	1	0,3
Não	7	1,9
Nunca foi estrangulada ou queimada por um parceiro íntimo	350	97,8
Uso de armas de fogo ou brancas		
Sim	2	0,6
Não	27	7,5
Nunca foi vítima do uso de armas de fogo ou brancas por um parceiro íntimo	329	91,9
Total	358	100,0

A Tabela 8 apresenta a frequência dos episódios de VPI física, durante a atual gestação.

Dentre as participantes que foram vítimas de VPI física, na atual gestação, uma (4,4%) foi, por muitas vezes, agredida fisicamente pelo parceiro, nove (39,1%) foram agredidas poucas vezes e 13 (56,5%), uma vez.

Tabela 8 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a frequência dos episódios de violência física perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variável	n	%
Frequência da VPI física, durante a atual gestação		
Uma vez	13	3,6
Poucas vezes	9	2,5
Muitas vezes	1	0,3
Não sofreu VPI física, durante a atual gestação	335	93,6
Total	358	100,0

A Tabela 9 apresenta a gravidade dos episódios da VPI física, ocorrida durante a atual gestação.

Verificamos que, das 23 gestantes em situação de VPI física na atual gestação, seis (26,1%) foram vítimas de atos violentos físicos graves e 17 (73,9%), de atos moderados.

Tabela 9 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, segundo a gravidade dos episódios de violência física perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variável	n	%
Gravidade da VPI física, durante a atual gestação		
Moderada	17	4,7
Grave	6	1,7
Não sofreu VPI física, durante a atual gestação	335	93,6
Total	358	100,0

5.2.4 Violência sexual

A consistência interna do bloco da VPI sexual, medida pelo coeficiente *alfa* de Cronbach, foi de 0,89.

A prevalência da VPI sexual, durante a atual gestação, foi de 0,3% (uma).

Observamos que a única participante, em situação de VPI sexual durante a atual gestação, teve, por poucas vezes, relações sexuais com o parceiro íntimo por medo do que ele pudesse fazer.

O Gráfico 1 apresenta a intersecção das três naturezas de VPI sofrida pelas participantes do estudo, durante a atual gestação.

Verificamos que, dentre as 63 mulheres em situação de VPI no período gestacional, 40 (63,5%) foram vítimas de VPI psicológica isolada, e três (4,8%), de VPI física isolada. Dezenove (30,2%) sofreram dois tipos de violência conjugados (psicológica e física), e uma (1,6%) sofreu três tipos simultaneamente (psicológica, física e sexual). Isto aponta que 31,8% (20) das gestantes foram vítimas de mais de uma natureza de atos violentos cometidos pelo parceiro íntimo, durante a atual gravidez.

Gráfico 1 – Frequência e sobreposição das VPIs psicológica, física e sexual, ocorridas durante a atual gestação (n=358).

5.3 Transtornos mentais

5.3.1 Transtorno depressivo

Apresentamos, neste item, os resultados referentes às respostas das 358 participantes do estudo ao instrumento EPDS, cuja consistência interna, medida pelo coeficiente *alfa* de Cronbach, foi de 0,83.

A prevalência do indicativo da presença de transtorno depressivo foi de 28,2% (101).

O escore médio das gestantes, na EPDS, foi de 8,5 (dp=5,9) pontos e variou entre zero e 29, com mediana de 8,0 pontos.

5.3.2 Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

Apresentamos, neste item, os resultados referentes às respostas das 358 participantes do estudo ao instrumento PCL-C, cuja consistência interna, medida pelo coeficiente *alfa* de *Cronbach*, foi de 0,93. Para os critérios diagnósticos B, C e D, medidos no instrumento, encontramos valores do coeficiente *alfa* de *Cronbach* de 0,88, 0,85 e 0,82, respectivamente.

A prevalência do indicativo do diagnóstico de TEPT foi de 17,0% (61).

O escore médio das participantes, no PCL-C, foi de 32,0 (dp=15,0) pontos e variou entre 17 e 80, com mediana de 28,0 pontos.

5.3.3 Ideação suicida

Apresentamos, neste item, os resultados referentes às respostas das 358 participantes do estudo ao instrumento BSI, cuja consistência interna, medida pelo coeficiente *alfa* de *Cronbach*, foi de 0,88.

A prevalência do indicativo da presença de ideação suicida foi de 7,8% (28). Neste contexto, 15 (4,2%) gestantes apresentaram indicativo de ideação suicida ativa, 22 (6,1%), de ideação suicida passiva e nove (2,5%), de ambas.

5.3.4 Sintomas de ansiedade

Apresentamos, neste item, os resultados referentes às respostas das 358 participantes do estudo às duas escalas do IDATE.

As consistências internas das escalas ansiedade-estado e ansiedade-traço, medidas pelo coeficiente *alfa* de *Cronbach*, foram de 0,87 e 0,86, respectivamente.

5.3.4.1 Ansiedade-traço

O escore médio das participantes na escala ansiedade-traço foi de 39,1 (dp=10,0) pontos e variou entre 20 e 75, com mediana de 38,0 pontos.

5.3.4.2 Ansiedade-estado

O escore médio das gestantes na escala ansiedade-estado foi de 42,5 (dp=9,8) pontos e variou entre 23 e 75, com mediana de 41,0 pontos.

5.4 Violência por parceiro íntimo e transtornos mentais

Neste item verificamos: i. a existência de associações entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e os indicativos da presença de transtorno depressivo, do diagnóstico de TEPT e da presença de ideação suicida; e ii. a relação entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e os escores dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado.

A Tabela 10 apresenta as RPs e as RCPs brutas das variáveis desfecho categóricas (indicativos da presença de transtorno depressivo, do diagnóstico de TEPT e da presença de ideação suicida), segundo a ocorrência da VPI geral.

Observamos que as participantes em situação de VPI, durante a atual gestação, apresentaram maiores prevalências do indicativo da presença de transtorno depressivo (RP=2,71; IC_{95,0%} 2,01-3,65; $p<0,001$); do indicativo do diagnóstico de TEPT (RP=3,04; IC_{95,0%} 1,96-4,70; $p<0,001$); e do indicativo da presença de ideação suicida (RP=4,68; IC_{95,0%} 2,35-9,33; $p<0,001$), quando comparadas às que não sofreram este tipo de violência.

Tabela 10 – Razões de prevalência e razões de chances de prevalência brutas dos indicativos da presença de transtorno depressivo, do diagnóstico de TEPT e da presença de ideação suicida, com os respectivos intervalos de confiança (95,0%), segundo a ocorrência de VPI geral, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variáveis					Transtornos mentais		p*
	Sim		Não		RP (IC _{95,0%})	RCP _{bruta} (IC _{95,0%})	
	n	%	n	%			
Transtorno depressivo							
VPI geral							
Sim	37	58,7	26	41,3	2,71 (2,01-3,65)	5,14 (2,90-9,11)	< 0,001
Não	64	21,7	231	78,3			

Continua

Variáveis					Transtornos mentais		Conclusão
	Sim		Não		RP (IC _{95,0%})	RCP _{bruta} (IC _{95,0%})	p*
	n	%	n	%			
TEPT							
VPI geral							
Sim	24	38,1	39	61,9	3,04 (1,96-4,70)	4,29 (2,32-7,93)	< 0,001
Não	37	12,5	258	87,5			
Ideação suicida							
VPI geral							
Sim	14	22,2	49	77,8	4,68 (2,35-9,33)	5,74 (2,58-12,77)	< 0,001
Não	14	4,7	281	95,3			

*valor de p para o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher.

As comparações dos escores médios nas escalas do IDATE, das participantes que sofreram VPI, durante a atual gestação, com os daquelas que não sofreram, estão apresentadas na Tabela 11.

Os resultados encontrados fornecem evidências de que há diferenças entre os escores médios nas escalas do IDATE, das mulheres que sofreram VPI, na atual gravidez, e daquelas que não sofreram ($p < 0,001$).

Tabela 11 – Escore médio das participantes nas duas escalas do IDATE, segundo a ocorrência de VPI geral, durante a atual gestação. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variáveis	Escore no IDATE			
	n	Média	dp	p*
IDATE-Estado				
VPI geral				
Sim	63	48,4	10,5	< 0,001
Não	295	41,2	9,2	
IDATE-Traço				
VPI geral				
Sim	63	48,0	10,6	< 0,001
Não	295	37,2	8,8	

*valor de p para o Teste t Student.

A Tabela 12 apresenta os resultados da análise de regressão logística múltipla, referentes à associação da VPI, ocorrida durante a atual gestação, com o indicativo da presença de transtorno depressivo.

A VPI ocorrida, durante a atual gravidez, associou-se com o indicativo da presença de transtorno depressivo, mesmo após o ajuste para as variáveis potenciais confundidoras, previamente reconhecidas na literatura científica nacional e internacional (RCP_{ajustada}=4,43; IC_{95,0%} 1,96-10,03; p

<0,001). Em outras palavras, as participantes, em situação de VPI na atual gestação, tiveram 4,43 vezes mais chances do que as que não sofreram este tipo de violência de apresentar o indicativo da presença de transtorno depressivo, mesmo após ajustar para as variáveis estado marital, trabalho remunerado, uso de drogas lícitas ou ilícitas, durante a atual gravidez, planejamento da gestação, idade, renda familiar mensal e número de filhos vivos.

Tabela 12 – Associação entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e o indicativo da presença de transtorno depressivo, em um modelo de regressão logística múltipla. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variáveis	Transtorno depressivo						
	Sim		Não		RCP _{bruta} (IC _{95,0%})	RCP _{ajustada} (IC _{95,0%})	p*
	n	%	n	%			
VPI geral							
Sim	37	58,7	26	41,3	5,14 (2,90-9,11)	4,43 (1,96-10,03)	<0,001
Não	64	21,7	231	78,3			
Estado marital							
Vive com parceiro	76	26,4	212	73,6	0,65 (0,37-1,12)	0,52 (0,20-1,33)	0,17
Não vive com parceiro	25	35,7	45	64,3			
Trabalho remunerado							
Sim	36	23,5	117	76,5	0,66 (0,41-1,07)	0,79 (0,37-1,72)	0,55
Não	65	31,7	140	68,3			
Uso de drogas							
Sim	27	45,8	32	54,2	2,57 (1,44-4,56)	1,03 (0,42-2,50)	0,96
Não	74	24,7	225	75,3			
Gestação planejada							
Sim	25	18,7	109	81,3	0,45 (0,27-0,75)	0,83 (0,36-1,92)	0,67
Não	76	33,9	148	66,1			
Idade da gestante**	-	-	-	-	-	1,00 (0,93-1,08)	1,00
Renda familiar**	-	-	-	-	-	1,02 (0,79-1,31)	0,91
Número de filhos**	-	-	-	-	-	1,08 (0,71-1,63)	0,72

*valor de p para o Teste Qui-Quadrado de Wald.

**variável quantitativa numérica

A Tabela 13 apresenta os resultados da análise de regressão logística múltipla, referentes à associação da VPI, ocorrida durante a atual gestação, com o indicativo do diagnóstico de TEPT.

A VPI, ocorrida durante a atual gravidez, associou-se com o indicativo do diagnóstico de TEPT, mesmo após o ajuste para as variáveis potenciais confundidoras, definidas na literatura científica nacional e internacional (RCP_{ajustada}=5,25; IC_{95,0%} 2,53-10,93; $p<0,001$). As chances de as gestantes em situação de VPI, na atual gestação, apresentarem indicativo do diagnóstico de TEPT foram 5,25 vezes

maiores do que as daquelas que não foram vítimas de seus parceiros no mesmo período, mesmo após ajustar para o estado marital, para o uso de drogas lícitas ou ilícitas, durante a atual gestação, para a idade e para a renda familiar mensal.

Tabela 13 – Associação entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e o indicativo do diagnóstico de TEPT, em um modelo de regressão logística múltipla. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variáveis	TEPT						
	Sim		Não		RCP _{bruta} (IC _{95,0%})	RCP _{ajustada} (IC _{95,0%})	p*
	n	%	n	%			
VPI geral							
Sim	24	38,1	39	61,9	4,29 (2,32-7,93)	5,25 (2,53-10,93)	< 0,001
Não	37	12,5	258	87,5			
Estado marital							
Vive com parceiro	49	17,0	239	83,0	0,99 (0,49-1,98)	1,02 (0,43-2,40)	0,97
Não vive com parceiro	12	17,1	58	82,9			
Uso de drogas							
Sim	10	16,9	49	83,1	0,99 (0,47-2,09)	0,55 (0,20-1,51)	0,25
Não	51	17,1	248	82,9			
Idade da gestante**	-	-	-	-	-	0,98 (0,92-1,03)	0,39
Renda familiar**	-	-	-	-	-	0,92 (0,71-1,18)	0,49

*valor de p para o Teste Qui-Quadrado de Wald.

**variável quantitativa numérica

A Tabela 14 apresenta os resultados da análise de regressão logística múltipla, referentes à associação da VPI, ocorrida durante a atual gestação, com o indicativo da presença de ideação suicida.

Após se ajustar a um modelo de regressão logística múltipla, a VPI, ocorrida na atual gravidez, associou-se com o indicativo da presença de ideação suicida (RCP_{ajustada}=6,29; IC_{95,0%} 2,34-16,95; $p<0,001$). Em outras palavras, mesmo após ajustar para as variáveis potenciais confundidoras, previamente reconhecidas na literatura científica nacional e internacional, como estado marital, uso de drogas lícitas ou ilícitas, durante a atual gestação, idade e renda familiar mensal, as mulheres em situação de VPI, na atual gestação, tiveram 6,29 vezes mais chances do que as que não sofreram este tipo de violência de apresentar indicativo da presença de ideação suicida.

Tabela 14 – Associação entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e o indicativo da presença de ideação suicida, em um modelo de regressão logística múltipla. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variáveis	Ideação suicida						p*
	Sim		Não		RCP _{bruta} (IC _{95,0%})	RCP _{ajustada} (IC _{95,0%})	
	n	%	n	%			
VPI geral							
Sim	14	22,2	49	77,8	5,74(2,58-12,77)	6,29 (2,34-16,95)	< 0,001
Não	14	4,7	281	95,3			
Estado marital							
Vive com parceiro	19	6,6	269	93,4	0,48 (0,21-1,11)	0,55 (0,18-1,67)	0,29
Não vive com parceiro	9	12,9	61	87,1			
Uso de drogas lícitas ou ilícitas durante a gestação							
Sim	6	10,2	53	89,8	1,43 (0,55-3,68)	0,58 (0,15-2,24)	0,43
Não	22	7,4	277	92,6			
Gestação planejada							
Sim	8	6,0	126	94,0	0,65 (0,28-1,51)	0,74 (0,24-2,33)	0,61
Não	20	8,9	204	91,1			
Renda familiar**	-	-	-	-	-	1,03 (0,78-1,36)	0,82

*valor de p para o Teste Qui-Quadrado de Wald.

**variável quantitativa numérica

A Tabela 15 apresenta os resultados das análises de regressão linear múltipla, referentes à relação entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e os escores das participantes na IDATE-Traço e na IDATE-Estado.

Após ajustar para as variáveis potenciais confundidoras, previamente reconhecidas na literatura científica nacional e internacional, como estado marital, idade, escolaridade e renda familiar mensal, as mulheres em situação de VPI, na atual gestação, apresentaram maiores escores dos sintomas de ansiedade-traço (Beta=0,38; $p<0,001$) e ansiedade-estado (Beta=0,25; $p<0,001$) do que aquelas que não sofreram esse tipo de violência.

Ademais, neste modelo, além da VPI, as variáveis idade ($p=0,01$) e escolaridade ($p=0,001$) foram preditoras estatisticamente significativas do escore dos sintomas de ansiedade-traço. Assim, quanto maiores a idade (Beta=-0,14) e a escolaridade (Beta=-0,18), menor o escore dos sintomas de ansiedade-traço. Similarmente, em relação ao escore dos sintomas de ansiedade-estado, além da VPI geral, a variável escolaridade também se caracterizou como um preditor estatisticamente significativo ($p=0,003$). Portanto, quanto maior a escolaridade das gestantes menor o escore dos sintomas de ansiedade-estado (Beta=-0,18).

Tabela 15 – Relação entre a VPI, ocorrida durante a atual gestação, e os escores dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado, em modelos de regressão linear múltipla. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variáveis	Escore no IDATE	
	Beta	p*
IDATE-Traço		
VPI geral (sim = 1; não = 0)	0,38	< 0,001
Estado marital (vive com parceiro = 1; não vive = 0)	-0,01	0,83
Idade**	-0,14	0,01
Escolaridade**	-0,18	0,001
Renda familiar mensal**	-0,01	0,86
IDATE-Estado		
VPI geral (sim = 1; não = 0)	0,25	< 0,001
Estado marital (vive com parceiro = 1; não vive com parceiro = 0)	-0,06	0,26
Idade**	-0,01	0,84
Escolaridade**	-0,18	0,003
Renda familiar mensal**	0,05	0,39

*valor de *p* para o Teste *t Student*.

**variável quantitativa numérica

Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização das participantes do estudo

6.1.1 Características sociodemográficas e econômicas das participantes

O grupo em estudo caracterizou-se por ter gestantes adultas jovens, com uma idade média de 25,0 anos, estando a maioria inserida na faixa etária entre 20 e 29 anos. Estes dados estão em concordância com os encontrados em investigações desenvolvidas em outros locais do Brasil, como Maringá,²³⁶ Rio de Janeiro¹²⁵ e Pelotas,¹⁵² onde a idade média das mulheres grávidas participantes foi de 25,3, 24,4 e 25,0 anos, respectivamente. Internacionalmente, nossos resultados corroboram os revelados em uma pesquisa realizada em Bangalore, na qual gestantes indianas tinham, em média, 23,0 anos de idade.¹³¹ Em um estudo conduzido em países da América Latina e Caribe, como Argentina, Peru, México, Bahamas, Jamaica e Brasil, a maioria (77,0%) das gestantes tinha entre 20 e 34 anos de idade.²³⁷ Por outro lado, nos Estados Unidos da América, uma amostra de 1.888 mulheres apresentou uma idade média de 30,4 anos, superior à encontrada no presente estudo.⁹⁴

Quanto à cor autorreferida, a maioria das participantes considerou-se não branca, havendo, dentre elas, um predomínio de mulheres que se autodeclararam pardas. Estes resultados confirmam os encontrados em estudos desenvolvidos em Recife⁷⁴ e no Rio de Janeiro,⁸⁴ onde a maior parte (80,4% e 65,4%, respectivamente) das gestantes entrevistadas declarou-se não branca. De acordo com os dados do Censo Demográfico, realizado em 2010 pelo IBGE, do total de mulheres brasileiras em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que declararam sua cor, 51,0% autorreferiram-se como pretas ou pardas.²³⁸ Por outro lado, em uma investigação conduzida em Campinas, a maioria (56,4%) das gestantes declarou-se brancas ou amarelas.²³⁹ No Rio de Janeiro, em uma pesquisa onde o registro da cor da pele foi feito por meio da observação dos pesquisadores, o percentual de gestantes brancas foi de 66,7%.¹⁷³

Na língua portuguesa, o termo “pardo” é definido como uma cor entre o branco e o preto, “mulato/moreno”.²⁴⁰ Uma análise das respostas dadas a um inquérito feito pelo IBGE, em 1998, que, inicialmente, propôs ao respondente a pergunta aberta “Qual a sua cor ou raça” e, em seguida, uma pergunta fechada contendo as alternativas usadas pelo órgão, revelou que os grupos de cores branca e preta apresentaram elevada consistência entre a autoidentificação espontânea e a classificação pré-codificada da cor. Entretanto, no caso da categoria parda, do total de pessoas que utilizaram o termo “moreno/mulato” na pergunta aberta, 14,0% se autoclassificaram como de cor branca na pergunta

fechada, e 6,0% delas o fizeram na cor preta.²⁴⁰⁻²⁴¹ Diante deste cenário e da forma como a variável foi investigada, com base no autorrelato e nas categorias predeterminadas pelo IBGE, acreditamos que, no presente estudo, as prevalências das diferentes cores/etnias possam não ser fidedignas à realidade. A especificidade da classificação racial brasileira, assentada na aparência e não na ascendência,²⁴² dificultou as comparações com estudos internacionais.

