



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Araçatuba

**ISABELLA DE ANDRADE DIAS**

**IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA QUALIDADE  
DE VIDA DAS VITIMADAS**

**Araçatuba/SP  
2019**

**ISABELLA DE ANDRADE DIAS**

## **Impacto da violência na qualidade de vida das vitimadas**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Odontologia Preventiva e Social.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Tânia Adas Saliba

Co-orientadora: Prof.Dr<sup>a</sup>. Cléa Adas Saliba Garbin

**Araçatuba/SP  
2019**

Catálogo na Publicação (CIP)

Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

D541i Dias, Isabella de Andrade.  
Impacto da violência na qualidade de vida dos vitimados/  
Isabella de Andrade Dias. – Araçatuba, 2019  
111 f. ; tab.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista,  
Faculdade de Odontologia de Araçatuba  
Orientadora: Profa. Tânia Adas Saliba  
Coorientadora: Profa. Cléa Adas Saliba Garbin

1. Violência 2. Trauma psicológico 3. Saúde mental  
4. Qualidade de vida I. T.

Black D5  
CDD 617.601

Claudio Hideo Matsumoto CRB-8/5550

# DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a presença materializada de Deus na minha vida, “a minha mãe”. Confesso que pode parecer pecado mas é a forma mais esplendorosa que Deus me enviou de amor, proteção e cuidado, pois trata-se de um ser humano com a benção mais santa e divina de ser, acima de tudo, bondade ao próximo, num mundo com tantas disparidades e tanta violência como a que trato no meu trabalho. Dedico a materialização do bem na vida de pessoas, como sua família, seus alunos e todos que podem no mínimo ser privilegiados com a sua luz ao te conhecer. Obrigada mãe pela sua força, pela sua garra, pela pureza, por ser e representar o melhor significado do “bem”. Espero que eu possa traduzir e passar para alguns corações tudo o que você me ensinou.*

**AGRADECIMENTOS  
ESPECIAIS**

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Agradeço a Deus, por ter me agraciado com a vida e a saúde, e todas as bênçãos concedidas a mim e a minha família. Obrigada Senhor, por me acolher em seus braços e caminhar ao meu lado.

Agradeço aos meus irmãos, Paulo André e Leonardo, que apesar de toda correria e da distância, pela torcida do meu sucesso.

Agradeço ao meu companheiro, Leonardo, pela compreensão, paciência e apoio durante todo meu trabalho.

Aos meus avós (in memoriam) Dora, Lídio e Rosita, por todo suporte durante toda minha vida, pelo amor e carinho.

Aos meus familiares, maternos, paternos e de consideração, que sempre me receberam com palavras de carinho e apoio e porque também foram essenciais para que eu conseguisse finalizar mais essa etapa.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta imensa felicidade que estou sentindo neste momento. A todos vocês, muito obrigado!

# **AGRADECIMENTOS**



## AGRADECIMENTOS

À Pró-Reitoria de Pós-graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”- UNESP.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA – Unesp.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa de doutorado durante todo o curso. Meus sinceros agradecimentos por promover o apoio financeiro necessário que viabilizou a realização deste sonho.

À minha orientadora, Tânia Adas Saliba, por toda dedicação ao me orientar; por todo incentivo, apoio e confiança. Obrigada pelos ensinamentos e por todo carinho, baiana de coração e alma.

À professora Cléa Adas Saliba Garbin, pela receptividade, carinho, paciência. Obrigada pela disponibilidade, pelos ensinamentos e pela construção de excelentes trabalhos na nossa área de paixão.

À professora Suzely Adas Saliba Moimaz, pela força, seriedade, competência. A senhora é um exemplo de dedicação. Obrigada pelo apoio na minha fase de mudança.

À professora Nemre Saliba, pela honra de conhecer alguém do seu gabarito e de tamanha humildade. Obrigada pela grande recepção, pelo carinho, por ser essa grande mulher e exemplo para todos.

Ao professor Orlando Saliba, por ter me passado conhecimentos numa área que desconhecia, e pelos excelentes conselhos quando mais precisei. Muito obrigada!

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp, pela colaboração, pela prestatividade e pelo apoio nas atividades do departamento.

A Delegacia da Mulher de Bauru, pela oportunidade de realização da pesquisa e por ter sido tão bem recebida na Instituição.

Aos colegas de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, pelo companheirismo e aprendizado.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp, Valéria Queiroz Marcondes Zagatto, Cristiane Regina Lui Matos e Lilian Sayuri Mada, pela sua paciência, presteza e eficiência.

Aos funcionários da biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp, em especial, a Ana Claudia Grieger Manzatti pela colaboração na revisão de todos os meus trabalhos.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp, Nilton e Valderez, pelo apoio, carinho, dedicação e amizade.

## **SEM AÇÚCAR**

*(Chico Buarque de Holanda)*

*Todo dia ele faz diferente  
Não sei se ele volta da rua  
Não sei se me traz um presente  
Não sei se ele fica na sua  
Talvez ele chegue sentindo  
Quem sabe me cobre de beijos  
Ou nem me desmancha o vestido  
Ou nem me advinha os desejos  
Dia ímpar tem chocolate  
Dia par eu vivo de brisa  
Dia útil ele me bate  
Dia santo ele me alisa  
Longe dele eu tremo de amor  
Na presença dele eu me calo  
Eu de dia sou sua flor  
Eu de noite sou seu cavalo  
A cerveja dele é sagrada  
A vontade dele é mais justa  
A minha paixão é piada...*

DIAS, I. A. **Impacto da violência na qualidade de vida das vitimadas**. 2019. 110 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2019.

## RESUMO

**Introdução:** A violência contra a mulher vem se constituindo, nas duas últimas décadas, num fenômeno múltiplo e complexo que exige estudos e reflexões que embasem as compreensões desta circunstância. Pacientes vitimadas por agressões apresentam distúrbios físicos, psicológicos e emocionais que interferem na integridade da saúde, resultando em sofrimento psíquico e adoecimento mental.

**Objetivo:** Objetiva-se nesta tese verificar o impacto da violência na qualidade de vida das vítimas, analisando as consequências físicas e psíquicas das agressões exercidas contra elas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com dados provenientes de inquérito, onde foram avaliadas um total de 156 mulheres, num município de porte médio do Estado São Paulo, organizado em três artigos. No primeiro artigo, busca-se analisar a experiência de dez mulheres que sofreram violência física, atingidas na região da cabeça, face e pescoço, que tiveram como resultantes lesões graves ou gravíssimas. No segundo artigo, avalia-se as doenças e transtornos gerados pela exposição aos eventos traumáticos em 80 mulheres que registraram a ocorrência na Delegacia de Atendimento à Mulher e 66 que não foram violentadas e estavam em atendimento numa Unidade Básica de Saúde, estabelecendo uma comparação. No terceiro artigo, com as mesmas participantes, buscou-se estabelecer uma associação entre a vitimização da violência e o nível do cortisol salivar, buscando identificar os níveis de depressão, comparando os dois grupos de mulheres. **Resultados:** No primeiro estudo, observou-se que o uso do álcool e de drogas pode ser apontado como fator de risco para a permanência da violência. No segundo verificou-se que o transtorno de estresse pós-traumático, associado ao estresse, a psicopatologias, desenvolve-se após a exposição a experiências traumáticas agudas ou repetidas; sua vulnerabilidade da vítima está associada a alterações em que as respostas comportamentais se tornam exageradas e/ou resistentes à extinção ou em alguns casos resilientes. No último artigo, observou-se que a concentração salivar de

cortisol, como índice fisiológico, tem relação direta com o estresse e a depressão nas mulheres violentadas. **Conclusões:** 1. A violência exerce um impacto negativo na qualidade de vida das vítimas e está associada ao uso de álcool e drogas pelos agressores, e a área da saúde e a rede intersetorial são importantes. 2. A violência contra as mulheres gera traumas físicos, transtorno de estresse pós-traumático, e estresse, depressão, além de alterar as respostas comportamentais e aumentar o nível do cortisol. 3. Os níveis de cortisol salivar tem relação direta com o grau de estresse e depressão nas mulheres violentadas e o cortisol pode ser utilizado para avaliar a depressão como biomarcador. A violência perpetrada sobre a mulher constitui-se num sério problema de saúde pública, com custos sociais e individuais elevados. Exigindo ações que desvendem ou minimizem essa complexidade e possibilitem o desenvolvimento de estratégias para um melhor atendimento às vítimas, visando a preservação da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Violência. Traumas. Saúde Mental. Qualidade de vida.

DIAS, I. A. **Impact of violence on quality of life of victims.** 2019. 110 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2019.

## ABSTRACT

**Introduction:** Violence against women has become, in the last two decades, a multiple and complex phenomenon that requires studies and reflections that support the understanding of this circumstance. Patients victimized by aggressions present physical, psychological and emotional disturbances that interfere with health integrity, resulting in psychological distress and mental illness. **Objective:** The objective of this thesis is to verify the impact of violence on the quality of life of the victims, analyzing the physical and psychological consequences of the aggressions against them. **Methodology:** This is a cross-sectional, quantitative study with data from a survey, in which a total of 156 women were evaluated in a medium size municipality in the State of São Paulo, organized in three articles. In the first article, the objective is to analyze the experience of ten women who suffered physical violence, affected in the region of the head, face and neck, resulting in serious or very serious injuries. In the second article, the diseases and disorders generated by the exposure to traumatic events were evaluated in 80 women who registered the occurrence at the Women's Assistance Station and 66 who were not raped and were attending a Basic Health Unit, establishing a comparison. In the third article, with the same participants, an attempt was made to establish an association between the victimization of violence and the salivary cortisol level, seeking to identify the levels of depression, comparing the two groups of women. **Results:** In the first study, it was observed that the use of alcohol and drugs can be pointed as a risk factor for the permanence of violence. In the second, it was verified that post-traumatic stress disorder, associated to stress, to psychopathologies, develops after exposure to acute or repeated traumatic experiences; their vulnerability to the victim is associated with changes in which behavioral responses become exaggerated and / or resistant to extinction or in some cases resilient. In the last article, it was observed that the salivary concentration of cortisol, as a physiological index, is directly related to stress and depression in the raped women. **Conclusion:** 1. The violence has a negative impact on the quality of life of the victims and is associated with the use of alcohol and drugs by the aggressors, and the health area and the intersectoral network are important. 2.

Violence against women generates physical trauma, post-traumatic stress disorder, and stress, depression, as well as altering behavioral responses and increasing the level of cortisol. 3. Salivary cortisol levels are directly related to the degree of stress and depression in raped women, and cortisol can be used to evaluate depression as a bio-marker. Violence against women is a serious public health problem, with high individual and social costs. Demanding actions that unravel or minimize this complexity and enable the development of strategies to better serve the victims, aiming at preserving the quality of life.

**Keywords:** Violence. Traumas. Mental health. Quality of life.

## LISTA DE TABELAS E QUADRO

### Introdução Geral

<b>Tabela 1.</b> Comparação das variáveis entre os grupos .....	<b>13</b>
---	-----------

### Capítulo 1

<b>Quadro 1.</b> Caracterização das participantes do estudo .....	<b>31</b>
---	-----------

### Capítulo 2

<b>Tabela 1.</b> Descritiva das variáveis BDI, SQR, ERS e PCL .....	<b>48</b>
---	-----------

<b>Tabela 2.</b> Comparação do Cortisol intragrupos de acordo com as categorias das variáveis BDI, SQR, ERS e PCL .....	<b>49</b>
---	-----------

### Capítulo 3

<b>Tabela 1.</b> Dados Sociodemográficos das mulheres vítimas da violência .....	<b>62</b>
--	-----------

<b>Tabela 2.</b> Comparação das variáveis entre os grupos .....	<b>62</b>
---	-----------



## LISTA DE FIGURAS

### Capítulo 1

**Figura 1.** Ocorrência da violência contra mulheres, agressor e gravidade..... 32

### Capítulo 2

**Figura 1.** Nível de Cortisol em cada grupo por categoria das variáveis:

Depressão e Psicopatologia ..... 50

**Figura 2.** Nível de Cortisol em cada grupo por categoria das variáveis:

Resiliência e Transtorno de Estresse Pós-Traumático..... 50

### Capítulo 3

**Figura 1.** Boxplot das variáveis BDI e Cortisol por grupo ..... 62

**Figura 2.** Nível de Cortisol em relação à categoria da variável Depressão ..... 63

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BDI	Inventário de depressão de Beck
BO	Boletim de Ocorrência
CPB	Código Penal Brasileiro
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
ELISA	Ensaio de Imunoabsorção Enzimática
ERS	Ego Resilience Scale
HMO	Health Maintenance Organization
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
PCL	Pós-Traumatic Stress Checklist
SRQ	Self Report Questionnaire
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós- Traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
UN	United Nations
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	22
<b>2. METODOLOGIA AMPLIADA</b> .....	26
2.1 <i>Instrumentos utilizados</i> .....	26
2.2 <i>População alvo</i> .....	28
2.3 <i>Amostragem</i> .....	28
2.4 <i>Coleta de dados</i> .....	28
2.5 <i>Coleta da saliva</i> .....	29
2.6 <i>Tratamento dos dados</i> .....	29
2.7 <i>Análise dos dados</i> .....	30
<b>3. CAPÍTULO 1 - CONVIVENDO COM A VIOLÊNCIA: mulheres violentadas em busca de atenção na rede intersetorial</b> .....	34
3.1 <i>Resumo</i> .....	34
3.2 <i>Abstract</i> .....	34
3.3 <i>Introdução</i> .....	35
3.4 <i>Metodologia</i> .....	36
3.5 <i>Resultado e Discussão</i> .....	38
3.6 <i>Conclusão</i> .....	43
3.7 <i>Referências</i> .....	43
<b>4. CAPÍTULO 2 – REFLEXO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES</b> .....	48
4.1 <i>Resumo</i> .....	48
4.2 <i>Abstract</i> .....	48
4.3 <i>Introdução</i> .....	49
4.4 <i>Metodologia</i> .....	50
4.5 <i>Resultado</i> .....	54
4.6 <i>Discussão</i> .....	58
4.7 <i>Conclusão</i> .....	60
4.8 <i>Referências</i> .....	61
<b>5. CAPÍTULO 3 – AVALIAÇÃO DO CORTISOL SALIVAR COMO BIOMARCADOR DE ESTRESSE EM MULHERES VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA...</b>	66
5.1 <i>Resumo</i> .....	66
5.2 <i>Abstract</i> .....	66
5.3 <i>Introdução</i> .....	66
5.4 <i>Metodologia</i> .....	68
5.5 <i>Resultado</i> .....	69
5.6 <i>Discussão</i> .....	71
5.7 <i>Conclusão</i> .....	72

5.8	<i>Referências</i> .....	72
	<b>REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	76
	<b>REFERÊNCIAS DA METODOLOGIA AMPLIADA</b> .....	78
	<b>APÊNDICES</b> .....	79
	<b>ANEXOS</b> .....	83

# **1. INTRODUÇÃO GERAL**

## 1 INTRODUÇÃO GERAL

A violência é um fenômeno complexo que envolve indivíduos, relações interpessoais, comunidades e sociedade e vem tomando grandes proporções, cada vez mais difíceis de enfrentar, uma vez que atingem o indivíduo, seus familiares e, conseqüentemente, a sociedade (MARI; MELO; FIGUEIRA, 2008). Fenômeno este, considerado mundialmente como um problema de saúde pública e de violação de direitos é causador de mortalidade e morbidade.

O fenômeno da violência permeia nossa vida de maneira significativa, assim como, todo o espaço que vivemos e, apesar de apresentar-se de formas diferentes, acaba por gerar o mesmo tipo de reação, representada pelo medo e insegurança, gerando a degradação do espaço urbano com uma considerável perda da qualidade de vida para as pessoas que habitam a cidade (FRANCISCO FILHO, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no Relatório Mundial sobre violência e saúde, define o fenômeno como uma ação que resulta em graves danos para os indivíduos e para a coletividade:

A violência configura-se como 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 qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG et al., 2002, p. 6).

Nesta tese buscou-se investigar a violência contra mulheres e suas conseqüências alertando para o desenvolvimento de ações e políticas públicas nas esferas competentes para assegurar o enfrentamento dessa situação e possibilitar a atenção às mulheres (MARI; MELO, 2008; KRUG et al., 2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) aproximadamente 35% das mulheres sofrem violência física e/ou sexual em todo o mundo, sendo na sua maioria causada por seus parceiros. No Brasil, entre 2011 e 2015, foram notificados 893.751 casos de violência interpessoal e autoprovocada, sendo que aproximadamente 70% foram violências cometidas contra o sexo feminino (PAHO, 2007). Sobre a violência de gênero, Teles e Melo, evidenciam que:

A violência de gênero demonstra que os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado e

sua ideologia, induzem relações violentas entre os sexos e indicam que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim de um processo de socialização (2003, p.18).

A Lei Maria da Penha se constituiu num avanço, assim como o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres, a implantação e implementação das políticas públicas de enfrentamento, prevenção e promoção da cultura da paz, entre outras (PEDROSA; SPINK, 2011). A efetivação desses serviços é uma tarefa complexa e exige a articulação de diferentes serviços em uma rede integrada de atenção à mulher que vive em situação de violência.

A violência está associada a graves problemas de saúde física, de saúde mental e de saúde reprodutiva. Estes problemas geram uma desestrutura emocional que causam doenças. Pessoas que passam por uma situações traumáticas de agressões de abalo emocional intenso, segundo a Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2013) apresentam sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Os tipos de ocorrência dos sintomas do TETP são divididos em três grandes grupos: (1) Revivência do evento traumático (lembranças aflitivas, intrusivas e recorrentes do evento); (2) Esquiva dos estímulos associados ao evento (esforços para evitar qualquer situação que lembre o evento, sensação de afastamento em relação a outras pessoas; entre outros sintomas); e (3) Irritabilidade aumentada (dificuldade de manter o sono; surtos de raiva; dificuldades de manter a concentração). Geralmente, para caracterizar TEPT, os sintomas devem causar sofrimento e prejuízo significativo em áreas importantes da vida e estar ocorrendo há mais de um mês (GUERRERO, 2002; FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003).

O interesse por essa investigação justifica-se pela necessidade de avaliar o impacto da violência na qualidade de vida dos indivíduos, tendo como intuito estabelecer um perfil dos vitimados para o desenvolvimento de estratégias que visem o controle e a prevenção desses casos, assim como, a preservação da saúde (BRASIL, 2005). A pesquisa foi realizada no município de Bauru/SP, especificamente na Delegacia de Defesa da Mulher e numa Unidade Básica de Saúde, entrevistando mulheres vítimas e não vítimas da violência.

Com vistas a uma profunda exploração dos dados obtidos na pesquisa, desenvolveu-se três artigos, dispostos em capítulos. No capítulo 1, intitulado "Convivendo com a violência: mulheres violentadas em busca de atenção na rede intersetorial, fez-se uma análise sobre a experiência de dez mulheres que sofreram violência física, atingidas na região da cabeça, face e pescoço, e que tiveram como resultantes lesões graves ou gravíssimas. No capítulo 2, "Reflexo da violência na saúde mental das mulheres", buscou-se explicitar as relações entre violência e trauma por meio da análise do transtorno do estresse pós- traumático, psicopatologias e níveis de resiliência, usando como parâmetro níveis salivares de cortisol, e no capítulo 3 "Avaliação do cortisol salivar como biomarcador de estresse em mulheres vítimas da violência", avaliou-se os índices de cortisol salivar de mulheres vítimas e não vítimas da violência, estabelecendo uma comparação intragrupos e sua relação com os problemas de saúde identificados.



# **1. METODOLOGIA AMPLIADA**

## 2. METODOLOGIA AMPLIADA

### 2.1 Instrumentos utilizados

O presente estudo configura-se como uma pesquisa transversal, quantitativa, descritiva e associativa, para esta finalidade utilizou-se como instrumentos:

- a) Questionário de Identificação (ROVINSKI,2004) - refere-se à coleta dos dados pessoais e ao perfil da violência, a saber: história prévia de uso de drogas pelo companheiro agressor; tipo de agressão, variando entre mínima (pequena, não houve força física), moderada (tapas repetidos, socos), excessiva (espancamentos, contusões, lacerações) e brutal (tortura sádica); ameaça verbal de morte; resistência da vítima (se não emite nenhuma reação, se reage verbal e/ou fisicamente); se foi vítima de violência na infância; há quanto tempo sofre violência por parte do companheiro agressor; horário em que ocorriam as agressões (manhã, tarde ou noite); e frequência da violência (diariamente, semanalmente, ou até duas vezes ao mês) (Apêndice A).
  
- b) Self Report Questionnaire (SRQ), (MARI; WILLIAMS, 1986) - tem como objetivo avaliar os transtornos mentais comuns em países em desenvolvimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS), orientada pela preocupação com os impactos que os problemas de saúde mental poderiam apresentar em países periféricos, desenvolveu o SRQ (Anexo A).
  
- c) Inventário de Depressão de Beck (BDI), (BECK et al., 1961) - instrumento que avalia os sintomas depressivos, em que o escore total é a soma da pontuação de 21 itens (0 a 63), com os seguintes pontos de corte:
  - 0 - 9 para depressão mínima,
  - 10 - 18 para depressão leve a moderada,
  - 19 - 29 para depressão moderada a grave e
  - 30 - 63 para depressão grave.Foi escolhido ponto de corte usado na literatura, em que os indivíduos com escore > 10 são considerados como tendo alta probabilidade de apresentar transtorno depressivo (Anexo B).