A escolaridade formal média das participantes foi de 9,5 anos de estudo, sendo que a maioria possuía o ensino médio completo ou incompleto. Similarmente, os resultados de pesquisas realizadas em Campinas²⁴³ e Maringá²³⁶ evidenciaram o predomínio de gestantes com segundo grau completo ou incompleto (47,2% e 48,6%, respectivamente). Em uma cidade da Tanzânia, na África Oriental, dentre as 1.180 mulheres grávidas atendidas na clínica de pré-natal de um Hospital Universitário de referência, 51,0% possuíam o ensino médio.¹³⁷ Ademais, em uma pesquisa conduzida em Oahu, uma ilha do arquipélago do Havaí, todas as gestantes participantes tinham, no mínimo, o segundo grau completo,¹⁰¹ assim como a maioria (79,6%) das participantes de um estudo desenvolvido em Washington, Estados Unidos.⁹⁴ Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, com 15.575 mulheres de todas as regiões brasileiras, apontaram que mais da metade das participantes declarou ter superado os oito anos de estudo.²⁴⁴ Em contraposição a estes achados, os resultados de uma investigação desenvolvida com mulheres grávidas, usuárias de três maternidades da rede pública do Rio de Janeiro, revelaram que 58,1% delas eram analfabetas ou possuíam o ensino fundamental incompleto.⁸⁴ A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, revelou que a escolaridade média das mulheres brasileiras é superior à dos homens, especialmente no nível superior.²⁴⁵

No que diz respeito às crenças religiosas, em nosso estudo, houve um predomínio de mulheres católicas, seguidas pelas que se declararam evangélicas. No Brasil, resultados semelhantes foram encontrados entre gestantes, usuárias do SUS, em acompanhamento pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas²³⁹ e no Hospital Amparo Maternal de São Paulo,²⁴⁶ onde 50,8% e 41,4% delas, respectivamente, declararam-se católicas. Segundo os dados da PNDS, realizada em 2006, 62,0% das mulheres brasileiras pertencem à religião católica, enquanto as religiões evangélicas, seja da corrente tradicional seja pentecostal, apresentam-se como a segunda opção.²⁴⁴ No Texas, Estados Unidos, 77,0% das gestantes latinas atendidas em clínicas universitárias de saúde reprodutiva identificaram-se como católicas.²⁴⁷ Inversamente, em uma pesquisa realizada no Sudeste Nigeriano, 50,4% das mulheres grávidas atendidas em um Centro Federal de Medicina eram protestantes ou pentecostais e 45,2%, católicas.²⁴⁸ O conhecimento sobre o envolvimento dos indivíduos com a religião torna-se importante na medida em que está positivamente associado à

qualidade de vida e ao bem-estar psicológico, levando à diminuição de sintomas depressivos, do comportamento suicida e do abuso de álcool e/ou drogas.²⁴⁹⁻²⁵⁰

Independentemente do estado civil, a maioria das participantes do presente estudo morava com o parceiro íntimo, com quem mantinham um relacionamento há, aproximadamente, 59,0 meses. Tais resultados são semelhantes aos evidenciados em pesquisas desenvolvidas em 18 unidades de cuidado primário dos municípios de Porto Alegre e Bento Gonçalves²⁵¹ e em três maternidades públicas do Rio de Janeiro,⁸³ onde 79,3% e 76,9% das gestantes, respectivamente, coabitavam com o companheiro. Em Salvador, mulheres atendidas em quatro maternidades públicas afirmaram que o tempo médio de relacionamento com o atual parceiro foi de 60,4 meses.²⁵² No Brasil, de acordo com os dados da PNDS de 2006, 64,0% das mulheres vivem com um parceiro íntimo.²⁴⁴ Inquéritos conduzidos em outros países, como Austrália²⁵³ e África do Sul,²⁵⁴ relataram que 95,9% e 42,0% das mulheres grávidas, respectivamente, eram casadas ou viviam em união consensual.

Dentre as 358 participantes do estudo, a maioria não exercia atividade remunerada por serem estudantes, do lar ou estarem desempregadas. Autores de investigações realizadas nas cidades de Campinas,²³⁹ São Paulo,²⁵⁵ Recife⁷⁴ e Salvador²⁵² encontraram que entre 64,4% e 78,8% das gestantes entrevistadas não possuíam ocupação com renda própria. Similarmente, em Washington, Estados Unidos, uma pesquisa desenvolvida com gestantes afro-americanas revelou que 63,5% delas não estavam empregadas.²⁵⁶ Resultados de estudos conduzidos em Karachi²⁵⁷ e Hyderabad,¹⁷⁶ no Paquistão, evidenciaram que a maioria das gestantes participantes (76,6% e 88,0%, respectivamente) eram donas de casa. Por outro lado, dentre 394 mulheres acompanhadas, durante a gravidez, em 25 Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá, 59,2% estavam inseridas no mercado de trabalho formal ou informal.²³⁶ No Brasil, desde meados da década de 1980, houve um aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho. Em 2008, a cada 100 mulheres, 52 eram economicamente ativas, revelando uma proporção de 47,2% no conjunto do país. Este incremento é fruto da necessidade de complementação da renda familiar e da maior independência cultural conquistada pelas mulheres nas últimas décadas. Entretanto, apesar destes avanços, a iniquidade de gênero ainda se faz presente na sociedade, na medida em que os homens ocupam com mais destaque o mercado de trabalho, mesmo com uma escolaridade média inferior à das mulheres.²⁴⁵ Além disso, dados obtidos, no inquérito realizado pela PNDS de 2006, relataram que dentre os motivos alegados pelas mulheres brasileiras para deixarem de trabalhar ou nunca terem trabalhado estão: a existência dos filhos e sua ocupação nos cuidados com eles (11,0%) e o fato de terem engravidado (9,0%).²⁴⁴ Esta situação foi confirmada pelos achados de uma investigação desenvolvida no CRSMRP-MATER, onde a gestação foi o motivo de abandono do emprego para 79,3% das mulheres entrevistadas.²⁵⁸

Em consonância com esses resultados, na presente pesquisa, as próprias gestantes declararam-se como provedoras da família em 7,8% dos casos. Este achado corrobora o encontrado em um estudo desenvolvido em Campinas, onde 5,5% das mulheres grávidas declararam-se economicamente responsáveis por suas famílias.²³⁹ Apesar da tendência ao aumento da chefia feminina nos domicílios brasileiros, a maioria (76,1%) das mulheres entrevistadas na PNDS, em 2006, declarou ser o homem o provedor da família.²⁴⁴ Esta produção de símbolos demarcatórios dos lugares sociais de homens e mulheres contribui para a reprodução da desigualdade de gênero no âmbito das relações interpessoais, delegando à mulher, ainda nos dias atuais, a responsabilidade pelo cuidado da casa e dos filhos, especialmente nas classes econômicas de baixa renda.²⁵⁹

A renda familiar mensal média das participantes do estudo foi de 2,6 salários-mínimos, próxima à da classe econômica C1 no país, conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).²⁶⁰ Ademais, a faixa salarial mais frequente foi a compreendida entre dois e três salários-mínimos, assim como em uma investigação desenvolvida em Maringá, com 394 gestantes acompanhadas em 25 Unidades Básicas de Saúde.²³⁶ Em oposição a estes resultados, uma renda familiar inferior a 1,5 salário-mínimo foi relatada por gestantes atendidas em quatro maternidades públicas de Salvador.²⁵² Assim, no que se refere às características regionais, a distribuição de renda no país ainda permanece desigual.²⁴⁵ As comparações com pesquisas internacionais foram dificultadas pela diferença entre as moedas adotadas nos países e pela forma como a renda é mensurada nos diferentes estudos: mensal ou anual, familiar ou individual.

6.1.2 Características comportamentais das participantes

Durante a atual gestação, a maioria das participantes do estudo não fumou, não consumiu bebidas alcoólicas e não fez uso de drogas ilícitas. Estes resultados corroboram os evidenciados em uma pesquisa desenvolvida no Hospital Geral de Fortaleza, onde as prevalências de tabagismo e de consumo de bebidas alcoólicas pelas mulheres, durante o período gestacional, foram de 11,3% e 16,0%, respectivamente.²⁶¹ Em Uberlândia, dados de uma investigação realizada com 493 puérperas internadas na clínica de ginecologia e obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, revelaram que, em algum momento durante a gravidez, 23,1% das mulheres consumiram bebidas alcólicas, 18,4% fumaram cigarros, 3,1% usaram crack, 1,2% fumou maconha e 0,6% usou cocaína.²⁶² Similarmente, em Maringá, 81,7% das gestantes, acompanhadas em Unidades Básicas de Saúde, não fizeram uso de drogas lícitas ou ilícitas, no período gestacional.²³⁶ Ademais, 4,0% das mulheres grávidas participantes de um estudo internacional, conduzido na Geórgia, reportaram o uso

de drogas ilícitas ou álcool durante a gravidez.²⁶³ A gestação é um período de urgência e oportunidade para o tratamento de transtornos relacionados ao uso nocivo de substâncias pelas mulheres. Há evidências de que intervenções direcionadas à redução de sintomas ansiosos e depressivos, durante a gravidez, facilitam o processo de mudança de comportamento nesta fase da vida.²⁶⁴ Assim, o conhecimento, por parte dos enfermeiros, da presença de alterações emocionais, do consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas pelas gestantes e dos efeitos adversos deste uso para a saúde do binômio mãe-filho, favorecerá o planejamento, direcionamento e implementação de ações assistenciais em saúde e de estratégias educativas dirigidas a esta população.²⁶¹

6.1.3 Características obstétricas das participantes

As mulheres participantes do estudo eram, predominantemente, nulíparas e tiveram, em média, 2,1 gestações, incluindo a atual. A quantidade média de filhos foi de 1,7, próxima à média brasileira, de 1,9 filho por mulher.²³⁸ Estes números refletem o intenso e acelerado processo de declínio da fecundidade ocorrido no país nas últimas décadas, com destaque para os Estados da região Sudeste, como Rio de Janeiro e São Paulo, onde as taxas de fecundidade giram em torno de 1,5 filho por mulher. Esta redução pode ser justificada pelo maior nível escolar atingido pelas mulheres brasileiras, pelo seu ingresso no mercado de trabalho e pelo acesso facilitado aos meios de contracepção.²⁴⁵ Dados de investigações realizadas em Campinas²⁴³ e Maringá²³⁶ confirmam estes achados ao evidenciarem que a maioria (64,6% e 84,7%, respectivamente) das mulheres grávidas participantes tinha, no máximo, dois filhos vivos. Nos países da América Latina e Caribe, os valores mais baixos para a taxa de fecundidade foram registrados em Cuba, Chile, Costa Rica e Brasil, onde a média de filhos por mulher é menor que 2,0. Inversamente, na Guatemala, Haiti, Bolívia, Honduras e Paraguai, a taxa de fecundidade é maior que 3,0. Diversos países europeus atingiram valores de taxas de fecundidade muito abaixo do denominado nível de reposição natural da população (2,0 filhos por mulher). Em contraste, na Índia esta taxa é de 2,8 filhos por mulher.²⁶⁵ Ademais, estudos realizados nos Estados Unidos da América,²⁶⁶ na Grécia¹⁶² e no Sudeste Nigeriano²⁴⁸ revelaram que 53,7%, 63,0% e 61,4% das gestantes, respectivamente, tinham no máximo um filho vivo.

A ocorrência de abortos prévios foi relatada por 15,1% das participantes do estudo. Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada nas unidades de atenção primária de Maringá, onde 13,9% das gestantes haviam abortado anteriormente.²³⁶ No Brasil, as prevalências de aborto induzido e espontâneo são de 2,4% e 14,0%, respectivamente, conforme dados de uma investigação realizada em todas as regiões do país.²⁶⁷ A nível internacional, em um ambulatório de

obstetrícia de um hospital terciário de Navi-Mumbai, na Índia, 3,2% das gestantes possuíam histórico de abortos prévios.²⁶⁸ A maioria dos abortos resulta das necessidades não satisfeitas das mulheres no que diz respeito ao planejamento reprodutivo. A falta de informações, as dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, o uso irregular ou inadequado dos métodos e a ausência de acompanhamento pelos profissionais de saúde repercutem na vida pessoal, familiar e social das mulheres, além de sobrecarregar o sistema de saúde e elevar os custos com o tratamento das possíveis complicações de um aborto.²⁶⁹⁻²⁷² Assim, a ocorrência do aborto pode ser resultado de uma gravidez não planejada, especialmente nos países da América Latina e Caribe.²⁷³

Neste contexto, no presente estudo, a atual gestação não foi planejada pela maioria das mulheres. Estes dados corroboram os encontrados em investigações desenvolvidas nos serviços de saúde pública das cidades de Rio Grande, no Rio Grande do Sul,²⁷⁴ Pelotas,¹⁵² Salvador,²⁵² Recife²⁷⁵ e Maringá,²³⁶ onde a maior parte (65,0%, 58,1%, 57,5%, 60,3% e 83,3%, respectivamente) das participantes afirmou não ter planejado a atual gravidez. A PNDS de 2006 estimou que, de todos os nascimentos ocorridos no Brasil entre 2001 e 2006, 46,0% não foram planejados.²⁴⁴ Internacionalmente, em Washington, Estados Unidos, uma pesquisa desenvolvida com gestantes afro-americanas revelou que 65,3% delas não planejaram a atual gestação.²⁵⁶ Por outro lado, achados de estudos conduzidos, nas áreas rurais de Bangladesh e na Índia, evidenciaram que a maioria das mulheres (51,1% e 68,6%, respectivamente) havia programado a atual gravidez.^{98,268}

6.2 Violência por parceiro íntimo

Neste estudo, a VPI psicológica configurou-se como a mais prevalente, durante a atual gestação, seguida pela violência física e pela sexual, o que se mostrou consoante com os dados do subprojeto desenvolvido em São Paulo, referente ao projeto maior no qual esteve inserida a presente pesquisa.²⁷⁶

Conhecer a prevalência da VPI, durante a gravidez, é o primeiro passo para o desenvolvimento e implementação de estratégias de prevenção primária da violência e tratamento de suas sequelas orgânicas e emocionais.⁷⁵ Entretanto, as estimativas disponíveis variam amplamente, devido aos fatores culturais e socioeconômicos das populações e à diversidade das metodologias adotadas, dos instrumentos de coleta dos dados utilizados, da composição das amostras, do momento e da forma da coleta dos dados, das condições de privacidade, do treinamento dos entrevistadores, além do uso de definições heterogêneas de violência pelos autores, o que prejudica a comparabilidade dos dados a níveis nacional e internacional^{38,74}

6.2.1 Violência geral

Dentre as 358 mulheres entrevistadas no presente estudo, 17,6% foram vítimas de VPI, durante a atual gestação. Este resultado está próximo ao evidenciado por autores de outra pesquisa realizada no CRSMRP-MATER, em 2007, quando 19,6% das gestantes em acompanhamento pré-natal no serviço afirmaram ter sofrido VPI, durante a gravidez.⁸² Em investigações conduzidas em outras localidades do Brasil, como São Paulo,^{77,276} Recife,^{74,81} Teresina,²⁷⁷ Rio de Janeiro²⁷⁸ e Campinas,²⁷⁹ as prevalências de VPI, no período gestacional, variaram de 19,0% a 88,7%. Na região da América Latina e Caribe, resultados de pesquisas desenvolvidas na Bolívia,²⁸⁰ no Peru,²⁸¹⁻²⁸² no México,²⁸³⁻²⁸⁴ na Guatemala²⁸⁵ e na Nicarágua²⁸⁶ revelaram taxas de VPI que variaram entre 18,0% e 32,1%, durante a atual gestação. Nos países desenvolvidos, o percentual de gestantes em situação de VPI, durante a gravidez, variou de 3,2% a 23,0%, conforme achados de estudos realizados nos Estados Unidos,^{91,287-290} no Canadá²⁹¹ e na China.²⁹² Uma metanálise de 19 investigações conduzidas na África, sobre VPI perpetrada contra mulheres grávidas, revelou que a prevalência deste tipo de violência foi de 15,2%.⁷²

6.2.2 Violência psicológica

A violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo, durante a atual gestação, foi referida por 16,8% das participantes do presente estudo. Dados de investigações desenvolvidas nas cidades de São Paulo,²⁷⁶ Recife,⁷⁴ Teresina²⁷⁷ e Rio de Janeiro²⁷⁸ revelaram que entre 26,5% e 61,7% das gestantes entrevistadas estiveram expostas à VPI psicológica, na atual gravidez. Uma revisão sistemática de 31 pesquisas relacionadas à VPI no período gestacional, realizadas em dez países da América Latina e Caribe, evidenciou que a prevalência de VPI psicológica nesta região variou entre 13,0% e 44,0%.⁷⁹ Achados de investigações conduzidas nos Estados Unidos,²⁹³ na Turquia²⁹⁴ e na Jordânia²⁹⁵ indicaram que 46,9%, 30,5% e 23,4% das mulheres, respectivamente, sofreram VPI psicológica, durante a atual gestação.