- d) Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C), (BERGER et al., 2004) - escala desenvolvida para a população civil, que avalia as consequências de diversos tipos de experiências traumáticas. A versão original do instrumento considera um escore  $\geq 3$  (médio) em um dos 17 itens como um sintoma clinicamente significativo. A pontuação varia de 17 a 85, tendo como ponto de corte 50 pontos para possíveis casos de transtorno de estresse pós-traumático (Anexo C).
- e) Ego Resilience Scale-89 (WAGNILD; YOUNG, 1993) - é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva com respostas variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência (Anexo D).
- f) Níveis de Cortisol Salivar- A saliva foi separada em alíquotas, estocadas a  $-20^{\circ}\text{C}$  em tubos de 2 ml, devidamente identificados, até o momento da análise. Para garantir maior estabilidade do hormônio cortisol na saliva, houve o cuidado de se manter o material refrigerado (CAMPOS; DAVI, 2014). A dosagem do cortisol na saliva foi realizada através do Ensaio de Imunoabsorção Enzimática (ELISA) (IBL, 2014). Esse método consiste na competição entre um antígeno não-marcado e um antígeno marcado com uma enzima, por um número fixo de sítios ligantes específicos. A quantidade de antígeno marcado ligado ao anticorpo é inversamente proporcional à concentração de amostra não marcada. Essa análise tem sido amplamente utilizada tanto na clínica quanto nos estudos que realizam dosagem de cortisol em saliva e é considerada uma das mais sensíveis para detecção dos níveis hormonais.

Este estudo foi dividido em três capítulos, o primeiro aborda as condições das mulheres violentadas e as consequências das agressões no seu estado físico e mental. O segundo as consequências das agressões na saúde mental, identificando as patologias e resiliências, e o terceiro busca identificar os níveis de depressão. As etapas metodológicas que seguem são comuns aos três capítulos.

## **2.2 População alvo**

A população alvo foi composta, no primeiro capítulo, por dez mulheres que sofreram agressões na região da cabeça, face e pescoço, com resultantes graves ou gravíssima e nos demais capítulos, por dois grupos de mulheres: o grupo teste com 80 vítimas de violência e o grupo controle com 66, que não sofreram violência, no ano de 2018.

## **2.3 Amostragem**

A amostra é composta por mulheres vítimas da violência que registraram a ocorrência na Delegacia de Atendimento à Mulher (DEAM) e que estavam em atendimento numa Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Bauru / SP. Participaram do estudo 156 mulheres. O termo de consentimento livre e esclarecido, documento essencial para a participação na pesquisa, foi assinado pelas participantes. Os questionários foram preenchidos durante a entrevista, ficando agendada a coleta da saliva.

Os critérios de exclusão adotados tiveram como base os resultados dos questionários:

- a) Para o grupo teste: comorbidade com psicose; risco de suicídio alto; gravidez; insônia; mulheres acima de 60 anos; condições médicas graves (indicada pelo psiquiatra); retardo mental, analfabetismo ou demência; graves transtornos de personalidade;
- b) Para o grupo controle: gravidez, insônia, mulheres acima de 60 anos, transtornos, ter pontuação igual ou acima de 7 na escala Self Report Questionnaire, ter pontuação acima de 11 na escala BDI e não obter escore acima de 3 na escala PCL-C, nos itens 1 a 5, 6 a 12 e 13 a 17.

## **2.4 Coleta dos Dados**

A coleta de dados foi realizada durante o ano de 2018 e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, conforme parecer nº 1.323.917 (Anexo E).

Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e consentiram em participar, preenchendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas registradas parte em computador e parte preenchida à mão pela própria participante ou pela entrevistadora de acordo com as respostas dadas. O inquérito foi composto por cinco questionários, sendo agendada a coleta da saliva.

Os questionários são compostos por um conjunto de variáveis que possibilitaram dimensionar assuntos da condição de saúde física e mental da participante com maior detalhamento.

## **2.5 Coleta da Saliva**

A saliva foi o material biológico escolhido para a pesquisa dos níveis de cortisol das mulheres vítimas da violência, totalizando 156 amostras coletadas. No dia da entrevista foi entregue a cada participante um tubo para depositar saliva e agendado o dia da entrega.

No dia anterior à entrega, a participante era lembrada que deveria vir em jejum para efetuar a coleta do material. As participantes foram orientadas para simular a mastigação por cerca de um minuto e em seguida depositar a saliva acumulada em um tubo. Foram coletados aproximadamente 2 ml de saliva por participante em tubos tipo Falcon, sendo cada tubo numerado de forma pareada com a numeração registrada no questionário preenchido. Os resultados obtidos foram investigados por meio dos testes: Mann-Whitney, Exato de Fisher e Kruskal-Wallis.

## **2.6 Tratamento dos dados**

Relatório estatístico: o banco de dados era formado por 66 indivíduos do grupo de controle e 80 indivíduos do grupo de teste. Foram analisadas 6 variáveis: Depressão (BDI), Psicopatologia (SQR), Resiliência (ERS), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PCL-C), Cortisol e OR (Odds Ratio). Na análise descritiva das variáveis qualitativas foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, enquanto na

descrição das variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de posição, tendência central e dispersão.

Para comparação intergrupos em relação aos escores de BDI, SQR, ERS, PCL, Cortisol e OR utilizou-se o Teste Mann-Whitney (Hollader e Wolfe, 1999) e para comparação intergrupos em relação as categorias da variáveis BDI, SQR, ERS, PCL, Cortisol e OR utilizou-se o Teste Exato de Fisher (Agresti e Kateri, 2011).

Para comparação do cortisol intragrupos de acordo com as categorias das variáveis BDI, SQR, ERS e PCL foram utilizados os Teste Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. O Teste Mann-Whitney é um teste não paramétrico para comparar duas amostras independentes. Os testes não paramétricos são baseados nas posições das observações e não em suas grandezas numéricas, dessa forma o teste Mann-Whitney compara a mediana ao invés da média. O teste Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico para comparar 3 ou mais amostras independentes.

Para verificar se há uma associação significativa entre os escores das variáveis SQR, BDI e ERS e os níveis de cortisol e OR utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman (*Spearman, 1904*). Os coeficientes de correlação são métodos estatísticos para se medir as relações entre variáveis e o que elas representam. O que a correlação procura entender é como uma variável se comporta em um cenário onde outra está variando, visando identificar se existe alguma relação entre a variabilidade de ambas. Embora não implique em causalidade, o coeficiente de correlação exprime em números essa relação, ou seja, quantifica a relação entre as variáveis. O sinal (+ ou -) indica a direção da relação. O valor pode variar de -1 a +1, onde +1 indica uma perfeita relação positiva, 0 indica relação nenhuma, e -1, uma perfeita relação negativa ou reversa (quando uma variável se torna maior, a outra fica menor).

Para verificar associação das variáveis Resiliência, Depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático com Psicopatologia e associação entre as variáveis Resiliência e Depressão no grupo teste, utilizou-se o teste Exata de Fisher. O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.1.5).

## 2.7 Análise dos dados

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva das variáveis BDI, SQR, ERS, PCL, Cortisol e OR em cada grupo e o valor-p do Teste Mann-Whitney da comparação das variáveis entre os grupos. Desta tabela, pode-se destacar:

**BDI** - Houve diferença significativa (Valor-p <0,001) do escore BDI entre os grupos. Sendo que, o escore médio do grupo controle foi 5,1 e o escore médio do grupo teste foi 18,5. 75% das participantes do grupo controle apresentaram escore BDI até 6; isto é; foram classificadas sem nenhuma depressão. Todavia, 50% das participantes do grupo teste apresentaram escore BDI no mínimo 19, ou seja, com tendência a depressão de leve a grave.

**SQR** - Houve diferença significativa (Valor-p <0,001) do escore SQR entre os grupos. Sendo que, o escore médio do grupo controle foi 1,4 e o escore médio do grupo teste foi 9,7. Logo, o grupo controle não apresentou psicopatologia e o grupo teste tendeu a possuir psicopatologia. Apenas 25% dos indivíduos do grupo teste apresentaram escore menor ou igual a 7.

**ERS** - Houve diferença significativa (Valor-p <0,001) do escore ERS entre os grupos. Sendo que, o escore médio do SQR no grupo controle foi 43,7 e no grupo teste foi 30,4. Enquanto o grupo teste tendeu a ter resiliência baixa a indeterminada, no grupo controle todos os indivíduos apresentaram resiliência alta ou muito alta.

**PCL** - A média do escore PCL do grupo teste foi significativamente maior que a do grupo controle (Valor-p <0,001). Sendo o escore médio do grupo teste 2,5 vezes maior que o escore do grupo controle. Observou-se que 50% do grupo controle apresentou escore PCL no máximo 28 e 50% do grupo teste apresentou escore PCL no mínimo 72,5. Sendo que quanto maior o escore mais o indivíduo tende a ter Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

**Cortisol** - O nível de cortisol na saliva foi significativamente maior no grupo teste (Valor-p <0,001), no qual o cortisol médio no grupo teste foi igual a 28,5 µg/dL e no grupo controle foi igual a 13,4 µg/dL. Onde 50% das participantes do grupo controle

apresentaram cortisol no máximo 13,5 µg/dL e 50% do grupo teste apresentaram nível de cortisol 23,2 µg/dL no mínimo. Sendo que 100% das participantes do grupo teste apresentaram cortisol acima do valor de referência (1,2 a 14,7 µg/dL) e apenas 34,8% do grupo controle apresentaram cortisol acima do valor de referência.

**OR** - Houve diferença significativa (Valor-p <0,001) do OR entre os grupos. Sendo que, o OD médio do grupo controle foi -1,06 e o escore médio do grupo teste foi -1,40. Logo, o OD no grupo teste foi significativamente menor que o OD no grupo controle.

**Tabela 1.** Comparação das variáveis entre os grupos.

Variáveis	Grupo Controle (N = 66)					Grupo Teste (N = 80)					Valor-p <sup>1</sup>
	Média	E.P.	Q1	Mediana	Q3	Média	E.P.	Q1	Mediana	Q3	
BDI	5,1	0,5	3,0	4,0	6,0	18,5	1,2	10,0	19,0	25,0	<0,001
SQR	1,4	0,1	1,0	1,0	2,0	9,7	0,4	7,0	9,5	12,5	<0,001
ERS	43,7	0,4	42,0	44,0	46,0	30,4	0,5	27,0	30,0	34,0	<0,001
PCL	28,6	0,4	26,0	28,0	31,0	71,3	0,7	67,0	72,5	75,0	<0,001
Cortisol	13,4	0,5	11,7	13,5	16,3	28,5	1,4	21,2	23,2	34,2	<0,001
OR	-1,06	0,11	-1,87	-1,61	-0,15	-1,40	0,11	-2,18	-2,11	-0,19	<0,001

<sup>1</sup> Teste Mann-Whitney.

Demais análises e comparações entre os dois grupos de mulheres investigados e as categorias de variáveis, níveis de cortisol e escalas de resiliência, estão descritos nos capítulos a seguir.



## **3. CAPÍTULO 1**

### 3 CAPÍTULO 1 – CONVIVENDO COM A VIOLÊNCIA: mulheres violentadas em busca de atenção na rede intersetorial<sup>1</sup>

#### RESUMO

No Brasil presencia-se e convive-se com várias formas de violência contra a mulher, constituindo-se num problema social refletido em todas as classes sociais. Objetiva-se neste estudo analisar a experiência de dez mulheres que sofreram violência física, atingidas na região da cabeça, face e pescoço, que tiveram como resultantes lesões graves ou gravíssimas, cujos casos foram registrados na Delegacia de Atendimento à Mulher (DEAM) de um município de São Paulo. Para esta finalidade utilizou-se uma entrevista padronizada fundamentada numa abordagem fenomenológica, que buscou compreender a experiência concreta do vivido numa determinada realidade. Observou-se que o uso do álcool e de drogas pode ser apontado como fator de risco para a perpetuação desse fenômeno. Confirma-se a importância do registro da ocorrência pela vítima da agressão, o que subsidiará ações de proteção e encaminhamentos necessários. Destaca-se, também, a importância da instituição de políticas públicas de prevenção e intervenção junto a essa população.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Lesões Faciais. Ocorrência.

#### ABSTRACT

In Brazil, various forms of violence against women are present and coexist, constituting a social problem reflected in all social classes. The objective of this study was to analyze the experience of ten women who suffered physical violence in the head, face and neck region, resulting in serious or very serious injuries, whose cases were registered in the Women's Defense Department (WDD) of a municipality of São Paulo. For this purpose a standardized interview was used, based on a phenomenological approach, which seeks to understand the concrete experience of the lived in a certain reality. It was observed that the use of alcohol and drugs can be considered as a risk factor for the perpetuation of this phenomenon. It is confirmed the importance of recording the occurrence by the victim of the aggression, which will subsidize protective actions and necessary referrals. The importance of the institution of public policies of prevention and intervention with this population is also emphasized.

**Keywords:** Violence. Facial Lesions. Occurrence.

---

<sup>1</sup> Normas de publicação da Revista Ciência e Saúde Coletiva (ANEXO F).

## INTRODUÇÃO

A violência contra mulheres evidencia um grave problema social, cultural e também de saúde pública, exigindo demandas de ações públicas tanto no âmbito da segurança, quanto do direito e da saúde<sup>1,2</sup>.

Visando prevenir, enfrentar e erradicar a violência contra a mulher, foi criada no ano de 1985, a delegacia especializada nesse atendimento, com sedes distribuídas por todo o Brasil. As delegacias especializadas no atendimento à mulher (DEAM) fazem parte da Polícia Civil, estão vinculadas às secretarias estaduais de Segurança Pública e integram, atualmente, a política nacional para punir e coibir a violência contra a mulher<sup>3</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde<sup>4</sup>, 35% das mulheres no mundo já sofreram violência física e/ ou sexual. Ou seja, uma a cada três mulheres no mundo já foi vítima de um tipo de violência. As formas de violência contra a mulher vão desde a agressão verbal, passando por outras formas de abuso até atingir a violência física ou sexual. No Brasil esses índices também são alarmantes. Segundo Dias, o Relatório Nacional Brasileiro retrata o perfil da mulher brasileira e registra que a cada 15 segundos uma mulher é vítima de agressão, totalizando, em 24 horas, um número de 5.760 mulheres no Brasil<sup>5</sup>.

Constata-se que a violência contra a mulher é um problema de saúde pública de proporções epidêmicas no Brasil, embora essa gravidade seja em grande parte invisível. Este problema não pode ser tratado como se fosse restrito a alguns segmentos, uma vez que permeia toda a sociedade brasileira. A prevenção e o enfrentamento da violência contra a mulher passam necessariamente pela redução das desigualdades de gênero e requerem o engajamento de diferentes setores da sociedade, para se garantir que todas as mulheres tenham acesso ao direito básico de viver sem violência.

A partir da criação das delegacias especializadas, a mulher passou a ter um local de referência na busca de apoio e segurança. Segundo Gandoni-Costa & Zucatti<sup>6</sup>, para que as delegacias funcionem com eficiência, precisam trabalhar de forma integrada e oferecer um atendimento qualificado, evitando a revitimização da mulher que busca atendimento. Pasinato<sup>7</sup> salienta a importância do primeiro atendimento dado à mulher e do papel que esse momento passa a ter sobre as decisões que ela tomará quanto a permanecer no ambiente violento ou buscar novas saídas para sua vida.

Os serviços de saúde também têm um papel fundamental na resposta à violência contra as mulheres, pois muitas vezes constituem-se num primeiro local onde as vítimas buscam atendimento. É importante que estes serviços estejam disponíveis todos os dias e

que seus profissionais estejam capacitados para o atendimento adequado às vítimas e para a notificação dos casos de violência<sup>8-10</sup>.

De acordo com o Código Penal Brasileiro (CPB)<sup>11</sup> no seu art. 129, a lesão corporal é classificada quanto a natureza como: leve, grave e gravíssima. A lesão corporal de natureza leve é aquela que não causa grande ofensa à integridade corporal, embora, deixe um trauma psicológico muito grande. É considerada lesão corporal de natureza grave, a agressão que resulta em: incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias; perigo de vida; debilidade permanente de membro, sentido ou função; aceleração de parto. E as lesões gravíssimas são aquelas em que as resultantes demonstram a incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente; aborto.

A repercussão desse problema é visivelmente constatada no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, ou seja, pela complexidade do atendimento que demandam. Heise et al.<sup>12</sup> citam um estudo americano da Health Maintenance Organization (HMO), afirmando que as mulheres abusadas sexualmente ou espancadas representaram, para o sistema de saúde, em um ano de acompanhamento, custos 2,5 vezes maiores que as mulheres que não foram vitimadas.

Propõe-se neste trabalho entrevistar mulheres vítimas de violência, atingidas na região da cabeça, face e pescoço, com resultantes graves ou gravíssimas, que buscaram atendimento e acolhimento na Delegacia da Mulher, pretendendo tornar visível o problema da violência contra a mulher, além de fornecer alerta para o desenvolvimento de políticas públicas que fomentem uma melhor estrutura de atendimento e encaminhamento dos casos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo com uma modalidade de pesquisa qualitativa, fundamentada numa abordagem fenomenológica, que busca compreender o homem em sua estrutura universal e, ao mesmo tempo, em sua experiência concreta do vivido, ou seja, em sua totalidade numa determinada realidade<sup>13</sup>.

A escolha da fenomenologia deu-se em razão desse método possibilitar a compreensão a partir da experiência vivenciada. O fenômeno revela a vítima como ser no mundo, atingida pela violência, com numerosas significações existenciais que se explicitam em cada perspectiva da vivência, a sua percepção de mulher violentada<sup>13</sup>.

O cenário de estudo foi a Delegacia de Atendimento à Mulher (DEAM) de um município do interior do Estado de São Paulo. Para acesso ao serviço, foi realizado contato prévio com a coordenação da DEAM, que concedeu autorização para o desenvolvimento do estudo nesse local. Contou-se com o auxílio da equipe do serviço no contato e convite às mulheres para a realização das entrevistas. A coleta dos dados foi realizada entre março e julho de 2018 e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, conforme parecer n. 2003/535. As participantes da pesquisa aceitaram, voluntariamente, o convite para participar do estudo, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o sigilo das informações e o anonimato.

No período da pesquisa a delegacia recebeu 225 ocorrências de violências e dentre estas, apenas 80 denunciantes que atendiam ao objeto da pesquisa, isto é, as que sofreram agressões na região da cabeça, face e pescoço, com resultantes graves ou gravíssimas, aceitaram participar da entrevista. Foram selecionados dez depoimentos para análise da situação; todas as informações foram levadas em conta na busca da essência do fenômeno em cada uma das entrevistas<sup>14</sup>.

Os depoimentos foram coletados por meio de entrevistas padronizadas logo após o registro do Boletim de Ocorrência (BO) na DEAM, num município de São Paulo e realizados em sala anexa, sendo gravados após autorização, com duração média de 60 minutos. Houve a apresentação formal da pesquisa, em respeito aos critérios éticos. As entrevistadas foram informadas acerca da finalidade da pesquisa, do caráter sigiloso e da possibilidade de interrupção de sua participação sem qualquer tipo de prejuízo (Quadro 1).

**Quadro 1.** Caracterização das participantes do estudo

Participante	Idade	Raça/cor	Escolaridade	Profissão	Agressor
P1	38	Parda	Ens. Fundamental Incompleto	Dona de casa	Ex-companheiro
P2	19	Negra	Ens. Médio Completo	Secretária	Namorado
P3	53	Branca	Ens. Fundamental Incompleto	Dona de casa	Companheiro
P4	23	Parda	Ens. Médio Incompleto	Mora na rua	Estranho
P5	45	Branca	Ens. Fundamental Completo	Doméstica	Filho
P6	22	Parda	Ensino superior	Professora	Companheiro
P7	18	Negra	Ens. Fundamental Incompleto	Estudante	Padrasto
P8	35	Parda	Ens. Médio Completo	Comerciária	Ex-companheiro
P9	20	Branca	Ens. Médio Incompleto	Estudante	Namorado
P10	48	Parda	Ens. Médio Completo	Diarista	Companheiro

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Como fonte de evidências, procurou-se ouvir das participantes do estudo, os relatos da sua experiência, norteadas pelas questões: “Fale-me sobre a violência que sofreu” e “Como você está se sentindo?” Na pesquisa fenomenológica, a entrevista é utilizada como um elemento de exploração de experiências, narradas em profundidade, com a finalidade de

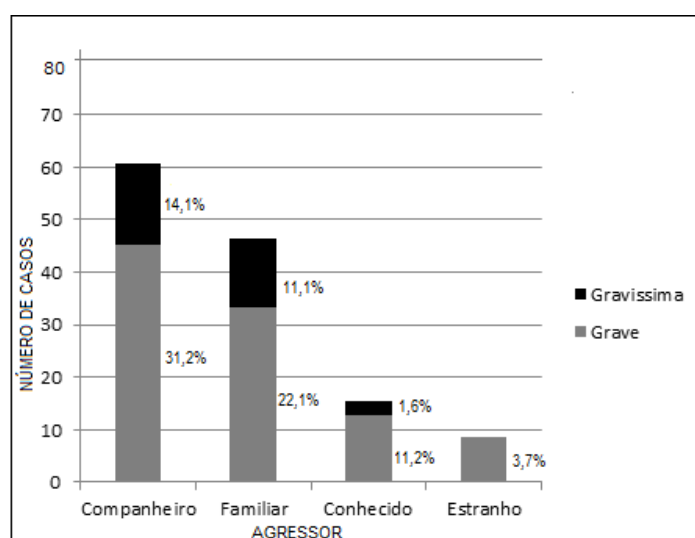
compreender o fenômeno em estudo<sup>15</sup>. Considerando-se também, os seguintes aspectos: autor da agressão; forma da agressão; local da ocorrência; natureza da lesão; parte atingida; hora da ocorrência; dia da semana; escolaridade; profissão; ingestão de bebida alcoólica pela vítima e/ou pelo agressor; atendimento anterior da mesma ocorrência em unidade de saúde. A síntese da realidade possibilitou desvelar o fato vivido pela experiência narrada na percepção das vítimas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados do estudo foram analisados mediante a redução, a análise e a interpretação fenomenológicas<sup>16</sup>. Inicialmente, na análise individual de cada discurso - análise ideográfica - identificaram-se as unidades de significado da descrição que respondiam à questão do estudo, alcançando-se a compreensão dos significados atribuídos pela participante à experiência vivida. Num segundo momento, buscou-se as convergências das unidades de significado de todos os discursos - análise nomotética - que descrevem as verdades gerais sobre o fenômeno estudado.