Esses dados sustentam a importância e o impacto da violência psicológica e sugerem que a abordagem das violências física e sexual na gestação pode não ser suficiente. Neste contexto, a prevenção da violência psicológica e das repercussões emocionais decorrentes das violências física ou sexual torna-se fundamental para a saúde e bem-estar das mulheres no ciclo grávido-puerperal. Entretanto, a violência psicológica, muitas vezes, passa despercebida nos serviços de saúde e nos serviços jurídicos e legais, recebendo, assim, menos atenção do que as outras naturezas de atos violentos. Portanto, as altas prevalências encontradas tornam-se importantes para a sensibilização dos

profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e das próprias vítimas quanto à sua existência e das suas repercussões negativas para a saúde das mulheres, especificamente para a saúde mental, o que é evidenciado nesta tese.^{49,81}

6.2.3 Violência física

Do total de 358 participantes do presente estudo, 6,4% afirmaram ter sido vítimas de atos violentos físicos por parte do parceiro íntimo, durante a atual gestação. No Brasil, dados de pesquisas desenvolvidas em São Paulo,²⁷⁶ Recife,⁷⁴ Teresina²⁷⁷ e Rio de Janeiro²⁷⁸ evidenciaram prevalências de VPI física, no atual período gestacional, que variaram entre 11,6% e 31,7%. Ademais, a revisão sistemática de estudos sobre VPI na gravidez, realizados na região da América Latina e Caribe, indicou que a prevalência de VPI física variou entre 2,5% e 30,7% nestes locais.⁷⁹ Autores de investigações conduzidas em países desenvolvidos, como Alemanha²⁹⁶ e Estados Unidos,²⁹⁷⁻²⁹⁹ revelaram que entre 3,6% e 10,0% das gestantes entrevistadas estiveram em situação VPI física na atual gestação. Já em países em desenvolvimento, como Jordânia²⁹⁵ e Tailândia,³⁰⁰ estas prevalências foram de 10,4% e 4,8%, respectivamente. Quatro estudos africanos incluídos na metanálise, sobre VPI perpetrada contra mulheres grávidas, revelaram que a prevalência de violência física variou de 22,5% a 40,0% na atual gravidez.⁷²

6.2.4 Violência sexual

A situação de VPI sexual, durante a atual gestação, foi reportada por 0,3% das participantes em nosso estudo. Este resultado foi similar ao revelado por autores de uma pesquisa desenvolvida em São Paulo, onde 0,5% das mulheres declararam-se vítimas de abuso sexual, no período gestacional.²⁷⁶ Em Recife⁷⁴ e no Rio de Janeiro,²⁷⁸ as prevalências foram de 5,6% e 7,8%, respectivamente. As duas revisões sistemáticas sobre VPI na gravidez, de estudos conduzidos na região da América Latina e Caribe⁷⁹ e nos países africanos,⁷² indicaram que as taxas de VPI sexual, nestes locais, variaram entre 3,0% e 34,5% e 2,7% e 26,5%, respectivamente. Ademais, em investigações conduzidas na Turquia²⁹⁴ e na Jordânia²⁹⁵, países em desenvolvimento, 4,4% e 5,7% das mulheres grávidas participantes, respectivamente, relataram ter sofrido violência sexual por parte do parceiro íntimo na gravidez. Em países desenvolvidos, como Estados Unidos^{293,301} e China,²⁹² a porcentagem de gestantes em situação de VPI sexual variou de 5,8% a 20,2%.

A intersecção das três naturezas de VPI sofridas pelas participantes do presente estudo, durante a atual gestação, revelou que a VPI psicológica ocorrida de forma isolada foi a mais frequente (11,2%). Em segundo lugar, identificamos a VPI psicológica conjugada à física (5,3%), seguida pela VPI física isolada (0,8%) e pela VPI sexual isolada que correspondeu a 0,3% dos casos. A prevalência das três naturezas de VPI, ocorridas simultaneamente, durante a atual gestação, foi de 0,3%. Em Recife, a sobreposição das três naturezas de VPI, durante a gestação, mostrou que a violência psicológica isolada foi o tipo mais frequente (17,3%), seguida pela sua ocorrência concomitante com a violência física (6,8%). As violências psicológica, física e sexual ocorreram juntas em 3,4% dos casos.⁷⁴ Em uma investigação conduzida na Bolívia, a violência psicológica ocorrida isoladamente foi a mais comum (13,0%), seguida pela violência física (7,0%). Ademais, a porcentagem de mulheres que vivenciaram estas duas naturezas de VPI, durante a gestação, foi de 8,0%.²⁸⁰ Estes dados revelam que, de maneira geral, as diferentes naturezas de atos violentos coexistem em um relacionamento íntimo no qual a violência se faz presente.²⁷⁶ Na maioria das vezes, a violência física é acompanhada da psicológica, enquanto a sexual, geralmente, acontece simultaneamente à física, sendo menos comuns as situações em que ela ocorre de forma exclusiva.³⁸

No Brasil, apesar de as políticas e programas de enfrentamento da violência contra a mulher, implementadas nas últimas três décadas, terem contribuído para o aumento da conscientização e da visibilidade da questão, a quantidade de mulheres em situação de violência ainda é alta, como indicam as taxas encontradas no presente estudo.³⁸

6.3 Transtornos mentais

Em nosso estudo, o indicativo da presença de transtorno depressivo foi o mais prevalente dentre os transtornos mentais investigados, seguido pelo indicativo do diagnóstico de TEPT e pelo indicativo da presença de ideação suicida.

Destacamos que a literatura científica tem demonstrado variabilidade em relação às prevalências da sintomatologia depressiva, de TEPT e de ideação suicida no pré-natal, bem como dos escores de sintomas de ansiedade, o que, em parte, pode ser devido aos diferentes métodos de rastreamento utilizados, ao momento da avaliação, às características da população estudada e aos diferentes pontos de corte em ferramentas de rastreio.¹¹⁷ Estas variações dificultam e limitam as comparações dos dados entre as pesquisas, as quais devem ser feitas com cautela.

6.3.1 Transtorno depressivo

No que diz respeito ao indicativo da presença de transtorno depressivo, a prevalência de mulheres que obtiveram uma pontuação maior ou igual a 12 na EPDS, durante a atual gestação, foi de 28,2%. Esta taxa configura-se como uma das mais altas no Brasil até hoje, na medida em que as prevalências evidenciadas em pesquisas desenvolvidas em Osasco,¹²² Pelotas,¹²⁰ Rio de Janeiro,¹²⁵ Recife e Campinas²⁰⁹ variaram de 14,2% a 24,3%. Especificamente nos países desenvolvidos, resultados encontrados em investigações conduzidas nos Estados Unidos,³⁰² na Suécia,¹⁹⁷ na Espanha,³⁰³ na Austrália,²⁵³ em Portugal²⁰⁸ e em Taiwan²⁰⁴ indicaram que a prevalência de sintomas depressivos na gestação variou de 12,4% a 20,5%. As taxas reveladas em estudos realizados em países em desenvolvimento, como Índia,²⁶⁸ Bangladesh⁹⁶ e Peru,³⁰⁴ variaram entre 9,2% e 40,1%.

6.3.2 Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

Uma em cada seis mulheres participantes do presente estudo (61 de 358, 17,0%) apresentou indicativo do diagnóstico de TEPT, durante a atual gestação. As prevalências encontradas em investigações realizadas nos Estados Unidos^{105,129} e na Tanzânia¹³⁷ variaram entre 3,5% e 13,0%. No Brasil, dados de uma pesquisa conduzida em São Paulo, com mil gestantes adolescentes, evidenciaram que a prevalência de sintomas de TEPT, durante a atual gravidez, foi de 10,0%.³⁰⁵ Entretanto, as especificidades desta população dificultaram a comparação com a taxa observada em nosso estudo.

6.3.3 Ideação suicida

Nossos resultados revelaram que, durante a atual gravidez, a prevalência do indicativo da presença de ideação suicida, entre as participantes, foi de 7,8%. No Brasil, autores de um estudo conduzido em Pelotas evidenciaram que 8,1% das gestantes cadastradas no SisPreNatal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento) declararam ter tido pensamentos suicidas, durante a atual gravidez.¹⁵² Dados de uma investigação desenvolvida na cidade de São Paulo, com mulheres grávidas de baixa renda, revelaram que a ideação suicida esteve presente em 6,3% dos casos.¹⁴⁴ Achados de outra pesquisa recente, também realizada em São Paulo, relataram uma taxa de ideação suicida de 5,0% entre mulheres em acompanhamento pré-natal. No entanto, a diferença entre as amostras dificultou a comparação deste índice com o revelado no presente estudo, na medida em que as mulheres atendidas em São Paulo possuíam alto risco gestacional.³⁰⁶ Adicionalmente, em uma amostra de adolescentes brasileiras grávidas, a prevalência do

indicativo da presença de ideação suicida foi de 16,7%,²¹⁹ o que pode estar relacionado ao fato de que a gravidez na adolescência está associada a maiores índices de suicídio do que em outros grupos etários.³⁰⁷ A nível internacional, pesquisadores de Washington,¹⁴⁵ Bangladesh⁹⁶ e Paquistão³⁰⁷ observaram em suas pesquisas que 2,7%, 5,3% e 11,0% das mulheres, respectivamente, admitiram ter apresentado ideias e/ou pensamentos suicidas, no período gestacional.

6.3.4 Sintomas de ansiedade

6.3.4.1 Sintomas de ansiedade-estado

O escore médio das participantes do presente estudo na IDATE-Estado foi de 42,5 pontos. Dados de pesquisas desenvolvidas em outros locais do Brasil, como Osasco¹²² e Botucatu,²²⁷ evidenciaram que as pontuações médias das mulheres na escala ansiedade-estado, durante o terceiro trimestre de gestação, foram de 43,5 e 44,2 pontos, respectivamente. Internacionalmente, em uma investigação conduzida em Atenas, na Grécia, o escore médio na IDATE-Estado das gestantes atendidas em um hospital público, foi de 41,5 pontos.¹⁶² Mulheres grávidas participantes de pesquisas realizadas em Oporto, Portugal,¹⁶⁵ e Oahu, Havaí,¹⁰¹ apresentaram, no terceiro trimestre de gestação, escores de sintomas de ansiedade-estado de 36,3 e 35,6, respectivamente, inferiores ao encontrado em nosso estudo.

6.3.4.2 Sintomas de ansiedade-traço

No que se refere aos sintomas de ansiedade-traço, o escore médio das participantes na IDATE-Traço foi de 39,1 pontos. Em Osasco, esta pontuação foi de 40,8 pontos.¹²² Resultados encontrados por autores de uma investigação desenvolvida em Szombathely, na Hungria, com 503 gestantes, revelaram que o escore médio de sintomas de ansiedade-traço foi de 39,5.¹⁶⁴ Um escore na IDATE-Traço de 35,1, foi evidenciado em uma pesquisa conduzida em um hospital de Sidney, Austrália, com 748 mulheres, no terceiro trimestre de gravidez.²²⁴

6.4 Violência por parceiro íntimo e transtornos mentais

Nossos resultados permitem-nos afirmar que a VPI, ocorrida durante a atual gestação, é um preditor independente dos indicativos da presença de transtorno depressivo, do diagnóstico de TEPT e

da presença de ideação suicida, bem como dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado, no período gestacional.

6.4.1 Violência por parceiro íntimo e transtorno depressivo

Em nosso estudo, a VPI, perpetrada durante a atual gravidez, associou-se com o indicativo da presença de transtorno depressivo gestacional, mesmo após o ajuste para as variáveis potenciais confundidoras, previamente definidas na literatura científica nacional e internacional. As chances de apresentar o indicativo deste transtorno mental foram, aproximadamente, quatro vezes maiores entre as mulheres em situação de VPI, na atual gestação. Estes achados são consistentes com os revelados por autores de investigações realizadas em outros países, desenvolvidos e em desenvolvimento, como Portugal,³⁰⁸ Canadá,⁹³ Reino Unido,⁹⁹ Estados Unidos,^{94-95,309} Tanzânia,¹³⁷ África do Sul⁹⁷ e Bangladesh.^{96,98} Especificamente, na África do Sul,⁹⁷ os sintomas depressivos pré-natais associaram-se às VPIs psicológica e sexual, ocorridas durante a gestação; no Reino Unido⁹⁹ esta associação deu-se com as VPIs psicológica e física; nos Estados Unidos^{95,309} e em Bangladesh⁹⁶ com a VPI física isolada; e na Tanzânia¹³⁷ e Estados Unidos⁹⁴ com as VPIs física e sexual. Um outro estudo desenvolvido em Bangladesh não encontrou evidências de associação entre a VPI, ocorrida exclusivamente durante a gravidez, e a depressão gestacional.⁹⁸

Ressaltamos que não foram encontradas, na literatura científica nacional e internacional, pesquisas conduzidas em países da América Latina que buscaram identificar a existência de associação entre a VPI e o transtorno depressivo, ambos ocorridos exclusivamente no período gestacional.

6.4.2 Violência por parceiro íntimo e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

Os achados da presente investigação indicaram que a VPI, ocorrida durante a atual gravidez, associou-se com o indicativo do diagnóstico de TEPT gestacional. Após se ajustar para as variáveis potencialmente confundidoras, reconhecidas na literatura científica nacional e internacional, as chances de apresentar este indicativo foram, aproximadamente, cinco vezes maiores entre as participantes vítimas de seus parceiros. Tal resultado corrobora os evidenciados por autores de duas investigações de corte transversal, desenvolvidas na Tanzânia¹³⁷ e nos Estados Unidos,³¹⁰ as quais identificaram a associação entre VPI e TEPT, ambos ocorridos durante a gravidez. Especificamente na Tanzânia, mulheres que sofreram VPI física e/ou sexual, no período gestacional, estiveram mais propensas a

desenvolver sintomas moderados de TEPT, quando comparadas às mulheres que não sofreram este tipo de violência.¹³⁷

6.4.3 Violência por parceiro íntimo e ideação suicida

As participantes do presente estudo, vítimas de VPI durante a atual gestação, tiveram, aproximadamente, seis vezes mais chances de apresentar indicativo da presença de ideação suicida, quando comparadas às que não sofreram este tipo de violência, mesmo após o ajuste para as variáveis potenciais confundidoras, definidas pela comunidade científica.

Ressaltamos que não foram identificados, na literatura científica nacional ou internacional, estudos que abordaram a relação entre ideação suicida, durante a gestação, e a VPI, ocorrida exclusivamente neste período, na medida em que o foco das pesquisas direcionou-se à violência perpetrada pelo parceiro, ao longo da vida. Porém, dados de um estudo de análise qualitativa evidenciaram que a VPI foi o principal motivo apontado, pelas mulheres grávidas, como o responsável pela gênese dos pensamentos suicidas. Entretanto, os autores desta investigação não especificaram se esta violência ocorreu durante o período gestacional. Ainda nesse estudo, a maioria (89,5%) das gestantes que apresentaram pensamentos suicidas obteve um escore na EPDS indicativo de depressão gestacional. Neste contexto, a ocorrência de VPI contribui para o agravamento do estado de depressão nas mulheres grávidas, levando ao aparecimento de pensamentos suicidas entre as vítimas. Portanto, torna-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que investiguem a existência de associação entre VPI e ideação suicida, ocorridas exclusivamente neste período do ciclo vital da mulher.⁹⁶

6.4.4 Violência por parceiro íntimo e sintomas de ansiedade

Os resultados dos modelos de regressão linear múltipla evidenciaram que as mulheres, participantes do presente estudo, em situação de VPI durante a atual gestação, apresentaram maiores escores de sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado, quando comparadas àquelas que não sofreram esse tipo de violência. Tais achados foram confirmados por dados de uma investigação conduzida em Bangladesh, os quais demonstraram que gestantes em situação de VPI, durante a atual gravidez, apresentaram maiores escores de sintomas de ansiedade-traço.⁹⁸ Autores de pesquisas realizadas em países como África do Sul,⁹⁷ Tanzânia¹³⁷ e Portugal³⁰⁸ relataram que a VPI, durante a gestação, foi identificada como um fator de risco independente associado à ocorrência de sintomas

ansiosos em mulheres grávidas. Porém, tais sintomas não se referiram, especificamente, às ansiedades-traço ou estado.

Ainda nesses modelos, identificamos que, além da VPI, a escolaridade configurou-se como preditor dos escores das participantes na IDATE-Estado e na IDATE-Traço. Ademais, a idade também caracterizou-se como um fator de risco para a gênese de sintomas de ansiedade-traço entre as gestantes. Esses resultados são consoantes com os evidenciados na investigação conduzida no município de Osasco, onde o menor nível escolar associou-se com os sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado, no período gestacional.¹²² Concordam, também, com os dados encontrados em uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, na qual a idade inferior a 25 anos e a escolaridade menor que nove anos de estudo associaram-se à ansiedade-traço.¹⁷³ Internacionalmente, nossos achados confirmam os revelados em pesquisas realizadas na Grécia¹⁶² e em Bangladesh,⁹⁸ onde mulheres com maior nível educacional tiveram menores escores na IDATE-Estado. Na Hungria, os escores de ansiedade-traço foram significativamente maiores entre mulheres com menos de 20 anos de idade e com menor escolaridade.¹⁶⁴ Esses dois fatores podem tornar as mulheres menos capazes para o enfrentamento das novas condições impostas pela gravidez, aumentando, assim, sua predisposição para o desenvolvimento de sintomas ansiosos. Neste contexto, a prevenção da ansiedade deve focar-se nos fatores de risco sociais, como a escolaridade e a VPI.^{164,173}

Similarmente aos demais transtornos mentais investigados neste estudo, também não encontramos pesquisas desenvolvidas em países da América Latina referentes à relação entre VPI e sintomas ansiosos, ambos ocorridos exclusivamente durante o período gestacional.

A prevalência da violência perpetrada contra as mulheres participantes de nosso estudo, pelo parceiro íntimo, durante a atual gravidez, foi alta, especialmente se considerarmos que esta exposição aumentou as chances de as vítimas apresentarem indicativos/sintomas dos transtornos mentais investigados, os quais podem ocorrer simultaneamente, enquanto comorbidades, comprometendo ainda mais a saúde destas mulheres. Diante destes resultados e do fato de que uma debilitada saúde mental pode levar a múltiplos resultados negativos para a mãe, para o feto/criança e para a família,⁹⁷ há a necessidade de se integrar a atenção à saúde mental e ações direcionadas ao enfrentamento da VPI aos cuidados rotineiramente prestados à mulher durante o pré-natal, com vistas à manutenção da saúde e do bem-estar biopsicossocial do binômio mãe-filho.^{5,89,95,137,307-308}

A gestação é um período no qual a mulher está em contato frequente com os profissionais de saúde e, portanto, mais propensa a revelar sua situação de violência e seus sintomas psiquiátricos.⁹⁹ Os profissionais, especialmente os da equipe de enfermagem, devem atentar-se, em sua avaliação

global, para a ocorrência de sintomas indicativos de transtornos mentais neste período da vida da mulher, bem como para os fatores de risco relevantes, como a VPI. Ademais, devem adotar estratégias e mecanismos de referência das mulheres com tais indicativos para avaliação e suporte adequados em serviços especializados. Neste sentido, a oferta de apoio às mulheres, durante a gestação, e o acesso aos serviços de saúde e/ou organizações não governamentais são importantes estratégias preventivas a serem adotadas.^{98,311}

Durante o acompanhamento pré-natal de rotina, os enfermeiros têm a oportunidade de rastrear mulheres em situação de VPI e, a partir disto, de encaminhá-las para um acompanhamento especializado e/ou de proporcionar diferentes estratégias de intervenção, como programas de visitas domiciliares, casas-abrigo, aconselhamento individual, programas de apoio social ou outros recursos comunitários, como a distribuição de panfletos, contendo a lista dos serviços de atendimento à mulher que é vítima de violência, disponíveis na comunidade.^{309,312} A detecção dos casos de VPI na gravidez contribui para a externalização dos sentimentos pelas mulheres e, conseqüentemente, garante a fuga do seu isolamento emocional e social.³¹³

Apesar de o rastreamento/triagem universal da VPI e dos transtornos mentais, durante o período gestacional, ser uma proposta de busca ativa com pouco potencial para dano e uma meta alcançável a longo prazo, em muitos contextos obstétricos ele não acontece.^{94,137,308,314} Diversos aspectos contribuem para a invisibilidade da VPI, e sua intersecção potencializa os efeitos adversos deste problema para a saúde mental das vítimas. O primeiro destes aspectos diz respeito à influência das identidades de gênero na sociedade, a qual está impregnada por estereótipos construídos a partir das relações entre homens e mulheres, delegando a estas uma posição de obediência e submissão. Em segundo lugar e decorrente da desigualdade de gênero, destacamos o fato de que, em geral, a mulher em situação de violência não verbaliza ou denuncia a agressão sofrida, apresentando, nos serviços de saúde, queixas vagas e recorrentes referentes às consequências físicas imediatas da agressão ou aos agravos decorrentes da situação vivida, as quais são difíceis de serem localizadas, explicadas, diagnosticadas e/ou tratadas.^{14,31} Este velamento da situação de VPI, por parte das mulheres, pode advir de sentimentos como constrangimento ou humilhação, culpa, medo de sofrerem retaliações e/ou de serem responsabilizadas por sua condição de vítimas, preocupação com a sua segurança e dos filhos, falta de controle sobre suas vidas, cuidado em proteger o parceiro por razões econômicas ou afetivas, temor em perder os filhos ou de não serem compreendidas e a aceitação da VPI como algo “normal”.^{7,35,315}

Destarte, a confiança e o vínculo com os profissionais de saúde podem proporcionar a estas mulheres uma melhor assistência durante o pré-natal, bem como uma comunicação mais aberta e

honestas.³¹⁶ No entanto, assim como as mulheres não relatam sua situação de vítimas, os profissionais não perguntam, na medida em que eles têm dificuldades em identificar, atender e encaminhar os casos,³² pois estão inseridos em um histórico modelo assistencial curativista e hospitalocêntrico, centrado no corpo do cliente e na consulta médica.³¹⁷ Este processo de medicalização reduz a patologias os problemas que, além de médicos, são sociais, constituindo-se em um obstáculo para a efetivação de uma prática orientada por uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença e pelos princípios da integralidade, equidade e intersetorialidade do cuidado.^{14,314} Esta limitação na identificação das necessidades de saúde da população, especialmente aquelas socialmente produzidas, como as que determinam a VPI,¹⁴ contribui para o uso reiterado e ineficaz dos serviços de saúde por parte das mulheres que são vítimas de violência.³¹⁴ Outras razões para esta falha na detecção dos casos incluem a limitação do tempo para atendimento,^{32,308} o sentimento de impotência, a impunidade, o medo do agressor, o desconforto pessoal, a crença de que as mulheres não irão revelar o abuso ou procurar ajuda e o desconhecimento quanto às condutas a serem tomadas nos casos em que a violência é rastreada.³¹⁸⁻³¹⁹ Ademais, mesmo quando a violência é identificada, ela não recebe o devido valor por parte dos profissionais, cuja prática orientada por este saber instrumental é direcionada ao tratamento dos danos físicos causados pelos atos violentos e à formulação de conselhos práticos ou fórmulas genéricas incapazes de gerar mudanças de comportamento, delegando a segundo plano questões subjetivas como a vulnerabilidade emocional das vítimas.^{14,32,96}

Os impasses decorrentes dessa forma tradicional de se “produzir saúde” são desafiantes e um nó crítico para a superação desta situação é a formação dos recursos humanos em saúde, na medida em que o perfil formador destes profissionais ainda se pauta na lógica da assistência fragmentada, verticalizada, individual e centrada na cura de doenças,^{36,320} além de supervalorizar o saber científico em detrimento do histórico, social, cultural, econômico e vivencial. Esta concepção pedagógica tradicional, que forma a maioria dos profissionais de saúde, inviabiliza o atendimento integral, solidário, humanizado, acolhedor e o estabelecimento de laços de confiança com a mulher em situação de violência. Nesse sentido, mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde são necessárias para transpor esta realidade vigente nos serviços.³²¹ Tal formação deve evitar a divisão entre individual e coletivo; doença e vigilância à saúde; biologia e subjetividade; profissionais da gestão e atenção; e, sobretudo, enfatizar a integralidade da atenção, a educação em saúde da população e o trabalho em equipe; estabelecendo, assim, o diálogo, a troca e a interdisciplinaridade que contribuem para a superação do modelo tradicional de atenção à saúde.³²²⁻³²³

Assim como destacar a relevância da formação profissional para a mudança do modelo de atenção à saúde, é imprescindível encontrar meios que defrontem a atual conjuntura em que se situam

os profissionais atuantes no sistema, para que se abrandem os prejuízos de uma formação anterior inadequada e insuficiente e se garantam práticas condizentes com um modelo integral de assistência.³²⁰ Assim, os objetivos imediatos são a inclusão da VPI no currículo de formação dos estudantes da área da saúde e a formação continuada dos profissionais, com um foco específico para aqueles que prestam cuidados pré-natais.¹³⁷ Torna-se fundamental, portanto, o desenvolvimento de programas, treinamentos e protocolos de intervenção que envolvam os diferentes profissionais de saúde e facilitem a revelação do abuso e a obtenção de apoio pelas mulheres, durante o pré-natal.³⁰⁸ Ademais, os profissionais devem estar capacitados para uma abordagem interpessoal que envolva os aspectos ético-humanísticos que perpassam a assistência direcionada às vítimas de violência,³² cujo foco é o fortalecimento e emancipação das mulheres e não apenas o alívio da dor e tratamento dos sintomas e agravos decorrentes do abuso sofrido. Assim, é necessária uma interação baseada no respeito, na privacidade, no sigilo, na segurança, na escuta, na orientação e no acolhimento, com ênfase na comunicação e em projetos assistenciais negociados e construídos em parceria com as mulheres. Os profissionais, após a identificação, devem estar comprometidos com o registro adequado, com o trabalho em equipe e com o acionamento da rede intersetorial existente, garantindo a defesa dos direitos legais, humanos, sexuais e reprodutivos e os princípios do não julgamento e respeito às decisões da mulher. Portanto, torna-se premente a transformação dos valores relativos às conformações sociais de gênero, os quais são incorporados pelos profissionais de saúde em sua assistência, no cotidiano dos serviços.³¹⁴

Neste contexto, diante da complexidade da VPI, de suas repercussões negativas para a saúde mental das mulheres no período gestacional e do fato de que este tipo de violência está associado a fatores de risco e de proteção clinicamente identificáveis, seu enfrentamento deve pautar-se tanto nas ações direcionadas à identificação e à assistência às vítimas, bem como em medidas de prevenção primária. Estas últimas são essenciais frente às dificuldades dos profissionais de saúde em identificar os casos e intervir sobre o problema.^{14,60,324} A prevenção primária deste tipo de violência poupa vidas e custos, na medida em que os investimentos direcionados ao bloqueio de sua ocorrência promovem o bem-estar físico, mental e econômico das mulheres, das suas famílias, das comunidades e da sociedade como um todo.⁵

Se considerarmos que os padrões hierárquicos de gênero são determinantes dos conflitos, do rompimento da comunicação interpessoal e, conseqüentemente, da VPI, ações de prevenção e promoção da não violência dirigidas a uma maior equidade de gênero contribuirão para a diminuição deste problema de saúde pública e das suas conseqüências negativas para a saúde mental da mulher.^{14,60,324} Destacamos que, para uma prevenção primária bem-sucedida, são necessárias

intervenções precoces e focadas em grupos etários mais jovens. Assim, diversas estratégias podem ser implementadas, como: programas educativos escolares e de prevenção de *bullying*; campanhas em meios de comunicação de massa; cartazes e folhetos nas unidades de saúde; visitas domiciliares; educação para a igualdade de gênero; controle da violência urbana e de armas na sociedade; controle da publicidade de bebidas alcoólicas; igualdade entre salários de homens e mulheres; e equidade na participação política. Ademais, o cuidado aos casos já instalados tem forte conotação preventiva, especialmente no que diz respeito às constantes reiterações dos episódios de VPI e à transmissão intergeracional da violência, na medida em que crianças que experimentam ou testemunham agressões entre os pais na infância possuem maior risco de se envolverem em situações de violência na vida adulta. Na mesma direção, a atenção dispensada aos homens traz uma perspectiva crítica e que pode contribuir para a prevenção de futuros episódios de VPI com as mesmas ou outras mulheres.^{5,60}

Portanto, a batalha contra a banalização e a invisibilidade da VPI deve ser iniciada “em casa” e, também, nos serviços de saúde, por meio do envolvimento da gerência e de todos os profissionais.⁶⁰ O setor de saúde pode desempenhar um papel vital na prevenção da violência contra a mulher, ao contribuir para a identificação precoce do abuso, proporcionando às vítimas o tratamento necessário e a referência aos cuidados apropriados.³⁵ Ganha destaque, assim, a atenção primária à saúde, especificamente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), um locus privilegiado para a prevenção primária da violência contra a mulher, na medida em que visa a oferecer, na unidade e domicílio, assistência integral, contínua, resolutiva e de qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; eleger a família e seu espaço social como núcleo de abordagem no atendimento à saúde; humanizar e estabelecer vínculos entre profissionais e população; reconhecer a saúde como um direito de cidadania e expressão da qualidade de vida; estimular o controle social pela população; incorporar a promoção da saúde e o trabalho interdisciplinar; e criar laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários.³²⁵ Nesta lógica, a ESF pretende transpor a visão fragmentada do sujeito para uma percepção integral que abarque as dimensões individual, familiar e coletiva e recupere a prática generalista, em que o processo saúde-doença é considerado dentro de uma realidade local, familiar e comunitária.³²⁶ Esta estratégia reestruturante enseja um acesso frequente e legitimado às mulheres em todo o seu ciclo vital, especialmente durante a gestação e, conseqüentemente, uma relação próxima com os profissionais, o que favorece o enfrentamento da VPI e dos transtornos mentais.⁶⁰

O olhar da violência perpetrada contra as mulheres pela perspectiva da saúde pública oferece o caminho para capturar as várias dimensões do fenômeno, a fim de desenvolver respostas

multissetoriais, na medida em que o setor saúde é, frequentemente, o primeiro ponto de contato das vítimas.³⁵ Destarte, apesar do importante papel da saúde pública, o sucesso das políticas, programas e ações de enfrentamento da VPI, especialmente durante a gestação, só será alcançado quando as transformações envolverem todos os setores comprometidos com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania das mulheres, na medida em que a violência é um problema de múltiplas faces.¹⁴ Neste sentido, esforços cooperativos de setores como educação, economia, assistência social, justiça criminal e organizações não governamentais são necessários para solucionar este problema que é, frequentemente, assumido como médico ou criminal.^{5,60} Como resultado, a prevenção eficaz exigirá o planejamento de ações conjuntas, a definição de papéis e contribuições e a partilha do financiamento ou outros recursos, de acordo com os pontos fortes e habilidades de cada parceiro. Este trabalho em equipe, além de proporcionar muitos benefícios, irá melhorar o entendimento de como esse tipo de violência afeta os diversos setores da sociedade, e como cada um pode contribuir para o seu enfrentamento.⁵

Diante do exposto, esperamos que os resultados do presente estudo possam contribuir para a sensibilização dos formuladores de políticas e dos prestadores de cuidados quanto à seriedade do problema e como ele afeta a saúde das mulheres. A VPI tem um impacto muito mais profundo na saúde das vítimas do que os danos imediatos que ela causa, com destaque para a ocorrência de transtornos mentais.³⁵ Assim, reconhecer a violência como um fator de risco clinicamente relevante e identificável para a ocorrência destes transtornos, durante a gestação, pode ser um primeiro passo na prevenção destes problemas.⁹³ Idealmente, as respostas devem incluir os setores da saúde, assistência social e justiça, no sentido de cumprir a obrigação do Estado para eliminar a violência contra a mulher. Desafiar as normas sociais que perdoam e, portanto, perpetuam a VPI é uma responsabilidade de todos nós. Devemos trazer esta questão à tona e enfrentá-la como faríamos com as causas de qualquer outro problema de saúde prevenível, aplicando as melhores soluções disponíveis. Esta realidade indica que uma mudança de paradigmas socioculturais é necessária, para promover a igualdade de gênero e garantir os direitos humanos das mulheres, buscando maior equidade e matizando questões sociais, econômicas e inter-relacionais.^{14,60,324} No entanto, estes são objetivos a longo prazo, no sentido de que nenhum outro problema de saúde pública tem sido tão amplamente ignorado e tão pouco compreendido.³

Limitações do estudo

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações deste estudo a serem consideradas:

- i. o delineamento transversal do estudo limitou as interpretações sobre causalidade. Entretanto, podemos fazer inferências sobre a sequência temporal dos eventos.
- ii. apesar do cuidado dispensado pelas entrevistadoras com vistas ao estabelecimento do vínculo com as participantes, a prevalência da VPI pode ter sido subestimada devido ao embaraço ou medo das gestantes em revelar esta informação. Assim, a prevalência encontrada no estudo deve ser considerada como uma estimativa mínima da verdadeira prevalência da VPI, ocorrida durante a gestação, na população de estudo.
- iii. os dados obtidos referem-se à população de mulheres atendidas em um ambulatório de pré-natal do município de Ribeirão Preto e, portanto, podem diferir e limitar a generalização para outras populações.
- iv. utilizamos instrumentos de rastreamento dos sintomas dos transtornos mentais. Entrevistas diagnósticas conduzidas por profissionais especializados não foram feitas, o que pode ter superestimado a prevalência dos indicativos destes transtornos e dos escores dos sintomas de ansiedade-traço e estado.

Entretanto, nosso estudo apresentou como pontos fortes: i. a utilização de instrumentos reconhecidos internacionalmente e validados no Brasil; ii. a realização do estudo-piloto; iii. o treinamento rigoroso das entrevistadoras; e iv. a ênfase nos aspectos éticos e na segurança das participantes. Ademais, o viés de seleção foi minimizado pela representatividade da amostra, apontada pelo desenho amostral e pelo reduzido número de recusas.

Acreditamos que a qualidade dos dados e as associações/relações encontradas entre a violência e os transtornos mentais investigados permitem-nos concluir que a VPI, ocorrida durante a gravidez, contribui para a gênese dos sintomas indicativos do transtorno depressivo, do TEPT, da ideação suicida e dos sintomas ansiosos em gestantes.

Conclusões

8 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem-nos concluir que:

- ✓ As gestantes em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, entre maio de 2012 e maio de 2013, tinham, em média, 25 anos de idade e 9,5 anos de escolaridade formal. A maioria considerou-se não branca, era solteira, coabitava com o parceiro íntimo, possuía alguma religião, não exercia atividade remunerada e possuía renda familiar mensal média de 2,6 salários-mínimos, sendo o parceiro o principal provedor da família.
- ✓ A maioria das participantes não fumou, não consumiu bebidas alcoólicas e não fez uso de drogas ilícitas, durante a atual gestação.
- ✓ A amostra caracterizou-se por mulheres multigestas e nulíparas que, em sua maioria, possuíam filhos vivos e não haviam abortado anteriormente.
- ✓ A prevalência da VPI, durante a atual gestação, foi de 17,6%. Dentre as mulheres que foram vítimas, 31,8% sofreram mais de um tipo de VPI.
- ✓ A prevalência da VPI psicológica, durante a atual gestação, foi de 16,8%, sendo a maioria das participantes vítima de insultos. Para um maior número de mulheres, os episódios violentos desta natureza foram classificados como moderados e ocorreram por poucas vezes.
- ✓ A prevalência da VPI física, durante a atual gestação, foi de 6,4%, sendo a maioria das participantes vítimas de atos violentos moderados, caracterizados por empurrões, trancos, chacoalhões ou tapas. Dentre as mulheres que foram vítimas desta natureza de violência, a maioria foi agredida fisicamente pelo parceiro uma única vez.
- ✓ A prevalência da VPI sexual, durante a atual gestação, foi de 0,3%. A única mulher que foi vítima desta natureza de atos violentos manteve, por poucas vezes, relações sexuais com o parceiro íntimo por medo do que ele pudesse fazer.

-
- ✓ As prevalências dos indicativos da presença de transtorno depressivo, do diagnóstico de TEPT e da presença de ideação suicida foram de 28,2%, 17,0% e 7,8%, respectivamente. Os escores médios das gestantes nas escalas ansiedade-traço e ansiedade-estado foram de 39,1 e 42,5 pontos, respectivamente.
 - ✓ Após se ajustar aos modelos de regressão logística múltipla, a VPI, durante a atual gestação, associou-se com o indicativo da presença de transtorno depressivo, com o indicativo do diagnóstico de TEPT e com o indicativo da presença de ideação suicida.
 - ✓ Os modelos de regressão linear múltipla ajustados evidenciaram que as mulheres em situação de VPI, na atual gestação, apresentaram maiores escores dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado do que aquelas que não sofreram esse tipo de violência. Ademais, além da VPI, as variáveis idade e escolaridade foram preditoras do escore dos sintomas de ansiedade-traço. Similarmente, a variável escolaridade caracterizou-se como um preditor do escore dos sintomas de ansiedade-estado.