Os relatos analisados foram feitos espontaneamente pelas mulheres. Como, na maioria dos casos, as vítimas são encaminhadas para o atendimento psicológico, algumas concordaram em participar da entrevista, pois teriam que relatar o caso ocorrido mais de uma vez. As que foram entrevistadas demonstraram estar muito nervosas. Aos poucos, no decorrer da entrevista podia-se perceber nas vítimas, uma grande vontade de falar, de "desabafar", sobre suas revoltas, suas dores e suas condições de vida (Figura 1).

**Figura 1** – Ocorrência da violência contra mulheres, agressor e gravidade. (n = 80 mulheres).



Fonte: dados da pesquisa, 2018

Observa-se que o agressor mais identificado pelas mulheres entrevistadas foi o companheiro (45,3%), seguido pelo familiar (33,2%) e em menos episódios estão os conhecidos (12,8%) e estranhos (3,7%). Os casos registrados foram na maioria de agressões de natureza grave (68,2%) seguida das agressões gravíssimas (26,8%).

Seguem abaixo relatados partes dos depoimentos das participantes, com o propósito de clarificar e possibilitar a interpretação dos dados:

*P1:* (Grave) Vítima de 38 anos, agredida pelo ex-companheiro, alcoolizado, que utilizou de força física aplicando socos na região da face e boca, provocando luxações, hematomas e perda dos dentes incisivos: central e lateral esquerdo, caso ocorrido às 22 h de uma sexta-feira na residência do casal. A vítima tem 1º grau incompleto, dona de casa e teve um primeiro atendimento numa unidade de saúde. Encontrava-se bastante assustada, aguardando o encaminhamento para uma casa de referência indicada pela delegacia.

*P2:* (Gravíssima) Vítima de 19 anos encaminhou-se primeiramente à delegacia para prestar queixa do namorado que, tomado por ciúmes, a agrediu com socos nos dois ouvidos, provocando sangramentos e provável rompimento dos tímpanos, caso ocorrido em via pública numa quinta-feira às 8:00 h, quando a vítima dirigia-se para o trabalho. A mesma possui 2º grau. Foi encaminhada para atendimento num posto de saúde.

*P3:* (Grave) Vítima de 53 anos levou um corte no rosto desferido com canivete por seu marido num sábado às 23 h 30 min, na sua residência, na presença dos filhos do casal, esteve no mesmo dia num posto de saúde onde levou oito pontos na face direita. Relata que seu marido vive alcoolizado e a espanca constantemente, encaminhou-se à delegacia para pedir proteção para ela e para os três filhos menores. Tem 1º grau incompleto e trabalha como diarista.

*P4:* (Grave) Vítima de 23 anos, moradora de rua, aparentemente drogada, relata que brigou com um homem que queria roubar seus pertences, este a espancou com um pedaço de madeira, na região da cabeça e pescoço, apresentando muitos hematomas, sinais de esganadura, afundamento da região frontal da cabeça. Permaneceu por cinco dias num hospital da cidade e veio registrar a ocorrência na delegacia e solicitar acolhimento. O fato ocorreu na noite de uma quarta-feira, porém não sabe precisar o horário. Vive de esmolas e nunca estudou.

*P5: (Gravíssima)* Vítima de 45 anos agredida pelo filho de vinte anos, usuário de drogas, com uma faca, tendo perdido parte da orelha, apresentando várias escoriações e hematomas na face e pescoço. Fato que ocorreu num domingo à noite, dentro da residência. Relata que tem brigas constantes com o filho e que desta vez o mesmo ultrapassou os limites. Trabalha como doméstica e tem o 1º grau. Foi atendida num posto de saúde e encaminhou-se à delegacia para registrar a ocorrência, pedir proteção e atendimento especializado para o filho.

*P6: (Grave)* Vítima de 22 anos agredida pelo marido com uma garrafa, num sábado à noite em reunião de família, enquanto dançava. Levou corte na cabeça e no ombro direito. Foi levada para um hospital da cidade, levou vários pontos. Veio à delegacia registrar a violência e pedir proteção. É professora, tem curso superior e trabalha numa escola próxima à sua residência.

*P7: (Gravíssima)* Vítima de 18 anos foi agredida pelo padrasto, física e sexualmente, com um soco na boca, deixando os lábios bastante inchados com ferimentos na região interna da boca, tendo perdido o dente incisivo inferior esquerdo, não sabe dizer se ele estava alcoolizado. Afirma que é constantemente agredida pelo padrasto. Fato ocorrido na sua residência numa segunda-feira às 13:00 h, quando retornou da escola. Conta que sua mãe trabalha como empregada doméstica, passa o dia todo ausente e não acredita quando ela fala que foi usada pelo padrasto. É estudante do 1º grau. Encontrava-se na delegacia para registrar a agressão e pedir proteção às autoridades, pois não pretende voltar para casa. Foi encaminhada para o IML (Instituto Médico Legal) para ser periciada.

*P8: (Gravíssima)* Vítima de 35 anos relata que é a segunda vez que presta queixa do ex-companheiro, que não aceita a separação. Dessa vez recebeu vários socos no rosto, sendo o mais grave o que atingiu o olho esquerdo, fazendo-a perder a visão. Recebeu atendimento médico e encontrava-se na delegacia para registrar a ocorrência, pedir a punição do agressor e proteção aos órgãos competentes. Trabalha como comerciária e tem o 2º grau. O fato ocorreu num sábado à noite, num bar próximo a residência da vítima, onde o agressor apareceu de surpresa.

*P9 (Grave).* Vítima de 20 anos, encontrava-se com amigas quando foi agredida pelo namorado com uma barra de madeira na boca e na face, quebrando os incisivos



superiores e apresentava muitos hematomas. Estava junto com a mãe para prestar a denúncia e requerer proteção e justiça.

*P10* (Gravíssima) Vítima de 48 anos foi torturada pelo companheiro, que chegou em casa drogado e a agrediu por muito tempo, arrancou parte de sua orelha direita e desferiu corte na face direita e colo. Apresentava hematomas em várias partes do corpo e encontrava-se muito abalada, nervosa, recebeu os primeiros socorros numa unidade de saúde, onde permaneceu por dois dias. Estava em busca de apoio pois não tinha condições de retornar para casa.

Historicamente, os efeitos da violência contra mulheres se fazem sentir, principalmente, em grupos sociais mais vulneráveis, pertencentes a estratos sociais menos favorecidos, porém isso não significa que as camadas mais privilegiadas não sejam também afetadas.

A face, por ser uma região muito vulnerável, devido às suas peculiaridades e complexidade anatômica e funcional, tem sido frequentemente traumatizada, o que demanda atenção especial por parte dos profissionais de saúde, até mesmo pela importância de suas estruturas no convívio social e nas relações interpessoais<sup>17-19</sup>.

Estudos epidemiológicos sobre prevalência das agressões nas regiões da cabeça face e pescoço estão sendo realizados em diferentes partes do mundo, inclusive em vários estados brasileiros, embora ainda sejam considerados escassos. As análises dessas ocorrências possibilitam a elaboração de programas e políticas de promoção e prevenção da saúde, como também quantificar o progresso, o impacto e a eficácia das estratégias implementadas<sup>12</sup>.

Analisando os dados colhidos nas entrevistas relativos à idade constatou-se que não existem parâmetros para esse tipo de agressão aconteça, qualquer mulher está sujeita a essas ações. A maioria foi agredida pelos parceiros íntimos ou familiares, para Santin et al.<sup>20</sup>, são os fatos corriqueiros e banais os responsáveis pela conversão de agressividade em agressão, o sentimento de posse do homem em relação à mulher e filhos, bem como a impunidade dos fatores que generalizam a violência.

Segundo Heise et al.<sup>12</sup>, a violência presente nas relações de gênero é um sério problema de saúde para mulheres em todo mundo. Do ponto de vista desses autores, embora esse tipo de violência ocasione significativa morbidade e mortalidade de mulheres, quase nunca é visto como uma questão de saúde pública.

Para Garbin et al.<sup>9</sup>, as mulheres maltratadas têm sua saúde prejudicada tanto pelas lesões resultantes do espancamento quanto por desenvolverem dores crônicas, depressão e baixa estima. As consequências da violência contra a mulher refletem desequilíbrios em todas as esferas da sociedade: econômica, emocional e familiar. Infelizmente, a violência acaba fazendo parte do dia-a-dia dessas mulheres, num ciclo muito difícil de ser rompido. As agressões sejam elas de qualquer tipo: físicas, morais, sexuais, podem deixar muitas marcas, visíveis ou não.

Outro fato agravante atribuído às situações de abuso foi o consumo de drogas. Brookoff et al.<sup>21</sup> afirmam que o uso de substâncias psicoativas, tanto pelo autor quanto pela vítima, está presente em até 92% dos casos notificados de violência doméstica. A ingestão de bebidas alcoólicas pelo agressor, em nosso estudo, foi relatada na maioria dos casos, seguido pelo uso de drogas ilícitas. A relação entre o consumo abusivo de álcool e a violência doméstica está muito documentada em vários trabalhos<sup>22</sup>.

É amplamente conhecido que a violência doméstica e familiar contra a mulher é de natureza multicausal e inclui fatores sociais, culturais, familiares, da relação entre os parceiros e individuais<sup>23</sup>. Fatores relevantes foram analisados nesse estudo e determinantes para subsidiar políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência contra a mulher: a) A ocorrência dos casos durante os finais de semana, bem como nos períodos da noite e madrugada, reforça a importância de que os serviços voltados ao atendimento às mulheres vítimas de violência funcionem em horários diferenciados, justamente para cobrir os períodos de maior demanda – finais de semana, noites e madrugadas. b) Algumas mulheres recorreram a delegacia da mulher em segunda instância para registrar a ocorrência, pois em decorrência da gravidade da situação se encaminharam para um posto de saúde ou hospital. Seria mais indicado que essas delegacias especializadas tivessem postos de atendimento 24 horas, possibilitando o encaminhamento adequado e oportuno da mulher agredida, e seu acesso aos serviços de segurança pública e justiça para a obtenção de medidas protetivas.

Organizações profissionais e organismos internacionais<sup>24</sup>, têm concentrado esforços no sentido de fomentar a pesquisa e estimular os serviços de saúde a ser mais sensíveis à violência contra mulheres que requerem demandas assistenciais. O presente estudo inscreve-se nesse movimento, visando dar maior efetividade e garantia aos direitos das mulheres.

Existem numerosos tratados e documentos que traçam medidas para o combate a violência contra a mulher no país. Sua efetivação depende do trabalho de diversos atores nos âmbitos do governo e da sociedade, da inserção de conhecimentos específicos e novas tecnologias tanto na saúde quanto em outros setores, governamentais e não governamentais. Apesar desses avanços e esforços, o cuidado oferecido à mulher em situação de violência ainda é reportado como precário e insatisfatório<sup>25,26</sup>.

Grande parte dos estudos sobre redes intersetoriais e violência contra mulheres visa conhecer as práticas desenvolvidas pelos serviços e entender como estes se articulam. Enfoca-se a qualidade da assistência, sua capacidade de responder às demandas das mulheres e a possibilidade de articulação existente. Estudos avaliam existir um despreparo dos profissionais para trabalhar tanto com o tema da violência, quanto em uma perspectiva intersetorial o que faria perdurar um histórico de práticas preconceituosas e discriminatórias - principalmente nos setores de justiça e segurança pública – que reforçam estereótipos tradicionais de gênero e dificultam a oferta efetiva de cuidados<sup>27,28</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A violência exerce um impacto negativo na qualidade de vida das vítimas e está associada ao uso de álcool e drogas pelos agressores, e a área da saúde e a rede intersetorial são importantes. Do exposto, conclui-se que a violência contra a mulher é um problema complexo e multifatorial. As políticas que visam o controle da violência devem incluir diversas áreas como: gênero, direitos humanos, saúde, justiça, segurança pública, trabalho e previdência, entre outras. Porém, os serviços de saúde têm um papel relevante por ser, em muitos casos, o primeiro contato da vítima com instituições públicas, que além de realizar o atendimento, devem estar prontas para o acolhimento das vítimas e para ampliar a possibilidade dos passos seguintes no caminho da superação da condição em que se encontra.

## **REFERÊNCIAS**

1. Vilella, W, Lago, T. Achievements and challenges in serving women who have suffered sexual violence. *Book of Public Health* 2007; 23:471-75.

2. Silva, P, Costa Neto, K, Santos S, Oliveira, A, Silva, M, Luz, G. Violence against women in the family: a theoretical study on the gender issue. *Global Nursing*. 2012;11(2):251-58.
3. Ministério da Justiça. Technical standard for the standardization of police stations services for women - DEAMs. Brasília: Ministry of Justice, Secretariat of Policies for Women, 2010.
4. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. [cited 2018 Jan 21]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)
5. Dias, M. Impunity of domestic crimes. Lecture given in IX National Congress of the Brazilian Association of Women in Legal Careers. Alagoas; 2010. [online]. Accessed in Dec 2017. Available in: [www.mariaberenice.com.brBrandão](http://www.mariaberenice.com.brBrandão).
6. Gadoni-Costa L, Zucatti A, DELL'AGLIO D. Violence against woman: a survey of the cases treated in the psychology sector of a police station for women. *Psychology Studies (Campinas-SP)*.2011;28(2):219-27.
7. Pasinato W. Assistance to women in situations of violence in Belo Horizon. In: E. Leocadio & M. Libardoni (Org.). *The challenge of building networks of attention to women in situations of violence*; Brasília:Schedule, 2006:311-67.
8. Garcia L, Duarte E, Freitas L, Silva G. Domestic violence and against women: a case-control study with victims in emergency and emergency services. *Book of Public Health*. 2016; 32(4): e00011415.
9. Garbin C, Rovida T, Costa A, Garbin A. Perception and attitude of the surgeon-dentist public servant in front of intra-family violence in 24 municipalities in the interior of the state of São Paulo, 2013-2014. *Epidemiology and Health Services*. 2016; 25(1): 179-86.
10. Costa M, Serafim M, Nascimento A. Violence against women: description of complaints in a Reference Center for Women's Care in Cajazeiras, Paraíba, 2010 to 2012. *Epidemiology and Health Services*. 2015; 24(3):551-58.
11. Brasil. Código Penal Brasileiro (CPB) - 1940. 40ª ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
12. Heise I, Pitnguy J. & Germain A. Violence against Women. *The Hidden Health Burden*. World Bank Discussion Papers 225. Washington, D.C.: World Bank, 1994.
13. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1999.

14. Fontanella B, Luchesi B, Saidel M, Ricas J, Turato E, Melo D. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica* [online]. 2011 Fev [acesso 2018 abr 03]; 27(2):388-94. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
15. Van Manen M. *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. New York: The State University of New York; 1990.
16. Mccauley J, Kern D, Kolodner K, Dill L, Schroeder A, DeChant H, et al. The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995;123:737-46.
17. Cardozo H. Medical-legal evaluation of maxillomandibular complex lesions. In: Silva M. *Compendium of Legal Dentistry*. São Paulo: Medsi, 1997.
18. Montovani J, Campos L, Gomes M, Moraes V, Ferreira F, Nogueira E. Etiology and incidence of facial fractures in adults na children: experience in 513 cases. *Brazilian Journal of Otolaryngology*. 2006;72:235-41.
19. Schraibera L, D'Oliveira A, França-Junior I, Pinho A. Violence against women: study in a primary health care unit. *Journal of Public Health*, 2002;36(4):470-77.
20. Santin J R, Guazzelli M, Campana J, Campana L. Violence domestic: how to legislate silence: an interdisciplinary study in the local reality. *Journal of Law*, 2002; 1: 79-97.
21. Brookoff D, O'Brien K, Cook C, Thompson T, Williams C. Characteristics of participants in domestic violence. Assessment at the scene of domestic assault. *JAMA*,1997; 277:1369-373.
22. Grisso J, Schwarz D, Hirschinger N, Sammel M, Brensinger C, Santanna J, et. al. Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*, 1999;341(25):1899-905.
23. Naved R, Persson L. Factors associated with spousal physical violence against women in Bangladesh. *Studies in Family Planning*, 2005;36:289-300.
24. Organizacion Panamericana de La Salud (OPS). *Violencia contra la mulher: un tema de salud prioritario*. Washington (DC): Division de Salud Familiar y Reproductiva; Division de Salud y Desarrollo Humano; 1998.
25. Kiss L, Schraiber L. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(3):1943-1952.

26. Schraiber L, D'Oliveira A, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência- da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digit.* 2012; 12(3):237-54.
27. Silva E, Padoin S, Vianna L. Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(1):249-58.
28. Tavares M. Roda de conversa entre mulheres: denúncias sobre a Lei Maria da Penha e descrença na justiça. *Rev Estud Fem.* 2015; 23(2):547-59.

## **4. CAPÍTULO 2**

## 4. CAPÍTULO 2 – REFLEXO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES<sup>2</sup>

### RESUMO

A violência debilita a saúde mental da mulher e as consequências psicológicas são mais graves que as físicas. Objetiva-se explicitar as relações entre violência e trauma por meio da análise do transtorno do estresse pós-traumático, usando como parâmetro níveis salivares de cortisol. Trata-se de estudo transversal, quantitativo, descritivo e associativo. A amostra foi realizada num município do interior do Estado de São Paulo, com dois grupos de mulheres: o grupo teste (80), vítimas de violência e o grupo controle (66), que não sofreram violência, em 2018. Utilizou-se os instrumentos: Self Report Questionnaire, Inventário de Depressão de Beck, Post-Traumatic Stress Disorder Checklist, Níveis de Cortisol e Resiliência. O rastreamento dos sintomas pós-traumáticos resultou na prevalência em 97,5% dos casos do grupo teste e a comparação do cortisol intragrupos baseada nas variáveis apresentou diferença significativa para transtornos. A prevalência do transtorno indica a necessidade de estratégias para o tratamento de mulheres vítimas da violência.

**Palavras-chave:** violência; estresse pós-traumático; cortisol; saúde mental.

### ABSTRACT

Violence undermines women's mental health and the psychological consequences are more severe than physical ones. The objective of this study was to explain the relationship between violence and trauma through the analysis of posttraumatic stress disorder using salivary levels of cortisol. This is a cross-sectional, quantitative,

---

<sup>2</sup> Normas de publicação da Revista Archives of Women's Mental Health (ANEXO G).



descriptive and associative study. The sample was performed in a municipality in the interior of the State of São Paulo, with two groups of women: the test group (80), victims of violence and the control group (66), who did not suffer violence; in 2018. The instruments were: Self Report Questionnaire, Beck Depression Inventory, Post-Traumatic Stress Disorder Checklist, Cortisol Levels, and Resilience. Tracing of post-traumatic symptoms resulted in a prevalence of 97.5% of the test group cases and a comparison of intra-group cortisol based on the variables presented a significant difference for disorders. The prevalence of the disorder indicates the need for strategies for the treatment of women victims of violence.

**Keywords:** violence; post-traumatic stress disorder; cortisol; mental health.

## INTRODUÇÃO

A violência nos principais centros urbanos brasileiros tem crescido assustadoramente. Dados da Organização Mundial de Saúde preveem a sobrecarga global de doenças e transtornos gerada por exposição a eventos traumáticos, indicando tendência de crescimento das taxas de transtornos relacionados ao estresse, dentre eles o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), (Hatzemberger, Lima, Lobo, Leite & Kristensenc, 2010)

O TEPT é um transtorno geralmente grave, incapacitante e muitas vezes crônico, que pode perdurar durante toda a vida do indivíduo acometido e causar uma série de sintomas e transtornos (Dias, Canavez, & Matos, 2018). Esta situação agrava a incapacidade, piora a qualidade de vida, gera prejuízos, levando a um aumento de gastos nos serviços de saúde. Inúmeras pesquisas sobre os mecanismos de resposta ao estresse têm buscado entender como situações adversas ao organismo podem levá-lo a doenças e desenvolvimento de transtornos

psicológicos (Hatzemberger et al., 2010; Lucena, Vianna, Nascimento, Campos, & Oliveira, 2017).