*Implicações para a prática
e pesquisa*

9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PESQUISA

As elevadas prevalências da VPI, durante a gestação, e suas repercussões na saúde mental das mulheres indicam que as atitudes frente a estes problemas podem e devem mudar; a condição da mulher pode e deve ser melhorada; e homens e mulheres podem e devem ser convencidos de que a VPI não é uma parte aceitável das relações humanas.³⁵

Profissionais de enfermagem inseridos na assistência obstétrica devem ter a VPI como alvo e devem incorporar em sua prática estratégias para a construção da confiança e do vínculo, proporcionando oportunidades de aprendizagem e acesso à assistência social, institucional e intersetorial. Esta abordagem irá contribuir para a promoção da equidade de gênero e dos direitos humanos das mulheres; para a identificação de transtornos mentais, durante a gestação; para o uso dos serviços de saúde reprodutiva com vistas à identificação, ao tratamento e ao encaminhamento de casos de violência ou perturbação mental; para a criação, implementação e monitoramento de planos de ação multissetoriais de combate à VPI; para o recrutamento de líderes sociais, políticos, religiosos e outros com o objetivo de divulgar a questão da violência contra as mulheres; para a priorização da prevenção do abuso contra crianças e adolescentes, especialmente nos ambientes escolares; para o desenvolvimento, implementação e avaliação de programas destinados à prevenção primária da VPI e dos transtornos mentais; para a sensibilização dos sistemas legais e jurídicos quanto às necessidades das mulheres que são vítimas de violência; para o fortalecimento dos serviços e instituições governamentais e não governamentais de apoio às mulheres em situação de violência; e para o desenvolvimento de pesquisas sobre a VPI e suas consequências para a saúde mental das mulheres, suas causas e os seus custos para a sociedade.³⁵

No que se refere à pesquisa, o tema do presente estudo, apesar de estar intimamente relacionado às questões de gênero que permeiam as sociedades desde os tempos remotos, é relativamente recente no contexto acadêmico e científico. Destacamos que as pesquisas encontradas que analisaram a relação entre a VPI, ocorrida durante a atual gravidez, e os indicativos das presenças de transtorno depressivo, do diagnóstico de TEPT e de ideação suicida, bem como dos sintomas de ansiedade-traço e estado, no período gestacional, foram desenvolvidas nos últimos oito anos, a partir de 2006.

Diante deste cenário, ao nosso conhecimento, este é o primeiro estudo desenvolvido na região da América Latina que buscou identificar a existência de associações entre a VPI e os transtornos mentais investigados, ambos ocorridos durante a atual gestação. Ademais, a observação de que a VPI na gravidez prevaleceu sobre os outros fatores de risco, para os transtornos mentais, reconhecidos na

literatura científica nacional e internacional, sugere que intervenções direcionadas a estes preditores possam não ser tão eficazes para a prevenção destas repercussões negativas para a saúde mental das mulheres. Assim, nossos resultados abrem caminhos para que futuras pesquisas investiguem a existência de associação entre estes fatores de risco e os transtornos mentais, na presença da VPI, durante a gestação. Adicionalmente, pesquisadores brasileiros devem ser encorajados a desenvolver uma abordagem longitudinal do tema com o objetivo de examinar se a ocorrência da VPI, durante a atual gestação, afeta a saúde mental da mulher no período pós-parto, especialmente no que diz respeito ao TEPT, à ideação suicida e aos sintomas ansiosos.

Neste contexto, a sensibilização e a visibilidade da VPI, durante a gravidez, pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde também poderão ser proporcionadas por meio da prática baseada em evidências, a qual apoiará o uso de ações concretas para o enfrentamento do problema, incluindo mecanismos de prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento das vítimas, diminuindo assim a ocorrência de condições debilitantes para a sua saúde mental.

Referências

REFERÊNCIAS^d

1. World Health Organization. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva: World Health Organization; 1996.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
4. Minayo MCS. Violence: a new old challenge for health care. Rev Bras Educ Med. 2005 Jan/Apr;29(1):55-63.
5. World Health Organization. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
6. Organización Panamericana de la Salud. Resolución XIX: Violencia y Salud. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1993.
7. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violence and health: theoretical, methodological, and ethical contributions from studies on violence against women. Cad Saúde Pública. 2009;25(2 Suppl):S205-16. doi:10.1590/S0102-311X2009001400003
8. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2006.
9. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2009.
10. Smith Fawzi MC, Lambert W, Singler JM, Tanagho Y, Léandre F, Nevil P, et al. Factors associated with forced sex among women accessing health services in rural Haiti: implications for the prevention of HIV infection and other sexually transmitted diseases. Soc Sci Med. 2005 Feb;60(4):679-89. doi:10.1016/j.socscimed.2004.06.010
11. Ali PA, Gavino MI. Violence against women in Pakistan: a framework for analysis. J Pak Med Assoc. 2008 Apr;58(4):198-203.
12. Taft CT, Bryant-Davis T, Woodward HE, Tillman S, Torres SE. Intimate partner violence against African American women: An examination of the socio-cultural context. Agress Violent Behav. 2009 Jan-Feb;14(1):50-8. doi:10.1016/j.avb.2008.10.001
13. Russo NF, Pirlott A. Gender-based violence: concepts, methods, and findings. Ann N Y Acad Sci. 2006 Nov;1087:178-205. doi:10.1196/annals.1385.024

^d Este trabalho foi realizado de acordo com o Estilo Vancouver e segundo as normas:

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso Parte IV (Vancouver). 2a ed. rev. amp. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, 2009. 96 p.

14. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. The violence of gender and health-disease process of women. *Esc Anna Nery*. 2009 Jul-Sep;13(3):625-31. doi:10.1590/S1414-81452009000300024
15. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*. 2002 Apr;359(9313):1232-7. doi:10.1016/S0140-6736(02)08221-1
16. Scott JW. Gender: a useful category of historical analysis. *Am Hist Rev*. 1986 Dec;91(5):1053-75.
17. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília (DF): Presidência da República; 2011.
18. Kaslow NJ, Leiner AS, Reviere S, Jackson E, Bethea K, Bhaju J, et al. Suicidal, abused African American women's response to a culturally informed intervention. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Aug;78(4):449-58. doi:10.1037/a0019692
19. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação: violência doméstica, sexual e/ou outras violências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde [citado 14 jan. 2014]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>
20. Schraiber LB, d'Oliveira AF, França I Jr, Pinho AA. Violence against women: a study in a primary healthcare unit. *Rev Saúde Pública*. 2002 Aug;36(4):470-7. doi:10.1590/S0034-89102002000400013
21. Moraes AF, Ribeiro L. State policy on violence against women in Brazil and men's accountability. *Sex Salud Soc*. 2012 Aug;11:37-58. doi:10.1590/S1984-64872012000500003
22. Brasil. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Escritório das Nações Unidas sobre drogas e crime. Norma técnica de padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs – Edição atualizada. Brasília (DF): Ministério da Justiça/Presidência da República; 2010.
23. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres. Diretrizes nacionais para o abrigo de mulheres em situação de risco e de violência. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
25. Brasil. Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* (2003 nov.25); Sec. 1:11.

26. Brasil. Presidência da República. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2004.
27. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006 - Lei Maria da Penha. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2012.
28. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2008.
29. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.
30. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2013.
31. Signorelli MC, Auad D, Pereira PP. Domestic violence against women and professional intervention in primary healthcare: an ethnographic study in Matinhos, Paraná State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2013 Jun;29(6):1230-40. doi:10.1590/S0102-311X2013001000019
32. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Physical violence against women from the perspective of health professional. *Rev Saúde Pública*. 2008 Dec;42(6):1053-9. doi:10.1590/S0034-89102008005000058
33. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, on behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368(9543):1260-9. doi:10.1016/S0140-6736(06)69523-8
34. Schraiber L, d'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface Comun Saúde Educ*. 2003;7(12):41-54. doi:10.1590/S1414-32832003000100004
35. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multicountry study on women's health and domestic violence against women – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
36. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalence of violence against women users of health care services. *Rev Saúde Pública*. 2006 Aug;40(4):604-10. doi:10.1590/S0034-89102006000500008
37. Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 87-121.

38. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermit AB, et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):797-807. doi:10.1590/S0034-89102007000500014
39. Venturi G, Recamán M, Oliveira S, organizadores. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo (SP): Fundação Perseu Abramo; 2004.
40. Kiss L, Schraiber LB, Heise L, Zimmerman C, Gouveia N, Watts C. Gender-based violence and socioeconomic inequalities: does living in more deprived neighbourhoods increase women's risk of intimate partner violence? *Soc Sci Med*. 2012 Apr;74(8):1172-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.033
41. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violence against women by intimate partner: use of health services. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):237-45. doi:10.1590/S1415-790X2010000200006
42. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health (Oxf)*. 2011 Mar;33(1):15-21. doi:10.1093/pubmed/fdq101
43. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*. 2002 May;162(10):1157-63. doi:10.1001/archinte.162.10.1157
44. Johri M, Morales RE, Boivin JF, Samayoa BE, Hock JS, Grazioso CF, et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011 Jul;11:49. doi:10.1186/1471-2393-11-49
45. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol*. 2008 Apr;28(3):266-71. doi:10.1080/01443610802042415
46. World Health Organization. *WHO Multi-country study on Women's Health and Domestic Violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization; 2005.
47. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002 Apr;359(9314):1331-6. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8
48. Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse*. 2007 Apr;8(2):135-48. doi:10.1177/1524838007301223
49. Blasco-Ros C, Sánchez-Lorente S, Martínez M. Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2010;10:98. doi:10.1186/1471-244X-10-98

50. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med.* 2002 Nov;23(4):260-8. doi:10.1016/S0749-3797(02)00514-7
51. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health (Larchmt).* 2006 Jun;15(5):599-611. doi:10.1089/jwh.2006.15.599
52. Zlotnick C, Johnson DM, Kohn R. Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *J Interpers Violence.* 2006 Feb;21(2):262-75. doi:10.1177/0886260505282564
53. Mechanic MB, Weaver TL, Resick PA. Mental health consequences of intimate partner abuse. A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women.* 2008 Jun;14(6):634-54. doi:10.1177/1077801208319283
54. Leiner AS, Compton MT, Houry D, Kaslow NJ. Intimate partner violence, psychological distress, and suicidality: a path model using data from African American women seeking care in a urban emergency department. *J Fam Violence.* 2008 Aug;23(6):473-81. doi:10.1007/s10896-008-9174-7
55. Dutton MA. Pathways linking intimate partner violence and posstraumatic disorder. *Trauma Violence Abuse.* 2009 Jul;10(3):211-24. doi:10.1177/1524838009334451
56. DeJonghe ES, Bogat GA, Levendosky AA, von Eye A. Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: prediction and prevention. *J Postgrad Med.* 2008 Oct-Dec;54(4):294-300.
57. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. *Lancet.* 2008 Apr;371(9619):1165-72. doi:10.1016/S0140-6736(08)60522-X
58. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med.* 2011 Jul;73(1):79-86. doi:10.1016/j.socscimed.2011.05.006
59. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet.* 2002 Apr;359(9315):1423-9. doi:10.1016/S0140-6736(02)08357-5
60. d'Oliveira AF, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saúde Pública.* 2009 Apr;43(2):299-311. doi:10.1590/S0034-89102009005000013
61. Naved RT, Persson LA. Factors associated with spousal physical violence against women in Bangladesh. *Stud Fam Plann.* 2005 Dec;36(4):289-300. doi:10.1111/j.1728-4465.2005.00071.x
62. Romans S, Forte T, Cohen MM, Du Mont J, Hyman I. Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *J Interpers Violence.* 2007 Dec;22(12):1495-514. doi:10.1177/0886260507306566

-
63. Dalal K, Rahman F, Jansson B. Wife abuse in rural Bangladesh. *J Biosoc Sci.* 2009;41(5):561-73. doi:10.1017/S0021932009990046
64. Renner LM, Slack KS. Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra and intergenerational connections. *Child Abuse Negl.* 2006;30(6):599-617. doi:10.1016/j.chiabu.2005.12.005
65. Rivera-Rivera L, Lazcano-Ponce E, Salmerón-Castro J, Salazar-Martinez E, Castro R, Hernandez-Avia M. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: a population-based study. *Salud Publica Mex.* 2004;46(2):113-22. doi:10.1590/S0036-36342004000200005
66. Vung NK, Krantz G. Childhood experiences of interparental violence as a risk factor for intimate partner violence: a population-based study from northern Vietnam. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(9):708-14. doi:10.1136/jech.2008.076968
67. Boyle MH, Georgiades K, Cullen J, Racine Y. Community influences on intimate partner violence in India: women's education, attitudes towards mistreatment and standards of living. *Soc Sci Med.* 2009 Sep;69(5):691-7. doi:10.1016/j.socscimed.2009.06.039
68. Ackerson LK, Kawachi I, Barbeau EM, Subramanian SV. Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: a population-based study of women in India. *Am J Public Health.* 2008 Mar;98(3):507-14. doi:10.2105/AJPH.2007.113738
69. Tang CS, Lai BP. A review of empirical literature on the prevalence and risk markers of male-on-female intimate partner violence in contemporary China, 1987-2006. *Agress Violent Behav.* 2008 Jan-Feb;13(1):10-28. doi:10.1016/j.avb.2007.06.001
70. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA.* 2001 Mar;285(12):1581-4. doi:10.1001/jama.285.12.1581
71. Zlotnick C, Capezza NM, Parker D. An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: a pilot study. *Arch Womens Ment Health.* 2011 Feb;14(1):55-65. doi:10.1007/s00737-010-0195-x
72. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One.* 2011 Mar;6(3):e17591. doi:10.1371/journal.pone.0017591
73. Makayoto LA, Omolo J, Kamweya AM, Harder VS, Mutai J. Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. *Matern Child Health J.* 2013 Apr;17(3):441-7. doi:10.1007/s10995-012-1015-x
74. Silva EP, Ludermit AB, Araújo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saúde Pública.* 2011 Dec;45(6):1044-53. doi:10.1590/S0034-89102011005000074
75. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod*

- Health Matters. 2010 Nov;18(36):158-70. doi:10.1016/S0968-8080(10)36533-5
76. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggress Violent Behav.* 2010 Jan-Feb;15(1):14-35. doi:10.1016/j.avb.2009.07.013
77. Durand JG, Schraiber LB. Violence during pregnancy among public health care users in the Greater São Paulo area: prevalence and associated factors. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(3):310-22. doi:10.1590/S1415-790X2007000300003
78. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA.* 1996 Jun;275(24):1915-20. doi:10.1001/jama.1996.03530480057041
79. Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014 Jan;124(1):6-11. doi:10.1016/j.ijgo.2013.06.037
80. Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women.* 1998 Jun;4(3):262-90. doi:10.1177/1077801298004003002
81. Ludermitz AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet.* 2010 Sep;376(9744):903-10. doi:10.1016/S0140-6736(10)60887-2
82. Rodrigues DT. Análise da violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.
83. Moraes CL, Arana FD, Reichenheim ME. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. *Rev Saúde Pública.* 2010 Aug;44(4):667-76.
84. Reichenheim ME, Patricio TF, Moraes CL. Detecting intimate partner violence during pregnancy: awareness-raising indicators for use by primary healthcare professionals. *Public Health.* 2008 Jul;122(7):716-24. doi:10.1016/j.puhe.2007.09.016
85. World Health Organization. Millennium Development Goals [Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2014 Jan 25]. Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/
86. Ellis KK, Chang C, Bhandari S, Ball K, Geden E, Everett KD, et al. Rural mothers experiencing the stress of intimate partner violence or not: their newborn health concerns. *J Midwifery Womens Health.* 2008 Nov-Dec;53(6):556-62. doi:10.1016/j.jmwh.2008.05.012
87. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Psychiatry disorders in pregnancy and puerperium: classification, diagnosis and treatment. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33(2):92-102. doi:10.1590/S0101-60832006000200009

88. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Jul;65(7):805-15. doi:10.1001/archpsyc.65.7.805
89. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001452. doi:10.1371/journal.pmed.1001452
90. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
91. Cerulli C, Talbot NL, Tang W, Chaudron LH. Co-occurring intimate partner violence and mental health diagnoses in perinatal women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Dec;20(12):1797-803. doi:10.1089/jwh.2010.2201
92. Apter G, Devouche E, Gratier M. Perinatal mental health. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199(8):575-7. doi:10.1097/NMD.0b013e318225f2f4
93. Miszkurka M, Zunzunegui MV, Goulet L. Immigrant status, antenatal depressive symptoms, and frequency and source of violence: what's the relationship? *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(5):387-96. doi:10.1007/s00737-012-0298-7
94. Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan M, Katon WJ. Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol*. 2010 Nov;116(5):1064-70. doi:10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a
95. Martin SL, Li Y, Casanueva C, Harris-Britt A, Kupper LL, Cloutier S. Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. *Violence Against Women*. 2006 Mar;12(3):221-39. doi:10.1177/1077801205285106
96. Gausia K, Fisher C, Ali M, Oosthuizen J. Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: a community-based study. *Arch Womens Ment Health*. 2009 Oct;12(5):351-8. doi:10.1007/s00737-009-0080-7
97. Groves AK, Kagee A, Maman S, Moodley D, Rouse P. Associations between intimate partner violence and emotional distress among pregnant women in Durban, South Africa. *J Interpers Violence*. 2012 May;27(7):1341-56. doi:10.1177/0886260511425247
98. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health*. 2011 Jun;11:22. doi:10.1186/1472-6874-11-22
99. Flach C, Leese M, Heron J, Evans J, Feder G, Sharp D, et al. Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: a cohort study. *BJOG*. 2011 Oct;118(11):1383-91. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03040.x
100. Rodriguez MA, Heilemann MV, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Ann Fam Med*. 2008 Jan-Feb;6(1):44-52. doi:10.1370/afm.743

101. Onoye JM, Shafer LA, Goebert DA, Morland LA, Matsu CR, Hamagami F. Changes in PTSD symptomatology and mental health during pregnancy and postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16:453-63. doi:10.1007/s00737-013-0365-8
102. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, et al. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Oct;67(10):1012-24. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.111
103. Webb RT, Abel KM, Pickles AR, Appleby L, King-Hele SA, Mortensen PB. Mortality risk among offspring of psychiatric inpatients: a population-based follow-up to early adulthood. *Am J Psychiatry*. 2006 Dec;163(12):2170-7. doi:10.1176/appi.ajp.163.12.2170
104. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*. 2008 May;108(1-2):147-57. doi:10.1016/j.jad.2007.10.014
105. Cook CAL, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: prevalence, risk factors, and treatment. *Obstet Gynecol*. 2004 Apr;103(4):710-7. doi:10.1097/01.AOG.0000119222.40241.fb
106. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
107. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004 May;184:386-92. doi:10.1192/bjp.184.5.386
108. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011 Dec;9(1):90.
109. Brunoni AR, Benute GR, Fráguas R, Santos NO, Francisco RP, de Lucia MC, et al. The self-rated Inventory of Depressive Symptomatology for screening prenatal depression. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Jun;121(3):243-6. doi:10.1016/j.ijgo.2013.01.011
110. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
111. Campagne DM. The obstetrician and depression during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;116(2):125-30. doi:10.1016/j.ejogrb.2003.11.028
112. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody D, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5 Pt 1):1071-83
113. Lee DT, Chung TK. Postnatal depression: an update. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007 Apr;21(2):183-91. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.10.003

114. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín.* 1999;26(2):90-5.
115. Leung BM, Kaplan BJ. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link: a review of the literature. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(9):1566-75. doi:10.1016/j.jada.2009.06.368
116. Dudas RB, Csatordai S, Devosa I, Töreki A, Andó B, Barabás K, et al. Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Res.* 2012 Dec;200(2-3):323-8. doi:10.1016/j.psychres.2012.04.017
117. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ).* 2005 Feb;119:1-8.
118. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004 Apr;103(4):698-709.
119. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med.* 2006 Dec;51(12):955-60.
120. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012 Jun;34(2):143-8. doi:10.1590/S1516-44462012000200005
121. Dmitrovic BK, Dugalic MG, Balkoski GN, Dmitrovic A, Soldatovic I. Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors. *Int J Soc Psychiatry.* 2013 Dec 2. doi:10.1177/0020764013511067
122. Faisal-Cury A, Rossi MP. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health.* 2007 Feb;10(1):25-32. doi:10.1007/s00737-006-0164-6
123. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Jan;202(1):5-14. doi:10.1016/j.ajog.2009.09.007
124. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalence of gestacional depression and associated factors. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008;35(4):144-53. doi:10.1590/S0101-60832008000400004
125. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2009 Dec;25(12):2725-36. doi:10.1590/S0102-311X2009001200019
126. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(17 Suppl):29-34.
127. Seedat S, Stein DJ, Carey PD. Post-traumatic stress disorder in women: epidemiological and treatment issues. *CNS Drugs.* 2005;19(5):411-27.

-
128. Sartor CE, McCutcheon VV, Pommer NE, Nelson EC, Grant JD, Duncan AE, et al. Common genetic and environmental contributions to post-traumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. *Psychol Med*. 2011 Jul;41(7):1497-505. doi:10.1017/S0033291710002072
 129. Seng JS, Low LK, Sperlich M, Ronis DL, Liberzon I. Prevalence, trauma history, and risk for posttraumatic stress disorder among nulliparous women in maternity care. *Obstet Gynecol*. 2009 Oct;114(4):839-47. doi:10.1097/AOG.0b013e3181b8f8a2
 130. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*. 1993 Dec;61(6):984-91. doi:10.1037/0022-006X.61.6.984
 131. Varma D, Chandra PS, Thomas T, Carey MP. Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: relationship with depression and post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord*. 2007 Sep;102(1-3):227-35. doi:10.1016/j.jad.2006.09.026
 132. Wangel AM, Schei B, Ryding EL, Ostman M. Mental health status in pregnancy among native and non-native Swedish-speaking women: a Bidens study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012 Dec;91(12):1395-401. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01512.x
 133. Hamama L, Rauch SAM, Sperlich M, Defever E, Send JS. Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy. *Depress Anxiety*. 2010 Aug;27(8):699-707. doi:10.1002/da.20714
 134. Stampfel CC, Chapman DA, Alvarez AE. Intimate partner violence and posttraumatic stress disorder among high-risk women: does pregnancy matter? *Violence Against Women*. 2010 Apr;16(4):426-43. doi:10.1177/1077801210364047
 135. Bruce SE, Weisberg RB, Dolan RT, Machan JT, Kessler RC, Manchester G, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001 Oct;3(5):211-17.
 136. Bargai N, Ben-Shakhar G, Shalev AY. Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: the mediating role of learned helplessness. *J Fam Violence*. 2007 Jul;22(5):267-75. doi:10.1007/s10896-007-9078-y
 137. Mahenge G, Likindikoki S, Stöckl H, Mbwapo J. Intimate partner violence during pregnancy and associated mental health symptoms among pregnant women in Tanzania: a cross-sectional study. *BJOG*. 2013 Jul;120(8):940-6. doi:10.1111/1471-0528.12185
 138. McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I, et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstet Gynecol*. 2005 Jan;105(1):99-108.
 139. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005 Feb;29(1):181-93. doi:10.1016/j.neubiorev.2004.08.010

140. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
141. Chang J, Berg CJ, Saltzman LE, Herndon J. Homicide: a leading cause of injury deaths among pregnant and postpartum women in the United States, 1991-1999. *Am J Public Health*. 2005;95(3):471-7. doi:10.2105/AJPH.2003.029868
142. Gomes FA, O'Brien B, Nakano AM. Attempted suicide in reproductive age women. *Health Care Women Int*. 2009 Aug;30(8):707-19. doi:10.1080/07399330903018385
143. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008 Feb;192(2):98-105. doi:10.1192/bjp.bp.107.040113
144. Huang H, Faisal-Cury A, Chan YF, Tabb K, Katon W, Menezes PR. Suicidal ideation during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health*. 2012 Apr;15(2):135-8. doi:10.1007/s00737-012-0263-5
145. Gavin AR, Tabb KM, Melville JL, Guo Y, Katon W. Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2011 Jun;14(3):239-46. doi:10.1007/s00737-011-0207-5
146. Mauri M, Oppo A, Borri C, Banti S. Suicidality in the perinatal period: comparison of two self-report instruments. Results from PND-ReScU. *Arch Womens Ment Health*. 2012 Feb;15(1):39-47. doi:10.1007/s00737-011-0246-y
147. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2005 Jun;8(2):77-87. doi:10.1007/s00737-005-0080-1
148. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol*. 2011 Nov;118(5):1056-63. doi:10.1097/AOG.0b013e31823294da
149. Ishida K, Stupp P, Serbanescu F, Tullo E. Perinatal risk for common mental disorders and suicidal ideation among women in Paraguay. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010 Sep;110(3):235-40. doi:10.1016/j.ijgo.2010.03.027
150. Newport DJ, Levey LC, Pennell PB, Ragan K, Stowe ZN. Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(5):181-7. doi:10.1007/s00737-007-0192-x
151. Naved RT, Akhtar N. Spousal violence against women and suicidal ideation in Bangladesh. *Womens Health Issues*. 2008 Nov-Dec;18(6):442-52. doi:10.1016/j.whi.2008.07.003
152. da Silva RA, Ores LC, Jansen K, Moraes IGS, Souza LDM, Magalhães P, et al. Suicidality and associated factors in pregnant women in Brazil. *Community Ment Health J*. 2012 Jun;48(3):392-5. doi:10.1007/s10597-012-9495-0

-
153. Correia LL, Linhares MB. Maternal anxiety in the pre and postnatal period: a literature review. *Rev Latinoam Enferm*. 2007 Jul-Aug;15(4):677-83. doi:10.1590/S0104-11692007000400024
154. Levine RE, Oandasan AP, Primeau LA, Berenson AB. Anxiety disorders during pregnancy and postpartum. *Am J Perinatol*. 2003;20(5):239-48. doi:10.1055/s-2003-42342
155. Gourounti K, Lykeridou K, Taskou C, Kafetsios K, Sandall J. A survey of worries of pregnant women: Reliability and validity of the Greek version of the Cambridge Worry Scale. *Midwifery*. 2012;28(6):746-53. doi:10.1016/j.midw.2011.09.004
156. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. Thorell AM, tradutor. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1998.
157. Grando LH, Yamamoto AT. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno de ansiedade. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman D. Manual de enfermagem psiquiátrica. São Paulo (SP): Atheneu; 1997.
158. Nina MD. Estresse e ansiedade na gestação. In: Tedesco JJA, Zugaib M, Quayle T. Obstetrícia psicossomática. São Paulo (SP): Atheneu; 1997.
159. Littleton HL, Bye K, Buck K, Amacker A. Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010 Dec;31(4):219-28. doi:10.3109/0167482X.2010.518776
160. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Aström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol*. 2004 Sep;104(3):467-76.
161. Faisal-Cury A, Menezes PR. Postpartum anxiety: prevalence and risk factors. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006 Mar;28(3):171-8. doi:10.1590/S0100-72032006000300006
162. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Sandall J. Poor marital support associate with anxiety and worries during pregnancy in Greek pregnant women. *Midwifery* [Internet]. 2013 Oct [cited 2014 Jan 25]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813003008#>
163. Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord*. 2008 May;108(1-2):101-11. doi:10.1016/j.jad.2007.10.002
164. Bödecs T, Szilágyi E, Cholnoky P, Sándor J, Gonda X, Rihmer Z, et al. Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatr Danub*. 2013 Dec;25(4):352-8.
165. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord*. 2009 Dec;119(1-3):142-8. doi:10.1016/j.jad.2009.03.005

-
166. Salacz P, Csukly G, Haller J, Valent S. Association between subjective feelings of distress, plasma cortisol, anxiety, and depression in pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012 Dec;165(2):225-30. doi:10.1016/j.ejogrb.2012.08.017
167. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Lykeridou K, Griva F, Vaslamatzis G. Prevalence of women's worries, anxiety and depression during pregnancy in a public hospital setting in Greece. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2013;40(4):581-3.
168. Carolan-Olah M, Barry M. Antenatal stress: an Irish case study. *Midwifery.* 2014;30(3):310-6. doi:10.1016/j.midw.2013.03.014i
169. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* 2007 Nov;110(5):1102-12. doi:10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70
170. Cattell RB, Scheier IH. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York (NY): Ronald Press; 1961.
171. Falcone VM, Mäder CV, Nascimento CF, Santos JM, de Nóbrega FJ. Multiprofessional care and mental health in pregnant women. *Rev Saúde Pública.* 2005 Aug;39(4):612-8. doi:10.1590/S0034-89102005000400015
172. Qiao YX, Wang J, Li J, Ablat A. The prevalence and related risk factors of anxiety and depression symptoms among Chinese pregnant women in Shanghai. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2009 Apr;49(2):185-90. doi:10.1111/j.1479-828X.2009.00966.x
173. Araújo DMR, Pacheco AHRN, Pimenta AM, Kac G. Prevalence of anxiety symptoms and associated factors in a cohort of pregnant women attending a health care center in the municipality of Rio de Janeiro. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2008 Jul-Sep;8(3):333-40. doi:10.1590/S1519-38292008000300013
174. Bowen A, Bowen R, Maslany G, Muhajarine N. Anxiety in a socially high-risk sample of pregnant women in Canada. *Can J Psychiatry.* 2008 Jul;53(7):435-40.
175. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004 May;80(1):65-73. doi:10.1016/j.jad.2003.08.00
176. Karmaliani R, Asad N, Bann CM, Moss N, McClure EM, Pasha O, et al. Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of Hyderabad, Pakistan. *Int J Soc Psychiatry.* 2009 Sep;55(5):414-24. doi:10.1177/0020764008094645
177. Anderson BA, Marshak HH, Hebbeler DL. Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: clustering routine clinical information. *J Midwifery Womens Health.* 2002 Sep-Oct;47(5):353-9. doi:10.1016/S1526-9523(02)00273-8
178. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Portella AP, Menicucci E. Gender-based violence in Public Health: challenges and achievements. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009 Jul-Aug;14(4):1019-27. doi:10.1590/S1413-81232009000400009

179. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
180. Triola MF. Introdução à estatística. 10a ed. Rio de Janeiro (RJ): LTC; 2008.
181. Gordis L. Epidemiology. Philadelphia (PA): Elsevier Saunders; 2004.
182. Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – Mater. Relatório técnico. Ribeirão Preto (SP): Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – Mater; 2010.
183. Brienza AM. O processo de trabalho das enfermeiras na assistência Pré-Natal da Rede Básica de Saúde do Município de Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
184. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Ribeirão Preto (SP): Secretaria da Saúde; 2013.
185. Oba MV, Pinto MCRLR, Souza MGA. Technology and social organization of the practices of assistance to woman's health. J Health Sci Inst. 2010;28(1):42-6.
186. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression – Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987 Jun;150(6):782-6. doi:10.1192/bjp.150.6.782
187. Toreki A, Andó B, Keresztúri A, Sikovanyecz J, Dudas RB, Janka Z, et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. Midwifery. 2013 Apr;29(4):308-15. doi:10.1016/j.midw.2012.01.011
188. Tandon SD, Cluxton-Keller F, Leis J, Le HN, Perry DF. A comparison of three screening tools to identify perinatal depression among low-income African American women. J Affect Disord. 2012 Jan;136(1-2):155-62. doi:10.1016/j.jad.2011.07.014
189. Stewart RC, Umar E, Tomenson B, Creed F. Validation of screening tools for antenatal depression in Malawi – A comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Self Reporting Questionnaire. J Affect Disord. 2013 Sep;150(3):1041-7. doi:10.1016/j.jad.2013.05.036
190. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Validation of the Maltese version of the Edinburgh postnatal depression scale. Arch Womens Ment Health. 2006 Mar;9(2):75-80. doi:10.1007/s00737-005-0099-3
191. Bergink V, Kooistra L, Lambregtse-van MPB, Wijnen H, Bunevicius R, Baar AV, et al. Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. J Psychosom Res. 2011 Apr;70(4):385-9. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.07.008
192. Ji S, Long Q, Newport DJ, Na H, Knight B, Zach EB, et al. Validity of depression rating scales during pregnancy and the postpartum period: Impact of trimester and parity. J Psychiatr Res. 2011 Feb;45(2):213-9. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.05.017

193. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health*. 2005 Jun;8(2):89-95. doi:10.1007/s00737-005-0077-9
194. Thoppil J, Riutcel TL, Nalesnik SW. Early intervention for perinatal depression. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 May;192(5):1446-8. doi:10.1016/j.ajog.2004.12.073
195. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001 Aug;323:257-60. doi:10.1136/bmj.323.7307.257
196. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol*. 1990;8(2):99-107. doi:10.1080/02646839008403615
197. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005 Jun;8(2):97-104. doi:10.1007/s00737-005-0078-8
198. Gordon TE, Cardone IA, Kim JJ, Gordon SM, Silver RK. Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center. *Obstet Gynecol*. 2006 Feb;107(2 Pt 1):342-7. doi:10.1097/01.AOG.0000194080.18261.92
199. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Community Nurs*. 1996 Jul;169(1):30-5.
200. Clark G. Discussing emotional health in pregnancy: the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Community Nurs*. 2000 Feb;5(2):91-8.
201. Adewuya AO, Ola BA, Dada AO, Fasoto OO. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in late pregnancy among Nigerian women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006 Dec;27(4):267-72. doi:10.1080/01674820600915478
202. Su KP, Chiu TH, Huang CL, Ho M, Lee CC, Wu PL, et al. Different cutoff points for different trimesters? The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory to screen for depression in pregnant Taiwanese women. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 Sep-Oct;29(5):436-41. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.05.005
203. Bunevicius A, Kusminskas L, Pop VJ, Pedersen CA, Bunevicius R. Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009 Dec;30(4):238-43. doi:10.3109/01674820903230708
204. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*. 2006 May;9(3):131-8. doi:10.1007/s00737-005-0115-7
205. Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*. 1998 Jun;31(6):799-804. doi:10.1590/S0100-879X1998000600012

-
206. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001 Mar;80(3):251-5. doi:10.1034/j.1600-0412.2001.080003251.x
207. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health.* 2006 Mar;60(3):221-7. doi:10.1136/jech.2005.039370
208. Figueiredo B, Pacheco A, Costa, R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health.* 2007;10(3):103-9. doi:10.1007/s00737-007-0178-8
209. Junior EFM, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DFB, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *J Affect Disord.* 2012 Feb;136(3):1204-8. doi:10.1016/j.jad.2011.11.023
210. Matthey S, Henshaw C, Elliott S, Barnett B. Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale: implications for clinical and research practice. *Arch Womens Ment Health.* 2006 Nov;9(6):309-15. doi:10.1007/s00737-006-0152-x
211. Cox JL, Chapman G, Murray D, Jones P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord.* 1996 Jul;39(3):185-9. doi:10.1016/0165-0327(96)00008-0
212. Berger W, Mendiowicz MV, Souza WF, Figueira I. Semantic equivalence of the Portuguese version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) for the screening of post-traumatic stress disorder. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2004 May;26(2):167-75. doi:10.1590/S0101-81082004000200006
213. Passos RBF, Figueira I, Mendlowicz MV, Moraes CL, Coutinho ESF. Exploratory factors analysis of the Brazilian version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist: civilian version (PCL-C). *Rev Bras Psiquiatr.* 2012 Jun;34(2):155-61. doi:10.1590/S1516-44462012000200007
214. Lima EP, Barreto SM, Assunção AA. Factor structure, internal consistency and reliability of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL): an exploratory study. *Trends Psychiatry Psychother.* 2012;34(4):215-22. doi:10.1590/S2237-60892012000400007
215. Weathers FW, Litz BT, Herman D, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies; oct 1993; San Antonio, TX, USA.
216. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2001.
217. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47(2):343-52. doi:10.1037/0022-006X.47.2.343

-
218. Araújo LC, Vieira KFL, Coutinho MPL. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico USF*. 2010 Jan-Abr;15(1):47-57. doi:10.1590/S1413-82712010000100006
219. Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras*. 2002 Jul-Sep;48(3):245-9. doi:10.1590/S0104-42302002000300039
220. Vieira KFL, Coutinho MPL. Social representations of depression and suicide elaborated by psychology students. *Psicol Cienc Prof*. 2008;28(4):714-27. doi:10.1590/S1414-98932008000400005
221. Biaggio AMB, Natalicio L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro (RJ): Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA; 1979.
222. Biaggio AMB, Natalício LFS, Spielberger CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. *Arq Bras Psicol Apl*. 1977;29:31-44.
223. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1970.
224. Austin MP, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord*. 2007 Aug;101(1-3):169-74. doi:10.1016/j.jad.2006.11.015
225. Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Milgrom J, Paxton SJ. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. *J Affect Disord*. 2009 Mar;113(3):303-8. doi:10.1016/j.jad.2008.06.002
226. Brouwers EPM, Baar ALV, Pop VJM. Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behav Dev*. 2001 Jan;24(1):95-106. doi:10.1016/S0163-6383(01)00062-5
227. Consonni EB, Calderon IM, Consonni M, De Conti MH, Prevedel TTS, Rudge MV. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health*. 2010 Oct;29(7):28. doi:10.1186/1742-4755-7-28
228. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Relation to pregnancy, social support, depression and anxiety. *Psic*. 2006;7(1):39-48.
229. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *J Affect Disord*. 2011 Jul;132(1-2):146-57. doi:10.1016/j.jad.2011.02.007
230. Rondó PH, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MC, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr*. 2003 Feb;57(2):266-72. doi:10.1038/sj.ejcn.1601526