Um foco complementar reside na avaliação do nível de resiliência emocional (ERS), (Oliveira & Nakano, 2018; Brandão, Mahfoud, & Nascimento, 2011). As emoções são capazes de afetar a saúde através de várias vias e a resiliência é a capacidade do indivíduo se constituir ou reconstituir de maneira positiva diante às adversidades (Noronha, Cardoso, Moraes & Centa, 2009; Hjemdal, Roazzi, Dias, & Friberg, 2015). Essa capacidade é construída durante o processo de desenvolvimento humano, razão pela qual não pode ser compreendida como algo estático e linear.

Dentre os parâmetros mais avaliados em pesquisas do estresse está o cortisol, esse hormônio pode ser dosado na saliva de modo não invasivo, o que facilita a pesquisa. Autores como Campos & David (2014) e Bremner, Vermetten & Kelley (2007), têm chamado a atenção para estreita relação entre fatores estressores e a alteração dos níveis basais de cortisol.

No presente trabalho investigamos o cortisol, em mulheres que não foram e que foram vítimas de violência, averiguando os padrões de reatividade em ambos os grupos (com e sem TEPT) com o intuito de observar a sua relação com a gravidade dos sintomas desenvolvidos. É de fundamental importância a busca pela elucidação dos mecanismos de resposta ao estresse, pois, através das pesquisas, as terapias podem se tornar mais eficazes e trazer melhorias para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por esses transtornos e para a sociedade como um todo.

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal, quantitativo, descritivo e associativo realizado num município de médio porte do estado de São Paulo, para a realização do estudo foram

selecionados grupos: o primeiro, grupo teste, formado por 80 pacientes vítimas da violência, atendidas na Delegacia de Atendimento à Mulher (DEAM) e o segundo, grupo controle, formado por 66 mulheres que não sofreram violência e estavam em atendimento numa Unidade Básica de Saúde (UBS).

A amostra atendeu os seguintes critérios de inclusão: para o grupo teste, ter sofrido violência; para o grupo controle, não ter sido exposto a nenhum evento traumático. A coleta dos dados ocorreu de março a agosto de 2018. Para esse trabalho, os dados foram coletados pelos instrumentos descritos abaixo, aplicados nas participantes da pesquisa para avaliação das suas características individuais.

- *Self Report Questionnaire* (SRQ) - esse questionário investiga a suspeita de transtornos mentais comuns, contém 20 perguntas com opções de resposta “Sim” e “Não”. Teve como objetivo excluir pessoas com possíveis psicopatologias. Para análise desse questionário foram somadas as respostas afirmativas (“SI. 2009. M”), sendo excluídas as mulheres que obtiveram pontuação acima de 7 (Zancan & Habigzang 2018; Santos, Araújo & Oliveira, 2009).
- Inventário de Depressão de Beck (BDI) – avalia o nível de depressão, contém 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do

sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido (Gorenstein, Pang, Argimon & Werlang, 2011),

- Escala de estresse pós-traumático - versão para civis (PCL-C) - mensura a magnitude do trauma e avalia se pode ser considerado um transtorno (Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 2009; Berger, Mendlowicz, Souza & Figueira, et al., 2004). Composto por 17 itens, divididos em três dimensões, cada uma delas com questões específicas baseadas nos critérios diagnósticos do DSM-V-R (American Psychiatric Association, 2014). As três dimensões da escala de critério do DSM V são: Reexperiência do trauma, que corresponde ao critério B e inclui os itens 1, 2, 3, 4 e 5, totalizando cinco itens; Evitação, que corresponde ao critério C e inclui os itens 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12, totalizando sete itens. Hiperestimulação, que corresponde ao critério D e inclui os itens 13, 14, 15, 16 e 17, totalizando cinco itens.

Os critérios de exclusão adotados, com base nos resultados dos questionários foram: a) Para o grupo teste: comorbidade com psicose; risco de suicídio alto; gravidez; insônia; mulheres acima de 60 anos; condições médicas graves (indicada pelo psiquiatra); retardo mental, analfabetismo ou demência; graves transtornos de personalidade; b) Para o grupo controle: gravidez, insônia, mulheres acima de 60 anos, transtornos, ter pontuação igual ou acima de 7 na escala Self Report Questionnaire, ter pontuação acima de 11 na escala BDI e não obter score acima de 3 na escala PCL-C, nos itens 1 a 5, 6 a 12 e 13 a 17.

Durante a entrevista, após realizarem a avaliação psicométrica, todos os participantes da pesquisa eram agendados para coleta da saliva e entrega do material, sendo instruídas para seguirem as orientações que precediam o exame: coleta na primeira hora depois de acordar, em jejum, sem escovar os dentes e sem

fazer exercícios físicos. Na véspera da coleta as participantes eram lembradas do dia realização das coletas.

Para cada coleta de saliva, os voluntários deveriam realizar o seguinte procedimento: abrir o tubo de ensaio e expelir saliva até atingir 2ml. Vale ressaltar que cada tubo foi previamente numerado.

Para garantir maior estabilidade do hormônio cortisol na saliva, houve o cuidado de se manter o material refrigerado (Campos & Davi, 2014). A saliva foi separada em alíquotas, estocadas a  $-20^{\circ}\text{C}$  em tubos de 1,5 ml, devidamente identificados, até o momento da análise.

A dosagem do cortisol na saliva foi realizada através do Imunoensaio Enzimático (ELISA). Esse método consiste na competição entre um antígeno não-marcado e um antígeno marcado com uma enzima, por um número fixo de sítios ligantes específicos. A quantidade de antígeno marcado ligado ao anticorpo é inversamente proporcional à concentração de amostra não marcada. Essa análise tem sido amplamente utilizada tanto na clínica quanto nos estudos que realizam dosagem de cortisol em saliva e é considerada uma das mais sensíveis para detecção dos níveis hormonais.

Na análise estatística dos dados foram consideradas 6 variáveis: Depressão (BDI), Psicopatologia (SQR), Resiliência (ERS), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PCL), Cortisol e Desvio Padrão (OR), em conjuntos formados por mulheres do grupo teste e do grupo controle. Na análise descritiva das variáveis qualitativas foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, enquanto na descrição das variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de posição, tendência central e dispersão.

Na comparação intergrupos em relação aos escores de BDI, SQR, ERS, PCL, Cortisol e OR utilizou-se o Teste Mann-Whitney (Hollander e Wolfe, 1999) e para comparação intergrupos em relação às categorias das variáveis BDI, SQR, ERS, PCL, Cortisol e OR utilizou-se o Teste Exato de Fisher (Agresti e Kateri, 2011).

Correlacionando o cortisol intragrupos de acordo com as categorias das variáveis BDI, SQR, ERS e PCL foram utilizados os testes: Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. O Mann-Whitney é um teste não paramétrico para comparar duas amostras independentes. Os testes não paramétricos são baseados nas posições das observações e não em suas grandezas numéricas, dessa forma o teste Mann-Whitney compara a mediana ao invés da média. O Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico para comparar 3 ou mais amostras independentes (Meyer & Seaman, 2014).

Para verificar associação das variáveis Resiliência, Depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático com Psicopatologia e associação entre as variáveis Resiliência e Depressão no grupo teste utilizou-se o teste Exata de Fisher. O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.1.5).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba-SP. Todas as participantes manifestaram sua concordância em participar da pesquisa por meio do consentimento livre e esclarecido.

## **RESULTADOS**

Por meio da análise descritiva das classificações das variáveis BDI, SQR, ERS e PCL dos grupos controle e teste, obteve-se como resultado: quanto a depressão - 89,4% das mulheres do grupo controle não apresentaram nenhuma

depressão. Já as do grupo teste, 65% apresentaram níveis de depressões de leve a grave. Quanto a psicopatologia, o resultado foi negativo para o grupo controle e positivo em 73,25% para o grupo teste. Quanto a resiliência, o grupo controle apresentou um índice alto (83,3%) e muito alto (16,7%); no grupo teste, a maioria (75%) apresentou resiliência indeterminada. Quanto ao transtorno de estresse pós traumático, o grupo controle apresentou índice negativo, quanto ao grupo teste o escore atingiu o índice de 97,5%. Logo, houve diferença significativa (Valor-p < 0,001) entre os grupos em relação as variáveis BDI, SQR, ERS e PCL (Tabela 1).

**Tabela 1.** Descritiva das variáveis BDI, SQR, ERS e PCL e comparação entre os grupos.

Variáveis	Grupo Controle		Grupo Teste		Valor-p <sup>1</sup>	
	N	%	N	%		
BDI	Nenhuma	59	89,4	28	35,0	<0,001
	Leve	7	10,6	16	20,0	
	Moderada	0	0,0	24	30,0	
	Grave	0	0,0	12	15,0	
SQR	Não Psicopatologia	66	100	21	26,25	<0,001
	Psicopatologia	0	0	59	73,75	
ERS	Baixa	0	0,0	3	3,8	<0,001
	Indeterminado	0	0,0	60	75,0	
	Alta	55	83,3	17	21,3	
	Muito alta	11	16,7	0	0,0	
PCL	Não	66	100	2	2,5	<0,001
	Sim	0	0	78	97,5	

<sup>1</sup> Teste Exato de Fisher

A comparação intragrupos do cortisol salivar de acordo com as categorias das variáveis BDI, SQR, ERS e PCL, apresentou no **grupo controle**, (BDI x Cortisol) uma média de 13,5 sem depressão e 12,3 com depressão leve. Sem diferença estatisticamente significativa com o nível de cortisol (Valor-p = 0,265). Com relação à resiliência (ERS x Cortisol), apresentaram uma média 13,3 alta e de 13,9 muito alta; não havendo diferença significativa com o nível de cortisol (Valor-p = 0,770). Não houve casos de mulheres nesse grupo com psicopatologia ou com transtorno de estresse pós-traumático. O cortisol médio das mulheres do **grupo teste**, (BDI x Cortisol) apresentou uma média sem depressão (24,4), com depressão leve (29,9) e

com depressão grave (27,5); as com depressão moderada tenderam a ter maior nível de cortisol. Todavia, não houve diferença significativa do cortisol entre as que apresentaram depressão (leve, moderada e grave) e sem depressão (Valor-p = 0,225). A maior média e erro padrão do cortisol foi das mulheres com resiliência baixa (ERS x Cortisol). Sendo que, apenas 3 apresentaram resiliência baixa neste grupo. No entanto, não houve diferença significativa (Valor-p = 0,633) do nível de cortisol entre as que estavam com resiliência baixa, indeterminada e alta. Com relação à SQR x Cortisol, a diferença do nível de cortisol (Valor-p = 0,223) não foi significativa entre as mulheres com psicopatologia (29,5) e sem psicopatologia (25,5). Os níveis de PCL x Cortisol, revelaram diferença significativa (Valor-p = 0,039) do nível de cortisol entre as mulheres com transtorno de estresse pós traumático (28,7) e sem transtorno de estresse pós traumático (17,8), (Tabela 2).

**Tabela 2** - Comparação do cortisol intragrupos de acordo com as categorias das variáveis BDI, SQR, ERS e PCL.

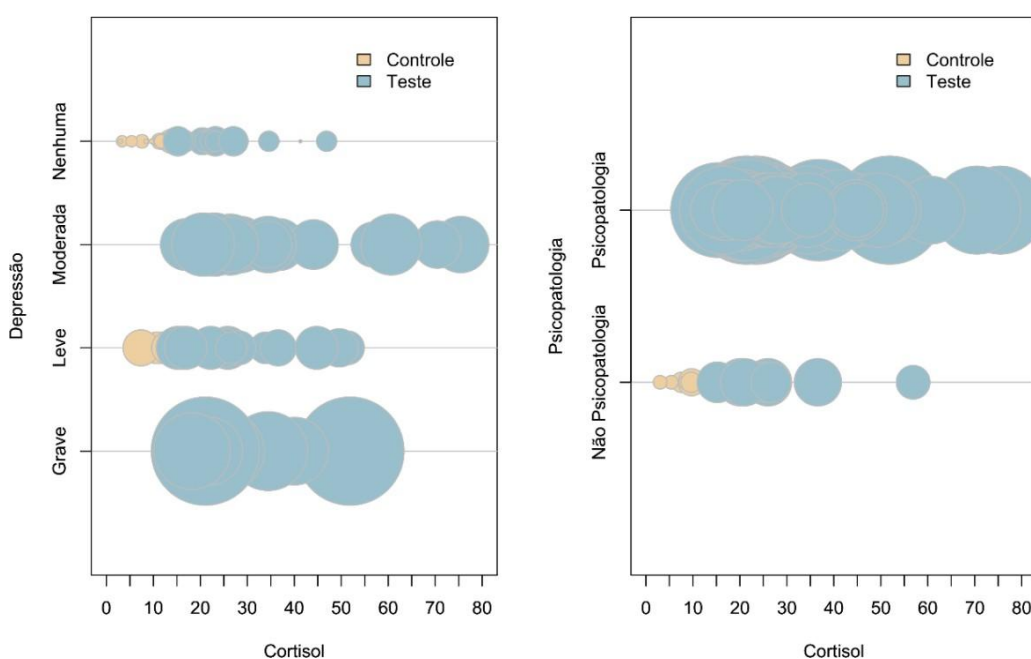
Variáveis	Grupo Controle			Grupo Teste		
	Média ±E.P	Mediana (25-75)	Valor-p	Média±E.P	Mediana (25-75)	Valor-p
BDI	Nenhuma	13,5±0,5	13,5 (11,7-16,8)	24,4±1,4	22,4 (21,0-25,8)	0,225 <sup>2</sup>
	Leve	12,3±1,0	13,0 (11,5-13,6)	29,9±3,0	26,2 (20,6-40,7)	
	Moderada	-	-	32,7±3,4	26,5 (21,3-35,6)	
	Grave	-	-	27,5±2,9	24,0 (21,5-30,5)	
ERS	Baixa	-	-	34,0±9,1	28,3 (25,1-40,1)	0,633 <sup>2</sup>
	Indeterminado	-	-	28,5±1,6	23,2 (20,8-34,4)	
	Alta	13,3±0,5	13,5 (11,3-16,2)	27,5±2,7	23,0 (21,4-26,5)	
	Muito alta	13,9±0,9	13,5 (12,7-15,4)	-	-	
SQR	Não psicopatologia	13,4±0,5	13,5 (11,7-16,3)	25,5±1,9	22,3 (20,6-26,1)	0,223 <sup>1</sup>
	Psicopatologia	-	-	29,5±1,7	23,3 (21,3-34,4)	
PCL	Não	13,4±0,5	13,5 (11,7-16,3)	17,8±2,5	17,8 (15,3-20,3)	<b>0,039<sup>1</sup></b>
	Sim	-	-	28,7±1,4	23,2 (21,3-34,4)	

<sup>1</sup> Teste Mann-Whitney, <sup>2</sup> Teste Kruskal Wallis

O Cortisol foi avaliado em cada grupo e em cada categoria das variáveis: Depressão, Psicopatologia (Figura 1), Resiliência e Transtorno de Estresse Pós-

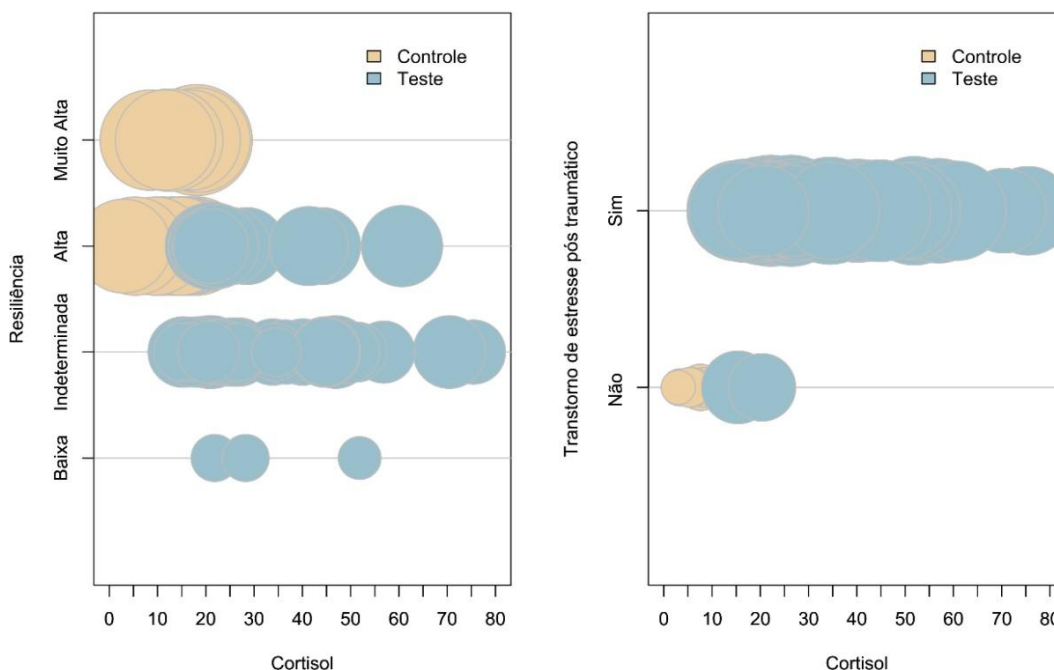


Traumático (Figura 2). Nas figuras, o tamanho do círculo representa o escore obtido em cada variável. Na figura 1, com relação à depressão, as mulheres do grupo controle apresentaram o menor nível de cortisol e os menores escores BDI. As do grupo teste com depressão moderada e grave apresentaram maior escore BDI. Com relação à psicopatologia as mulheres do grupo controle apresentaram o menor nível de cortisol e os menores escores SQR e as do grupo teste com psicopatologia apresentaram nível de cortisol alto.



**Figura 1.** Nível de cortisol em cada grupo por categoria das variáveis Depressão, Psicopatologia.

Método: Coeficiente de Correlação de Spearman (Spearman, 1904)



**Figura 2.** Nível de cortisol em cada grupo por categoria das variáveis Resiliência, Transtorno de Estresse Pós-traumático.

Método: Coeficiente de Correlação de Spearman (Spearman, 1904).

Na figura 2, com relação à resiliência as mulheres do grupo controle apresentaram score ERS alto, com menor nível de cortisol e as grupo teste, os índices de ERS e do cortisol apresentam-se altos. Com relação ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático, as mulheres do grupo controle não apresentaram transtornos enquanto a maioria das mulheres do grupo teste apresentou escores altos de PCL e cortisol salivar.

## DISCUSSÃO

A exposição a uma situação traumática vulnerabiliza as mulheres no desenvolvimento de diferentes psicopatologias, incluindo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Entretanto, outras reações ou transtornos podem ser desencadeados após a vivência de um evento traumático (Reis & Silva Neto, 2013).

Os resultados obtidos nos instrumentos que avaliaram a sintomatologia pós-traumática permitiram identificar alguns fatores de vulnerabilidade envolvidos nos mecanismos das respostas de estresse, demonstrado na análise descritiva das classificações das variáveis BDI, SQR, ERS e TEPT dos grupos controle e teste.

Na variável TETP, observou-se que as mulheres do grupo controle apresentaram índice negativo, enquanto as do grupo teste, preencheram os critérios para o diagnóstico desta variável, com escores elevados, corroborando a relevância clínica dos sintomas pós-traumáticos, decorrente da violência sofrida. Com isto, pode-se verificar que esses eventos de violência contra mulheres têm contribuído para o aumento significativo da prevalência estimada do TEPT (Figueira & Mendlowicz, 2010).

Em relação às variáveis de psicopatologia (SQR), as mulheres do grupo controle apresentaram nível negativo e as do grupo teste, níveis graves de sofrimento mental. Esses prejuízos emocionais são comumente relacionados às consequências da situação traumática que passaram. (Day et al., 2003; Moya, 2018).

A exposição a um evento estressor traumático traz inúmeras consequências para a vítima, como a depressão (BDI) (Briere & Spinazzola, 2009; Lövestad, Löve, Vaez & Krantz, 2017) e estão presentes em 30 a 40% dos casos de TEPT (Reis et al., 2013). Na pesquisa realizada, a maioria das mulheres, do grupo controle não apresentou depressão e as do grupo teste apresentou um percentual alto (65%), o que revela que essa ocorrência se transforma num sofrimento psíquico, com adoecimento físico e mental.

Resultados equivalentes foram encontrados em estudo com mulheres vítimas da violência na Suécia, constando que elas possuem maior probabilidade de

desenvolverem sintomas depressivos em comparação com mulheres que não foram vitimadas (Lövestad et al., 2017).

A variável resiliência (RSL) refere-se à capacidade das pessoas de se constituir ou reconstituir de maneira positiva diante das adversidades (Noronha et al., 2009; Labronici, 2012). Na pesquisa, enquanto no grupo controle todas as mulheres apresentaram resiliência alta ou muito alta; as do grupo teste, revelaram ter resiliência baixa a indeterminada, confirmando a dificuldade das mulheres violentadas em mudar a significação do sofrimento para poder superá-lo.

O cortisol salivar é um hormônio cuja secreção pode apresentar-se aumentada diante de alterações emocionais, sendo considerado como um importante marcador do estresse fisiológico (Campos e Davi, 2014). Na relação realizada por meio da comparação intragrupos do cortisol com as categorias das variáveis BDI, SQR, ERS e TEPT, observou-se no grupo controle, que as mulheres que não sofreram violência apresentaram a média do cortisol, igual ou semelhante às médias encontradas, de forma geral, nas categorias das variáveis. Esses resultados sugerem que, por não terem sido submetidas a nenhum evento estressor (Rimelle et al., 2007), a concentração de cortisol apresentou-se normal em todas as categorias das variáveis. Quanto ao grupo teste, composto por mulheres violentadas, foi apresentado uma diferença significativa em comparação ao grupo anterior, apenas com relação à média de cortisol e a categoria TEPT, evidenciando um alto índice de estresse nesse grupo.