-
231. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermit AB, et al. WHO Multi Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Final report. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.
232. Schraiber LB, Latorre MRDO, França I Jr, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW STUDY instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):658-66. doi:10.1590/S0034-89102010000400009
233. Marinheiro ALV. Violência doméstica: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto – SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003.
234. Durand JG. Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2005.
235. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS; 1996.
236. Kassada DS, Marcon SS, Pagliarini MA, Rossi RM. Prevalence of drug abuse among pregnant women. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(5):467-71. doi:10.1590/S0103-21002013000500010
237. Machado ES, Krauss MR, Megazzini K, Coutinho CM, Kreitchmann R, Melo VH, et al. Hypertension, preeclampsia and eclampsia among HIV-INFECTED pregnant women from Latin America and Caribbean countries. *J Infect [Internet]*. 2014 Jan 23 [cited 2014 Jan 25]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163445314000115>
238. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2013.
239. Audi CA, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MG, Pérez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. 2008 Oct;42(5):877-85. doi:10.1590/S0034-89102008005000041
240. Petruccelli JL. A cor denominada. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.
241. Petruccelli JL. A declaração de cor/raça no censo 2000: um estudo comparativo. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2002.
242. Rocha EJ, Rosenberg F. Self-declaration of race and/or skin color among pupils from the city of São Paulo. *Cad Pesqui*. 2007 Dec;132(37):759-99. doi:10.1590/S0100-15742007000300012
243. Maçola L, Vale IN, Carmona EV. Assessment of self-esteem in pregnant women using Rosenberg's Self-Esteem Scale. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 Sep;44(3):570-7. doi:10.1590/S0080-62342010000300004

-
244. Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório – Versão preliminar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
245. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2009.
246. Murata M, Lima MOP, Bonadio IC, Tsunehiro MA. Depression symptoms among pregnant women cared for in a maternity shelter. *REME Rev Min Enferm.* 2012 Apr-Jun;16(2):194-200. doi:S1415-27622012000200007
247. Romo LF, Berenson AB, Segars A. Sociocultural and religious influences on the normative contraceptive practices of Latino women in the United States. *Contraception.* 2004 Mar;69(3):219-25. doi:10.1016/j.contraception.2003.10.011
248. Onoh RC, Umeora OUJ, Ezeonu PO, Onyebuchi AK, Lawani OL, Agwu UM. Prevalence, pattern and consequences of intimate partner violence during pregnancy at Abakaliki Southeast Nigeria. *Ann Med Health Sci Res.* 2013 Oct-Dec;3(4):484-91. doi:10.4103/2141-9248.122048
249. Rocha NS, Fleck MPA. Evaluation of quality of life and importance given to spirituality/religiousness/ personal beliefs (SRPB) in adults with and without chronic health conditions. *Rev Psiquiatr Clín.* 2011;38(1):19-23. doi:10.1590/S0101-60832011000100005
250. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006 Sep;28(3):242-50. doi:10.1590/S1516-44462006005000006
251. Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI, Pinheiro AP, Soares RM, Giacomello A, et al. Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Oct;45(10):983-8. doi:10.1007/s00127-009-0145-y
252. Alvarenga P, Dazzani MVM, Alfaya CAS, Lordelo ER, Piccinini CA. Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estud Psicol.* 2012 set-dez;17(3):477-84.
253. Leigh B, Milgron J. Risk Factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry.* 2008;8:24. doi:10.1186/1471-244X-8-24
254. Hartley M, Tomlinson M, Greco E, Comulada WS, Stewart J, le Roux I, et al. Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. *Reprod Health.* 2011;8:9. doi:10.1186/1742-4755-8-9
255. Aquino NM, Sun SY, Oliveira EM, Martins MG, Silva JF, Mattar R. Sexual violence and its association with health self-perception among pregnant women. *Rev Saúde Pública.* 2009 Dec;43(6):954-60. doi:10.1590/S0034-89102009005000068
256. Molina KM, Kiely M. Understanding depressive symptoms among high-risk, pregnant, African-American women. *Womens Health Issues.* 2011 Jul-Aug;21(4):293-303. doi:10.1016/j.whi.2011.01.008

-
257. Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS. Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *ScientificWorldJournal*. 2012;2012:653098. doi:10.1100/2012/653098
258. Godoy MB, Gomes FA, Stefanello J, Monteiro JCS, Nakano AMS. Work situation of women in the gravidic-puerperal cycle. *Invest Educ Enferm*. 2011 Mar;29(1):47-53.
259. Villela WV. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. *Bol Inst Saúde*. 2009 nov;48:26-30.
260. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) [Internet]. Critério de classificação econômica Brasil 2014 – Base LSE 2012. São Paulo (SP): ABEP [citado 09 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>
261. Rocha RS, Bezerra SC, Lima JWO, Costa FS. Consumption of medications, alcohol and smoking in pregnancy and assessment of teratogenic risks. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013 Jun;34(2):37-45. doi:10.1590/S1983-14472013000200005
262. de Souza LH, dos Santos MC, de Oliveira LC. Alcohol use pattern in pregnant women cared for in a public university hospital and associated risk factors. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012 Jul;34(7):296-303. doi:10.1590/S0100-72032012000700002
263. Holden KB, McKenzie R, Pruitt V, Aaron K, Hall S. Depressive symptoms, substance abuse, and intimate partner violence among pregnant women of diverse ethnicities. *J Health Care Poor Underserved*. 2012 Feb;23(1):226-41. doi:10.1353/hpu.2012.0022
264. Massey SH, Lieberman DZ, Reiss D, Leve LD, Shaw DS, Neiderhiser JM. Association of clinical characteristics and cessation of tobacco, alcohol, and illicit drug use during pregnancy. *Am J Addict*. 2011 Mar-Apr;20(2):143-50. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00110.x
265. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Prospects: the 2008 revision, Highlights. New York (NY): United Nations; 2009.
266. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Jan;202(1):61.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2009.07.041
267. Cecatti JG, Guerra GVQL, Souza MH, Menezes GMS. Abortion in Brazil: a demographic approach. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(3):105-11. doi:10.1590/S0100-72032010000300002
268. Ajinkya S, Jadhav PR, Srivastava NN. Depression during pregnancy: prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. *Ind Psychiatry J*. 2013 Jan-Jun;22(1):37-40. doi:10.4103/0972-6748.123615
269. Nalwadda G, Mirembe F, Tumwesigye NM, Byamugisha J, Faxelid E. Constraints and prospects for contraceptive service provision to young people in Uganda: provider's perspectives. *BMC Health Serv Res*. 2011;17(11):220. doi:10.1186/1472-6963-11-220

-
270. Ceylan A, Ertem M, Saka G, Akdeniz N. Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use. *BMC Public Health*. 2009 Jan 15;9:20. doi: 10.1186/1471-2458-9-20
271. Sedgh G, Singh Susheela, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995-2008. *Lancet*. 2012 Feb;379(9816):625-32. doi:10.1016/S0140-6736(11)61786-8
272. Santos AG, Nery IS, Furtado ÉZL, Moura FMJSP. Profile of women in situation of abortion assisted in a public maternity in Teresina-PI. *Rev Rene*. 2011 Jul-Sep;12(3):494-501.
273. Langer A. Unwanted pregnancy: impact on health and society in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2002 Mar;11(3):192-203. doi:10.1590/S1020-49892002000300013
274. Prietsch SOM, Gonzalez-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Unplanned pregnancy in Southern Brazil: prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(10):1906-16. doi:10.1590/S0102-311X2011001000004
275. Azevêdo ACC, Araújo TVB, Valongueiro S, Ludermir AB. Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2013 Dec;29(12):2394-404. doi:10.1590/0102-311X00161111
276. Marcacine KO, Abuchaim ESV, Abrahão AR, Michelone CSL, Abrão ACFV. Prevalence of intimate partner violence reported by puerperal women. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):395-400. doi:10.1590/S0103-21002013000400015
277. Santos AG, Nery IS, Rodrigues DC, Sousa A. Violence against pregnant women in special police departments for assistance to women in Teresina-PI. *Rev Rene*. 2010 dez;11(num.esp):109-16.
278. Moraes CL, Reicheheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002 Dec;79(3):269-77. doi:10.1016/S0020-7292(02)00250-3
279. Audi CAF, Correa 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. doi:10.2223/JPED.1744
280. McCarraher DR, Bailey PE, Martin SL. The relationship between birth predictedness and violence during pregnancy among women in La Paz and El Alto, Bolivia. *Matern Child Health J*. 2005 Mar;9(1):101-12. doi:10.1007/s10995-005-2453-5
281. Sanchez SE, Qiu C, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008 Mar;137(1):50-5. doi:10.1016/j.ejogrb.2007.05.013
282. Gomez-Beloz A, Williams MA, Sanchez SE, Lam N. Intimate partner violence and risk for depression among postpartum women in Lima, Peru. *Violence Vict*. 2009;24(3):380-98.

-
283. 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. doi:10.1016/j.midw.2010.06.015
284. Doubova SV, Pámanes-González V, Billings DL, Torres-Arreola LDP. Partner violence against pregnant women in Mexico City. *Rev Saúde Pública*. 2007 Aug;41(4):582-90. doi:10.1590/S0034-89102007000400012
285. Johri M, Morales RE, Boivin J, Samayoa BE, Hoch JS, Grazioso CF, et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:49. doi:10.1186/1471-2393-11-49
286. Salazar M, Valladares E, Öhman A, Högberg U. Ending intimate partner violence after pregnancy: findings from a community-based longitudinal study in Nicaragua. *BMC Public Health*. 2009;9:350. doi:10.1186/1471-2458-9-350
287. Roth L, Sheeder J, Teal SB. Predictors of intimate partner violence in women seeking medication abortion. *Contraception*. 2011 Jul;84(1):76-80. doi:10.1016/j.contraception.2010.11.005
288. Leone JM, Lane SD, Koumans EH, DeMott K, Wojtowycz MA, Jensen J, et al. Effects of intimate partner violence on pregnancy trauma and placental abruption. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Aug;19(8):1501-9. doi:10.1089/jwh.2009.1716
289. Kim H, Cain R, Viner-Brown S. Intimate partner violence before or during pregnancy in Rhode Island. *Med Health R I*. 2010 Jan;93(1):29-31.
290. Calderón SH, Gilbert P, Jackson R, Kohn MA, Gerbert B. Cueing prenatal providers effects on discussions of intimate partner violence. *Am J Prev Med*. 2008 Feb;34(2):134-7. doi:10.1016/j.amepre.2007.09.029
291. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Chan KL, Santos SC. Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. *Violence Against Women*. 2011 Jul;17(7):858-81. doi:10.1177/1077801211412547
292. Chan KL, Brownridge DA, Tiwari A, Fong DYT, Leung WC, Ho PC. Associating pregnancy with partner violence against chinese women. *J Interpers Violence*. 2011 May;26(7):1478-1500. doi:10.1177/0886260510369134
293. Coonrod DV, Bay RC, Mills TE, Gamble SL. Asymptomatic bacteriuria and intimate partner violence in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Jun;196(6):581.e1-4. doi:10.1016/j.ajog.2007.03.018
294. Deveci SE, Acik Y, Gulbayrak C, Tokdemir M, Ayar A. Prevalence of domestic violence during pregnancy in a Turkish community. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2007 Jul;38(4):754-60.
-

-
295. Oweis A, Gharaibeh M, Alhourani R. Prevalence of violence during pregnancy: findings from a Jordanian survey. *Matern Child Health J.* 2010 May;14(3):437-45. doi:10.1007/s10995-009-0465-2
296. Stöckl H, Hertlein L, Himsl I, Delius M, Hasbargen U, Friese K, et al. Intimate partner violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Jan;91(1):128-33. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01264.x
297. Martin KR, Garcia L. Unintended pregnancy and intimate partner violence before and during pregnancy among Latina women in Los Angeles, California. *J Interpers Violence.* 2011 Apr;26(6):1157-75. doi:10.1177/0886260510368154
298. Saftlas AF, Wallis AB, Shochet T, Harland KK, Dickey P, Peek-Asa C. Prevalence of intimate partner violence among an abortion clinic population. *Am J Public Health.* 2010 Aug;100(8):1412-15. doi:10.2105/AJPH.2009.178947
299. Chu SY, Goodwin MM, D'Angelo DV. Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy, 2004-2007. *Am J Prev Med.* 2010 Mar;38(3):317-22. doi:10.1016/j.amepre.2009.11.013
300. Thananowan N, Heidrich SM. Intimate partner violence among pregnant Thai women. *Violence Against Women.* 2008 May;14(5):509-27. doi:10.1177/1077801208315525
301. Bailey BA, Daugherty RA. Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. *Matern Child Health J.* 2007 Sep;11(5):495-503. doi:10.1007/s10995-007-0191-6
302. Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. *Compr Psychiatry.* 2011 Jul-Aug;52(4):343-51. doi:10.1016/j.comppsy.2010.08.003
303. Escribà-Agüir V, Royo-Marqués M, Artazcoz L, Romito P, Ruiz-Pérez I. Longitudinal study of depression and health status in pregnant women: incidence, course and predictive factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2013 Mar;263(2):143-51. doi:10.1007/s00406-012-0336-5
304. Luna Matos MLL, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. Major depression in pregnant women served by the National Materno-Perinatal Institute in Lima, Peru. *Rev Panam Salud Publica.* 2009 Oct;26(4):310-4. doi:10.1590/S1020-49892009001000004
305. Mitsuhiro SS, Chalem E, Moraes MCB, Guinsburg R, Laranjeira R. Brief report: prevalence of psychiatric disorders in pregnant teenagers. *J Adolesc.* 2009 Jun;32(3):747-52. doi:10.1016/j.adolescence.2008.12.001
306. Benute GRG, Nomura RMY, Jorge VMF, Nonnenmacher D, Fráguas Junior R, Lucia MCS, et al. Risk of suicide in high risk pregnancy: an exploratory study. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(5):583-7. doi:10.1590/S0104-42302011000500019.

-
307. Asad N, Karmaliani R, Sullaiman N, Bann CM, McClure EM, Pasha O, et al. Prevalence of suicidal thoughts and attempts among pregnant Pakistani women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010 Dec;89(12):1545-51. doi:10.3109/00016349.2010.526185
308. Almeida CP, Cunha FF, Pires EP, Sá E. Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013 Apr;20(5):419-25. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01937.x
309. Ogbonnaya IN, Macy RJ, Kupper LL, Martin SL, Bledsoe-Mansori SE. Intimate partner violence and depressive symptoms before pregnancy, during pregnancy, and after infant delivery: an exploratory study. *J Interpers Violence*. 2013 Jul;28(10):2112-33. doi:10.1177/0886260512471080
310. Huth-Bocks AC, Krause K, Ahlfs-Dunn S, Gallagher E, Scott S. Relational trauma and posttraumatic stress symptoms among pregnant women. *Psychodyn Psychiatr*. 2013;41(2):277-301. doi:10.1521/pdps.2013.41.2.277
311. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009 Aug;25(4):344-56. doi:10.1016/j.midw.2007.03.006
312. Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb;28(2):CD009414. doi:10.1002/14651858.CD009414.pub2
313. Crempien RC, Rojas G, Cumsille P, Oda MC. Domestic violence during pregnancy and mental health: exploratory study in primary health centers in Peñalolén. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011;2011:265817. doi:10.5402/2011/265817
314. d'Oliveira AF, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care. *Ciênc Saúde Colet*. 2009 Jul;14(4):1037-50. doi:10.1590/S1413-81232009000400011
315. Kershner M, Anderson JE. Barriers to disclosure of abuse among rural women. *Minn Med*. 2002 Mar;85(3):32-7.
316. Jesse DE, Dolbier CL, Blanchard A. Barriers to seeking help and treatment suggestions for prenatal depressive symptoms: focus groups with rural low-income women. *Issues Ment Health Nurs*. 2008;29(1):3-19. doi:10.1080/01612840701748664
317. Silva JM, Caldeira AP. Health care model and quality indicators: perceptions of primary health care professionals. *Cad Saúde Pública*. 2010 Jun;26(6):1187-93. doi:10.1590/S0102-311X2010000600012
318. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*. 2009 Mar;13(16):iii-iv,xi-xiii,1-113,137-347. doi:10.3310/hta13160

-
319. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2009 Oct-Dec;13(31):287-99. doi:10.1590/S1414-32832009000400005
320. Gil CRR. Human resources training in family health: paradoxes and perspectives. *Cad Saúde Pública*. 2005 Mar-Apr;12(2):490-8. doi:10.1590/S0102-311X2005000200015
321. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Family health: challenges in the reorientation process of the assistance model. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):113-8. doi:10.1590/S0034-71672009000100017
322. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integrality, health professional education, health education and SUS proposals: a conceptual review. *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(2):335-42. doi:10.1590/S1413-81232007000200009
323. Ceccim RB, Ferla AA. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos, RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p. 211-26.
324. Kiss L, d'Oliveira AF, Zimmerman C, Heise L, Schraiber LB, Watts C. Brazilian policy responses to violence against women: government strategy and the help-seeking behaviors of women who experience violence. *Health Hum Rights*. 2012 Jun;14(1):E64-77.
325. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
326. Seclen J, Fernandes AS. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2004.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e comportamental

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E COMPORTAMENTAIS
1. Data de nascimento: ____/____/____
2. Cor autorreferida: () 1 branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5 indígena
3. Escolaridade em anos estudados: ()
4. Religião: () 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4 não tem, 5 outras _____
5. Ocupação: () 1 desempregada, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal, 5 estudante
6. Hábito de fumar: () 1 sim, 2 não (se não, vá para 8)
7. Número de cigarros/dia: ()
8. Hábito de beber: () 1 não bebe, 2 bebe todos ou quase todos os dias, 3 bebe uma ou duas vezes/semana, 4 bebe uma a três vezes/mês, 5 bebe menos de uma vez/mês
9. Uso de drogas ilícitas: () 1 não usa, 2 usa todos ou quase todos os dias, 3 usa uma ou duas vezes/semana, 4 usa uma a três vezes/mês, 5 usa menos de uma vez/mês
10. Estado civil: () 1 solteira, 2 casada, 3 viúva, 4 divorciada/separada
11. Estado marital: () 1 vivendo com um companheiro independente do sexo, 2 tem um parceiro mas não vive junto, independente do sexo
12. Tempo de relacionamento em meses: ()
13. Renda familiar em salários-mínimos: ()
14. Provedor da família: () 1 participante, 2 companheiro, 3 ambos, 4 outros _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Juízes

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada senhora,

Estamos desenvolvendo um projeto temático intitulado “A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres” que tem o intuito de investigar as repercussões da violência por parceiro íntimo na saúde reprodutiva da mulher com enfoque no ciclo gravídico-puerperal. Dentre os instrumentos de coleta de dados da pesquisa, há uma parte sobre saúde reprodutiva cujo conteúdo requer avaliação de especialistas para ser validado e, por isso, destaco a importância de sua contribuição profissional para esta validação.

Considerando sua especialidade, gostaria de lhe convidar a participar da referida validação, tendo em vista que seus conhecimentos científicos e empíricos relacionados à temática são relevantes para avaliar os instrumentos desenvolvidos. Sua participação será na leitura e análise do instrumento de coleta de dados que será lhe enviado por correio eletrônico, e exigirá cerca de 60 minutos de seu tempo.

Caso você concorde em participar, assinará este Termo de Consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra deverá ser devolvida por correio eletrônico. Você pode aceitar ou não participar, caso aceite, assumo o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá nenhum pagamento ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Se houver alguma dúvida estou à disposição para realizar os devidos esclarecimentos. Ressalta-se que poderá desistir da pesquisa, conforme lhe for conveniente.