A concentração salivar de cortisol como índice fisiológico mostrou-se capaz de avaliar o grau de estresse das mulheres sendo reforçado com o levantamento dos níveis das variáveis BDI, ERS, SQR e TEPT. As vítimas de violência convivem

com elevada carga de estresse, que gera sofrimento psíquico, favorecendo o surgimento do adoecimento mental, em vários níveis.

## **CONCLUSÃO**

A violência contra as mulheres gera traumas físicos, transtorno de estresse pós-traumático, e estresse, depressão, além de alterar as respostas comportamentais e aumentar o nível do cortisol.

A avaliação do TEPT por meio do cortisol salivar em mulheres vítimas de violência, contribuiu de forma significativa para a análise das consequências das diversas situações traumáticas vivenciadas por elas, possibilitando o acompanhamento da evolução de um transtorno pouco estudado e que causa extremo sofrimento. Torna-se necessário que os órgãos jurídicos de proteção à mulher, ofereçam subsídios que permitam fortalecer o suporte social para o enfrentamento de situações adversas relacionadas à agressão.

## **REFERÊNCIAS**

Agresti, A. & Kateri, M. (2011). *Categorical data analysis*. (2ª ed.) John Wiley, Hoboken, NJ, USA.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Berger, W., Mendlowicz, M., Wanderson, F. & Figueira, I. (2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2): 167-175.

- Bremner D., Vermetten E. & Kelley M. (2007) Cortisol, Dehydroepiandrosterone, and Estradiol Measured Over 24 Hours in Women With Childhood Sexual Abuse-Related Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 11(195): 919-927.
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Nascimento, I. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21 (49), 263-271.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma. In C. Courtois, & J. Ford, *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide* (pp. 104-123). New York: Guildford Press.
- Campos, J. & David, H. (2014). Análise de cortisol salivar como biomarcador de estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem. *Rev enferm UERJ*, 22(4):447-453.
- Day, V., Telles, L., Zoratto, P, Azambuja, M., Machado, D., Silveira, M.,...Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1): 9-21.
- Dias, S., Canavez, L. & Matos, E. (2018). Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: prejuízos cognitivos e formas de tratamento. *Revista Valore*, 3 (2):597-622.
- Figueira I. & Mendlowicz M. (2010). Diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25:12-16.
- Gorestein, C. & Andrade, L. (2011) Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Medical Biology Research*, 29:453-457.
- Hatzenberger, R., Lima, A., Lobo, B., Leite, L., & Kristensen, C. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres

- vítimas de violência pelo parceiro íntimo. *Ciências & Cognição*, 15(2), 94-110.
- Hollander, M. & Wolfe, D. (1999). *Nonparametric Statistical Methods*. New York: John Wiley & Sons.
- Hjemdal, O., Roazzi, A., Dias, M., & Friborg, O. (2015). The cross-cultural validity of the Resilience Scales for Adults: a comparison between Norway and Brazil. *BMC Psychology*, 3 (18): 2-9.
- Labronici, L. (2012). Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. *Texto Contexto Enferm*, 21(3): 625-32.
- Lövestad, S., Löve, J., Vaez, M. & Krantz, G. (2017). Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health*, 17(335):1-11.
- Lucena, K., Vianna, R., Nascimento, J., Campos, H., & Oliveira, E. (2017). Associação entre a violência doméstica e a qualidade de vida das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2901. Epub June 05, 2017. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2740.3099>
- Meyer, J. & Seaman, M. (2014). A comparison of the exact Kruskal-Wallis distribution to asymptotic approximations for all sample sizes up to 105. *Journal of Experimental Education*. 81(2):139-156.
- Moya, A. (2018). Violence, psychological trauma, and risk attitudes: evidence from victims of violence in Colombia. *J Develop Econ*, 131: 15-27.
- Noronha, M., Cardoso, P., Moraes, T. & Centa, M. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciênc. Saúde Coletiva*, 14(2):497-506.

- Oliveira, K. & Nakano, T. (2018). Avaliação da resiliência em Psicologia: revisão do cenário científico brasileiro. *Psicologia Pesquisa*, 12(1),1-11.
- Reis, B., Motoki, A. & Silva Neto, W. (2013). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: um estudo bibliométrico. *Revista Perspectivas em Psicologia*,17(2):147-169.
- Rimmele, U., Zellweger, B., Marti, B., Seiler, R., Mohiyeddini, C., Ehlert, U. & Heinrichs, M. (2007). Trained men show lower cortisol, heart rate and psychological responses to psychosocial stress compared with untrained men. *Psychoneuroendocrinology*, 32(6):627-635.
- Santos K., Araújo, T. & Oliveira, N. (2009). Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population. *Cad Saúde Pública*, 25(1):214-222.
- Spearman, C. (1904). *The Proof and Measurement of Association between the things. The American Journal of Psychology*, 15(1): 72-101.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Foa, E. B. (2009). Assessment and diagnosis of PTSD. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), *Effective Treatments for PTSD* (2a. ed, pp. 23-61). New York: Guildford Press.
- Zancan, N. & Habigzang, L. (2018). Regulação Emocional, Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Histórico de Violência Conjugal. *Psico-USF*, 23(2): 253-265.



## **5. CAPÍTULO 3**

## **5. CAPÍTULO 3 – Avaliação do cortisol salivar como biomarcador de estresse em mulheres vítimas da violência<sup>3</sup>**

### **Evaluation of salivary cortisol as a biomarker of stress in women victims of violence**

#### **Resumo**

A violência é um fenômeno complexo que permeia as relações desiguais de gênero, incidindo sobre a saúde das mulheres, reduzindo sua qualidade de vida. Objetiva-se nesta pesquisa estabelecer uma associação entre a vitimização da violência e o nível do cortisol salivar, como biomarcador do estresse, em mulheres que procuraram uma Delegacia de Defesa da Mulher. A amostra foi realizada num município do interior de São Paulo, com dois grupos de mulheres: o grupo teste (80), vítimas de violência e o grupo controle (66), que não sofreram violência. Foram aplicados dois questionários: Questionário Sociodemográfico e o Inventário Beck de Depressão (BDI); além de coleta da saliva, analisadas por meio de imunoenaios enzimáticos. Verificou-se um aumento dos níveis do hormônio cortisol no grupo teste (28,5 µg/dL), diferente do grupo controle (13,4 µg/dL). Conclui-se que a concentração salivar de cortisol como índice fisiológico mostrou-se capaz de avaliar o grau de estresse das mulheres violentadas.

**Palavras-chaves:** Violência. Cortisol. Estresse Psicológico.

#### **Abstract**

Violence is a complex phenomenon that permeates unequal gender relations, focusing on the health of women, reducing their quality of life. The objective of this study was to establish an association between the victimization of violence and the salivary cortisol level, as a stress biomarker, in women who sought a Women's Defense Department. The sample consisted of two groups of women: the test group (80), the victims of violence and the control group (66), who did not suffer violence. Two questionnaires were applied: Socio-demographic Questionnaire and Beck Depression Inventory (BDI); in addition to saliva collection, analyzed by means of enzymatic immunoassays. There was an increase in cortisol levels in the test group (28.5 µg / dL), different from the control group (13.4 µg / dL). It was concluded that the salivary concentration of cortisol as a physiological index was able to evaluate the degree of stress of the raped women.

**Keywords:** Violence. Cortisol. Psychological stress.

---

<sup>3</sup> Normas de publicação da Revista Atheneo Digital (ANEXO H)

## Introdução

A violência contra a mulher constitui-se num fenômeno que está inserido nas estruturas sociais, econômicas, culturais e políticas do país, causando danos irreparáveis. A violência debilita a saúde da mulher e as consequências psicológicas, geralmente, são mais graves que as físicas. Configura-se como um problema de violação de direitos que permeia as relações desiguais de gênero, causando sérios problemas de saúde, sendo necessárias políticas públicas para prevenir, enfrentar e assegurar a proteção às mulheres (Guedes, Silva & Fonseca, 2009; Saffioti, 2011).

A Violência, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), está associada à intencionalidade e à prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido, onde todas as formas de agressão desencadeiam uma ampla gama de consequências físicas e psicológicas (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002).

A WHO publicou em 2014 o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência revelando que no mundo, uma em cada três mulheres foram vítimas de violência física ou sexual praticada pelo parceiro íntimo (WHO, 2014). No Brasil, em 2013, 4.762 mulheres foram vitimadas pela violência, indicando uma taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres. A demanda no atendimento diário nas unidades de Saúde, de mulheres vítimas da violência é imensa (Waiselfisz, 2015). As ações de violência baseadas no gênero e que resultam em danos físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada, podem ser consideradas violência contra a mulher (United Nations [UN], 1993).

Na maioria dos casos, entre os fatores motivadores da violência estão o uso abusivo do álcool e de substâncias psicoativas, levando o agressor a praticar ações violentas (Day et al., 2003). Visando reduzir o índice de violências contra a mulher foi sancionada a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que “cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher” (Brasil, 2006). Trata-se de uma lei inovadora que busca garantir proteção e procedimentos policiais e judiciais humanizados para as vítimas, além de inferir punição e reeducação para os agressores. Infelizmente, no Brasil a incidência das agressões contra as mulheres continua crescente.

É imprescindível investir em instituições públicas, fortalecer e potencializar estratégias para o enfrentamento da violência, por meio da estruturação dos serviços e ações de apoio e de proteção às vítimas, além de incentivar a denúncia dos abusos sofridos (Gadoni-Costa, Zucatti & Dell’Aglia, 2011).

A violência física desencadeia outros tipos de reações pois interfere na integridade física, moral, social e na saúde mental da mulher. O ciclo da violência, segundo Walker (2009), segue três etapas; a) Formação de tensão na relação, com ofensas verbais e constrangimentos generalizados; ainda nesta fase, a vítima acredita que poderá reverter a situação; (b) Manifestação da violência — descontrole com comportamento agressivo e uso de arma branca ou de fogo; sendo comum nesta fase, que o agressor esqueça as promessas feitas anteriormente; (3) “Lua-de-mel”, onde o agressor se arrepende da violência que praticou, demonstrando remorso. Geralmente, estas etapas tendem a se repetir, cada vez com mais frequência e intensidade, podendo resultar em desfechos trágicos.

Vários fatores contribuem para que as mulheres sejam tolerantes e insistam em permanecer no relacionamento abusivo: dependência financeira, medos, filhos, insegurança, incapacidade; muitas necessitam de ajuda para conseguir romper com essa relação de violência (Hirigoyen, 2010).

Segundo Adeodato, Carvalho, Siqueira e Souza (2005), as consequências da violência contra a mulher geram efeitos negativos não só para a vítima como para todos que estão próximos, causando prejuízos e implicações graves. A violência psicológica causa muitos danos, surgindo, segundo Grossi, Pederson e Vincensi (2012), os sintomas sociais de isolamento, faltas ao trabalho, fobias, pânico, depressão, entre outros.

A exposição da mulher a situações de estresse provoca a ativação dos sistemas neuroendócrinos, produzindo e liberando substâncias como adrenalina e cortisol, causando reações fisiológicas diversas (Pacak & McCarty, 2000). O cortisol, também conhecido como hidrocortisona, é o principal hormônio na modulação do sistema de estresse, e a partir de 1980 segundo Cohen, Doyle e Baum (2006), iniciou-se a análise fisiológica e bioquímica do eixo Hipotalâmico-Pituitário-Adrenocortical (HPA), do hormônio cortisol e sua função biológica no organismo. Eventos estressores aumentam a produção e segregação do hormônio cortisol, sendo facilmente encontrado em metabólitos dos seres humanos, como saliva, sangue e urina, possibilitando detectar os níveis de estresse (Adam & Kumari, 2009; Hellhammer, Wust & Kudielka, 2009).

Objetiva-se nesta pesquisa estabelecer uma associação entre a vitimização da violência e o nível do cortisol salivar, como biomarcador do estresse, em dois grupos de mulheres; o primeiro de vítimas da violência e o segundo que não passaram por esta situação; analisando e mensurando os níveis de cortisol com as situações de estresse e depressão apresentadas.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo observacional de caráter transversal e comparativo, com base nas avaliações e percepções críticas de autores nacionais e internacionais sobre a temática, realizado num município de médio porte de São Paulo, com dois grupos de mulheres: o primeiro, grupo teste, formado por 80 mulheres vítimas da violência, atendidas na Delegacia de Atendimento à Mulher e o segundo, grupo controle, formado por 66 mulheres que não sofreram violência e estavam em atendimento numa Unidade Básica de Saúde.

A amostra atendeu as seguintes critérios de inclusão: para o grupo teste, ter sofrido violência; para o grupo controle, não ter sido exposto a nenhum evento traumático. A coleta dos dados ocorreu de março a agosto de 2018, com a aplicação de dois instrumentos: Questionário de Identificação, para coletar os dados sociodemográficos e o Inventário Beck de Depressão (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), com versão validada para português (Cunha, 2001), para avaliar o nível de depressão, contendo 21 itens. Quanto maior a pontuação apresentada, maior a intensidade dos sintomas de depressão, entre 0 e 11 equivalem ao nível mínimo; entre 12 e 19, leve; entre 20 e 35, moderado e acima de 36, grave (Uslu, Kapci, Oncu Uurlu & Turkcapar, 2008; Ster, Clark, Beck & Ranieri, 1999).

Os critérios de exclusão adotados, com base nos resultados dos questionários foram: a) Para o grupo teste: comorbidade com psicose; risco de suicídio alto; gravidez; mulheres acima de 60 anos; retardo mental, analfabetismo ou demência; b) Para o grupo controle: gravidez, insônia, mulheres acima de 60 anos, transtornos e ter pontuação acima de 11, avaliada na escala BDI.

Durante a entrevista, logo após o preenchimento dos questionários, as participantes da pesquisa foram agendadas para coleta da saliva e entrega do material e instruídas para seguirem as orientações que precediam o exame: coleta em jejum e sem escovar os dentes, não devendo ser recolhidas amostras caso apresentassem lesões orais. Na véspera da coleta, as participantes eram lembradas do dia da realização. Para cada coleta de saliva, deveriam realizar o seguinte procedimento: abrir o tubo de ensaio e expelir saliva até atingir 2ml; vale ressaltar que cada tubo foi previamente numerado.

Para garantir maior estabilidade do hormônio cortisol na saliva, houve o cuidado de se manter o material refrigerado (Edwards, Evans, Hucklebridge & Clow, 2001). A saliva foi separada em alíquotas, estocadas a  $-20^{\circ}\text{C}$  antes dos testes laboratoriais em tubos de 1,5 ml, devidamente identificados, até o momento da análise. A dosagem do cortisol na saliva foi realizada através do Ensaio de Imunoabsorção Enzimática (ELISA) (IBL, 2014) para o diagnóstico *in vitro* na determinação quantitativa do cortisol livre da saliva e do total de cortisol em soro diluído.

Para verificar se há uma associação significativa entre os escores das variáveis BDI e os níveis de cortisol, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman (Spearman, 1904). Os coeficientes de correlação são métodos estatísticos para se medir as relações entre variáveis e o que elas representam. O que a correlação procura entender é como uma variável se comporta em um cenário onde outra está variando, visando identificar se existe alguma relação entre a variabilidade de ambas. Embora não implique em causalidade, o coeficiente de correlação exprime em números essa relação, ou seja, quantifica a relação entre as variáveis. O sinal (+ ou -) indica a direção da relação. O valor pode variar de -1 a +1, onde +1 indica uma perfeita relação positiva, 0 indica relação nenhuma, e -1, uma perfeita relação negativa ou reversa (quando uma variável se torna maior, a outra fica menor).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba-SP. Todos os participantes manifestaram sua concordância em participar da pesquisa por meio do consentimento livre e esclarecido.

## Resultados

Após a realização do Boletim de Ocorrência, 186 mulheres foram convidadas a participar da pesquisa dentre elas, oitenta aceitaram. Demonstravam muito nervosismo e aos poucos iam relatando o ocorrido, suas revoltas, indignações e suas condições de vida.

Na pesquisa realizada foi identificada maior ocorrência de agressões contra mulheres na faixa etária entre 18 e 49 anos, casadas ou companheiras, com filhos menores e muitas, com queixas recorrentes (Tabela 1).

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos das mulheres vítimas da violência

Variáveis	Sim	Não
Entre 18 e 49 anos	67	-
A partir de 50 anos	13	-
Namorados	11	-
Companheiros	25	-
Casados	28	-
Separados	16	-
Filhos menores	35	45
Ocorrências anteriores	29	51
Solicitação de medidas protetivas	14	66

Fonte: dados da pesquisa, 2018

Na maioria dos casos o agressor é o próprio companheiro, com quem a vítima já vive há muitos anos, tem filhos e/ou enteados que são envolvidos nessa problemática familiar. Os casos de lesões corporais foram os mais expressivos, geralmente ocorreram na residência, ocasionados pelo uso excessivo de bebida alcoólica ou drogas ilícitas.

A análise de detecção dos níveis do hormônio Cortisol foi realizada a partir de uma comparação intragrupos: das mulheres vítimas de agressão (80 do grupo teste), que registraram a ocorrência numa Delegacia de Atendimento à Mulher e das que não foram vitimadas (66 do grupo controle), que estavam em atendimento numa Unidade Básica de Saúde.

Na análise estatística descritiva das variáveis BDI com o Cortisol, pelo teste Mann-Whitney (Pinheiro A & Pinheiro H., 2007), destaca-se o índice de BDI, onde o escore médio do grupo controle foi 5,1 e o escore médio do grupo teste foi 18,5. E que 75% dos participantes do grupo controle apresentaram escore BDI até 6, isto é, foram classificados sem depressão. Todavia, 50% dos pacientes do grupo teste apresentaram escore BDI no mínimo 19, ou seja, o grupo teste apresenta depressão de leve a grave.

Com relação ao nível de cortisol salivar médio, no grupo teste foi encontrado valor igual a 28,5  $\mu\text{g/dL}$  e no grupo controle 13,4  $\mu\text{g/dL}$ . Onde 50% das mulheres do grupo controle apresentaram cortisol no máximo 13,5  $\mu\text{g/dL}$  e 50% das mulheres do grupo teste apresentaram nível de cortisol 23,2  $\mu\text{g/dL}$ , no mínimo. Observou-se que 100% das participantes do grupo teste apresentaram cortisol acima do valor de referência (1,2 a 14,7  $\mu\text{g/dL}$ ) e do grupo controle, apenas 34,8% (Tabela 2).

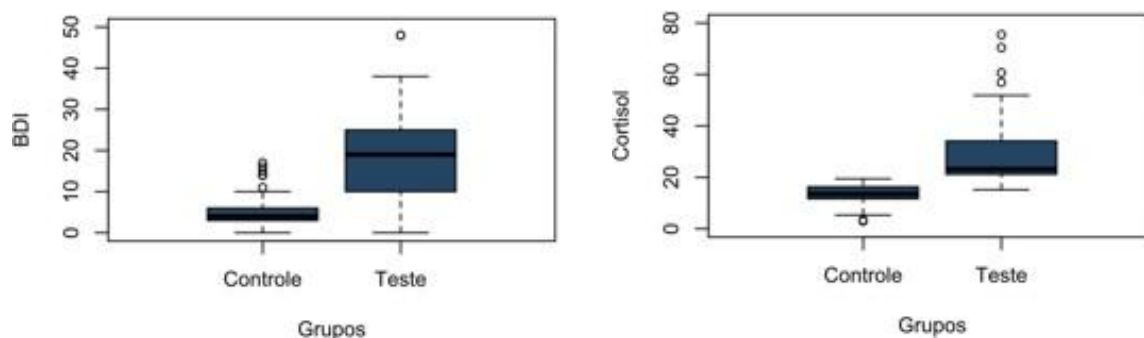
**Tabela 2.** Comparação das variáveis entre os grupos.

Variáveis	Grupo Controle (N = 66)					Grupo Teste (N = 80)					Valor-p <sup>1</sup>
	Média	E.P.	Q1	Mediana	Q3	Média	E.P.	Q1	Mediana	Q3	
BDI	5,1	0,5	3,0	4,0	6,0	18,5	1,2	10,0	19,0	25,0	<0,001
Cortisol	13,4	0,5	11,7	13,5	16,3	28,5	1,4	21,2	23,2	34,2	<0,001
OR	-1,06	0,11	-1,87	-1,61	-0,15	-1,40	0,11	-2,18	-2,11	-0,19	<0,001

<sup>1</sup> Teste Mann-Whitney.

A Figura 1 apresenta p boxplot das variáveis BDI e Cortisol em cada grupo de participantes, esta figura demonstra os resultados apresentados na Tabela 2. Logo, houve uma maior variabilidade do BDI e do Cortisol no grupo teste comparado ao grupo controle.

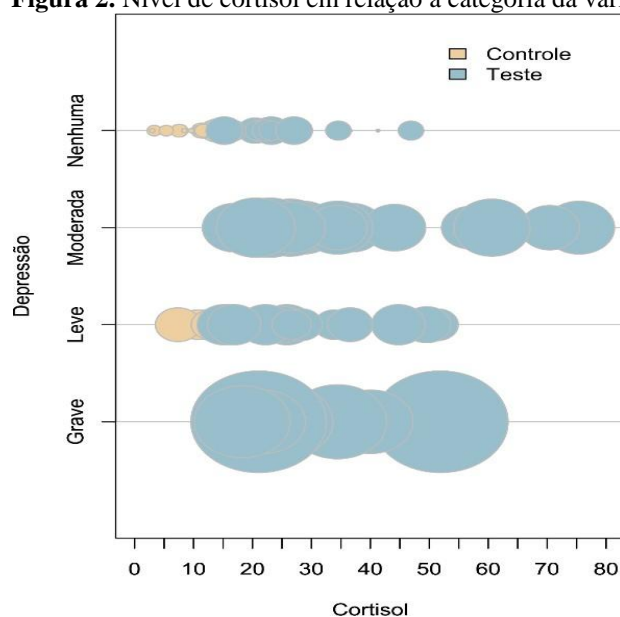
**Figura 1.** Boxplot das variáveis BDI e Cortisol por grupo.



Fonte: Dados estatísticos da pesquisa, 2019

A Figura 2 ilustra o cortisol em relação a categoria da variável Depressão. Sendo que o tamanho do círculo representa o escore obtido na variável. Logo, pode-se destacar que as participantes do grupo controle apresentaram o menor nível de cortisol e os menores escores BDI. Além disso, as participantes do grupo teste com depressão moderada e grave apresentaram maior escore BDI.

**Figura 2.** Nível de cortisol em relação a categoria da variável Depressão



Fonte: Dados estatísticos da pesquisa, 2019

No que se refere à violência e o nível de cortisol salivar, constata-se que, as mulheres do grupo teste, acometidas por agressões, apresentaram um nível alto de cortisol salivar em relação as que não foram agredidas.

## Discussão

Os resultados dessa pesquisa indicam a necessidade de implantação de ações preventivas para o combate da violência com investimentos em assistência e acolhimento das vítimas, rompendo a relação afetiva conturbada, que deixa a mulher em constante situação de risco. A violência detectada, decorrente da relação deste vínculo, geralmente requer apoio e intervenção externos (Hirigoyen, 2006).

Violência entre casais gera instabilidade emocional que altera a estrutura psicológica causando danos generalizados, que podem ser agravados se não houver um controle, apresentando-se como: agressão física, assédios, ameaças, chantagens, impedindo a vítima de solicitar ajuda, entre outros. Vários autores evidenciam que a violência psicológica quando praticada embora não deixe marcas físicas, provoca danos à saúde geral da mulher e interfere na sua autoestima, desencadeando patologias diversas dentre elas o estresse e a depressão (Lacey & Mouzon, 2015; Schraiber, D'Oliveira, Hanada & Kiss, 2012; Santos & Monteiro, 2018).

O contexto social é também uma variável importante pois as mulheres portadoras de transtornos de estresse e/ou depressão tendem a se isolar da família e dos amigos, afetando o convívio social e ocupacional. A falta de perspectivas, de esperança de alegria de viver, inerentes da interação com o meio social, pode acentuar o quadro do transtorno, bem como,

ampliar os efeitos prejudiciais do cortisol sobre a memória e o sistema imunológico de forma geral (Tugade, Feldeman Barrett, Gross, Hristic & Lebo, 2003; McEwen, 2007).

O contexto social configura-se como uma importante variável para o auxílio às mulheres que apresentam depressão, pois elas tendem a isolar-se de todos, do convívio social e ocupacional. A desesperança, a falta de motivação acentuam o transtorno, contribuindo para o aumento dos efeitos do cortisol sobre o organismo e o sistema imunológico de forma geral (Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004; McEwen, 2007).

Enfatiza-se, portanto, a importância da utilização de instrumentos validados que possam avaliar os efeitos psicológicos causados às vítimas da violência. Neste estudo pode-se constatar que nas participantes vitimadas pela violência foram detectados os maiores escores de níveis de depressão. A dosagem de cortisol salivar e suas aplicações em situações fisiológicas e patológicas, tem se mostrado como uma técnica eficaz para o estudo das alterações das funções cognitivas, em situações de estresse, ansiedade, depressão, síndrome do pânico, dentre outras (Adam & Kumari, 2009).

## Conclusão

Os níveis de cortisol salivar tem relação direta com o grau de estresse e depressão nas mulheres violentadas e o cortisol pode ser utilizado para avaliar a depressão como biomarcador.

Os resultados encontrados contribuíram para o entendimento dos caminhos biológicos pelos quais o índice de cortisol salivar indicam os problemas emocionais de mulheres agredidas. Portanto, a análise do cortisol salivar juntamente com o questionário Beck de Depressão (BDI), possibilitou investigar e diagnosticar os níveis de saúde mental das vítimas da violência, dando subsídios para a busca de conduta terapêutica adequada.

Em consequência da gravidade do problema da violência contra mulheres, a realização de estudos sobre as interações entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais decorrentes das alterações dos níveis do cortisol salivar, desencadeadas pelo estresse, contribuem significativamente para o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais efetivas.

## Referências

- Adam EK, Kumari M. (2009) Assessing salivary cortisol in large-scale, epidemiological research. *Psychoneuroendocrinology*, 34:1423-1436.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J & Erbaugh G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:53-63.
- Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e contra a familiar mulher. Recuperado de <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496319/000925795.pdf>
- Cohen S, Doyle WJ, & Baum A. (2006). Socioeconomic status is associated with stress hormones. *Psychosom Med*, 68(3):414-420.
- Cunha JA (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, Debiaggi M, Reis MG, Cardoso RG & Blank P. (2003). Violência doméstica e suas



- diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria RS*, 25(1): 9-21.
- Edwards S, Evans P, Hucklebridge F, Clow A.(2001). Association between time of awakening and diurnal cortisol secretory activity. *Psychoneuroendocrinology*, 26:613–22.
- Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, & Dell’Aglia DD. (2011). Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estudos de Psicologia – Campinas*, 28(2): 219-227.
- Guedes RN, Silva, ATMC & Fonseca RMGS. (2009). A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Escola Anna Nery*, 13(3), 625-631. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024>
- Hellhammer J, Wust S, Kudielka BM (2009). Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*, 34(2):163-171.
- Hirigoyen MF. (2010, junho) Feridas que não se curam: A violência psicológica cometida à mulher pelo companheiro. Anais do Simpósio da UEL, Londrina, Estudos de Gênero e Políticas Públicas, Londrina, PR, Brasil, 1. Recuperado de <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/anais/v-simposio-genero-e-politicas-publicas.php>
- Hirigoyen MF (2006). *A Violência no Casal: da coação psicológica à agressão física*. Trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- IBL Internacional. TNF-alpha Elisa (2014), Germany, TNF-alpha ELISA (BE55001). Recuperado de <https://www.ibl-international.com/en/saliva-diagnostics-feature>
- Krieger Grossi PK, Pederson JR, Vincensi JG & Almeida SMAF (2012). Prevenção da violência contra mulheres: desafios na articulação de uma rede intersetorial. *Athenea Digital*. 12(3), 267-277, Recuperado de <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v12n3.1112>.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB & Lozano R. (2002) World report on violence and health. Geneva, *World Health Organization*.
- Lacey K & Mouzon D. (2015). The mental and physical health of severely and non-severely abused U.S. Black Caribbean women. *West Indian Med J Suppl*[Internet]. Recuperado de <http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/en/med-17998>
- Maina G, Bovenzi M, Palmas A, Rossi F & Filon FL (2012). Psychosocial environment and health: methodological variability of the salivary cortisol measurements. *Toxicol Lett*. 2012; 213:21–26.
- McEwen BS (2007). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. *Physiological Reviews*, 87(3):873-904. Recuperado de <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- Pacak K & McCarty R.(2000). Acute stress response: experimental. In: Fink G. *Encyclopedia of stress*. New York: Academic Press; 8-17.

- Pinheiro AS & Pinheiro HP (2007). Métodos Estatísticos Não-Paramétricos e Suas Aplicações. *Colóquio Brasileiro de Matemática*: Rio de Janeiro: IMPA.
- Saffioti, Heleieth I.B.. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, (16), 115-136. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332001000100007>
- Santos AG & Monteiro CFS. (2018). Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3099. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2740.3099>
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H & Kiss L. (2012). Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital. Revista de pensamento e investigación social**, [S.l.], 237-254. Recuperado de <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v12n3.1110>.
- Spearman, C. (1904). The Proof and Measurement of Association between the things. *The American Journal of Psychology*, 15, p. 72–101.
- Steer R A, Clark DA, Beck AT & Ranieri WF. (1999). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI – II versus the BDI – IA. *Behaviour research and therapy*, 37(2), 183-190.
- Tugade M M, Fredrickson BL, & Barrett LF (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality*, 72(6), 1161–1190. Recuperado de Doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x.
- United Nations (UN) (1993). General Assembly. Declaration of the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva: United Nations; [Internet]. [acesso 2018 Fev 07]. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>
- Uslu RI, Kapci EG, Oncu B, Ugurlu M & Turkcapar H (2008). Psychometric properties and cut-off scores of the Beck Depression Inventory-II in Turkish adolescents. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(3), 225-233.
- Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres do Brasil. Brasília; 2015. [Internet] 2015. [acesso 2018 Jan 20]. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia\\_2015mulheres.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015mulheres.pdf)
- Walker LEA (2009). *The Battered Woman Syndrome*. 4. ed. New York: Springer Publishing Company.
- World Health Organization - WHO. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. [Internet]. [acesso 2018 Jan 20]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/report/report/en](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en)

## **REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL**

## REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL

APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5. ed. Washington, 2013.

BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 340p.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e contra a familiar mulher. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496319/000925795.pdf>

BRASIL, Pacto Nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Diário Oficial da União**, setembro de 2010.

FRANCISCO FILHO, L. L. A violência como degradador do espaço urbano: uma demanda para a promoção da saúde. **Revista Intellectus**. São Paulo, v. 15, n. 7, p. 39-61, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.revistaintellectus.com.br/DownloadArtigo.ashx?codigo=154>  
Acesso em: 20 out. 2018.

FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, supl. 1, p. 12-16, jun. 2003.

GUERRERO R. Violence is a health issue. **Bull World Health Organ**. Washington, v. 80, n.10, p. 767, 2002.

KRUG E.G, DAHLBERG L.L, MERCY J.A, ZWI A.B, LOZANO R. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MARI JJ, MELLO MF, FIGUEIRA I. The impact of urban violence on mental health. **Rev de Psiquiatr. Bras** v. 30, n. 3, p. 183-184.

PAHO. **Health situation in the americas: basic indicators**. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2007.

PEDROSA C.M, SPINK M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**. v. 20, n. 1, p.124-35, 2011

TELES, M.A.A; MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2003.

World Health Organization (WHO). **World health statistics annual 2002**. Geneva: WHO, 2002.

# **REFERÊNCIAS DA METODOLOGIA AMPLIADA**

## REFERÊNCIAS DA METODOLOGIA AMPLIADA

AGRESTI, A. e KATERI, M. **Categorical data analysis**. Springer Berlin Heidelberg, 2011.

BECK A.T, WARD C.H, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**. v. 4, p. 561-571, 1961.

BERGER W, MENDLOWICZ M.V, SOUZA W.F, FIGUEIRA I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento de estresse pós-traumático. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**. V. 26, n. 2, p.167-175, 2004.

CAMPOS, J., DAVID, H. Análise de cortisol salivar como biomarcador de estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v. 1, n. 4, p. 447-453, 2014.

HOLLANDER, M. e WOLFE, D. A. **Nonparametric Statistical Methods**. New York: John Wiley & Sons, 1999.

IBL Internacional. TNF-alpha Elisa (2014), Germany, TNF-alpha ELISA (BE55001). Disponível em: <https://www.ibl-international.com/en/saliva-diagnostics-feature>

MARI JJ, WILLIAMS P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, p.23-26,1986.

ROVINSKI S. **Dano psíquico em mulheres vítimas de violência**. Rio de Janeiro: Lúmen; 2004.

SPEARMAN, C. The Proof and Measurement of Association between tho things. **The American Journal of Psychology**, 15, p. 72–101, 1904.

WAGNILD GM, YOUNG HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **J Nurs Meas**, v. 1, p. 165-178, 1993.

## **APÊNDICES**

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
 Estado Civil Solteiro ( ) Casada ( ) Viúva ( ) Separada ( ) Amasiada ( )  
 Escolaridade \_\_\_\_\_  
 Profissão \_\_\_\_\_ Ocupação Atual \_\_\_\_\_  
 Naturalidade \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_ Religião ou Crença \_\_\_\_\_  
 Renda Familiar \_\_\_\_\_ Condições de moradia: ( ) alugada ( ) própria  
 Número de cômodos \_\_\_\_\_ Número de pessoas na residência \_\_\_\_\_

### História progressa da ocorrência policial

1. O que a trouxe a esta Delegacia? \_\_\_\_\_
2. Especifique qual (ais) tipo (s) de agressão sofreu: ( ) física ( ) verbal ( ) sexual
3. Já foi agredida anteriormente pelo seu companheiro? \_\_\_\_\_
4. Esta é a primeira vez que veio dar queixa? \_\_\_\_\_
5. De quem partiu a iniciativa, sua ou de outras pessoas? \_\_\_\_\_
5. Vocês brigam constantemente? \_\_\_\_\_
7. Teve algum motivo para esta briga? \_\_\_\_\_
8. Como a (s) briga (s) começam? \_\_\_\_\_
9. Existem outras pessoas que interferem na relação de vocês? \_\_\_\_\_
10. Você reagiu? \_\_\_\_\_ De que maneira? \_\_\_\_\_
11. O que a levou a não reagir? \_\_\_\_\_
- 12- Como você vê essas agressões? \_\_\_\_\_
- 13- Acha que esta situação pode ser mudada? \_\_\_\_\_
- 14- De que maneira? \_\_\_\_\_
- 15- Tem vontade de modificar? \_\_\_\_\_
- 16- Fale um pouco o que você pensa sobre sofrer violência \_\_\_\_\_
- 17- Como é a relação de vocês quando não há agressão? \_\_\_\_\_
- 18- Sua mãe sofria agressões de seu pai? \_\_\_\_\_
- 19- Em algum outro momento deu queixa e não prosseguiu com o processo? \_\_\_\_\_
20. O que aconteceu? \_\_\_\_\_
- 21- Você está com seu companheiro? \_\_\_\_\_



22. Qual motivo levou você a permanecer no relacionamento ou a separar-se dele?

\_\_\_\_\_

### Ocupação

Idade em que começou a trabalhar \_\_\_\_\_ E atualmente \_\_\_\_\_

Horas diárias de trabalho \_\_\_\_\_ Satisfação no emprego atual \_\_\_\_\_

Cite o motivo de satisfação e se houver de insatisfação \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Vida conjugal

Duração do conhecimento antes do casamento (ou equivalente) \_\_\_\_\_

Idade ao se casar: esposo ( ) esposa ( ) Há quanto tempo estão juntos

Você trabalha fora: sim ( ) não ( ) Companheiro trabalha fora : sim ( ) não ( )

Filhos: sim ( ) não ( ) Quantos: \_\_\_\_\_ Idade dos mesmos: \_\_\_\_\_

Sentimentos em relação ao cônjuge \_\_\_\_\_

Sentimentos em relação às agressões sofridas, provocadas pelo cônjuge \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Histórico das agressões

Quando as agressões se iniciaram? \_\_\_\_\_

Qual é a frequência destas ocorrências de agressão? \_\_\_\_\_

Possui algum tipo de agravante para a agressão? ( ) álcool ( ) drogas ilícitas

Tipo da agressão: ( ) mínima (pequena, não houve força física); ( ) moderada (tapas repetidos, socos); ( ) excessiva (spancamentos, contusões, lacerações); ( ) brutal (tortura sádica, ameaça verbal de morte).

Qual o local do corpo é mais agredido? \_\_\_\_\_

Horário das agressões: manhã ( ) tarde ( ) noite ( ) variável ( )

Dias da semana mais frequente das agressões ( ) finais de semana ( ) outros dias

Frequência das agressões: ( ) diariamente ( ) semanalmente ( ) até 2 vezes no mês.

Qual a sua conduta diante das agressões? ( ) passividade ( ) agressividade ( ) outros

Quando é agredida, solicita ajuda de alguém? ( ) filhos ( ) amigos ( ) vizinhos ( ) policial ( ) familiares ( ) outros .

### Diálogo com a participante

Fale livremente sobre sua história de vida, como Infância, adolescência e fase atual. Expectativas de vida, relação com familiares e amigos, relação no trabalho, vida conjugal (especialmente sua relação com o cônjuge), relação com os filhos e dificuldades da vida.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Araçatuba



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Dados de identificação

Título do Projeto: O impacto da violência na qualidade de vida dos vitimados

Pesquisador Responsável: Isabella de Andrade Dias

Nome da participante: .....

Data de nascimento: .....R.G.: .....

Você está sendo convidada para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa "O impacto da violência na qualidade de vida dos vitimados", de responsabilidade da pesquisadora Isabella de Andrade Dias.

Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que tiver. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir e aceite fazer parte do estudo, assine no final deste documento, em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

#### Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

1. O trabalho tem por finalidade conhecer os prejuízos que a violência causa na vida das pessoas e disponibilizar assistência e meios de ajuda para as pessoas que sofrem após o trauma;
2. A minha participação nesta pesquisa consistirá em entrevistar as pessoas que sofreram violência, para avaliar se sofrem de algum mal psicológico após o trauma, fazer um exame de saliva para identificar o nível de estresse. A saliva será levada para exame em laboratório.
3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de reviver o trauma quando contado novamente para a pesquisadora mas você estará livre para sinalizar se quiser parar ou pausar a entrevista. Para a elaboração deste item ler atentamente o item V do Roteiro sugerido pela Resolução 466/12, CNS, disponível no site do CEP da UNIARA.
4. Ao participar desse trabalho estarei contribuindo com a melhoria dos meios de ajuda para pessoas que sofrem de violência.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Araçatuba



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

5. A minha participação neste projeto deverá ter a duração de *1 hora*.
6. Não terei nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderei deixar de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerei qualquer prejuízo.
7. Fui informado e estou ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, no entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, serei ressarcido.
8. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de minha participação no estudo, poderei ser compensado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.
9. Meu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a minha privacidade, e se eu desejar terei livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.
10. Fui informado que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados poderão ser publicados.
11. Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Isabella Dias, pesquisadora responsável pela pesquisa, telefone: (14)996362112, e-mail: draisabelladias@gmail.com.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar do projeto de pesquisa acima descrito.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura da participante

Impressão dactiloscópica

**ANEXOS**

---

### SELF REPORT QUESTIONAIRE (SRQ)

Responda às perguntas abaixo, com **SIM** ou **NÃO**, em relação a como você se sentiu, a maior parte do tempo, no último mês.

1. Tem dores de cabeça frequentes? .....(      )
2. Tem falta de apetite? .....(      )
3. Dorme mal? .....(      )
4. Assusta-se com facilidade? .....(      )
5. Tem tremores na mão? .....(      )
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? .....(      )
7. Tem má digestão? .....(      )
8. Tem dificuldade de pensar com clareza? .....(      )
9. Tem se sentido triste ultimamente? .....(      )
10. Tem chorado mais do que de costume? .....(      )
11. Encontra dificuldades para realizar c/ satisfação suas atividades diárias? .(      )
12. Tem dificuldades para tomar decisões? .....(      )
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento (      )
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? .....(      )
15. Tem perdido o interesse pelas coisas? .....(      )
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? .....(      )
17. Tem tido a ideia de acabar com a vida? .....(      )

18. Sente-se cansado(a) o tempo todo? .....(     ) )
19. Tem sensações desagradáveis no estômago? .....(     ) )
20. Você se cansa com facilidade? .....(     ) )

## INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

<b>1</b>	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	<b>7</b>	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
<b>2</b>	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	<b>8</b>	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
<b>3</b>	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	<b>9</b>	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
<b>4</b>	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	<b>10</b>	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria

5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>	11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p>
6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
1 3	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite a</p>
1 4	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
1 5	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
1 6	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
1 7	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		



---

**POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST (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”. Considerando: Nada = Um Pouco    Médio, Bastante = Muito*

1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado? .....1 2 3 4 5
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado? .....1 2 3 4 5
3. De repente, agir ou sentir 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 muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado? .....1 2 3 4 5
5. Sentir sintomas físicos (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 pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência? ..... 1 2 3 4 5
7. Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado? ..... 1 2 3 4 5
8. Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado? .....1 2 3 4 5
9. Perda de interesse em atividades que você antes costumava gostar? 1 2 3 4 5
10. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?.....1 2 3 4 5
11. Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?.....1 2 3 4 5
12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro.....1 2 3 4 5
13. Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo? .....1 2 3 4 5
14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva.....1 2 3 4 5
15. Tem dificuldades para se concentrar.....1 2 3 4 5
16. Estar “super alerta”, vigilante ou “em guarda” ?.....1 2 3 4 5
17. Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?.....1 2 3 4 5

---

### EGO RESILIENCE SCALE

Escreva um número de 1 a 4 ao lado de cada uma das frases segundo o critério abaixo:

1= não se aplica.

2= aplica-se ligeiramente.

3= aplica-se.

4= aplica-se extremamente.

- 1- Eu sou generoso(a) com meus amigos..... ( )
- 2- Eu supero e me recupero rápido de um susto..... ( )
- 3- Eu gosto de lidar com situações novas e inusitadas..... ( )
- 4- Eu geralmente deixo uma impressão favorável nas pessoas..... ( )
- 5- Eu gosto de provar pratos completamente novos..... ( )
- 6- Eu sou reconhecido(a) como uma pessoa de muita energia..... ( )
- 7- Eu gosto de variar o caminho para lugares conhecidos..... ( )
- 8- Eu sou mais curioso(a) que a maioria das pessoas..... ( )
- 9- A maior parte das pessoas que encontro são agradáveis..... ( )
- 10- Habitualmente penso com muito cuidado antes de agir..... ( )
- 11- Eu gosto de fazer coisas novas e diferentes..... ( )
- 12- Minha vida cotidiana é repleta de coisas que me mantém interessado(a) .... ( )
- 13- Eu seria inclinado(a) a me descrever como bastante "forte" .....( )
- 14- Eu supero minha raiva contra alguém razoavelmente rápido.....( )

FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE  
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Impacto da violência na qualidade de vida dos vitimados.

**Pesquisador:** Cléa Adas Saliba Garbin

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 48886415.9.0000.5420

**Instituição Proponente:** Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.323.917

#### Apresentação do Projeto:

A violência vem se constituindo, nas duas últimas décadas, em um importante balizador da qualidade de vida de seus habitantes, comprometendo a saúde pública. Este trabalho tem como objetivo verificar o impacto da violência na qualidade de vida dos vitimados. Para tanto, serão avaliados vítimas de violência periclitadas no Instituto Médico Legal de um município de médio porte de São Paulo. A análise será por meio de avaliação psicométrica, com cinco questionários validados: Self Report Questionnaire, Inventário de Depressão de Beck, Escala de estresse pós-traumático, Escala de Resiliência e medição do cortisol salivar. Espera-se estabelecer relação das alterações psicossociais e do cortisol salivar com o estado pós-trauma, e assim poder estabelecer estratégias para melhor gestão dessas vítimas e a preservação da qualidade de vida.

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193  
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 16.015-050  
UF: SP Município: ARACATUBA  
Telefone: (16)3636-3200 Fax: (16)3636-3332 E-mail: anacmsn@foa.unesp.br

FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE  
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 1.323.917

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Verificar o impacto da violência na qualidade de vida dos vitimados.

Objetivo Secundário: Avaliar transtornos psicológicos pós-trauma em vítimas de violência e Verificar se há um padrão

de secreção diferenciado do hormônio cortisol, medido na saliva, nas vítimas de violência que apresentam ou não transtorno de estresse pós-traumático.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Há um risco mínimo de que a vítima fique constrangida ou desconfortável para ser entrevistada sobre sua situação após o trauma, portanto a abordagem e desenvolvimento da avaliação também terão o intuito de acolhimento e conforto após situação vivenciada pela vítima.

Benefícios: Todas as vítimas participantes da pesquisa, serão instruídas pela pesquisadora em diálogo (palestra individual) de como adaptar-se e superar o estresse vivenciado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O Projeto de pesquisa apresenta-se bem redigido, com embasamento científico sobre o tema.

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

Os termos de apresentação obrigatório foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

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

Nada consta.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Não havendo pendências, o CEP propõe a aprovação do projeto de pesquisa salientando que, de acordo com a Resolução 466 CNS de 12/12/2012 (título X, seção X.1., art. 3, item b, e, título XI, seção XI.2., item d), há necessidade de apresentação de relatórios semestrais, devendo o primeiro relatório ser enviado até 01/05/2016. O CEP reitera a necessidade de entrega de uma via (não cópia) do TCLE ao sujeito participante da pesquisa e solicita ao pesquisador responsável leitura da carta circular 003/2011 CONEP/CNS antes do início do projeto.

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONÇA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: anacmn@foa.unesp.br

FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE  
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 1.323.917

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_498510.pdf	25/10/2015 23:05:27		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	25/10/2015 23:05:59	ISABELLA DE ANDRADE DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetese2.doc	25/10/2015 23:05:35	ISABELLA DE ANDRADE DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleviolencia.doc	25/10/2015 23:04:30	ISABELLA DE ANDRADE DIAS	Aceito
Folha de Rosto	viol.jpg	01/07/2015 14:45:37		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARAÇATUBA, 16 de Novembro de 2015

Assinado por:

André Pinheiro de Magalhães Bertoz  
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193  
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 16.015-050  
UF: SP Município: ARACATUBA  
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: anecman@foa.unesp.br

## Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 versão impressa ISSN 1678-4561  
versão online

### Instruções para colaboradores

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e pesquisas sobre temas específicos considerados de relevância para a saúde pública, além de artigos para discussão e análise dos temas de ponta da área e subáreas, ainda que não diretamente relacionadas com o tema central sob escrutínio. A revista é publicada mensalmente e se propõe a enfrentar os desafios, buscando consolidar e promover uma atualização permanente das tendências de pensamento e práticas em saúde pública, em diálogo com a agenda contemporânea de ciência e tecnologia.

*A Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de Acesso Aberto e, portanto, é gratuita para qualquer pessoa ler e baixar e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

### Diretrizes para a organização de questões temáticas

Dentro da diversidade de revistas da área, a marca da revista *Ciência & Saúde Coletiva* é seu foco temático, alinhado à vocação da ABRASCO de realizar um estudo aprofundado, além de promover e disseminar debates acadêmicos e discussões entre pares sobre temas considerados importantes e relevantes. e destacar o desenvolvimento histórico da saúde pública no Brasil.

As edições temáticas estão programadas em torno de quatro modos de submissão:

- Por Termo de Referência enviado por professores / pesquisadores da área de saúde pública (espontaneamente ou sugerido pelos Editores-chefes) quando considerarem relevante examinar um determinado assunto em maior profundidade.
- Por Termo de Referência enviado pelos coordenadores de pesquisa inédita e abrangente pertinente à área, sobre os resultados apresentados na forma de artigos dentro das diretrizes descritas acima. Nessas duas primeiras abordagens, os Termos de Referência são avaliados em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública de trabalhos anunciados em uma página na revista, e coordenada por Editores Convidados. Neste caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos de acordo com seu escopo para serem julgados por seus méritos pelos árbitros.
- Por Organização Interna de Editores Internos, reunindo artigos não solicitados sob um título relevante dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência conterá: (1) título (mesmo provisório) da edição temática proposta; (2) o nome (ou nomes) do (s) Editor (es) Convidado (s); (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Pública; (4) uma lista dos dez artigos já propostos com os nomes dos autores convidados; (5) a proposta com o texto

consistindo de uma opinião ou entrevista com alguém que tenha autoridade na discussão do assunto; e (6) proposta de uma ou duas sinopses de livros que abordem o tema.

Por decisão editorial, o número máximo de artigos escritos pelo mesmo autor em uma edição temática não deve exceder três, seja como primeiro autor ou co-autor.

É enfaticamente sugerido aos organizadores que enviem contribuições de autores de várias instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Quanto a qualquer outra forma de apresentação, estas edições aceitam textos em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não abordem apenas questões de interesse local, ou restrinjam-se ao plano descritivo. As discussões deverão apresentar uma análise ampliada que situará a especificidade da pesquisa ou revisará os achados no cenário da literatura nacional e internacional sobre o tema, evidenciando a natureza original da contribuição que o artigo proporciona.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se notar no texto - explicitamente - interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inseridas no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C & SC* adota as "Regras para submissão de artigos propostos para publicação em revistas médicas", do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão em português é publicada no *Rev Port Clin Geral* 1997; 14: 159-174. O documento está disponível em vários sites na World Wide Web, tais como a título de exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). O escrutínio cuidadoso do texto pelos autores é recomendado.

### **Seções da publicação**

**Editorial** : esta é de responsabilidade dos editores-chefes ou dos editores convidados e não deve conter mais de 4.000 caracteres com espaços.

**Artigos Temáticos:** devem conter resultados empíricos, experimentais e conceituais de pesquisas e revisões sobre o tema em questão. Os textos de pesquisa não devem exceder 40.000 caracteres com espaços.

**Artigos Temáticos Livres** : devem ser de interesse para a saúde pública por livre submissão de autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos, nomeadamente até 40.000 caracteres com espaços, com os resultados da investigação e apresentar análises e avaliações de tendências teóricas, metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão** : devem consistir em textos exclusivamente baseados em fontes secundárias, submetidos a métodos de análise temática ou não solicitada teoricamente pelo tempo, não ultrapassando 45.000 caracteres com espaços.

**Opinião** : textos que expressam uma posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas sobre o assunto em discussão na revista; eles não devem exceder 20.000 caracteres com espaços.

**Sinopses** : análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde pública,

publicados nos dois anos anteriores, cujo texto não deve exceder 10.000 caracteres, incluindo espaços. Os autores da sinopse deverão incluir os detalhes completos de referência do livro no início do texto. As referências citadas ao longo do texto obedecerão às mesmas regras que os artigos. No momento da apresentação da sinopse, os autores deverão inserir uma reprodução de alta resolução da capa do livro no formato jpeg como um anexo no sistema.

**Cartas** : com depoimentos e sugestões sobre o que é publicado em edições anteriores da revista (não mais de 4.000 caracteres com espaços).

**Nota** : O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e se estende da palavra "introdução" até a última referência bibliográfica. O resumo e ilustrações (figuras e tabelas) são considerados separadamente.

### **Apresentação de manuscritos**

#### ***Sem encargos e chands de submissão***

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol deverão conter o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em inglês. Os textos em francês e inglês terão o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em português. Notas de rodapé ou notas no final do artigo não serão aceitas.
2. Os textos serão em espaço duplo, em Times New Roman, com tamanho de fonte de 12, com margens de 2,5 cm, em formato MS Word e enviados somente por correio eletrônico ( <http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> ) de acordo com as diretrizes do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C & SC* , cuja reprodução total ou parcial é proibida em qualquer meio, impresso ou eletrônico, sem a prévia autorização do redator-chefe da revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C & SC* não devem ser oferecidos simultaneamente a outras revistas.
5. As questões éticas relativas às publicações de pesquisa envolvendo seres humanos são de responsabilidade exclusiva dos autores e devem estar de acordo com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da World Medical Association (1964, revisada em 1975, 1983, 1989, 1989 , 1996 e 2000).
6. Os artigos deverão ser submetidos com autorização para reproduzir material previamente publicado, utilizar ilustrações que possam identificar pessoas e transferir direitos autorais e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e validade das citações, são de responsabilidade exclusiva dos autores.
8. Os textos são geralmente (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos dos títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, com a inclusão de subtítulos dentro de algumas seções às vezes sendo necessárias. Os títulos e subtítulos das seções não devem ser organizados com numeração progressiva, mas



com características gráficas (maiúsculas, diminuição na margem, etc.).

9. O título não deve ter mais de 120 caracteres com espaços e um resumo com no máximo 1400 caracteres incluindo espaços (desde a palavra "resumo" até a última palavra-chave), que devem especificar o escopo, objetivos, metodologia, abordagem teórica e os resultados da pesquisa ou investigação. Imediatamente abaixo do resumo, os autores devem indicar no máximo cinco palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e da objetividade na redação do resumo, o que certamente elicitará o interesse do leitor pelo artigo, e as palavras-chave que auxiliarão na indexação múltipla do artigo. As palavras-chave no idioma original e em inglês devem ser obrigatoriamente incluídas no DeCS / MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Agora é obrigatório incluir o ID ORCID ao enviar o artigo. Para criar um ID ORCID, acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado da redação dos artigos, de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve assumir: a) a concepção e desenho ou análise e interpretação de dados; b) redigir o artigo ou revisá-lo criticamente; e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser especificadas no final do texto (por exemplo, LMF trabalhou no design e texto final e CMG trabalhou na pesquisa e metodologia).

2. O artigo terá até oito autores no cabeçalho. Os outros serão incluídos no final do artigo.

### **Nomenclatura**

1. As regras para a nomenclatura de saúde pública / saúde da comunidade, assim como as abreviaturas e convenções adotadas nas disciplinas especializadas, serão rigidamente observadas. Abreviaturas devem ser evitadas no título e resumo.

2. A designação completa à qual uma abreviação se refere deve preceder sua primeira aparição no texto, a menos que seja uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e escalas**

1. O material ilustrativo do periódico *C & SC* inclui tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, porcentagens, etc.), gráficos (elementos demonstrativos com informação textual), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, bem como por meio de desenhos ou fotografias). Deve-se ter em mente que o magazine é impresso em uma única cor, ou seja, preto, e se o material ilustrativo é colorido, ele será convertido em escala de cinza.

2. O número de materiais ilustrativos não deve exceder cinco por artigo, com exceção de artigos de sistematização de áreas específicas de um campo temático. Nesse caso, os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo material ilustrativo deve ser produzido em formatos Word ou Excel e enviado com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes

para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. Tabelas e tabelas não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaçamento simples e tamanho de fonte 9).

4. As tabelas e gráficos devem ser produzidos em formatos Word ou Excel e submetidos com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. Tabelas e tabelas não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaçamento simples e tamanho de fonte 9).

5. Gráficos e figuras podem ser produzidos em Excel, Word ou PPT. Os autores devem enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e nos formatos PDF ou JPEG, GRAY SHADES. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em JPEG, GRAY TONES, com resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15cm de largura. A imagem original deve ser de boa qualidade, já que não há sentido em aumentar a resolução se a figura original estiver comprometida. Gráficos e figuras também devem ser submetidos com títulos e fontes. Figuras e gráficos devem caber no máximo uma página (tamanho A4, 15cm de largura x 20cm de altura, tamanho de fonte 9).

6. Arquivos de imagens, como mapas ou fotos, devem ser salvos em (ou exportados para) os formatos JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer caso, o material deve ser gerado e salvo na resolução mais alta (300 DPI ou mais) e o maior tamanho possível (dentro da altura de 21cm x 15cm de largura). Qualquer texto na figura deve ser formatado em Times New Roman, tamanho 9. As fontes e as legendas também devem ser enviadas em um formato editável que permita o recurso "copiar / colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com títulos e fontes.

7. Os autores que inserem escalas em suas obras devem declarar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se eles são de domínio público ou se lhes foi concedida permissão para usá-los.

### **Mensagens de agradecimento**

1. Quando estes estão incluídos, eles devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores serão responsáveis por obter permissão por escrito das pessoas mencionadas nas mensagens de agradecimento, uma vez que os leitores podem inferir que tais pessoas concordam com os dados e as conclusões alcançadas.

3. As mensagens de agradecimento pelo suporte técnico devem estar em um parágrafo separado de outros tipos de contribuição.

## Referências

1. As referências serão numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que aparecem no texto. Caso as referências sejam de mais de dois autores, apenas o nome do primeiro autor será citado no texto seguido de *et al.*

2. As referências devem ser identificadas por algarismos arábicos sobrescritos, conforme os exemplos abaixo:

Exemplo 1: "Outro indicador analisado foi o vencimento do PSF" 11 ...

Exemplo 2: "Como avisa Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade ..."

As referências citadas apenas em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do último número de referência citado no texto.

3. As referências devem ser listadas no final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas*

( [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) ).

4. Os nomes dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus ( <http://www.nlm.nih.gov/> ).

5. Os nomes dos indivíduos, cidades e países devem ser citados no idioma original de publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em revistas**

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (2): 275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho, CE. Uso de drogas veterinárias, pesticidas e produtos químicos relacionados em ambientes aquáticos: demandas, considerações regulatórias e riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (2): 483-491.

2. Instituição como autor

A Sociedade Cardíaca da Austrália e Nova Zelândia. Teste de esforço clínico. Diretrizes de segurança e desempenho. *Med J Aust* 1996; 164 (5): 282-284

3. Sem indicação de autoria

Câncer na África do Sul [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Emitir com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão da literatura com especial atenção às crianças brasileiras. *Cad Saude Publica* 1993; 9 (Supl. 1): 71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metrônomo na doença de Parkinson [carta]. *Lancet* 1996; 347: 1337.

### **Livros e outras monografias**

#### 6. Individual como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

#### 7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, compiladores. *Pesquisa qualitativa em serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

#### 8. Instituição como autor

do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de pesticidas e produtos químicos relacionados*. Brasília: DILIQ / IBAMA; 2001.

#### 9. Livro do capítulo

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a pesticidas. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É remédio ou veneno*. Pesticidas, saúde e meio ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

#### 10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Avanços recentes na neurofisiologia clínica. *Proceedings do 10º Congresso Internacional de EMG e Neurofisiologia Clínica*, 1995 15-19 outubro, Kyoto, Japão. Amesterdão: Elsevier; 1996.

#### 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 gestantes adolescentes em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro da Adolescência*, 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

#### 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. Londres: Escola de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade* : nível de informação de adolescentes e professores de escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

#### Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida permitem a maternidade após os 40 anos de idade. *Jornal do Brasil*, 2004 31 de janeiro; p. 12

Lee G. Hospitalizações ligadas à poluição por ozônio: o estudo estima 50.000 internações anualmente. *O Washington Post* 1996 21 de junho; Seita A: 3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV + / AIDS: os fatos e o futuro* [videocassete]. St. Louis (MO): Livro Mosby-Year, 1995.

#### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para

promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento de serviços relevantes e outros assuntos. *Diário Oficial da União* 1990; 19 de setembro

### **Material iminente ou não publicado**

Leshner AI. Mecanismos moleculares da dependência de cocaína. *N Engl J Med* Forthcoming 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. Em breve 2004.

### **Material eletrônico**

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Fatores no surgimento de doenças infecciosas. *Emerg Infect Dis* [revista na Internet] 1995 Jan-Mar [citado 1996 Jun 5]; 1 (1): [cerca de 24 p.]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma na comunidade de Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [serial na Internet]. 2004 mar-abr [acessado em 2004 jul 12]; 67 (2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, dermatologia clínica ilustrada* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, produtores. 2ª ed. Versão 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. programa de computador

Hemodinâmica III: os altos e baixos da hemodinâmica [programa de computador]. Versão 2.2. Orlando (FL): Sistemas Educacionais Informatizados; 1993

O processo de revisão do manuscrito é a revisão por pares.

Os artigos serão revisados por três pares reconhecidos por sua produção científica e pesquisa, de instituições superiores no Brasil e no exterior. Após as correções necessárias e possíveis sugestões, o trabalho será aceito se dois pares derem uma declaração favorável; o artigo será rejeitado se duas revisões por pares forem desfavoráveis.



## Archives of Women's Mental Health

### Instruções para os autores

#### Tipos de papéis

- As Contribuições Originais / Artigos de Pesquisa devem ser organizadas em seções em conformidade com o estilo de relatório científico padrão, ou seja, sob os seguintes títulos:  
Abstrato:  
  
Não deve exceder de 150 a 250 palavras e ser estruturado da seguinte forma: Propósito, Métodos, Resultados, Conclusões  
  
Palavras-chave: Não mais de cinco, separados por ponto e vírgula  
  
- Introdução:  
  
Um breve esboço da literatura de base que leva ao (s) objetivo (s) do estudo  
  
- Materiais e métodos:  
  
Descreva o desenho básico do estudo. Indique o cenário (por exemplo, atenção primária, centro de referência). Explique a seleção dos sujeitos do estudo e informe o sistema de critérios diagnósticos utilizados. Descreva quaisquer intervenções e inclua sua duração e método de administração. Indique o (s) desfecho (s) principal (is). Especifique as datas em que os dados foram coletados (mês / ano para mês / ano).  
  
- Resultados:  
  
Inclua os principais resultados. Forneça dados específicos e sua significância estatística, se possível. O subconjunto Ns deve acompanhar percentagens se o total de N for 100.  
  
- Discussão e Conclusões:  
  
Discuta seus achados criticamente em comparação com a literatura existente e considerando suas limitações metodológicas e outras.  
  
As conclusões devem destacar o significado potencial para o campo, dadas as limitações.  
  
O texto principal (ou seja, sem resumo, referências, figuras, tabelas ou material suplementar) não deve exceder 3000 palavras.
- As revisões devem ser exposições abrangentes e totalmente referenciadas de assuntos de interesse geral, incluindo informações básicas e análises críticas detalhadas do trabalho atual no campo e sua importância. Eles devem ser projetados para servir como materiais de origem.  
Meta-análises ou revisões sistemáticas de acordo com o estilo PRISMA são as preferidas.  
  
As resenhas não devem ser enciclopédicas e não devem exceder 4000 palavras. As resenhas podem conter figuras e tabelas.
- Comunicações breves devem ser preparadas conforme descrito acima, exceto pelo seguinte:  
A duração média das comunicações curtas não deve exceder 1500 palavras e pode incluir no máximo duas figuras ou tabelas e até 12 referências. O resumo não deve exceder 80 palavras.
- Cartas para o editor

Cartas para o Editor devem ter no máximo 750 palavras e podem incluir uma tabela ou figura e até cinco referências.

- Relatos de casos não serão aceitos.

### ***Submissão de manuscrito***

A submissão de um manuscrito implica: que o trabalho descrito não tenha sido publicado antes; que não está sob consideração para publicação em nenhum outro lugar; que sua publicação tenha sido aprovada por todos os coautores, se houver, bem como pelas autoridades responsáveis - tacitamente ou explicitamente - no instituto onde o trabalho foi realizado. O editor não será considerado legalmente responsável por eventuais reclamações de compensação.

### ***Permissões***

Os autores que desejarem incluir figuras, tabelas ou passagens de texto que já tenham sido publicados em outro local deverão obter permissão do proprietário dos direitos autorais para o formato impresso e on-line e incluir provas de que tal permissão foi concedida ao enviar seus artigos. Qualquer material recebido sem tal evidência será assumido como originário dos autores.

### ***Submissão Online***

Por favor, siga o hiperlink “Enviar on-line” à direita e faça o upload de todos os seus arquivos do manuscrito seguindo as instruções dadas na tela.

Por favor, certifique-se de fornecer todos os arquivos fonte editáveis relevantes. Deixar de enviar esses arquivos de origem pode causar atrasos desnecessários no processo de revisão e produção.

### ***Sugestão de revisor***

Os autores serão gentilmente convidados a sugerir até 5 revisores em potencial para seus trabalhos. Essas recomendações ajudarão a garantir o alto nível científico da revista e apoiarão um rápido processo de revisão e, assim, encurtarão o tempo desde a submissão do manuscrito até a publicação.

Observe que apenas sugestões de revisores de instituições de reputação internacional que não sejam a instituição do autor correspondente serão levadas em consideração e você não deve ter publicado artigos comuns com os revisores sugeridos anteriormente.

Por favor, note que a revista não oferece pré-avaliação. Portanto, envie diretamente seu manuscrito para o EditorialManager no link abaixo. O Escritório Editorial entrará em contato com você.

### ***Folha de rosto***

A página de título deve incluir:

O nome do (s) autor (es)

Um título conciso e informativo

A (s) afiliação (ões) e endereço (s) do (s) autor (es)

O endereço de e-mail e o (s) número (s) de telefone do autor correspondente

Se disponível, a ORCID de 16 dígitos do (s) autor (es)

### ***Abstrato***

Por favor, forneça um resumo estruturado de 150 a 250 palavras que deve ser dividido nas seguintes seções:

Objetivo (declarando os principais propósitos e questão de pesquisa)

Métodos

Resultados

Conclusões

### ***Palavras-chave***

Por favor, forneça 4 a 6 palavras-chave que podem ser usadas para fins de indexação.

### ***Nota importante:***

Por favor, verifique se a sua autoria está correta, verifique a ortografia dos nomes dos autores, alinhe-se, etc.

Nenhuma alteração pode ser feita depois que os direitos autorais forem transferidos para nós

### ***Formatação de texto***

Os manuscritos devem ser enviados no Word.

Use uma fonte normal e simples (por exemplo, Times Roman de 10 pontos) para o texto.

Use itálico para ênfase.

Use a função de numeração automática de páginas para numerar as páginas.

Não use funções de campo.

Use paradas de tabulação ou outros comandos para recuos, não a barra de espaço.

Use a função de tabela, não planilhas, para criar tabelas.

Use o editor de equações ou MathType para equações.

Salve seu arquivo em formato docx (Word 2007 ou superior) ou em formato doc (versões mais antigas do Word).

Manuscritos com conteúdo matemático também podem ser enviados no LaTeX.

### ***Cabeçalhos***

Por favor, não use mais do que três níveis de títulos exibidos.

### ***Abreviaturas***

Abreviaturas devem ser definidas na primeira menção e usadas consistentemente a partir de então.

### ***Notas de rodapé***

Notas de rodapé podem ser usadas para fornecer informações adicionais, que podem incluir a citação de uma referência incluída na lista de referências. Eles não devem consistir apenas de uma citação de referência, e nunca devem incluir os detalhes bibliográficos de uma referência. Eles também não devem conter números ou tabelas.

Notas de rodapé para o texto são numeradas consecutivamente; aqueles para tabelas devem ser indicados por letras minúsculas sobrescritas (ou asteriscos para valores de significância e outros dados estatísticos). Notas de rodapé para o título ou os autores do artigo não recebem símbolos de referência.

Sempre use notas de rodapé em vez de notas de fim.

### ***Agradecimentos***

Agradecimentos de pessoas, subvenções, fundos, etc. devem ser colocados em uma seção separada na página de título. Os nomes das organizações de financiamento devem ser escritos por extenso.

### ***Nota importante:***

Solicita-se aos autores que usem numeração automática contínua de linhas em todo o manuscrito e em espaço duplo

### ***Citação***

Cite referências no texto por nome e ano entre parênteses. Alguns exemplos:

A pesquisa de negociação abrange muitas disciplinas (Thompson, 1990).

Este resultado foi posteriormente contradito por Becker e Seligman (1996).

Este efeito tem sido amplamente estudado (Abbott 1991; Barakat et al. 1995a, b; Kelso e Smith 1998; Medvec et al. 1999, 2000).

### ***Lista de referência***

A lista de referências deve incluir apenas trabalhos que são citados no texto e que foram publicados ou aceitos para publicação. Comunicações pessoais e obras inéditas só devem ser mencionadas no texto. Não use notas de rodapé ou notas de fim como substituto de uma lista de referências.

As entradas da lista de referências devem ser alfabetizadas pelos sobrenomes do primeiro autor de cada trabalho. Encomende publicações multi-autor do mesmo primeiro autor alfabeticamente em relação ao segundo, terceiro, etc. autor. Publicações de exatamente o (s) mesmo (s) autor (es) devem ser ordenadas cronologicamente.

Artigo de jornal



Gamelin FX, Baquet G, Berthoin S, Thevenet D, Nourry C, Nottin S, Bosquet L. (2009) Efeito do treinamento intermitente de alta intensidade na variabilidade da frequência cardíaca em crianças pré-púberes. *Eur J Appl Physiol* 105: 731-738. <https://doi.org/10.1007/s00421-008-0955-8>

Idealmente, os nomes de todos os autores devem ser fornecidos, mas o uso de “et al” em longas listas de autores também será aceito:

Smith J, Jr Jones M, Houghton L et al (1999) Futuro do seguro de saúde. *N Engl J Med* 965: 325-329

Artigo por DOI

Slifka MK, Whitton JL (2000) Implicações clínicas da produção desregulada de citocinas. *J Mol Med*. <https://doi.org/10.1007/s001090000086>

Livro

Sul J, Blass B (2001) O futuro da genômica moderna. Blackwell, Londres

Capítulo de livro

Brown B, Aaron M (2001) A política da natureza. In: Smith J (ed) O surgimento da moderna genômica, 3rd edn. Wiley, Nova Iorque, pp 230-257

Documento on-line

Cartwright J (2007) Grandes estrelas têm tempo também. IOP Publishing PhysicsWeb. <http://physicsweb.org/articles/news/11/6/16/1>. Acessado em 26 de junho de 2007

Dissertação

Trent JW (1975) Insuficiência renal aguda experimental. Dissertação, Universidade da Califórnia

## Tabelas

Todas as tabelas devem ser numeradas usando algarismos arábicos.

As tabelas devem sempre ser citadas em texto em ordem numérica consecutiva.

Para cada tabela, forneça uma legenda da tabela (título) explicando os componentes da tabela.

Identifique qualquer material publicado anteriormente, fornecendo a fonte original na forma de uma referência no final da legenda da tabela.

As notas de rodapé das tabelas devem ser indicadas por letras minúsculas sobrescritas (ou asteriscos para valores de significância e outros dados estatísticos) e incluídas abaixo do corpo da tabela.



## Diretrizes para autores

Para a apresentação do trabalho, os autores devem seguir as regras expressas nos seguintes pontos.

1. Um autor não pode ter mais de um artigo em avaliação ao mesmo tempo.
2. No processo de envio do trabalho, na "Etapa 2: Introdução dos metadados da remessa" deve-se incluir pelo menos as seguintes informações:

- Para cada um dos autores, nome e sobrenome, afiliação institucional (se houver), e-mail, um breve resumo biográfico (aproximadamente 50 palavras) e o número de identificação da ORCID (<http://orcid.org> )

- Título do trabalho (na língua original do texto e em inglês), com no máximo 15 palavras.

- Resumo do trabalho (na língua original do texto e em inglês), com uma duração aproximada de 150 palavras. Será evitado dar agência ao resumo (melhor 'neste trabalho eu discuto' o que 'este trabalho discute').

- Palavras-chave (na língua original do texto e em inglês). Quatro palavras-chave, no máximo, para cada um dos idiomas, separadas por ";" (ponto e vírgula) e cada um com letra maiúscula inicial.

### Indicações específicas

- Artigos de pesquisa. O resumo deve incluir: estrutura teórica, método ou métodos seguidos, resultados e conclusão.

- Artigos de revisão teórica. O resumo deve conter: campo ou tópico de revisão, procedimento, resultados e conclusão.

- Artigos de revisão bibliográfica (estado da arte). O resumo deve conter: campo ou assunto de revisão, procedimento e conclusão.

- Ensaio O resumo deve conter: teses que são sustentadas, síntese do argumento utilizado e conclusão.

Comprimento aproximado para cada um deles, entre 5.000 e 10.000 palavras.

3. O nome do autor ou autores não deve aparecer no texto da obra. Da mesma forma, o anonimato deve ser mantido em todo o corpo do texto, incluindo a bibliografia. Quando os nomes dos autores permanecem nos textos, o Comitê da revista entenderá que eles não têm nenhum problema em que os revisores conheçam sua identidade.

O texto deve ser encabeçado por uma **carta de apresentação**: Um pequeno texto (máximo 500 palavras) onde o autor ou autores detalham: (a) o tema principal do artigo, (b) a contribuição original e específica feita e (c) a justificativa da relevância do manuscrito para a revista.

4. Os artigos devem ser escritos com um estilo claro e pedagógico. O *Digital Athenea* Committee aconselha a abolir o estilo impessoal na narração e evitar o uso de um léxico ultra-especializado.
5. Os autores evitarão notas de rodapé tanto quanto possível. Em qualquer caso, a *Athenea Digital* os aceitará, desde que não atrapalhem a leitura rápida do texto. Quando eles existirem, eles devem aparecer na parte inferior da página.
6. Apenas três níveis de títulos devidamente numerados serão admitidos:
  1. Título
  - 1.1 Título ...
7. Las referencias han de seguir en lo fundamental las normas de la APA (*Manual de Publicación de la Asociación Americana de Psicología*, 6ª edición), salvo con dos excepciones: a) en la lista de referencias bibliográficas, figurará siempre el nombre de pila de los/as autores/as citados/as. Cuando se citen en el texto, al menos la primera vez se les nombrará con su nombre de pila y el primer apellido. b) En el caso de obras traducidas o de las que exista una edición anterior a la utilizada, deberá especificarse tanto el año de la edición original como el de la edición utilizada de la siguiente forma: (año original/año edición utilizada). [Normas referencias \(html\)](#); [Normas referencias \(pdf\)](#).
8. Los gráficos, imágenes y figuras deben realizarse con la calidad suficiente para su reproducción digital y deben adjuntarse los archivos gráficos originales en fichero aparte (preferentemente en formato JPG o PNG).

## Lista de comprobación para la preparación de envíos

---

Como parte del proceso de envío, los autores/as están obligados a comprobar que su envío cumpla todos los elementos que se muestran a continuación. Se devolverán a los autores/as aquellos envíos que no cumplan estas directrices.

1. El envío no ha sido publicado previamente ni se ha enviado previamente a otra revista (o se ha proporcionado una explicación en Comentarios al / a la editor/a).
2. El texto incluye una *cover letter*
3. El texto tiene interlineado simple; el tamaño de fuente es 12 puntos; se usa cursiva en vez de subrayado (exceptuando las direcciones URL); y todas las figuras y tablas están dentro del texto en el sitio que les corresponde (y no al final del documento), debidamente enumeradas.
4. El texto cumple con los requisitos bibliográficos y de estilo indicados en las [Normas para autoras/es](#), que se pueden encontrar en Acerca de la revista.
5. El texto no tiene los nombres de las/os autoras/es. Si se cita a un/a autor/a, en la bibliografía y las notas al pie se indica "Autor/a" y año, en vez del nombre del / de la autor/a, título del artículo, etc. El nombre del / de la autor/a se ha eliminado también de las propiedades del documento, que se puede encontrar en el menú Archivo en Microsoft Word.
6. Las imágenes, en el caso de que las haya, se adjuntan como archivos adicionales en formato jpg o png

## Aviso de derechos de autor/a

---

Los autores que publican en esta revista están de acuerdo con los siguientes términos:

- a. Los autores conservan los derechos de autor.
- b. Los textos publicados en esta revista están sujetos –si no se indica lo contrario– a una licencia de [Reconocimiento 4.0](#) Internacional de Creative Commons desde marzo 2014 (anteriormente [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada](#)). Puede copiarlos, distribuirlos, comunicarlos públicamente, hacer obras derivadas y usos comerciales siempre que reconozca los créditos de las obras (autoría, nombre de la revista, institución editora) de la manera especificada por los autores o por la revista. La licencia completa se puede consultar en <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
- c. Los autores pueden establecer por separado acuerdos adicionales para la distribución no exclusiva de la versión de la obra publicada en la revista (por ejemplo, situarlo en un repositorio institucional o publicarlo en un libro), con un reconocimiento de su publicación inicial en esta revista.
- d. Se permite y se anima a los autores a difundir sus trabajos electrónicamente (por ejemplo, en repositorios institucionales o en su propio sitio web) antes y durante el proceso de envío, ya que puede dar lugar a intercambios productivos, así como a una citación más temprana y mayor de los trabajos publicados (Véase [The Effect of Open Access](#)) (en inglés).

## Declaración de privacidad

---

La utilización del sitio web de la UAB y de cualquiera de los servicios que se incorporan en él supone la plena aceptación de las condiciones que se manifiestan en la política de privacidad que se expone.

### 1. Recogida de datos y consentimiento para tratarlos

De acuerdo con la Regulación General de Protección de Datos de la Unión Europea (GDPR), se informa de que los datos personales que se solicitan en nuestros formularios o que nos puedan ser facilitados por medio de nuestras direcciones de correo electrónico, basándonos en el consentimiento inequívoco, se incluirán en nuestros ficheros de datos personales, cuya responsable y titular es la UAB. Asimismo, cuando una persona rellena cualquiera de los formularios con los datos personales que se solicitan y acepta el envío o nos manda un mensaje electrónico con datos personales, autoriza -y lo consiente- de forma expresa a la UAB a tratar e incorporar en nuestros ficheros los datos personales facilitados y todos los datos que se generen en relación con su participación o uso de los distintos productos o servicios que se ofrecen en esta página web, si bien con carácter revocable, y sin efectos retroactivos, y acepta las condiciones del tratamiento expresadas a continuación.

Asimismo, informamos de que todos los datos serán tratados con la máxima confidencialidad y de acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos personales y que nuestros ficheros están inscritos legalmente en el Registro General de la Agencia Catalana de Protección de Datos.

La UAB no se responsabiliza del tratamiento de los datos personales de las páginas web a las que el usuario pueda acceder por medio de los distintos enlaces que contiene nuestra página web.

Esta página web se rige por la normativa exclusivamente aplicable al Estado español, a la que quedan sometidas las personas, tanto nacionales como extranjeras, que utilicen este web.

## **2. Finalidades del tratamiento**

Los datos que solicitamos son los adecuados, pertinentes y estrictamente necesarios para la finalidad con la que se recogen, envío de los boletines de novedades a través del correo electrónico que nos ha facilitado para contactarle de una forma personalizada o reconocerle en su próxima visita, nunca serán utilizados con una finalidad diferente a aquella para la que han sido cedidos, y en ningún caso el usuario está obligado a facilitarnoslos; no obstante, son absolutamente necesarios para poder llevar a cabo los servicios que le ofrecemos.

A menos que específicamente se establezca lo contrario, se considerará necesario rellenar todos los campos de cada formulario, para lo cual el usuario tendrá que rellenar los formularios con datos verdaderos, exactos, completos y actualizados. El usuario será el único responsable de cualquier daño o perjuicio, directo e indirecto, que ocasione a la UAB o a cualquier tercero por rellenar los formularios con datos falsos, inexactos, incompletos o no actualizados o con datos de terceros.

Nuestra página web obtiene los datos personales del usuario mediante la recepción de varios formularios y por medio del correo electrónico para gestionar la suscripción a nuestra revista, o en su caso, para su participación como autor, corrector o revisor de las mismas, basándonos en el consentimiento inequívoco.

La UAB se reserva el derecho de decidir la incorporación o no incorporación de los datos de esas personas a sus ficheros.

## **3. Derecho de acceso, rectificación y cancelación de los datos personales del usuario**

Los editores de la revista cumplen con los estándares industriales de privacidad de datos, de forma específica la disposición de la Regulación General de Protección de Datos de la Unión Europea (GDPR) para "derechos de los sujetos de los datos" que incluyen (a) notificación de incumplimiento; (b) derecho de acceso; (c) el derecho a ser olvidado; (d) portabilidad de datos; y (e) privacidad por diseño. El GDPR también permite el reconocimiento del "interés público en la disponibilidad de los datos", que tiene una especial relevancia para aquellos involucrados en mantener, con la mayor integridad posible, el registro público de publicaciones académicas.

El usuario tiene derecho a acceder a la información que lo concierne recopilada en los ficheros de la UAB, declarados en el Registre de Protecció de Dades de Catalunya, rectificarla en caso de que sea errónea, cancelarla u oponerse a su tratamiento, en los términos establecidos por la Ley, dirigiéndose a [sp.revistes.digitals@uab.cat](mailto:sp.revistes.digitals@uab.cat).

La solicitud de los derechos de cancelación de datos por parte de los autores, no se hará efectiva en relación a sus artículos publicados en nuestra web, en base a la cesión ilimitada de derechos de reproducción otorgada por los autores a la UAB.

Consideramos que, si no cancela sus datos personales de forma expresa de nuestros ficheros, sigue interesado en estar incorporado mientras sea adecuado para la finalidad con la que se obtuvieron y mientras la UAB lo considere oportuno.

#### 4. Seguridad

La UAB, en respuesta a la confianza depositada en nosotros y teniendo en cuenta la importancia en materia de protección y confidencialidad que requieren los datos personales del usuario, lo informa de que ha adoptado todas las medidas técnicas y organizativas necesarias para salvaguardar la seguridad tal como exige el Reglamento General de Protección de Datos de la UE (Reglamento (UE) 2016/679) (GDPR), normativa vigente que regula el reglamento de medios de seguridad de los ficheros que contengan datos de carácter personal.

#### 5. Cesión de datos

Lo informamos de que sus datos son tratados confidencialmente y son utilizados exclusivamente para las finalidades indicadas, y únicamente cedidos en los casos previstos legalmente y a las entidades que junto a la UAB sean impulsoras de la revista, indicadas en la página web, para la gestión y colaboración en la edición de la revista.

Los metadatos personales vinculados con la publicación de un artículo (nombre y apellidos de los autores, filiación profesional, número ORCID, país) son depositados y distribuidos, asociados a los del artículo, para la asignación del DOI a través de Crossreff.

La UAB pone a disposición del usuario distintas opciones de recomendación, si bien bajo la exclusiva responsabilidad del emisor del mensaje, de modo que la UAB queda eximida de cualquier responsabilidad con relación al envío de comunicaciones comerciales no solicitadas. En ningún caso conservamos la dirección electrónica del destinatario. Asimismo, queda expresamente prohibido el envío masivo de mensajes por parte de los usuarios, por medio de estas opciones, o su tratamiento comercial.

#### 6. Galletas

Con este aviso, la UAB comunica a los usuarios que utilizan galletas (*cookies*) cuando navegan por las distintas pantallas y páginas del web. Las galletas utilizadas por la UAB son almacenadas en el disco duro del usuario pero no pueden leer los datos contenidos en el disco ni los archivos galleta creados por otros proveedores. La UAB utiliza las galletas con el objetivo de reconocer a los usuarios que se hayan registrado y poder ofrecerles mejor servicio y más personalizado (idioma deseado por el usuario...). Asimismo, son utilizadas para obtener información totalmente anónima sobre datos de acceso (fecha, hora, minuto, frecuencia, etc.), para medir algunos parámetros de tráfico en la propia página web y calcular el número de visitas, de modo que la UAB pueda enfocar y ajustar los servicios ofrecidos más efectivamente. No obstante, el usuario podrá impedir la generación de galletas con la opción correspondiente que tenga su programa navegador. En este caso, la página web continuará siendo operativa, pero sin las ventajas de la personalización.

#### 7. Comunicaciones comerciales por correo electrónico

En cumplimiento del artículo 21 de la Ley de servicios de la sociedad de la información y comercio electrónico, que prohíbe el envío de comunicaciones comerciales por medio del correo electrónico que previamente no hayan sido autorizadas expresamente por los destinatarios, lo informamos de que la aceptación de estas condiciones de uso y política de confidencialidad, implica su autorización expresa para hacerle envíos informativos, comerciales, publicitarios y promocionales por este medio a la dirección facilitada. No obstante, si no desea recibir nuestras comunicaciones comerciales por medio del correo

electrónico, puede solicitarlo en el envío comercial que quiera, siguiendo las instrucciones que hay en cada envío.

#### **8. Modificación de esta política de confidencialidad**

Esta política de confidencialidade foi estabelecida em 20/05/2018. A UAB se reserva no futuro o direito de modificar sua política de proteção de dados de acordo com seus critérios ou por causa de uma mudança legislativa, jurisprudencial ou de prática de negócios. Se o UAB introduzir qualquer modificação, o novo texto será publicado nesta mesma página, onde o usuário poderá ter conhecimento da política de proteção de dados. Em qualquer caso, o relacionamento com o usuário será regido pelas regras fornecidas no momento exato em que o site é acessado e, portanto, é obrigatório lê-las toda vez que você nos fornecer suas informações através de nosso site.