Agradeço a colaboração e informo que as suas contribuições serão de grande importância para esta pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano - Coordenadora da pesquisa
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.
Tel: (16) 3602 3405. E-mail: nakano@eerp.usp.br

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.
Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

Assinatura da participante

APÊNDICE C – Instrumento de caracterização obstétrica

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS
1. Número de gestações: ()
2. Gestação atual foi planejada: () 1 sim, 2 não
3. Gestação atual foi desejada: () 1 sim, 2 não
4. Número de partos: () Se primigesta, vá para o próximo instrumento.
5. Número de abortos: ()
6. Número de filhos vivos: ()

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Gestantes

Nome da pesquisa: A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres

Pesquisadoras: Ana Márcia Spanó Nakano (coordenadora), Flávia Azevedo Gomes, Juliana Stefanello, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é estudar a ocorrência de violência por parceiro íntimo entre as gestantes, as consequências para a saúde da mãe e da criança, como as influências no aleitamento materno e na saúde mental da mulher. Para participar, você responderá a um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como é o relacionamento com seu companheiro; este questionário exigirá cerca de 30 minutos de seu tempo. Além disso, você poderá participar de outras fases da pesquisa, respondendo a outros questionários sobre sua saúde e a do seu filho, no período de 3 a 6 meses após o parto. Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo. Você pode aceitar ou não participar da pesquisa e, caso aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá nenhum pagamento ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Este questionário tratará de experiências de vida mais íntima, havendo a possibilidade de riscos emocionais como tristeza, angústia e medo durante e entrevista, assim, se necessário, estarei pronta para ouvi-la e auxiliá-la a buscar no serviço público o atendimento psicológico e suporte adequado. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde. Agradeço a colaboração e informo que com este trabalho será possível melhorar a assistência às mulheres que sofrem violência, de modo que tenham acolhimento e suporte adequado pelos profissionais de saúde.

Atenciosamente,

Ana Márcia Spanó Nakano

Coordenadora da pesquisa

(16) 3602 3405. E-mail: nakano@eerp.usp.br

Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.

Pesquisadora

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

Assinatura da participante

APÊNDICE E – Termo de Assentimento

Nome da pesquisa: A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres

Pesquisadoras: Ana Márcia Spanó Nakano (coordenadora), Flávia Azevedo Gomes, Juliana Stefanello, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é estudar a ocorrência de violência por parceiro íntimo entre as gestantes, as consequências para a saúde da mãe e da criança, como as influências no aleitamento materno e na saúde mental da mulher. Para participar, você responderá a um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como é o relacionamento com seu companheiro; este questionário exigirá cerca de 30 minutos de seu tempo. Além disso, você poderá participar de outras fases da pesquisa, respondendo a outros questionários sobre sua saúde e a do seu filho, no período de 3 a 6 meses após o parto. Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo. Você pode aceitar ou não participar da pesquisa e, caso aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá nenhum pagamento ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Este questionário tratará de experiências de vida mais íntima, havendo a possibilidade de riscos emocionais como tristeza, angústia e medo durante e entrevista, assim, se necessário, estarei pronta para ouvi-la e auxiliá-la a buscar no serviço público o atendimento psicológico e suporte adequado. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde. Agradeço a colaboração e informo que com este trabalho será possível melhorar a assistência às mulheres que sofrem violência, de modo que tenham acolhimento e suporte adequado pelos profissionais de saúde.

Atenciosamente,

Ana Márcia Spanó Nakano

Coordenadora da pesquisa

(16) 3602 3405. E-mail: nakano@eerp.usp.br

Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.

Pesquisadora

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

Assinatura da participante

Anexos

ANEXOS**ANEXO A – *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)***

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

- () Sim, todo o tempo.
- (x) Sim, na maior parte do tempo.
- () Não, nem sempre.
- () Não, em nenhum momento.

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo" na última semana.

Por favor, assinale as questões seguintes do mesmo modo.

Nos últimos sete dias

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

- () Como eu sempre fiz.
- () Não tanto quanto antes.
- () Sem dúvida, menos que antes.
- () De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia.

- () Como sempre senti.
- () Talvez, menos do que antes.
- () Com certeza menos.
- () De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- () Sim, na maioria das vezes.
- () Sim, algumas vezes.
- () Não muitas vezes.
- () Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- () Não, de maneira alguma.
- () Pouquíssimas vezes.
- () Sim, algumas vezes.
- () Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

- () Sim, muitas vezes.
- () Sim, algumas vezes.
- () Não muitas vezes.
- () Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia.

- () Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- () Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- () Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- () Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

- () Sim, na maioria das vezes.
- () Sim, algumas vezes.
- () Não muitas vezes.
- () Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

- () Sim, na maioria das vezes.
- () Sim, muitas vezes.

- () Não muitas vezes.
- () Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

- () Sim, quase o tempo todo.
- () Sim, muitas vezes.
- () De vez em quando.
- () Não, nenhuma vez.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

- () Sim, muitas vezes, ultimamente.
- () Algumas vezes nos últimos dias.
- () Pouquíssimas vezes, ultimamente.
- () Nenhuma vez.

ANEXO B – Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)

Instruções:

Abaixo há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.

Por favor, marque 1 para “nada”, 2 para “um pouco”, 3 para “médio”, 4 para “bastante” e 5 para “muito”.

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i>muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. Sentir-se <i>distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5

11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se <i>você não tivesse expectativas para o futuro?</i>	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo?</i>	1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva?</i>	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar “ <i>superalerta</i> ”, <i>vigilante</i> ou “ <i>em guarda</i> ”?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado?</i>	1	2	3	4	5

ANEXO C - Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações, abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo **melhor** descreve como você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Tome o cuidado de ler **todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer uma escolha**.

1.	0 ()	Tenho um desejo de viver, que é de moderado a forte.
	1 ()	Tenho um desejo fraco de viver.
	2 ()	Não tenho desejo de viver.
2.	0 ()	Não tenho desejo de morrer.
	1 ()	Tenho um desejo fraco de morrer.
	2 ()	Tenho um desejo de morrer, que é de moderado a forte.
3.	0 ()	Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.
	1 ()	Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.
	2 ()	Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.
4.	0 ()	Não tenho desejo de me matar.
	1 ()	Tenho um desejo fraco de me matar.
	2 ()	Tenho um desejo de matar, que é de moderado a forte.
5.	0 ()	Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.
	1 ()	Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.
	2 ()	Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.
Se foram marcadas as afirmações “zero” em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se foram marcados “um” ou “dois”, seja no grupo 4 ou 5, então prossiga no grupo 6.		
6.	0 ()	Tenho breves períodos com ideias de me matar que passam rapidamente.
	1 ()	Tenho períodos com ideias de me matar que duram algum tempo.
	2 ()	Tenho longos períodos com ideias de me matar.
7.	0 ()	Raramente ou ocasionalmente, penso em me matar.
	1 ()	Tenho ideias frequentes de me matar.
	2 ()	Penso constantemente em me matar.

8.	0 ()	Não aceito a ideia de me matar.
	1 ()	Não aceito, nem rejeito, a ideia de me matar.
	2 ()	Aceito a ideia de me matar.
9.	0 ()	Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
	1 ()	Não estou certa se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
	2 ()	Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
10.	0 ()	Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida, etc.
	1 ()	Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida, etc.
	2 ()	Eu estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida, etc.
11.	0 ()	Minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim, etc.
	1 ()	Minhas razões para querer cometer suicídio não tem em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.
	2 ()	Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.
12.	0 ()	Não tenho plano específico sobre como me matar.
	1 ()	Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.
	2 ()	Tenho um plano específico para me matar.
13.	0 ()	Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.
	1 ()	O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho boa oportunidade de usá-lo.
	2 ()	Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.
14.	0 ()	Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
	1 ()	Não estou certo se tenho a coragem ou capacidade para cometer suicídio.
	2 ()	Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.
15.	0 ()	Não espero fazer uma tentativa de suicídio.
	1 ()	Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
	2 ()	Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.

16.	0 ()	Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.
	1 ()	Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.
	2 ()	Os preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.
17.	0 ()	Não escrevi um bilhete suicida.
	1 ()	Tenho pensado em escrever um bilhete suicida/comecei a escrever, mas não terminei.
	2 ()	Tenho um bilhete suicida pronto.
18.	0 ()	Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
	1 ()	Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
	2 ()	Tomei providências definitivas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
19.	0 ()	Não tenho escondido das pessoas sobre a vontade de me matar.
	1 ()	Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.
	2 ()	Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.
20.	0 ()	Nunca tentei suicídio.
	1 ()	Tentei suicídio uma vez.
	2 ()	Tentei suicídio duas ou mais vezes.
Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações. Se não, encerre a entrevista.		
21.	0 ()	Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.
	1 ()	Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.
	2 ()	Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

ANEXO D - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-Estado)

Instruções: Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número a direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente neste momento.

	Não	Pouco	Bastante	Muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Estou arrependido	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10. Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou agitado	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Estou satisfeito	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me supracitado e confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

ANEXO E - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-Traço)

Instruções: Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número a direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado	1	2	3	4
7. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crise ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito	1	2	3	4
17. Às vezes, ideias sem importância entram na minha cabeça e me preocupam	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso meus problemas do momento	1	2	3	4

ANEXO F – Instrumento de identificação e caracterização da violência

<p>Você sente que seu companheiro controla muito a sua vida? () 1 sim, 2 não</p>				
<p>Eu quero que você me diga se seu atual companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez na vida, tratou você da seguinte forma:</p>	<p>A) Sim Continue em B</p>	<p>B) Isto aconteceu durante esta gravidez? SIM – Prossiga NÃO – Vá para D a partir do item 2</p>	<p>C) Durante a gravidez, você diria que isto aconteceu</p>	<p>D) Antes de engravidar, você diria que isto aconteceu</p>
<p>Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?</p>	<p>1. SIM 2. NÃO</p>	<p>1. SIM 2. NÃO</p>	<p>1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes</p>	<p>1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes</p>
<p>Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?</p>	<p>1. SIM 2. NÃO</p>	<p>1. SIM 2. NÃO</p>	<p>1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes</p>	<p>1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes</p>
<p>Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?</p>	<p>1. SIM 2. NÃO</p>	<p>1. SIM 2. NÃO</p>	<p>1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes</p>	<p>1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes</p>
<p>Ameaçou machucá-la ou alguém/algo de que(m) você gosta?</p>	<p>1. SIM 2. NÃO</p>	<p>1. SIM 2. NÃO</p>	<p>1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes</p>	<p>1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes</p>
<p>Alguma vez, o seu atual companheiro ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:</p>	<p>A) Sim Continue em B</p>	<p>B) Isto aconteceu durante esta gravidez? SIM – Prossiga NÃO – Vá para D a partir do item 2</p>	<p>C) Durante a gravidez, você diria que isto aconteceu</p>	<p>D) Antes de engravidar, você diria que isto aconteceu</p>

Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Machucou-a com um soco ou algum objeto?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Estrangulou ou queimou você de propósito?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes

Alguma vez, o seu atual companheiro ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:	A) Sim Continue em B	B) Isto aconteceu durante esta gravidez? SIM – Prossiga NÃO – Vá para D a partir do item 2	C) Durante a gravidez, você diria que isto aconteceu	D) Antes de engravidar, você diria que isto aconteceu
Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes

Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes

Você diria que o comportamento do seu companheiro/marido/namorado afetou ou está afetando sua saúde física e mental? () 1 sim, 2 não, 3 não sei

Se sim, como afetou sua saúde: () 1 pouco, 2 médio, 3 muito

Qual a razão que fez você continuar este relacionamento, mesmo após estes acontecimentos?

Não queria deixar as crianças: () 1 sim, 2 não

O casamento é sagrado: () 1 sim, 2 não

Pelo bem da família/filhos: () 1 sim, 2 não

Não poderia sustentar os filhos: () 1 sim, 2 não

Amava o companheiro/marido/namorado: () 1 sim, 2 não

Ele pediu que ela voltasse: () 1 sim, 2 não

A família pediu que ela voltasse:() 1 sim, 2 não

Achou que ele iria mudar: () 1 sim, 2 não

Ela o perdoou: () 1 sim, 2 não

Ele ameaçou a ela/filhos: () 1 sim, 2 não

Não tinha para onde ir: () 1 sim, 2 não

Alguma outra pessoa, na sua vida, já insultou você, depreciou ou humilhou, ou fez com que você se sentisse mal? () 1 sim, 2 não

A) Quem?	B) Quantos anos você tinha?	C) Quantas vezes isto ocorreu?	D) Isto aconteceu durante a gravidez?
1. SIM 2. NÃO		1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS	1. SIM 2. NÃO
Filhos	_____ anos	1 2 3	1 2
Mãe/mãe adotiva	_____ anos	1 2 3	1 2

Pai/pai adotivo	_____ anos	1	2	3	1	2
Irmã(o/s)	_____ anos	1	2	3	1	2
Outros familiares	_____ anos	1	2	3	1	2
Vizinhos	_____ anos	1	2	3	1	2
Amigo(a) trabalho ou escola	_____ anos	1	2	3	1	2
Alguma outra pessoa já bateu, deu tapas, chutou ou machucou você fisicamente? () 1 sim, 2 não						

A) Quem? 1. SIM 2. NÃO	B) Quantos anos você tinha?	C) Quantas vezes isto ocorreu? 1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS	D) Isto aconteceu durante a gravidez? 1. SIM 2. NÃO			
Filhos	_____ anos	1	2	3	1	2
Mãe/mãe adotiva	_____ anos	1	2	3	1	2
Pai/pai adotivo	_____ anos	1	2	3	1	2
Irmã(o/s)	_____ anos	1	2	3	1	2
Outros familiares	_____ anos	1	2	3	1	2
Vizinhos	_____ anos	1	2	3	1	2
Amigo(a) trabalho ou escola	_____ anos	1	2	3	1	2
Alguma outra pessoa já forçou você a ter relação sexual contra a sua vontade? () 1 sim, 2 não						

A) Quem? 1. SIM 2. NÃO	B) Quantos anos você tinha?	C) Quantas vezes isto ocorreu? 1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS	D) Isto aconteceu durante a gravidez? 1. SIM 2. NÃO			
Filhos	_____ anos	1	2	3	1	2
Mãe/mãe adotiva	_____ anos	1	2	3	1	2

Pai/pai adotivo	_____ anos	1	2	3	1	2
Irmã(o/s)	_____ anos	1	2	3	1	2
Outros familiares	_____ anos	1	2	3	1	2
Vizinhos	_____ anos	1	2	3	1	2
Amigo(a) trabalho ou escola	_____ anos	1	2	3	1	2

Alguma vez, alguém a tocou sexualmente ou obrigou-a a uma atividade sexual, quando você não queria, antes de completar 15 anos? () 1 sim, 2 não

Quem?

Seu pai/pai adotivo? () 1 sim, 2 não

Seu padastro? () 1 sim, 2 não

Seu irmão? () 1 sim, 2 não

Seu tio? () 1 sim, 2 não

Seu cunhado? () 1 sim, 2 não

Seu vizinho? () 1 sim, 2 não

Algum desconhecido? () 1 sim, 2 não

Você considera que sofreu violência na vida? () 1 sim, 2 não

Você tem medo de alguém próximo de você? () 1 sim, 2 não

Quem?

Marido/namorado/companheiro? () 1 sim, 2 não

Filho? () 1 sim, 2 não

Ex-marido/ex-namorado? () 1 sim, 2 não

Mãe/mãe adotiva? () 1 sim, 2 não

Pai/pai adotivo? () 1 sim, 2 não

Irmão(a)? () 1 sim, 2 não

Outros familiares? () 1 sim, 2 não

Vizinhos? () 1 sim, 2 não

Na sua vida, você já agrediu fisicamente alguém? () 1 sim, 2 não

Quem?

Marido/namorado/companheiro? () 1 sim, 2 não

Filhos? () 1 sim, 2 não

Ex-marido ou ex-namorado? () 1 sim, 2 não
Mãe/mãe adotiva? () 1 sim, 2 não
Pai/pai adotivo? () 1 sim, 2 não
Irmã (o)? () 1 sim, 2 não
Outros familiares? () 1 sim, 2 não
Vizinhos? () 1 sim, 2 não
Amigo(a) trabalho/escola? () 1 sim, 2 não
Durante a entrevista, conversamos sobre alguns assuntos difíceis. Como você se sente após conversarmos sobre essas coisas? () 1 melhor, 2 pior, 3 indiferente (nem melhor e nem pior)

ANEXO G – Folha de aprovação do CRSMRP-MATER

03
10**COMISSÃO DE PESQUISA DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE
DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO - MATER**

Ref.: Repercussões emocionais da violência por parceiros íntimo em mulheres no período pós-parto.

Nº 008/2011

Mariana de Oliveira Fonseca

Prezado Pesquisador (a)

Informamos que o seu projeto foi avaliado pela Comissão de Pesquisa Clínica do CRSM-Mater no dia 24/05/2011 e considerado **aprovado** para realização nessa instituição.

Lembramos que essa aprovação pressupõe o cumprimento das seguintes necessidades:

- 1- Apresentação do parecer do CEP antes do início da abordagem de potenciais sujeitos para o estudo
- 2- Apresentação de relatórios parciais (Anexo 3), semestralmente, indicando o andamento da pesquisa.
- 3- Apresentação de relatório final de pesquisa (Anexo 3) que deverá ser acompanhado de um resumo estruturado da mesma (uma lauda, contendo introdução, métodos, resultados e conclusões) para a documentação do projeto de pesquisa junto ao CRSM-Mater

Atenciosamente,

DRª. MARISA MARCIA MUSSI-PINHATA

Presidente da Comissão de Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher

Av. Wanderley Taffo, nº 330 – Quintino Facci II - CEP 14070-250 – Ribeirão Preto – SP
Fone: (16) 3962-8200 - Fax: (16) 3962-8213

ANEXO H – Folha de aprovação do CEP da EERP-USP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 378/2011

Ribeirão Preto, 21 de setembro de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 142ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de setembro de 2011.

Protocolo: nº 1377/2011

Projeto: Repercussões emocionais da violência por parceiro íntimo em mulheres no período pós-parto.

Pesquisadores: Flávia Azevedo Gomes
Mariana de Oliveira Fonseca

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Flávia Azevedo Gomes

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO I - Folha de aprovação do CEP da EERP-USP para o TCLEs/Termos de Assentimento unificados

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 459/2011

Ribeirão Preto, 16 de novembro de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 16 de novembro de 2011.

Protocolo: nº 1421/2011

Projeto: Violência por parceiro íntimo durante a gestação e suas implicações no aleitamento materno exclusivo.

Pesquisadores: Ana Marcia Spanó Nakano
Laura Marina Bandim Mariano

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Ana Marcia Spanó Nakano
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP