Sheila Rubia Lindner

# VIOLÊNCIA FÍSICA POR PARCEIRO ÍNTIMO E CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL EM HOMENS E MULHERES RESIDENTES EM FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Coletiva.
Linha de pesquisa: Violência e Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Elza Berger Salema Coelho
Co-orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis - SC
2013

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

Lindner, Sheila Rubia
Violência por parceiro íntimo e condições de saúde mental em homens e mulheres residentes em Florianópolis, Santa Catarina : Estudo de base populacional / Sheila Rubia Lindner ; orientadora, Elza Berger Salema Coelho ; co-orientador, Antonio Fernando Boing. - Florianópolis, SC, 2013.
245 p.

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

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Violência Doméstica. 3. Trastornos Mentais. 4. Estudos Transversais. I. Berger Salema Coelho, Elza . II. Boing, Antonio Fernando. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

*Dedico esta tese ao meu filho Gabriel Lindner Alvim por ter me ensinado o que é o amor sem condições.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Clovis e Ingrid Lindner por acreditarem no meu potencial, pelo amor certo e pela confiança.

Ao meu marido Marcio por tudo, principalmente pela paciência, pela compreensão e pela motivação. Obrigada por tornar minha vida mais leve, dar sentido à ela e por me apoiar sempre, eu te amo.

Ao meu amado filho Gabriel, toda minha admiração pela pessoa maravilhosa que você é. Por sempre me dizer com aqueles olhos cheios de sinceridade que me ama. Tenho muito orgulho de ser sua mãe, e agradeço todos os dias por esta oportunidade.

A minha querida e amada irmã Débora, minha confidente, minha amiga, meu porto seguro. Você é aquela pessoa que sempre sabe de tudo antes, pensamento certo nas horas mais importantes da minha vida. Você é um exemplo, te admiro muito. Obrigada pelo aprendizado de vida que você me dá.

Ao Mateus, meu sobrinho e afilhado querido, você é muito especial para mim, obrigada por mostrar para nós que a vida sempre é uma surpresa! A felicidade deveria se chamar Mateus, pois você a expressa singularmente.

À Dona Eliana, minha sogra, por toda a ajuda e carinho nesta etapa da minha vida.

À Rosângela Goulart, uma amiga querida que sempre me incentivou e me apoiou obrigada querida.

As companheiras de dia-a-dia, Thays e Carol. Obrigada pela ajuda e pelo incentivo. Vocês foram fundamentais para que este trabalho tenha chegado ao final.

À Secretaria de Estado da Saúde por sempre que necessário ter me apoiado na construção desse trabalho, particularmente aos colegas de trabalho da DEPS.

Aos professores do Departamento de Saúde Pública, pelo carinho, apoio e aprendizado.

Em especial aos professores Rodrigo Moretti, Emil Kupek, Fátima Büchele pelo incentivo e carinho.

A todos os participantes do projeto Epifloripa pela excelente oportunidade de aprendizado.

Aos companheiros de trabalho do Grupo Gestor e demais colegas do UNA-SUS/UFSC pelo apoio e compreensão nesse período.

A amiga Doroteia Aparecida Höfelmann pelas contribuições nos resultados desta tese.

À Nazaré Nazário pelas leituras e críticas realizadas nesse trabalho, sua dedicação foi imprescindível.

À Ritalice “Rita” pela contribuição nas traduções necessárias.

À Claudia Fattah pela enorme ajuda com o Gabriel, as caronas e cuidado com ele nesse período foram muito importantes.

Ao meu co-orientador e amigo Prof. Antonio Fernando Boing, ou melhor, Boing. Obrigada pelo aprendizado ofertado, pela confiança e pela parceria durante essa jornada.

A minha querida amiga e orientadora Elza, não tenho palavras para agradecer tudo que você fez por mim até aqui, foram anos de aprendizado, de risadas e lágrimas, de trocas e de confidências. Construção de uma amizade e de uma parceria. A admiração que tenho por você ultrapassa qualquer palavra que possa ser escrita.

A professora Eleonora D´Orsi pela contribuição e sugestão para a tese na banca de qualificação.

Aos professores membros da banca de defesa de doutorado por aceitarem o convite, e contribuições para esta tese.

# RESUMO

Este estudo aborda a violência por parceiro íntimo – VPI, que é compreendida como aquela que ocorre em uma relação íntima, referindo-se a qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação. Tem como objetivo estimar a prevalência de violência física por parceiro íntimo e sua associação com variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamento e de condições de saúde mental em adultos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. A população de referência do estudo constitui-se por adultos na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade completos no ano da pesquisa, de ambos os sexos e residentes na zona urbana do município. Realizou-se estudo transversal, com amostra representativa dessa população, selecionada em dois estágios (setor censitário e domicílio). As variáveis utilizadas foram: de interesse central (violência física por parceiro íntimo), demográficas (sexo, idade, cor da pele, estado civil), socioeconômicas (escolaridade, renda familiar *per capita*), de comportamento relacionado à saúde (uso abusivo de álcool), de condição de saúde (depressão, ideação suicida, transtorno mental comum). Variável de interesse central investigada em relação às demográficas, socioeconômicas e de comportamento relacionado à saúde. Variáveis de condição de saúde foram investigadas em relação às demográficas, socioeconômicas e de interesse central. Diferentes modelos de análises multiníveis foram desenvolvidos. A taxa de resposta foi de 85,3%, o que representa 1.720 adultos distribuídos em 63 setores censitários. A prevalência de sofrer qualquer violência física por parceiro íntimo foi de 17%, violência física moderada de 6,6% e violência física grave de 7,3%. Não houve diferença significativa para violência física moderada em homens e mulheres; porém, quanto mais grave o ato, maior a ocorrência deste nas mulheres. Mulheres de maior idade, viúvas/separadas, pobres, menos escolarizadas e pretas apresentam maior probabilidade de sofrer violência física. Nos homens, a prevalência de violência física grave apresentou alteração significativa apenas para estado civil. Uso abusivo de álcool por mulheres representou maior chance de sofrer violência física moderada e grave (RC 4,18 e 2,5). A prevalência de depressão, ideação suicida e transtorno mental comum para aqueles que sofreram violência física foi de 14%, 2,6% e 11,9%, respectivamente, estando esses casos significativamente associados com sofrer esse tipo de violência. A ideação suicida apresentou desfecho mais fortemente associado com sofrer violência física grave (RC 5,01 $IC_{95\%}$ 2,55 – 9,85). Os resultados

indicam que a violência física por parceiro íntimo afeta homens e mulheres; porém, quanto maior a gravidade dessa violência, maior é a vulnerabilidade das mulheres, bem como a associação com o uso abusivo de álcool. Sofrer violência física por parceiro íntimo também acarreta maior vulnerabilidade em relação à saúde mental. Destaca-se o achado em relação à ideação suicida, uma vez que entre os desfechos relacionados à saúde mental essa tem maior impacto para os envolvidos.

**Palavras-chave:** Violência Doméstica; Maus-tratos Conjugais; Depressão; Ideação Suicida; Transtornos Mentais; Estudos Transversais.

## ABSTRACT

This study approaches intimate partner violence – IPV, understood here as violence occurring within intimate relationships, referring to any behavior with physical, psychological or sexual damage potential towards those involved in the relationship. It aims at estimating the prevalence of intimate partner physical violence and its relation to demographic and socioeconomic variables, as well as behavior and mental health conditioned ones, in adult population in Florianopolis, Santa Catarina, Brazil. The reference population in this study is composed of adults aged between 20 and 59 years old, the age being completed along the year of the research, of both genders, and belonging to the urban area of the city. A transversal study has been developed using a representative sample of this population, which has been selected in two distinct sections (census areas and domiciliary sector). Variables were: of central interest (intimate partner physical violence), demographic (gender, age, skin color, marital status), socioeconomic (schooling, *per capita* family income), health related behavior (alcohol abuse), health condition (depression, suicidal ideation, common mental disorder). The variable of central interest was investigated in its relation to demographic socioeconomic and health related behavior. Health conditioned variables were investigated in their relation to demographic and socioeconomic ones, as well as to that of central interest. Different multilevel analysis models have been applied. There was an 85.3% response rate, which represents 1,720 adults distributed along 63 census areas. The observed prevalence rate was 17% for any intimate partner physical violence, 6.6% for moderate physical violence, and 7.3% for severe physical violence. No relevant difference between the rates for moderate physical violence against men or women was pointed out; however, the severer the acts, the more frequent its occurrence against women. Older, poor, poorly schooled and black women, as well as widows or separated, are the most vulnerable ones. Among men, severe physical violence prevalence has presented significant alterations only as far as marital status is concerned. Alcohol abuse on part of women has increased chances of suffering moderate and severe physical violence (OR 4.18 and 2.5). There was a 14%, 2.6% and 11.9% prevalence of depression, suicidal ideation and common mental disorder, respectively, among those who have suffered physical violence, those cases being significantly associated with suffering this type of violence. Suicidal ideation has presented to be more strongly

associated with suffering severe physical violence (OR 5,01 CI95% 2,55 – 9,85). Results indicate that intimate partner physical violence affects both men and women; however, the higher the gravity of such violence, the more vulnerable women are, along with an association with alcohol abuse. Intimate partner physical violence also increases mental health vulnerability. We point out the results concerning suicidal ideation, since among the cases related to mental health issues such condition has observable impact on the subjects involved.
**Key words:** Domestic Violence; Spouse Abuse; Depression; Suicidal Ideation; Mental Disorders; Cross-Sectional Studies.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Frequência e sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual na vida. Município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2000-2001. 50

Figura 2 - Frequência e sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual no ano anterior à entrevista. Município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2000-2001. 51

Artigo 1

Figura 1 - Prevalência de homens e mulheres que não fazem e fazem abuso de álcool de sofrer qualquer violência física, violência física moderada e violência física grave. Florianópolis, Brasil, 2009. 113

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos consultados na revisão de literatura por título, autor, ano de publicação, natureza da violência investigada. 45
Quadro 2 - Estudos consultados na revisão de literatura por título, autor, ano de publicação, natureza da violência e condição de saúde mental investigada. 63
Quadro 3 – Perguntas utilizadas no estudo da Organização Mundial de Saúde para caracterizar a violência física por parceiro íntimo 81

## LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra. Florianópolis, Brasil, 2009. 110
Tabela 2 - Distribuição das respostas quanto à violência física em homens e mulheres. Florianópolis, Brasil, 2009. 111
Tabela 3 - Prevalência de sofrer qualquer violência física, violência física moderada e violência física grave em homens e mulheres segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Florianópolis, Brasil, 2009. 112
Tabela 4 - *Odds Ratio* bruta e ajustada de homens e mulheres sem ou com uso abusivo de álcool sofrerem qualquer violência física, violência física moderada ou violência física grave e variáveis demográficas e socioeconômicas. Florianópolis, Brasil, 2009. 114

Artigo 2

Tabela 1 - Características demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde mental da amostra. Florianópolis, Brasil, 2009. 135
Tabela 2 - Prevalência de condições de saúde mental e variáveis demográficas e socioeconômicas. Florianópolis, Brasil, 2009. 136
Tabela 3 - Razão de Chances (RC) bruta e ajustada entre depressão, ideação suicida e transtorno mental comum e violência física por parceiro íntimo. Florianópolis, Brasil, 2009. 137

## LISTA DE SIGLAS

| | | |
|---|---|---|
| AUDIT | - | *Alcohol Use Disorders Identification Test* |
| BDI | - | *Beck Depression Inventory* |
| CEDAW | - | *Convention on the elimination of All Forms of Discrimination against Women* |
| CES-D | - | *Center for Epidemiological Studies – Depression* |
| CIC | - | Correlação Intraclasse |
| CID-10 | - | Classificação Internacional de Doenças 10ª edição |
| CNPq | - | Conselho Nacional de Pesquisa |
| CTS | - | *Conflict Tactics Scale* |
| DEAM | - | Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher |
| DECS | - | Descritores em Ciências da Saúde |
| DSM-IV | - | Manual Diagnóstico e Estatístico de Tratamento de Transtornos Mentais |
| EUA | - | Estados Unidos da América |
| IBGE | - | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IC 95% | - | Intervalo de Confiança de 95% |
| IDH-M | - | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| LILACS | - | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MeSH | - | Medical Subject Headings |
| OEA | - | Organização dos Estados Americanos |
| OMS | - | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | | Organização das Nações Unidas |
| OR | - | *Oddis Ratio* |
| PDA | - | *Personal Digital Assistants* |
| PNAD | - | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| RC | - | Razão de Chance |
| SciELO | - | Scientific Electronic Library Online |
| SINAN | - | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SC | - | Santa Catarina |
| SPM | - | Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres |
| SRQ - 20 | - | *Self-Reported Questionnaire- 20* |
| SSI | - | *Scale for Suicide Ideation* |
| TCLE | - | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TMC | - | Transtorno Mental Comum |
| UFSC | - | Universidade Federal de Santa Catarina |
| VPI | - | Violência por Parceiro Íntimo |
| WHA | - | *World Health Assembly* |

WHO - *World Health Organization*
WorldSAFE - *World Studies of Abuse in Family Environments*

# APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado, com título *"Violência física por parceiro íntimo e condições de saúde mental em homens e mulheres residentes em Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional"*, organizada de acordo com o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estrutura-se em: introdução, objetivos, revisão de literatura, método e resultados.

Na *introdução* descrevemos a importância do estudo sobre violência por parceiro íntimo (VPI) como tema objeto de discussão do movimento feminista, sua inclusão nas políticas pública e legislações vigentes. Abordamos a violência em homens como uma temática necessária ao estudo, e no intuito de apontar essa violência numa perspectiva relacional, sem caracterizar vítimas nem agressores, e as consequências relacionadas às condições de saúde para os envolvidos nas situações de violência. Por fim, lançamos as *perguntas de pesquisa* que norteiam esta tese, acompanhadas dos *objetivos*.

A *revisão de literatura* se subdivide em *violência*, *epidemiologia da violência por parceiro íntimo* e *violência por parceiro íntimo e condições de saúde mental*. Em *violência* descrevemos definições e tipologias, com ênfase à violência por parceiro íntimo – tema central desta tese –, abordada quanto à natureza física, sexual e psicológica. A *epidemiologia da violência por parceiro íntimo* apresenta prevalências, fatores associados e consequências da violência física, sexual e psicológica. A *violência por parceiro íntimo e condições de saúde mental,* nesta tese, refere-se mais especificamente à depressão, à ideação suicida e ao transtorno mental comum, descritos nesse item quanto a sua associação com a violência por parceiro íntimo.

O *método* da tese descreve inicialmente as etapas comuns aos artigos propostos e abrange contextualização da pesquisa, local do estudo, população de referência, delineamento do estudo, amostra, variáveis em estudo, além da logística do estudo, o processamento dos dados e as questões éticas envolvidas. Esta tese é produto de um inquérito de base populacional denominado Projeto "*EpiFloripa* Adulto", realizado em 2009 na UFSC, e trata das condições de vida e saúde de adultos residentes na zona urbana do município de

Florianópolis, Santa Catarina. As especificidades metodológicas dos manuscritos podem ser observadas na seção que discorre sobre eles.

Os *resultado*s da tese são apresentados em forma de dois artigos. O primeiro, intitulado *Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis/SC: estudo de base populacional* descreve a prevalência de violência física por parceiros íntimos e testa sua associação com sexo controlada por fatores de confusão. O segundo artigo, sob o título *Condições de saúde mental e violência física por parceiro íntimo em adultos no Sul do Brasil: estudo de base populacional* investiga a associação entre condições de saúde mental (depressão, ideação suicida e transtorno mental comum) e sofrer violência física por parceiro íntimo.

Os artigos 1 e 2 serão submetidos, após avaliação da banca examinadora da tese de doutorado, aos periódicos Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública, respectivamente. Ainda, em observância ao regimento do Programa, as versões dos manuscritos são em português, e sua formatação segue normas dos periódicos selecionados.

**SUMÁRIO**

**1. INTRODUÇÃO..... 29**
**2. OBJETIVOS..... 35**
**2.1 Objetivo Geral..... 35**
**2.2 Objetivos Específicos..... 35**
**3. REVISÃO DA LITERATURA..... 37**
3.1 VIOLÊNCIA..... 37
**3.1.1 Definições e tipologia da violência..... 37**
**3.1.2 Violência por parceiro íntimo..... 40**
3.2 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO..... **44**
**3.2.1 Violência física..... 47**
**3.2.2 Violência sexual..... 57**
**3.2.3 Violência psicológica..... 59**
3.3 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL..... **62**
**3.3.1 Depressão..... 68**
**3.3.2 Ideação Suicida..... 71**
**3.3.3 Transtorno Mental Comum..... 73**
**4. MÉTODO..... 77**
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA..... **65**
4.2 LOCAL DO ESTUDO..... **77**
4.3 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DO ESTUDO..... **78**
4.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO..... **78**
4.5 AMOSTRA..... **78**
**4.5.1 Cálculo do tamanho de amostra..... 78**
**4.5.2 Cálculo do número de domicílios a serem visitados em cada setor censitário..... 79**
**4.5.3 Critérios para se considerar perda/recusa..... 80**
4.6 VARIÁVEIS EM ESTUDO..... **80**
**4.6.1 Descrição das variáveis..... 81**
4.7 EQUIPE DE CAMPO – LOGÍSTICA..... 83
**4.7.1 Seleção, treinamento e padronização..... 83**
**4.7.2 Pré-teste..... 84**
**4.7.3 Estudo Piloto..... 84**
**4.7.4 Controle de qualidade..... 85**
4.8 PROCESSAMENTO DOS DADOS..... 85
4.9 QUESTÕES ÉTICAS..... 86
**5. RESULTADOS ..... 87**

5.1 ARTIGO 1 - PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA FÍSICA POR PARCEIRO ÍNTIMO EM HOMENS E MULHERES NO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL..... **88**
5.2 ARTIGO 2 - CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA FÍSICA POR PARCEIRO ÍNTIMO EM ADULTOS NO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL..... **115**
**6. CONCLUSÕES..... 139**
**REFERÊNCIAS..... 143**
**ANEXOS..... 159**
**ANEXO A – Instrumento de Coleta de dados do Estudo *EpiFloripa* Adulto..... 159**
**ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC..... 211**
**ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.. 212**
**ANEXO D – Instruções aos Autores do periódico "Cadernos de Saúde Pública"..... 214**
**ANEXO E – Instruções aos Autores do periódico "Revista de Saúde Pública"..... 223**

## INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo (VPI) é entendida como qualquer comportamento numa relação íntima que cause danos físicos, psicológicos ou sexuais àqueles envolvidos na relação[1]. Para que essa violência seja compreendida como uma violação ao atendimento humanizado, passando a ser objeto de políticas públicas de enfrentamento, houve uma trajetória histórica dos movimentos feministas e de mulheres por uma legislação contra a impunidade no cenário nacional e internacional em busca de dar visibilidade a esse problema[2-4].

Nas décadas de 1970 e 1980 houve um fortalecimento do movimento das mulheres contra a violência, ocasião em que se implantaram as primeiras políticas públicas no Brasil, como o Conselho Nacional de Direitos da Mulher. Esse movimento foi fundamental para o processo de mudanças sociais e de legislação[5].

No ano de 1979 foi aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* - Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), que entrou em vigor apenas em 1981, sendo ratificada – com reservas – pelo governo brasileiro em 1984. Em 1994 o Estado brasileiro retirou as reservas à convenção, ratificando-a plenamente. A CEDAW prevê a eliminação de todos os tipos de discriminação contra a mulher e a igualdade entre mulheres e homens assegurada pelo Estado. Segundo Barsted[6], a convenção contribuiu para a inclusão, na Constituição Federal de 1988, da igualdade de direitos de homens e mulheres na vida pública e privada, além da inclusão de outros direitos individuais e sociais femininos. Ao ratificar a CEDAW o Estado brasileiro comprometeu-se, perante o sistema global, a coibir todas as formas de violência contra a mulher e a adotar políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar a violência de gênero.

Com base nas demandas surgidas, em 1985 foi criada no Brasil a primeira delegacia de polícia de atendimento à mulher, em São Paulo, e nos anos seguintes, em outros estados. Dessa forma, a criação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) vem efetivar o compromisso assumido perante os sistemas internacionais. Tal iniciativa contribuiu para dar maior visibilidade à problemática da violência contra a mulher, especialmente a doméstica, favorecendo a discussão da natureza criminosa da violência perpetrada sob questões

de gênero, além de criar uma via de enfrentamento e erradicação da violência contra a mulher no Brasil.

A violência contra a mulher voltou ao cenário internacional em 1993 com a Declaração de Viena, em que se consideraram os vários graus de manifestações de violência, incluindo as resultantes de preconceito cultural e tráfico de pessoas. Um importante avanço dessa declaração foi a revogação da violência privada como criminalidade comum, considerando-se assim que a violência contra a mulher infringe os Direitos Humanos e é realizada principalmente na esfera privada. Um ano depois, em 6 de junho, a Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) aprovou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará. Essa Convenção foi ratificada pelo Brasil em 1995. No mesmo ano, a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada em Beijing, na China, propôs ações com objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz(7).

Baseado nas discussões de âmbito internacional e nacional, o Brasil elaborou políticas públicas vigentes que abrangem a violência por parceiros íntimos(8). Em 2002, tomando por base o relatório Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define violência por parceiro íntimo, o Brasil considerou a necessidade de criar uma política para redução da morbimortalidade por acidentes e violência[1].

Em relação aos mecanismos institucionais, ocorreu um importante avanço em 2003 com o reconhecimento de *status* ministerial dado à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) pelo Governo Federal. Essa secretaria resgatou a atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, da década de 1980, intensificou sua interlocução com os movimentos de mulheres e foi reconhecida, por estes, como aliada na defesa de políticas públicas com a perspectiva de gênero. A atuação dessa secretaria, em sintonia com os movimentos de mulheres e em interlocução com o Congresso Nacional, foi de grande importância na aprovação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006, em vigor desde o dia 22 de setembro de 2006).

A Lei Maria da Penha cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Dentro dessa conjuntura política, a nova lei pode ser considerada como um passo em direção ao

---

[1] Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

cumprimento das determinações da Convenção de Belém do Pará e da CEDAW, além de regulamentar a Constituição Federal. Essa Lei define uma política nacional voltada à promoção da equidade de gênero e à redução das diferentes formas de vulnerabilidade social das mulheres. Aponta o dever do Estado de promover políticas públicas articuladas e capazes de incidir sobre o fenômeno da violência contra a mulher, contém dispositivos civis e penais e dá ênfase à proteção das mulheres para além da punição ao agressor.

No ano de 2008 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que reforça como um dos principais eixos a necessidade de estudos relacionados à violência nessa população. Mais recentemente, a notificação compulsória, criada em 2004[2], foi universalizada com a inclusão de todos os tipos de violência, como a física, a sexual, por arma de fogo, entre outras, sendo portanto posteriormente registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Destaca-se que a notificação compulsória passa a incorporar a possibilidade de visibilidade da violência por parceiro íntimo contra homens.

Diante dessa panorâmica histórica do enfrentamento relacionado à violência por parceiro íntimo, percebeu-se que a contra o homem é recente nesse contexto. Como afirmam alguns autores[9-16], a VPI em homens é uma realidade, em estudo nos Estados Unidos da América (EUA) 26,8% dos homens sofreram violência física por parceiro íntimo[15]. No Brasil pesquisas nessa área são recentes, no entanto, as informantes desse tipo de violência são as mulheres que agridem seus parceiros, como evidenciado por Anacleto et al..[11], que encontraram prevalência de 13,7% para a violência física moderada em homens e de 9,8% em mulheres.

Embora seja evidente a predominância de mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo[17-19] em comparação com homens, ainda são poucos os estudos que investigam o homem envolvido em situação de violência por parceiro íntimo no Brasil. Acredita-se, no entanto, que os números desse tipo de violência sejam tão subestimados, ou mais, que a violência contra mulher. Homens heterossexuais têm dificuldade de admitir a violência sofrida pela parceira[20], e as mulheres, na posição de agressoras, utilizam mais a violência psicológica, por meio de manipulação e ameaças, o que dificulta a identificação[21].

---

[2] Portaria GM/MS nº 2.406/2004

Tanto para os homens quanto para as mulheres, as consequências da violência são traduzidas, sobretudo, pelo surgimento de múltiplas queixas somáticas, aspecto particularmente negativo que se refere ao fato de a violência ainda ser pouco abordada pelos profissionais de saúde, em decorrência de múltiplos fatores culturais, sociais, políticos e técnicos. Do ponto de vista cultural, a violência ainda representa um tabu, o que contribui para manter-se velada; por exemplo, o despreparo dos profissionais para perceber sinais e auxiliar no enfrentamento das situações de violência, bem como a fragilidade das políticas e dos programas prejudicam a organização de uma atenção qualificada a essas situações.

Encontrou-se alguns estudos[22,23] afirmando que homens fisicamente abusados foram mais propensos a relatar sintomas depressivos moderados e graves[24], bem como relataram maior consumo de álcool e outras drogas[25] em comparação com os que não experimentaram o abuso. Em relação à mulher, o Relatório Mundial de Violência e Saúde[1], aponta que a mulher envolvida na VPI apresenta maior risco de depressão, tentativas de suicídio, síndromes de dor crônica, distúrbios psicossomáticos, lesão física, distúrbios gastrointestinais, síndrome do intestino irritável e diversas consequências na saúde reprodutiva. Assim como descrito pela OMS, condições relacionadas à saúde mental são consideradas os principais riscos em consequência da VPI. Vale destacar que condições de saúde mental para esta tese se referem a depressão, a ideação suicida e o transtorno mental comum.

Chama a atenção a maior proporção de mulheres que referiram transtorno mental comum e que sofreram violência por parceiro íntimo quando comparadas com aquelas que nunca sofreram, na área rural (64% *vs* 39%), favela na área urbana (73% *vs* 41%) e favela na área não urbana (48% *vs* 20%)[26].

Ao relacionar violência por parceiro íntimo e depressão estudo realizado por Prosman et al.[25] aponta que 50,8% das mulheres abusadas sofriam de depressão, comparadas a 6,1% das não abusadas. Destas, 23% sofriam depressão grave, comparadas a apenas 3% daquelas não abusadas.

Naved e Akhtar[27] ao identificarem diferentes formas de VPI em mulheres em idade reprodutiva e sua associação com a ideação suicida, encontraram que 11% das mulheres na área rural e 14% na área urbana consideraram o suicídio após passarem por experiência de violência. Destas, cerca de 9% da área rural e 26% da área urbana de fato tentaram o suicídio.

Identificar a violência por parceiro íntimo é de fundamental importância por ser uma forma de violência que envolve tanto homens quanto mulheres e tem consequências para ambos, afetando sua saúde física e mental. O conhecimento sobre essa realidade pode contribuir na elaboração de políticas públicas voltadas não unicamente a mulheres ou homens, mas à ambos.

Em Florianópolis não foram identificados estudos de base populacional sobre violência física por parceiro íntimo. Considerando que quem relata ter vivenciado violência física provavelmente experienciou também outros tipos, entende-se a violência física como a ponta do *iceberg* desses eventos.

Os achados deste estudo podem contribuir para elaboração políticas públicas mais integrais, voltadas tanto a homens quanto a mulheres, além de sensibilizar os serviços de saúde para a associação entre a violência por parceiro íntimo e as condições de saúde mental das pessoas envolvidas.

Para tanto, apresentam-se as questões que norteiam esta pesquisa:

1. Qual é a prevalência da violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres adultos, residentes em Florianópolis, Santa Catarina (SC)?
2. Existe diferença na prevalência de violência física por parceiro íntimo entre mulheres e homens que residem em Florianópolis/SC?
3. Existe associação entre as condições de saúde mental e a violência física por parceiro íntimo em adultos residentes em Florianópolis/SC?

# 2. OBJETIVOS

## 2.1 Objetivo Geral:

- Estimar a prevalência de violência física por parceiro íntimo e sua associação com variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamento e de condições de saúde mental em adultos residentes em Florianópolis, Santa Catarina.

## 2.2 Objetivos específicos

- Descrever a prevalência da violência física por parceiro íntimo.
- Testar a associação entre violência física por parceiro íntimo e variáveis demográficas, socioeconômicase e uso abusivo de álcool, estratificados por sexo.
- Investigar a associação entre condições de saúde mental, como a depressão, a ideação suicida e o transtorno mental comum, com violência física por parceiro íntimo.

# 3. REVISÃO DE LITERATURA

## 3.1 VIOLÊNCIA

No item "violência", a temática é tratada em dois subitens. No primeiro, apresenta-se as definições e tipologias da violência. No segundo subitem, a violência por parceiro íntimo, tema objeto deste estudo, é relacionada com aspectos de gênero, intergeracionalidade, o que amplia a discussão para a violência por parceiro íntimo em homens, na situação de vítimas, ainda que esse fenômeno seja mais prevalente na mulher.

### 3.1.1 Definições e tipologias da violência

A violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade; faz parte das relações humanas e sociais. Estão em jogo as dominações e os interesses alcançados por uso da força, da ameaça e (ou) de agressões, sejam elas simbólicas ou de confrontação física[28, 29].

O fenômeno da violência, segundo Schraiber et al.[30], deve ser um objeto de conhecimento técnico-científico, o que significa também demonstrar a violência como questão importante a ponto de gerar políticas públicas para a intervenção, tomando por base sua magnitude social, seus números e certas regularidades de ocorrência populacional. Isso representa a convergência dos propósitos da saúde pública com as raízes históricas da produção do conhecimento a respeito da violência.

A complexidade da violência é caracterizada pela polissemia do seu conceito[24]. Pode ter vários sentidos, como o ataque físico, o uso da força física, a ameaça ou até mesmo um comportamento ingovernável[31,32]. Para Santos[33] a violência é a relação social caracterizada por uso real ou virtual da coerção, impedindo o reconhecimento do outro – pessoa, classe, gênero ou raça – mediante o uso da força ou da coerção, que provoca algum tipo de dano, e configura o oposto das possibilidades da sociedade democrática contemporânea.

Minayo e Souza[32] conceituam a violência com maior especificidade, consistindo em ações humanas – de indivíduos, grupos, classes e nações – que podem ocasionar a morte de outros seres humanos ou afetar sua integridade física, moral, mental ou espiritual. De acordo com as autoras, existem teorias para entender a violência, que pode ser considerada tanto um fenômeno extraclassista e a-histórico, de caráter universal, constituindo mero instrumento técnico para a reflexão

sobre as realidades sociais, quanto um conjunto não homogêneo de teorias que se refere às raízes sociais da violência e explica o fenômeno como resultante dos efeitos disruptivos dos acelerados processos de mudança social, provocados, sobretudo, pela industrialização e pela urbanização.

Para Chaves, Ristum e Noronha[34] a violência é compreendida como um problema de saúde pública e definida como qualquer ação intencional, perpetrada por indivíduo, grupo ou instituição, dirigida a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, sociais e (ou) psicológicos. Krug et al.[1] consideram que há relação clara entre a intenção do indivíduo que apresenta ou se envolve num comportamento violento e o ato ou a ação praticada. Neste sentido, a violência é compreendida como o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Essa definição associa intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido.

A resolução da *World Health Assembly*[27], ocorrida em 1996, declarou a violência como um dos principais problemas de saúde pública existentes. Isso levou a OMS a desenvolver uma tipologia da violência para caracterizar os seus diferentes tipos, bem como os vínculos entre eles. Assim, Krug et al.[1,], no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, indicou três grandes categorias de violência – coletiva, autoinfligida e interpessoal –, que correspondem às características daquele que comete o ato violento.

A violência coletiva inclui os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, e caracteriza a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria estão os crimes cometidos por grupos organizados, os atos terroristas, os crimes de multidões, as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações. A autoinfligida subdivide-se entre os comportamentos suicidas e os autoabusos. Nos primeiros, a tipologia contempla o suicídio, a ideação suicida e as tentativas de suicídio. O conceito de autoabuso nomeia as agressões contra si próprio e as automutilações. A violência interpessoal subdivide-se em "violência comunitária" e "violência da família e de parceiro íntimo". Na comunitária incluem-se a violência juvenil, os atos aleatórios de violência, o estupro ou ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, tais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos[1].

Esses tipos de violência também são classificados quanto à natureza dos atos: física, sexual, psicológica e (ou) que envolve a privação/negligência. Esses atos violentos ocorrem em cada uma das grandes categorias anteriormente descritas, exceto na violência autoinfligida[1].

Essa tipologia proposta pela OMS[1], longe de ser universalmente aceita, fornece uma estrutura útil para se compreender os complexos padrões de violência que ocorrem no mundo, bem como a violência na vida diária das pessoas, das famílias e das comunidades. Ao captar a natureza dos atos violentos, a relevância do cenário, a relação entre o perpetrador e a vítima – e, no caso da violência coletiva, as prováveis motivações para a sua ocorrência –, também superam muitas das limitações de outras tipologias. Contudo, tanto na pesquisa quanto na prática, as fronteiras entre os diferentes tipos de violência nem sempre são tão claras.

Assim, para este estudo adota-se a definição da violência por parceiro íntimo (VPI) da OMS: como *aquela que ocorre em uma relação íntima, referindo-se a qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação, e inclui os atos de agressão física (tais como estapear, socar, chutar e surrar); de abuso psicológico (intimidação, constante desvalorização e humilhação); e os sexuais, com relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, além dos vários comportamentos controladores (isolar a pessoa de sua família e amigos, monitorar seus movimentos e restringir seu acesso às informações ou à assistência*[1].

Destacam-se os atos de violência física, foco principal deste estudo, e se apresenta a classificação, segundo a OMS[1], de acordo com sua gravidade em: primeiro, ato moderado, como as ameaças não relacionadas aos abusos sexuais e sem o uso de armas; agressões contra animais ou objetos pessoais e violência física (empurrões, tapas, beliscões, sem uso de instrumentos perfurantes, cortantes ou que causem contusões); segundo, ato severo, como as agressões físicas que causam lesões temporárias, ameaças com arma, agressões físicas que causam cicatrizes, lesões de caráter permanente, queimaduras e uso de arma.

No *World Health Organization(WHO)Multi-country study on Women's Health and Domestic Violence against Women*[35] a gravidade da violência física foi classificada conforme a probabilidade de causar lesões físicas – receber um tapa ou um empurrão foi definido como ato moderado, ao passo que ser atingido por um soco, ser chutado, arrastado, ameaçado com arma, ou o seu uso, foram classificados como violência física grave.

Considerada como a forma mais comum de violência experimentada pelas mulheres em todo o mundo, a violência física, praticada por parceiro íntimo, vem acompanhada de violência psicológica e da violência sexual[36-38]. Assim, a violência física pode ser considerada como a ponta do "*iceberg*", uma vez que, aquele que está em situação de violência física, provavelmente sofreu ou sofre os demais tipos de violência por parceiro íntimo. Krug et al.[1] afirmam que para muitas mulheres a agressão física não é um evento isolado, mas parte de um padrão contínuo de comportamento abusivo.

A partir da definição e da classificação da violência, é possível inferir que esse fenômeno apresenta-se complexo e diversificado. Assim, é importante destacar como a VPI, tema central deste estudo, constitui-se em um problema de gênero, bem como as implicações da intergeracionalidade nesse tipo de violência, e ainda como acontece de maneira distinta para homens e mulheres.

### 3.1.2 Violência por parceiro íntimo

A introdução da categoria gênero foi fundamental para as relações de violência no espaço familiar serem percebidas, uma vez que possibilitou compreender os papéis socialmente pré-definidos para homens e mulheres como perpetradores de relações hierárquicas desiguais. Dessa forma, a violência contra a mulher pode ser observada por meio do poder exercido sobre ela, bem como pela legitimação histórica da dominação masculina sobre o outro gênero[39,40].

Houve aumento importante dos estudos sobre a violência contra a mulher, perpetrada por seus parceiros íntimos. Esse aumento se deu por conta do reconhecimento da dimensão do fenômeno, por sua alta prevalência e consequências à saúde física e psicológica das vítimas. Entretanto, grande parte das vezes as pesquisas que tratam sobre a temática da violência contra a mulher abarcam questões relacionadas ao tipo de agressão sofrida (física, psicológica e (ou) sexual) e, outras vezes, sobre as consequências físicas e psicológicas advindas da situação de violência.

No mundo, um em cada cinco dias de absenteísmo no trabalho feminino decorre da violência doméstica. Nos EUA, um terço das internações de mulheres em unidades de emergência é consequência de agressões sofridas em casa. Na América Latina, a violência doméstica incide sobre 25% a 50% das mulheres, ao passo que no Brasil 23% das mulheres estão sujeitas à violência doméstica, estimando-se que a cada quatro minutos uma mulher sofre agressão, e, em 85,5% dos casos de

violência física contra mulheres, os agressores são seus parceiros[41]. Estudos[42-44] têm demonstrado que a violência por parceiro íntimo está ligada à aceitação da violência e de normas hierárquicas de gênero, como o "direito" masculino ao controle sobre bens e comportamentos femininos.

Levando-se em consideração que a violência contra a mulher é alarmante, elencando-a como um problema de saúde pública, acredita-se que a violência é um fenômeno conjugal, ou seja, não há vítimas e perpetradores. Contudo, a temática da violência, principalmente a conjugal, ainda conta com pouca participação masculina, como sujeitos de pesquisa, e com raras análises que consideram os aspectos relacionais desse fenômeno, ainda que alguns autores concordem com a necessidade dessas análises relacionais para uma melhor compreensão da conjugalidade violenta[25,45-47]. É necessário reconhecer que:

> "[...] a dimensão relacional do gênero possibilita desconstruir principalmente os argumentos culpabilizantes em relação ao masculino, que demarcam o discurso de parte do movimento feminista e que ainda se faz presente, direta ou indiretamente, nas produções acadêmicas contemporâneas"[25].

Porém, as taxas de violência doméstica oficiais contra as mulheres são maiores que as dos homens, mesmo considerando que a subnotificação ocorre para os dois casos, tanto pela falta de assistência do governo, em oferecer serviços eficientes, quanto por questões relacionadas à vergonha feminina, à humilhação e ao medo, bem como à honra masculina. Contudo, estatísticas reduzidas não são uma boa justificativa para se negar a necessidade de estudos que considerem os homens também como agredidos, ainda que geralmente figurem como os principais agressores[48,49].

Precisa-se compreender que a VPI inclui, além da violência perpetrada por homens contra mulheres, aquelas cometidas por mulheres contra homens, entre homens e nas relações entre mulheres. Para Assis et al.[26] as relações violência/gênero, que são atravessadas por questões de classe social, raça/etnia e de filiação a grupos, podem fazer com que homens e mulheres se envolvam em situações de violência, como vítimas ou como perpetradores, com o objetivo de afirmarem identidades masculinas e femininas socialmente construídas.

Vêm se destacando articulações entre masculinidade e violência a ponto de a segunda expressão ser entendida como pertencente à

primeira, de um modo quase que naturalizado. Assim, o fato de homens expressarem formas de violência poderia ser visto como um pleonasmo do exercício da masculinidade. No senso comum persistem atitudes que desculpam ou licenciam comportamentos violentos masculinos, bem como atitudes que cobram certo grau de violência nas condutas masculinas, para que os atores recebam o atestado de ser homem. Nesse cenário de associação entre o ser masculino e o ser violento, as relações de gênero podem ser construídas e reproduzidas embasadas em uma lógica de que a violência seria a referência para se diferenciar o homem da mulher[50].

Apesar de estudos encontrarem uma forte associação entre masculinidade e violência, não se deve fixar o estereótipo de que ser homem é ser violento. O fenômeno da violência não é inerente ao homem, mas foi construído socialmente e percebido, de modo natural, como elemento constituinte da identidade masculina[26,51].

Aceitar a violência por parceiro íntimo e considerar as mulheres como inferiores, papéis de gênero restritivos e os valores patriarcais dominantes são atitudes que podem perpetuar a ocorrência de violência e transferí-la através das gerações, por processos de aprendizagem, por meios de comunicação, escolas, e pela vivência em situações de violência em diferentes fases da vida[52].

Quando se aborda a violência doméstica entre membros da família, pode-se falar da violência intergeracional, ou seja, a reprodução de comportamentos violentos ao longo de gerações. Por exemplo: homens que violentam suas companheiras sofrem violência desde a infância, presenciando a agressão entre os pais e, até mesmo, sofrendo violência física[39]. Para Gupta et al.[53] homens que testemunharam violência entre os pais apresentavam quatro vezes mais chance de agredir a parceira, provavelmente por considerarem esse comportamento normal. Abrahams et al.[54] afirmam que testemunhar violência foi mais importante que ter sofrido violência, provavelmente porque pela observação a criança aprende que a violência é a tática adequada para resolver conflitos conjugais e lutar por sua posição na casa.

Em estudo conduzido com homens, para analisar a violência conjugal, Alves e Diniz[55] concluíram que os participantes apoiaram-se no processo de socialização do homem e da mulher para definirem a função de marido e esposa. Basearam-se ainda em uma perspectiva assimétrica e hierarquizada, em que os referenciais de masculinidade e a inadequação da mulher, ao seu papel social, são utilizados como explicação para o uso da violência na relação conjugal.

As mulheres estão presas às formas de submissão. Por outro lado, é igualmente válido dizer que os homens se encontram enclausurados nas formas de dominação. Dominação e submissão são noções eminentemente relacionais, de homens para com outros homens, de mulheres para com outras mulheres, e de homens para com as mulheres[40]. Para Ferreira[56] a violência conjugal se manifesta em quatro modalidades: o homem que agride a mulher; a mulher que violenta o marido; os cônjuges que se agridem mutuamente; os casais que, embora não sendo agressivos, cometem atos violentos quando não há mais consenso e comunicação entre os envolvidos.

Para Johnson[57-59] as formas de violência por parceiro íntimo não são as mesmas para todos os casais. É possível observar dois diferentes padrões. O primeiro se trata de uma forma mais grave e crescente de violência, caracterizada por diversas formas de abuso, terror e ameaças, e um comportamento cada vez mais possessivo e controlador por parte de quem pratica o abuso. O segundo se caracteriza por ser uma forma mais moderada de violência no relacionamento, em que a frustração constante e a raiva, ocasionalmente, irrompem em agressão física. No entanto, há poucos indícios de que as mulheres sujeitem os homens ao mesmo tipo de violência grave e crescente, como é visto frequentemente em exemplos clínicos de mulheres vítimas de agressões constantes.

A ocorrência de violência no relacionamento com o parceiro também produz sofrimento para os homens. Todavia, a agressão contra o homem é desencadeada após algum ato de violência cometido por ele contra a companheira, e nessas situações os homens são agredidos com menor crueldade e gravidade do que as mulheres são atingidas por eles. Além disso, mesmo que alguns homens possam ser humilhados, desqualificados e agredidos física e verbalmente por mulheres, é difícil imaginá-los permanentemente aterrorizados ou devastados em sua autoestima[1,55,60].

Frente a esse cenário, a VPI coloca-se como um fenômeno para além da violência em si, como algo que transcende o que se chama de "vítima" e de "agressor"; passa a englobar as situações vividas pelos envolvidos, e incorporadas como a única forma de resolver os conflitos. A VPI passa a ser uma dinâmica adotada pelo casal, e que, se não é rompida, torna-se cíclica e crônica.

Como a violência por parceiro íntimo envolve situações para além do ato em si – como a cultura e a forma como os conflitos são resolvidos em cada local –, a prevalência para esse fenômeno é distinta tanto em magnitude quanto nas características que envolvem cada um de seus tipos. Para tanto, no item a seguir aborda-se a epidemiologia da VPI.

## 3.2 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

A magnitude e o impacto da violência por parceiro íntimo têm levado ao crescimento do número de pesquisas e da produção científica sobre o tema[61-64]. Nessa revisão de literatura foram analisados 33 estudos que abordaram a VPI. Destes, quatro não referenciaram a natureza da violência estudada (quadro 1). A violência física é a mais prevalente nos estudos[9-11,13-16,36-38,65-83], estando presente em 29 deles, seguida da violência sexual[14,15,37,38,65-67,70,72,75,78-81], em 14, e violência psicológica[37,38,65,67,70,72,75,78-81,83], em 13. Porém, a maioria dos estudos aborda os três tipos[9,37,38,65,67,70,72,75,78-81].

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Medline/Pubmed (Literatura Internacional em Ciência), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), sem recorte de tempo e em qualquer idioma. Os dicionários *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DECS) foram consultados para a construção das estratégias de busca, descritas a seguir:

• Pubmed: ((“domestic violence” or “spouse abuse” or “battered women”) and (“epidemiology” or “prevalence”)) not ("child" or "pregnancy" or "elder" or "systematic review" or "HIV" or "STI" or "AIDS").

• Psychinfo: (violence):Any Field OR (domestic violence):Any Field OR ((spouse abuse)):Any Field OR (battered women):Any Field AND (epidemiology):Any Field AND (prevalence):Any Field.

• LILACS e SciELO: ("VIOLENCIA" or "VIOLENCIA contra a mulher" or "VIOLENCIA domestica") or "MAUS-tratos conjugais" or "mulheres maltratadas" or "MAUS-tratos a companheira" or "MAUS-tratos a esposa" or "MAUS-tratos a parceira" or "MAUS-tratos ao parceiro" [Descritor de assunto] and "epidemiologia" or "prevalencia" [Descritor de assunto].

Foi utilizado o programa EndNoteWeb para organizar a busca e o armazenamento dos artigos encontrados. Examinaram-se os títulos e, quando necessário, os resumos dos artigos identificados com o intuito de excluir trabalhos irrelevantes da etapa seguinte da revisão, isto é, a leitura das publicações na íntegra. Na ausência de resumos, os textos completos dos trabalhos identificados foram verificados.

Consideraram-se elegíveis os artigos originais de base populacional que analisavam prevalência de violência por parceiro íntimo publicados em qualquer idioma. As estratégias de busca retornaram 1.961 artigos. Destes, 18 foram excluídos por estarem

duplicados e, após leitura dos títulos e resumos dos artigos, 1.914 foram descartados por não atenderem aos critérios de inclusão. Assim, selecionou-se 29 artigos. As referências dos artigos selecionados foram analisadas com a finalidade de identificar estudos que atendessem aos critérios de inclusão. Como resultado, selecionou-se mais três artigos, resultando num total de 33 artigos. Outros artigos foram incorporados ao texto (elencados nas referencias) com intuito de abordar outros aspectos em relação a temática.

Quadro 1: Estudos consultados na revisão de literatura por título, autor, ano de publicação, natureza da violência investigada*.

| Título | Autor | Ano | Violência Física | Violência Sexual | Violência Psicológica |
|---|---|---|---|---|---|
| Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango | Alvarado Zaldívar, et al..[81] | 1998 | | | |
| Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro | Kronbauer, et al..[37] | 2005 | | | |
| Prevalence of intimate partner violence: fi ndings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence | Garcia-Moreno, et al..[75] | 2006 | | | |
| Intimate Partner Violence among women in slum communities in Bangkok, Thailand | Aekplakorn, et al..[70] | 2007 | | | |
| Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil | Schraiber, et al..[38] | 2007 | | | |
| The association between ill-health and abuse: a cross-sectional population based study | Wijma, et al..[80] | 2007 | | | |
| Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain | Zorrilla, et al..[65] | 2010 | | | |
| Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF | Moura, et al.[72] | 2009 | | | |
| Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues | Babu, et al..[78] | 2009 | | | |
| A national study of the prevalence an correlates of domestic violence among women in India | Dalal, et al..[79] | 2012 | | | |
| Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors | Abeya, et al.[67] | 2011 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences | Fanslow, et al..[66] | 2004 | | | |
| Prevalence and Risk Factors of Intimate Partner Violence in Eighteen U.S. States/Territories, 2005 | Breiding, et al..[14] | 2008 | | | |
| Statewide Prevalence of Intimate Partner Violence in Texas | Busch-Armendariz, et al..[15] | 2011 | | | |
| Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study | Rivera-Rivera, et al..[83] | 2004 | | | |
| Population-Based Study Who Is Most at Risk for Intimate Partner Violence? : A Canadian Population-Based Study | Romans, et al..[9] | 2007 | | | |
| The incidence and prevalence of woman abuse in Toronto | Smith MD[73] | 1987 | | | |
| Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women | Tjaden, et al..[10] | 2000 | | | |
| Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua | Ellsberg, et al..[36] | 2000 | | | |
| Prevalence of emotional, physical and sexual abuse of women in three South African provinces | Jewkes, et al..[69] | 2001 | | | |
| Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo | Tuesca, et al..[74] | 2003 | | | |
| Factors associated with spousal physical violence in Albania: cross sectional study | Burazeri, et al..[71] | 2005 | | | |
| The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District | Reichenheim, et al..[16] | 2006 | | | |
| Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida | Bruschi, et al..[82] | 2006 | | | |
| Intimate Partner Violence Among Men: prevalence, Chronicity, and Health effects | Reid, et al..[84] | 2008 | | | |
| Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007 | Anacleto, et al.[11] | 2009 | | | |
| Domestic Violence Against Married Women in Edirne | Tokuç, et al..[68] | 2010 | | | |
| Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família | Miranda, et al.[76] | 2010 | | | |
| The prevalence of domestic violence within different socio-economic classes in Central Trinidad | Nagassar, et al.[77] | 2010 | | | |

* 4 estudos não constam desse quadro por não especificarem a natureza da violência por pareceiro íntimo investigada.

Em função das especificidades de cada natureza da VPI e suas diferentes estimativas, separamos em subitens cada uma delas, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir. Destaca-se que a violência física, como objeto deste estudo, terá maior ênfase nessa revisão de literatura.

### 3.2.1 Violência física

A violência física por parceiro íntimo é objeto de estudo da maioria das pesquisas, abordada em 29[9-11,13-16,36-38,65-83] dos 33 estudos. A definição desse tipo de violência, nos estudos, baseia-se a partir dos atos elencados nos instrumentos de coleta de dados. No estudo multicêntrico, realizado por Garcia-Moreno et al.[75], a violência física é classificada por meio de atos como "*tapas, empurrões, socos, ter algo jogado, ser chutado, arrastado ou espancado e ainda a intenção ou uso de arma de fogo*", e com base no questionário utilizado na pesquisa "*WHO Multi-country Study on Women's Health on Domestic Violence against Women*"[35]. No Brasil, Moura et al.[72] e Schraiber et al.[38] fizeram uso do mesmo instrumento que define a violência física por meio de atos. Kronbauer et al.[37], em pesquisa com usuárias de uma unidade de saúde, no Sul do Brasil, definem violência física conforme atos classificados pela OMS, porém se baseando no instrumento específico de serviços de saúde, do modelo americano, *Abuse Assessment Screening*[85].

A violência física por parceiro íntimo pode ainda ser classificada, de acordo com o grau de severidade do ato cometido, em "violência física moderada" ou "violência física grave". Alguns estudos[76,82] consideram como violência física moderada ou não grave o ato de receber ou dar um "*tapa*", sem adicionar os demais atos de violência física. Outra classificação comumente utilizada para a violência física moderada, além de receber um "*tapa*", abrange os atos de "*ter algum objeto arremessado*" e "*ser empurrado ou chacoalhado*"[9,36,38,67,72,75]. A violência física grave é representada com atos como "*chute, soco, espancamento, uso de arma*"[9,36,38,67,72,75].

A menor prevalência de violência física contra a mulher (2,4%), considerado como período recordatório os últimos 12 meses, foi encontrada em estudo conduzido na Espanha[65], com mulheres entre 18 e 70 anos, que moravam em Madri pelo menos 1 ano. Nesse estudo a

violência física foi considerada a partir de uma única agressão desse tipo, tomando-se por base o instrumento *Conflict Tactics Scale* (CTS). Foram encontrados altos índices desse tipo de violência: 72% das mulheres que sofreram violência física também experimentaram a psicológica, e 12% delas experimentaram os três tipos (física, psicológica e sexual).

Em consideração ao período recordatório de 12 meses anteriores à pesquisa e em episódios durante a vida, as maiores taxas de violência física contra a mulher foram respectivamente 62,6% e 69,6%, conforme estudo de Abeya et al.[67], realizado na região urbana e rural da Etiópia, com mulheres casadas, entre 15 e 49 anos. Neste estudo, 62% das mulheres já experimentaram "*ser golpeada e empurrada*" por seus maridos ou companheiros em toda a sua vida, o que torna este o ato mais comum de violência física moderada. A maioria das mulheres relatou os atos de "*ser espancada, esmurrada, arrastada*" como os mais prevalentes (42,1%) da violência física grave. Outros atos graves de violência física, incluindo queimaduras e choque, também foram relatados (9,2%). Neste caso, a parcela de mulheres que tive experiências de violência física grave foi de 54,2% no tempo de vida e 49,2% no passado de 12 meses. Isso mostra que mais de três quartos das mulheres que experimentaram qualquer tipo de violência física tiveram agressão física grave na vida. Além disso, para todos os casos a violência foi exercida como atos repetidos. A violência nesse estudo teve como associação fatores culturais e comportamentais – por exemplo, mulheres que casaram obrigadas e que tinham parceiros polígamos, situações comuns vivenciadas pelas mulheres da Etiópia. As mulheres ainda foram questionadas se suas mães sofriam VPI, e o estudo concluiu que testemunhar VPI na infância tornou a mulher duas vezes mais propensa a relatar esse episódio em sua vida atual. Quanto ao parceiro presenciar violência na infância, a chance de cometer esse ato, contra sua parceira, foi também duas vezes maior, em comparação com aqueles que não presenciaram episódios violentos entre os pais.

Para Moura et al.[72], que investigaram a violência e os comportamentos de controle praticados por parceiros íntimos contra mulheres de 15 a 49 anos em Brasília, Distrito Federal, os atos de violência física considerados moderados, de maior prevalência tanto no decorrer da vida quanto nos últimos 12 meses, foram os empurrões ou chacoalhões (53% e 26%, respectivamente). Os socos ou o arremesso de objetos apresentaram a maior prevalência entre os atos classificados como violência grave e consistiram na segunda maior ocorrência de episódios considerados de alta frequência (57%) nos últimos 12 meses.

No entanto, os atos que apresentaram a maior frequência, isto é, que ocorreram muitas vezes no decorrer da vida e nos últimos 12 meses, foram os chutes ou as surras (61% e 56%, respectivamente). Ao menos, uma em cada quatro mulheres, relatou ter sido ameaçada ou ter sofrido lesão por arma branca e de fogo. Entre estas, 41% declararam ter sofrido episódios recorrentes desse tipo de violência.

Chama a atenção que 71% das mulheres entrevistadas por Miranda et al.[76] afirmaram sofrer violência grave, contra 22,5% que sofreram violência física moderada. As mulheres agredidas com tapas apresentaram maior probabilidade de sofrer violência física grave, e 24 vezes mais chance de serem ameaçadas com arma ou terem sofrido violência pelo uso de arma – em comparação com mulheres que nunca foram agredidas com tapas. Cabe destacar que, nesse estudo, a população alvo foi constituída apenas por mulheres que tinham filhos, e o local da coleta dos dados foi um serviço de saúde – o que, por ser um assunto de natureza íntima, deu ao local da coleta maior sensação de privacidade para a entrevistada relatar a violência.

Maior prevalência de violência física grave em relação à violência física moderada também foi verificada em estudo conduzido em cidade no interior de São Paulo[82], vinculado ao mesmo estudo multicêntrico internacional, *World Studies of Abuse in Family Environments* – WorldSAFE, do qual o estudo de Miranda et al.[76] participou. Nesse estudo verificou-se que 26% das mulheres sofreram algum tipo de violência física por parte do marido/companheiro, e desses casos, 71% foram caracterizados como violência grave. A violência grave, portanto, foi mais frequente (22,1%) que a violência não grave – só tapa (10,5%). Cabe destacar que todas as mulheres que sofreram violência física grave ao longo da vida também referiram tapa por parte do marido/companheiro. Quando foram investigados "outros tipos de violência física", 8,1% das mulheres espontaneamente citaram: "marteladas na cabeça", "pauladas", "quebrar a mulher", "esganar, sufocar" ou "machucar com tesoura ou alicate". Conforme afirma o autor, "esses atos nem sempre são considerados pelas mulheres como violência, muitas podem ter deixado de mencioná-los, minimizando a ocorrência de violência conjugal"[76].

Outro estudo brasileiro[38], integrante do *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*, realizado em dez países, classificou a violência física em moderada e grave, embasando-se em protocolo internacional. Os episódios considerados de maior gravidade também foram maioria: 57% em São Paulo e 59,3% em Pernambuco. Tapas e empurrões foram os atos mais

frequentemente relatados quanto à violência física. Ocorreram ameaças ou uso de armas por parceiro íntimo em algum momento da vida para 12,4% das entrevistadas em Pernambuco. Chama a atenção nesse estudo o maior número de relatos de violência sexual e psicológica entre as mulheres que declararam a violência física grave em relação à moderada: 91,8% em São Paulo e 92% em Pernambuco relataram alguma forma de violência psicológica concomitante à violência física grave, ao passo que para aquelas que relataram violência física moderada esse percentual foi de 73,6% e 79,8%, respectivamente. Conforme demonstram as figuras 1 e 2, a violência física vem acompanhada da psicológica, e a violência sexual, por sua vez, costuma estar associada à física, corroborada por outros estudos[36,37,86]. Destaca-se ainda que a violência mais grave parece estar associada à maior sobreposição de diversas formas de violência, em que a associação de psicológica, física e sexual responde por aproximadamente 20% dos casos, e constitui-se em situação extremamente grave.

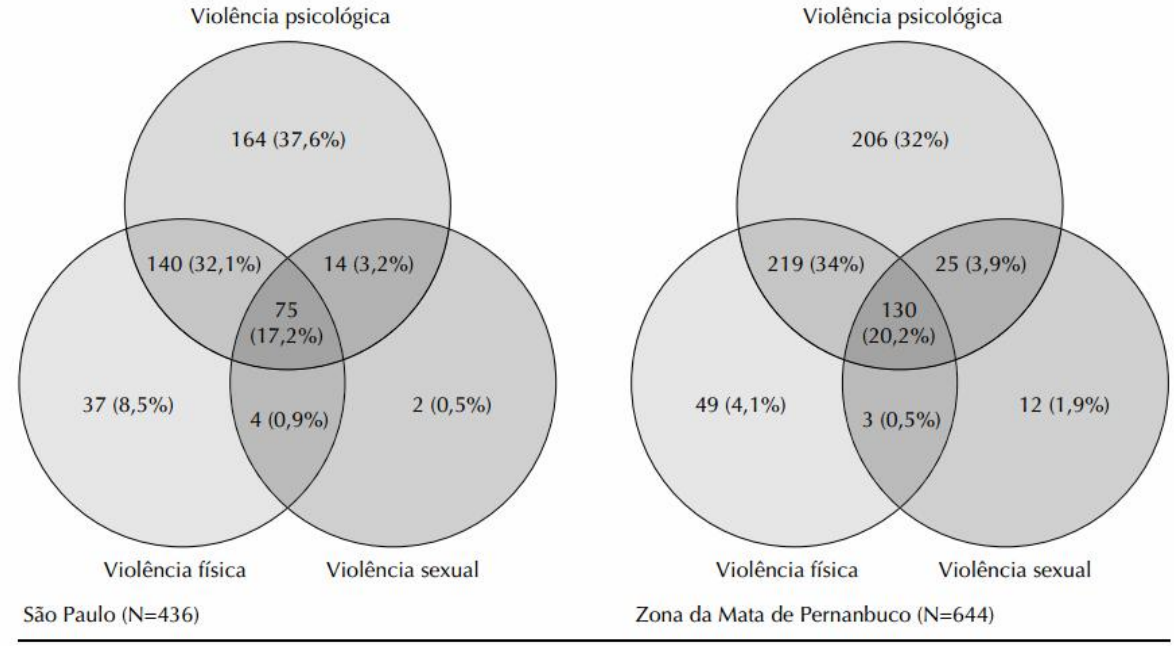


Figura 1. Frequência e sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual na vida. Município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2000–2001.
Fonte: Schraiber et al. (2007)[38]

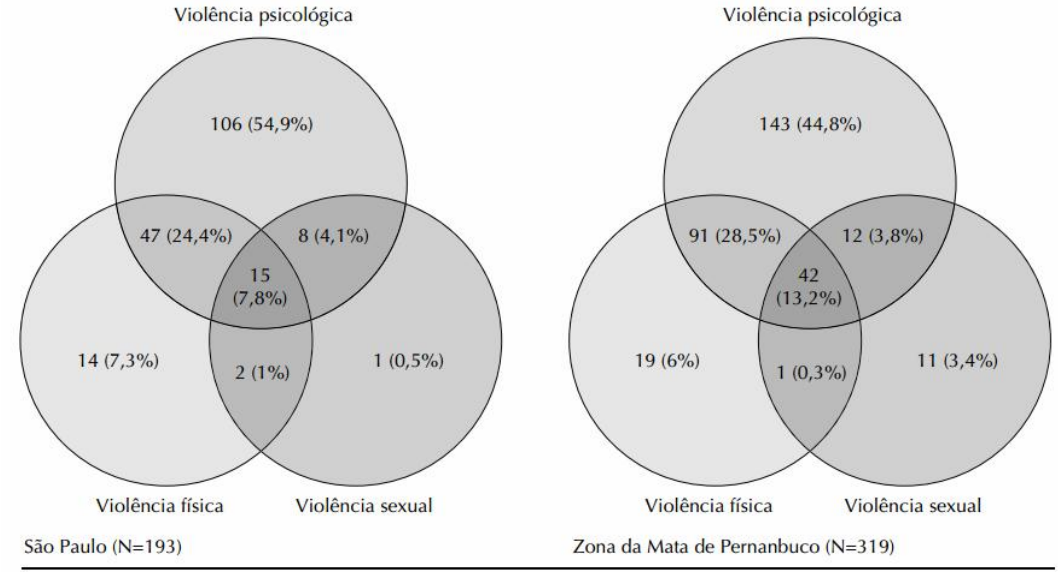


Figura 2. Frequência e sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual no ano anterior à entrevista. Município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2000–2001.
Fonte: Schraiber et al. (2007)[38]

Quanto aos agrupamentos da violência física[9,36,67,75], a moderada é mais prevalente em comparação com atos da grave, como se pode perceber em pesquisa desenvolvida na Nicarágua[36]. A maior taxa encontrada da violência física moderada foi de 40% para o ato de ser empurrada e chacoalhada. Para o ato da grave, como soco e chutes, 27% das mulheres reportaram sua exposição. Nesse estudo as mulheres que sofreram abuso prevalentemente viviam na área urbana, eram pobres e tinham mais de quatro filhos – em comparação com as mulheres que não experimentaram abuso. Também eram mais propensas a relatarem que suas mães ou suas madrastas haviam sido abusadas fisicamente pelos parceiros. Chama a atenção que 31% das mulheres que referiram violência a descreveram também durante a gravidez; destas, em 70% o abuso era de mesma intensidade ou mais forte em comparação com as não grávidas. Metade das mulheres que sofreram violência física durante a gravidez foram golpeadas na barriga. Impressiona o fato de 22% das mulheres referirem que sofreram violência física por parte de seus parceiros tanto em casa quanto na rua. O abuso de álcool, por parte dos perpetradores, foi considerado um dos principais motivos da violência física para um terço das mulheres vítimas.

Vale destacar que o risco de suicídio para mulheres que sofreram violência física moderada é 3 vezes maior, e para as que sofreram violência física grave é 8 vezes maior, em comparação com mulheres que não sofreram violência física[66].

A frequência do abuso físico também é investigada, e os episódios ocorridos mais de uma vez por semana são recorrentes, como podemos constatar no estudo realizado na África[77], que apresentou prevalência de 32% para episódios de uma a duas vezes por semana. Para Garcia-Moreno et al.[75] a maioria das mulheres experimentou cada um dos atos de violência física não uma, mas algumas ou até muitas vezes.

Quanto à VPI em homens, oito estudos[9-16] desenvolveram suas pesquisas analisando essa perspectiva. Desses oito estudos, três[11,12,16] foram conduzidos no Brasil, e dois[11,16], respondidos pela própria mulher, que afirma também agredir seus parceiros.

Na pesquisa[16] conduzida em 15 capitais brasileiras mais o Distrito Federal, a maior prevalência de violência física observada em homens apresentou taxa de 19,7%, e em mulheres, de 14,6%. O contraste é semelhante ao focalizar o abuso físico menor, mas é cerca da metade para o abuso físico grave (10,4% para homens e 7,2% para mulheres). É importante destacar que nesse mesmo estudo ocorreu uma preponderância de mulheres responsáveis para o abuso físico unidirecional (8,3% para as mulheres e 3,2% para os homens), ou seja, o abuso cometido somente por um dos parceiros, e em 11,2% dos casos os abusos são cometidos por ambos os parceiros. A prevalência para a violência física total nos casais em que a mulher tem ensino fundamental incompleto (menos de 7 anos de estudo) é sempre mais elevada do que nos casos em que a mulher tem mais de 7 anos de estudo. Com raras exceções, a prevalência de VPI aumenta de 18,9% em casais em que a mulher tem o ensino fundamental completo para 31% naqueles em que a mulher tem menor escolaridade.

Segundo Anacleto et al.[11], que também investigou a VPI em homens baseando-se no relato das mulheres, a prevalência de violência física moderada em homens foi de 13,7%, e nas mulheres, de 9,8%. A violência física considerada grave apresentou taxa de 6,8% para os homens e 5,6% para as mulheres. Nesse estudo as mulheres declararam sofrer atos de violência na mesma proporção que cometeram contra os homens. Ao analisar as associações entre os tipos de agressão para o casal e as variáveis de interesse do estudo, verificou-se que a prevalência de agressão física moderada foi maior quanto menor era a idade e a renda familiar mensal *per capita*. Observaram-se as maiores prevalências de agressão física grave no casal cuja mulher tinha entre 20 e 29 anos (11,2%) e entre aquelas com mais de 50 anos (10,6%).

No terceiro estudo realizado no Brasil[12], que envolve a violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres, a prevalência geral foi de 10,7% para os homens e de 14,6% para as mulheres. O ato mais

prevalente perpetrado por homens (7,4%) e mulheres (9,3%) foi "*empurrar, agarrar ou sacudir*". O mais comum relatado em episódios de vitimização foi a agressão com "*tapas*". Em geral, os atos de violência grave tiveram prevalência mais baixa quando comparados a violência leve. O tipo mais comum, perpetrado por ambos os sexos foi "*acertar com alguma coisa*". Cerca de 2% dos homens e 5% das mulheres relataram atingir seus parceiros com alguma coisa, e 3% dos homens contra 2% das mulheres afirmaram que seus parceiros os acertaram com algo. Os homens relataram menos violência mútua do que as mulheres (5,3% e 6,3%, respectivamente). Apenas a perpetração foi relatada por cerca de 4% dos homens e 6% das mulheres, e a exclusiva vitimização por 1,5% dos homens e 2,6% das mulheres. Isso mostra que as mulheres dizem perpetrar e sofrer mais agressões que os homens.

Chama a atenção, nos três estudos conduzidos no Brasil, que a mulher vem protagonizando atos de violência física moderada mais prevalentemente que os homens; porém, quanto mais grave é a violência, mais os homens se sobressaem como agressores. Cabe destacar que as mulheres o fazem com maior frequência em situações de autodefesa, ao passo que os homens utilizam a violência com o objetivo de intimidar a parceira e mostrar autoridade[12]. Ainda assim, considerou-se a mulher como perpetradora ou envolvida em um ato de agressão mútua, uma vez que o CTS, instrumento utilizado nos três estudos, não avalia os fatores desencadeadores da violência, apenas quem iniciou e o tipo de episódio[87].

Outro estudo[14] realizado nos EUA, e que contou com homens em sua amostra, apontou que um em cada sete homens e uma em cada quatro mulheres relataram episódios de violência física e (ou) sexo forçado por parceiro íntimo durante a vida. É destaque que, tanto em episódios ocorridos na vida (11,5% homens contra 23,6% mulheres) como naqueles no passado de 12 meses (0,7% homens contra 1,4% mulheres), as mulheres foram significativamente mais expostas do que os homens. A prevalência de violência física e (ou) sexual para as mulheres também variou segundo estado de residência, raça/etnia, idade, renda e educação. Destaca-se que nesse estudo a prevalência de violência física por parceiro íntimo apresenta as maiores taxas sempre para o sexo feminino.

No relatório de prevalência, incidência e consequências da violência[10] contra as mulheres, realizado nos EUA, que incluiu também homens, as mulheres (22,1%) experimentam mais VPI do que os homens (7,4%), em episódios durante a vida. O ato mais prevalente nas

mulheres foi o de "*ser empurrada, puxada ou agarrada*" pelo parceiro, com 18,1% dos episódios de violência física. Para os homens, os atos de "*ser empurrado, puxado ou agarrado*" e o de "*levar um tapa*" foram mais prevalentes (5,6%). Dados semelhantes são apresentados por Busch-Armendariz[15], que investigou a prevalência de violência física por parceiro íntimo no Texas, EUA. A prevalência nas mulheres foi de 37,7%, e nos homens, de 26,8%, em episódios durante a vida. O ato de "*ser empurrado contra algum objeto*" foi considerado mais prevalente nas mulheres (24,8%) contra o ato de "*levar um soco ou ser agredido com algum objeto*" (18,7%) nos homens. Destaca-se ainda que o ato de "*ser queimado de propósito*" pelo companheiro apresentou quase duas vezes mais probabilidade de ocorrer em mulheres do que nos homens, e a "*tentativa de sufocamento, estrangulamento ou asfixia*" apresentou taxas extremamente altas em mulheres (15,9%) em comparação com os homens (2,2%). É importante destacar que 20,8% das mulheres e 12,8% dos homens fisicamente agredidos relataram uso de álcool por parte de seus agressores. Como fatores potenciais para a ocorrência de episódios de VPI, 96,3% das mulheres e 93,6% dos homens associaram o uso de álcool ou drogas ilícitas pelo perpetrador, e o uso pela vítima foi referenciado por 77,2% das mulheres e por 74,5% dos homens.

Ainda em relação à vitimização em homens, destaca-se o estudo conduzido por Reid et al.[13], que entrevistou somente os homens vítimas de violência. Nessa pesquisa, conduzida nos EUA, 5,5% dos homens relataram violência física durante a vida, com 20,8% desses episódios tendo ocorrido com homens entre 18 e 54 anos de idade. A maioria das vítimas de abuso relatou múltiplas ocorrências para a violência física (68,1%). De acordo com a gravidade do ato de violência física, 31,9% relataram que este era ligeiramente violento, e 29% relataram que era moderadamente ou extremamente violento. Homens mais velhos, fisicamente abusados, foram 3,1 vezes mais propensos a relatar sintomas depressivos graves e tinham 2,8 vezes mais chance de relatar sintomas depressivos menores – comparados àqueles que não sofreram abuso. Os sintomas depressivos foram classificados com base na escala do *Center for Epidemiological Studies – Depression* (CES-D), que utiliza cinco questões para estabelecer essa classificação.

Para os homens, o estudo conduzido por Coker et al.[22] nos EUA identificou que a violência física ou psicológica, ocasionada pelo parceiro íntimo, representou uma autopercepção de saúde pior e maiores taxas de sintomas depressivos, uso abusivo de álcool e outras drogas, doença mental crônica e lesões – em comparação com homens que não experimentaram abuso.

O abuso do álcool e de drogas foi considerado como um dos principais motivos para a violência física (37%)[77] e uma das principais associações para a violência física por mulheres vitimizadas (OR:6,02)[74] e seus perpetradores (OR:11,01)[74], aumentando, assim, o risco de maltrato. Na Tailândia[70], 34,2% das vítimas de violência e 46,8% dos agressores faziam uso de álcool. Segundo Zaleski et al.[12], que investigaram a VPI e o consumo de álcool, aproximadamente quatro, em cada dez homens, e uma em cada dez mulheres entrevistadas relatou a ingestão de bebida alcoólica durante os episódios de violência; os homens relataram índices semelhantes de consumo de bebida alcoólica no caso de violência recíproca e durante atos de violência em que eles foram os autores. Porém, quando questionados sobre o uso de álcool durante o episódio de violência pelo parceiro, quase metade das mulheres e um terço dos homens relataram esse acontecimento. A diferença de gênero no consumo de álcool, durante os eventos de VPI, talvez reflita as taxas de consumo de álcool, geralmente mais elevadas entre os homens do que entre as mulheres.

Além do álcool, outras variáveis exploratórias foram investigadas nos estudos, como idade[11,16,74,82], estado civil[74], escolaridade[11,16,74,76], tempo de convivência[74,82], número de filhos[11,74], aglomeração[11], número de parceiros[76,82], renda mensal[11,74], ocupação[74,76,82] e violência na infância[68]. Um estudo conduzido na Colômbia[74] avaliou a função familiar classificada pelo Apgar Familiar, que mede as funções de adaptação, participação, afeto e resolução de problemas, e obteve associação para disfunção familiar moderada e grave, apresentando chance 81,6% maior de sofrer violência, comparada àquelas que têm um bom relacionamento familiar.

Na Turquia[68], em estudo com mulheres casadas, entre 15 e 49 anos de idade, a prevalência para a violência física foi de 34%. Além das variáveis socioeconômicas investigadas, a decisão do casamento foi questionada, e sua associação com a violência física foi significativa quando a decisão do casamento era exclusivamente da família da mulher. Além disso, a opinião da mulher quanto ao direito do homem em violentá-la fisicamente foi investigada e 50,3% das mulheres responderam que o marido deveria bater na esposa caso ela fosse negligente com os filhos, e 40% quando tivesse gastado dinheiro desnecessariamente. A opinião das mulheres sobre discriminação de gênero também foi indagada, e 28,9% são favoráveis ao fato do homem ser responsável pelas decisões importantes relacionadas à família.

As classes socioeconômicas e sua associação com a violência física também são investigadas. A classe de baixa renda, em comparação

com a de alta renda, apresenta maior probabilidade de sofrer violência, como se observa na África[77] (12,3%) e no Brasil[11] (12%). Breiding et al.[14], em estudo nos EUA, descreveram que, em relação ao grupo de renda mais elevada, mulheres do estrato de menor rendimento apresentaram 2,5 vezes mais chance de terem sido vítimas de VPI. A mesma associação foi descrita quando os homens foram os agredidos, indicando quase o dobro de chance de ocorrência de violência entre os de baixa renda quando comparados aos de maior renda. Outros estudos epidemiológicos com delineamento transversal[88], ecológico[89], caso-controle[90], e de coorte[91] indicaram associação entre condição socioeconômica desfavorável e maior prevalência de violência entre os parceiros.

A idade é uma variável que apresenta dados interessantes. Quanto menor a idade, maior é a probabilidade de sofrer violência física. O estudo de Reichenheim et al.[16] concluiu que a violência física era mais frequente em mulheres com menos de 25 anos, e essa diferença chegou a 16% na comparação com as mulheres de 25 anos ou mais. O estudo de Anacleto et al.[11] apresentou prevalência de violência moderada maior para as mulheres mais jovens (19,3%).

A baixa escolaridade também está associada à violência física por parceiro íntimo. No estudo das 15 capitais brasileiras[16] a prevalência, para mulheres com ensino fundamental completo, é de 18,9%, e para aquelas que têm menos anos de estudo sobe para 31%. Para Anacleto et al.[11] a escolaridade também apresenta associação com a violência física grave ($p<0,001$), e as mulheres com mais de 12 anos de estudo apresentaram as menores prevalências (4,8%).

Ao serem indagadas sobre a procura por ajuda, as mulheres não tendem a procurar os serviços de saúde quando são expostas à violência física. Em estudo realizado no interior de São Paulo[76], as mulheres que necessitavam de cuidados médicos, mas que não os receberam, alegaram algumas circunstâncias para não o fazer, como as que seguem: tiveram vergonha de expor o problema (34,7%); mudaram de ideia e decidiram não procurar atendimento (32,7%); ficaram com medo de represália por parte do companheiro (10,2%); tiveram medo de comprometer o companheiro (12,5%). Os dados demonstram que nenhuma mulher alegou problemas de acesso aos serviços de saúde. Geralmente a procura por ajuda ocorre em múltiplas fontes, porém as mais frequentes são pessoas da própria família ou da família do companheiro e amigos. Entre as instituições, a polícia/delegacia foi a mais procurada (36,8%), seguida das organizações de proteção à mulher/abrigos (10,5%)[82].

Além da procura por ajuda, alguns autores investigam as repercussões na saúde de quem sofre violência, e vão além das lesões decorrentes das agressões físicas. Tanto é que vários problemas de saúde apresentados pelas mulheres – como queixas ginecológicas e gastrointestinais, depressão e outras queixas vagas –, além de casos de suicídio, têm sido atribuídos potencialmente à violência, sem que necessariamente tenham sido objeto de análise epidemiológica[86,92,93]. Pessoas que sofreram abuso físico ou sexual na infância ou na fase adulta, por exemplo, têm mais problemas de saúde do que as que não sofreram – em relação ao funcionamento físico, ao bem-estar psicológico e à adoção de futuros comportamentos de risco, inclusive fumar, inatividade física, abuso de álcool e drogas[1,94-101].

A violência física por parceiro íntimo está associada a uma série de resultados adversos para a saúde, além de ferimentos e mortes[102]. Várias condições de saúde associadas à VPI podem ser resultado direto da violência física, como as contusões, as feridas de faca, os ossos fraturados, as lesões cerebrais traumáticas, as dores nas costas ou pélvica e as dores de cabeça. Outras condições são o resultado do impacto da VPI no sistema cardiovascular, endócrino, gastrointestinal e no sistema imunológico, em decorrência do estresse crônico ou de outros mecanismos[103-105].

Diante do exposto, podemos afirmar que a violência física é um fenômeno bastante estudado, mas ainda sob a ótica da mulher como vítima. Trata-se de um tipo de violência que, na maioria das vezes, envolve outros tipos de violência, acarretando diversas consequências para quem sofre. Assim, faz-se necessária a investigação desse fenômeno, sob a ótica de homens e mulheres, que demonstrem, por meio de estudos epidemiológicos, as características dos envolvidos.

### 3.2.2 Violência Sexual

A violência sexual foi identificada e abordada em 14[14,15,37,38,65-67,70,72,75,78-81] dos 33 estudos que compõem essa revisão de literatura, e a maioria desses estudos esteve associada à investigação da violência física e psicológica[37,38,65,67,70,72,75,78-81].

Segundo Schraiber et al.[38], a violência sexual é a menos frequente dentre os demais tipos de VPI. Uma possível explicação está na cultura de gênero dominante e a baixa percepção desse constrangimento no interior das relações do tipo conjugal. As mulheres que a referiram, 82,1% em São Paulo e 71,8% em Pernambuco, relataram que seus parceiros fizeram uso da força física para manter

relações sexuais. Dentre as mulheres que declararam ter sofrido violência sexual, 69,5% em São Paulo e 67,6% em Pernambuco mantiveram relações sexuais por medo do que o parceiro pudesse fazer. Quanto às recorrências, aproximadamente 20% das mulheres referiram um episódio, e em torno de 35% referiram muitos episódios.

Na Etiópia, conforme Abeya et al.[67], cerca de 59% das mulheres relataram que, em algum momento de sua vida, seus parceiros forçaram-nas a ter relações sexuais sem o seu interesse ou consentimento, e 51% desses episódios ocorreram nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Além disso, 40,4% experimentaram violência sexual por causa do medo com relação a seus maridos/companheiros. A proporção das mulheres que tinham sido forçadas com atos sexuais humilhantes, como pornografia ou prática de atos sexuais fora de "seus padrões normais", foi de 8,3% e 7,0%, durante a vida e nos últimos 12 meses, respectivamente.

Na Índia, um estudo[79] de abrangência nacional, conduzido com 124.385 mulheres casadas, concluiu que mulheres cujos maridos apresentavam comportamento controlador (ciúmes, falsas acusações, falta de confiança) tinham duas a cinco vezes mais chance de sofrerem VPI em comparação com mulheres cujos maridos não apresentavam tal comportamento. Destaca-se que o comportamento do agressor estava associado à violência sexual.

O estudo multicêntrico "*WHO Multi-country Study on Women's Health on Domestic Violence against Women*"[35,75], sobre a saúde da mulher e a violência doméstica, traz uma visão abrangente dos padrões de vitimização da violência sexual em contextos de baixa e média renda. O estudo afirma que a violência sexual praticada por um parceiro, em algum momento na vida, até os 49 anos de idade, foi relatada por 6% das mulheres no Japão e por 59% das entrevistadas na Etiópia.

Na Pesquisa Nacional sobre a Violência Contra a Mulher nos EUA[10] mostra que a maioria das vítimas de estupro conhece seu estuprador. Entre todas as vítimas do sexo feminino identificadas pela pesquisa, 43% foram estupradas pelo parceiro íntimo atual ou anterior, e 16,7%, por estranho.

O medo de que o companheiro pudesse fazer algo contra elas foi motivo para se submeterem a relações sexuais forçadas, como ocorreu com 23% das mulheres durante a vida e com 12% nos últimos 12 meses, em estudo conduzido por Moura et al.[72]. Esse dado é corroborado por Schraiber et al.[38] quando afirmam que, dentre as entrevistadas, 10,1% da cidade de São Paulo e 14% da Zona da Mata de Pernambuco relataram que haviam sido forçadas fisicamente a ter relações sexuais,

por medo, ou forçadas a prática sexual degradante. Observou-se que mulheres que sofrem violência sexual relatam mais problemas de saúde em comparação com aquelas sem histórico de violência sexual.

Sintomas médicos inexplicáveis, ou seja, que não apresentam uma causa médica identificável, como a somatização, foram considerados mais associados à violência sexual para Wijma et al.[80] do que aos outros tipos de violência, como a física e a psicológica. A depressão também foi associada com a exposição à violência sexual de maneira semelhante para a física e a psicológica. Diferentemente do que acontece com a violência física e a psicológica, na violência sexual a idade não apresenta uma faixa etária mais predisponível do que a outra, com a distribuição acontecendo de maneira equânime[80].

Estudos[94-101] mostram que as mulheres que sofreram abuso físico ou sexual na infância ou na fase adulta têm mais problemas de saúde do que as outras mulheres – em relação ao funcionamento físico, ao bem-estar psicológico e à adoção de futuros comportamentos de risco, inclusive o hábito de fumar, a inatividade física e o abuso de álcool e drogas.

Em um estudo sobre a transmissão de HIV entre heterossexuais, realizado em Uganda rural, as mulheres que relataram ter sido forçadas a fazer sexo contra sua vontade nos anos anteriores tiveram um risco oito vezes maior de se infectar com HIV[106].

Como foi colocado, a violência sexual por parceiro íntimo vem muitas vezes acompanhada de outros tipos de violência, como a física, relatada anteriormente, e a psicológica, que será abordada a seguir.

### 3.2.3 Violência psicológica

A violência psicológica foi objeto de investigação em 13 estudos[9,37,38,65,67,70,72,75,78-81,83], nos quais a definição desse tipo de violência se dá pela caracterização dos atos como "*insulto, humilhação, degradação pública, intimidação e ameaça*". A maioria dos estudos (5)[9,70,78,80,81] conduziu a pesquisa com questionário próprio, seguido por outros (4)[37,38,67,72] que utilizaram as perguntas sobre violência psicológica contidas no questionário da pesquisa "*WHO Multi-country Study on Women's Health on Domestic Violence against Women*"[35]; nestes, destaca-se o "*insulto*" como o ato mais prevalente, tanto para episódios ocorridos durante a vida, como em episódios ocorridos nos últimos 12 meses, (69%[72] e 59,4%[67], respectivamente).

A violência psicológica foi considerada como o evento mais frequente durante a vida e em episódios ocorridos no último ano, em

vários estudos[37,38,65,72]. Conforme Schraiber et al.[38], além da alta frequência, nesse estudo a violência psicológica não foi referenciada como episódio único, mas relatada como algo que aconteceu muitas vezes para 44% das mulheres de Pernambuco[38]. A violência psicológica nesse estudo acompanhou 90% dos relatos sobre outras formas de violência, como a física e a sexual. No entanto, em contraste com a violência física ou a sexual, a psicológica foi a que apresentou a maior taxa de ocorrência exclusiva: 37,6% dos casos em São Paulo e 32% em Pernambuco. Cabe destacar que, quando é exclusiva, a violência psicológica parece expressar-se de maneira mais moderada do que quando está associada a outras formas de violência. Das mulheres que declararam violência psicológica exclusiva, os episódios mais referidos foram "insultos" isolados (41,5% em São Paulo e 30,7% em Pernambuco). Apenas 3,05% das mulheres em São Paulo e 1,46% de Pernambuco, que referiram a violência psicológica exclusiva, declararam ter sofrido todas as suas expressões (insultos, humilhação, intimidação, ameaça). Por outro lado, entre as mulheres que disseram ter sofrido as três formas de violência (física, sexual e psicológica) 45,3% em São Paulo e 53,8% em Pernambuco referiram todas as quatro expressões de violência psicológica.

Em região urbana economicamente vulnerável de Brasília[72] a violência psicológica também apresentou a mais elevada das prevalências em mulheres para episódios durante a vida (80,2%). A forma de violência psicológica, com maior prevalência ao longo da vida e nos últimos 12 meses, foi o insulto (69% e 39%, respectivamente). Porém, as ameaças ao longo da vida e no ano anterior à entrevista (50% e 32%) apresentaram a maior proporção de relatos repetidos de episódios (62% e 63%). A violência psicológica exclusiva nos últimos 12 meses (34,9%) foi mais alta do que ao longo da vida (25,7%).

De maneira semelhante, esses dados são corroborados por Kronbauer e Meneghel[37]. Os autores também encontraram uma prevalência maior para a violência psicológica (55%) em mulheres. Destaca-se que as mulheres mais velhas referiram maiores prevalências de violência psicológica, assim como aquelas com menos instrução. Mulheres cujos parceiros se recusavam a usar preservativos e mulheres com história de aborto relataram mais episódios de violência psicológica. Tal fato, segundo os autores, mostra a dificuldade das mulheres em efetivar essa negociação, e pode estar relacionado à baixa autoestima e ao contexto machista das relações domésticas, por conseguinte, expondo-se a outros tipos de violência. A presença de distúrbios psiquiátricos menores – considerada no estudo como resposta

afirmativa a sete ou mais perguntas do instrumento *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) – nas mulheres estudadas esteve estatisticamente associada à violência psicológica; quanto à ideação suicida, percebeu-se que as mulheres que referiram esse comportamento apresentaram prevalência de 86% da violência psicológica (p=0,000). Assim, o estudo concluiu que, quanto à fragilidade das mulheres violentadas, elas podem sofrer efeitos permanentes em termos de autoestima e autoimagem, e tornarem-se menos seguras do seu valor e mais propensas à depressão. Da mesma forma, a depressão e os sintomas de ansiedade, durante o ano anterior à pesquisa, estiveram associados com a violência psicológica em pesquisa conduzida por Wijma et al.[80].

Na Etiópia[67], cerca de dois terços (66,9%) das mulheres foram insultadas verbalmente, o que as fizeram sentir-se mal sobre si mesmas, pelo menos uma vez na vida. Uma em cada três (34,8%) mulheres foi humilhada na frente de outras pessoas. Durante a vida, 38,9% foram intimidadas, e para 59,4% destas, esse episódio aconteceu ao menos uma vez durante os últimos 12 meses. Em geral, a prevalência de violência psicológica foi 70,2% durante o tempo de vida e 63,9% em experiências atuais, o que representa uma prevalência bastante alta.

Elevada taxa na prevalência de violência psicológica foi observada na Turquia[68]. O total da prevalência, relacionado aos últimos 12 meses, para diferentes formas de violência psicológica, foi reportado por 93% das mulheres entrevistadas. Da mesma forma, para episódios durante a vida, por 64,5% das mulheres. Quanto ao ato mais prevalente, o "*controle da vida da mulher*" foi relatado por 30,4% das entrevistadas. Destaca-se, nesse estudo, que metade das mulheres são desempregadas, pois seus maridos as proibiram de trabalhar e 5% dos parceiros denigrem suas mulheres em razão da falta de escolaridade e do desemprego. A conclusão do estudo é que valores patriarcais e tradicionais distanciam a mulher de uma autonomia financeira, diminuindo seu *status* econômico e aumentando, assim, os fatores de risco para sofrer violência. Como a Turquia é um país de rígidas leis religiosas e conservador, as mulheres comumente acreditam que devem ser estigmatizadas e culpadas pelo abuso que recebem, e muitas não aceitaram divulgar a violência que sofrem.

Para homens, a violência psicológica no estudo de Reid et al.[13] foi referenciada por 92,4% dos entrevistados, os quais afirmaram que os episódios foram recorrentes. Homens mais velhos foram mais propensos a reportar violência psicológica (40%) em comparação com os mais

jovens (20%), e tiveram 2,6 vezes mais chance de reportarem distúrbios psiquiátricos menores.

Estudo de Adeodato et al.[41] sobre depressão em mulheres. vítimas de violência conjugal, encontrou escores elevados para distúrbios não psicóticos. Em estudo anterior, observou-se que mulheres em situação de violência frequentemente apresentam quadros de ansiedade e outros distúrbios psicossomáticos, os quais muitas vezes são erroneamente diagnosticados e desqualificados pelo profissional, que considera a queixa apresentada pela mulher como algo fantasioso ou com o objetivo de chamar a atenção[107]. Desta forma, a suspeita de uma situação de violência dificilmente é cogitada.

Assim, é importante discutir a associação entre violência por parceiro íntimo e condições de saúde mental das pessoas que vivenciam essa violência.

## 3.3 A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL

A violência por parceiro íntimo tem apresentado alta prevalência em várias regiões do mundo[9,10,65,66,108], com inúmeras consequências[102-105] para mulheres[66] e homens[22] vítimas, havendo diversos fatores associados[11,16,74,76,83]. Assim, realizou-se uma revisão de literatura referente à associação entre a VPI e condições de saúde mental que se refere, neste estudo, a depressão, a ideação suicida e o transtorno mental comum (TMC).

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Medline/Pubmed (Literatura Internacional em Ciência), SciELO e LILACS, sem recorte de tempo e em qualquer idioma. Os dicionários MeSH e DECS foram consultados para a construção das estratégias de busca, descritas a seguir:

• Pubmed: (“domestic violence” or “spouse abuse” or “battered women”) and (“epidemiology” or “prevalence” or "logistic models") and ("mental health" or "suicidal ideation" or "depression" or "depressive disorder") and not ("child") and not ("pregnancy").

• LILACS e SciELO: (“violência doméstica” or “maus-tratos conjugais” or “mulheres maltratadas” and (“saúde mental” or “ideação suicida” or “depressão” or “transtorno mental”) and (“epidemiologia” or “prevalência”) and not (“criança”) and not (“gestante”) and not (“grávida”) and not (“gravidez”). Foi utilizado o programa EndNoteWeb para organizar a busca e o armazenamento dos artigos encontrados.

Foram consideramos elegíveis os artigos originais que analisavam a associação entre violência por parceiro íntimo e condições de saúde mental, que se referem a depressão, ideação suicida e (ou) transtorno mental comum. Nesse processo resultaram 571 artigos. Destes, quatro foram excluídos por estarem duplicados e, após leitura dos títulos e resumos, 535 não atenderam os critérios de inclusão, resultando em 32 artigos objetos de análise. Tomando por base as referências desses artigos foram identificados mais 8 que atenderam os critérios de inclusão, resultando assim em 40 artigos que fazem parte desta revisão. Destes, 27 abordaram a associação entre VPI e depressão, 13 entre VPI e ideação suicida e 6 entre VPI e transtorno mental comum. Dentre os 40 artigos objetos de análise, 7 investigaram mais de uma condição de saúde mental associada a VPI, sendo 5 dos 7 a TMC e depressão, 1 a ideação suicida e TMC e 1 a ideação suicida e depressão, conforme (quadro 2). Outros artigos foram incorporados ao texto (elencados nas referencias) com intuito de abordar outros aspectos em relação a temática.

Quadro 2: Estudos consultados na revisão de literatura por título, autor, ano de publicação, natureza da violência e condição de saúde investigada.

| Título | Autor | Ano | VPI | Violência Física | Violência Sexual | Violência Psicológica | Ideação Suicida | TMC | Depressão |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Partner Violence: Implications for health and community settings | Petersen, et al.[109] | 2001 | ■ | | | | | | ■ |
| Relation of Low-Severity violence to women's health | McCauley, et al..[110] | 1998 | ■ | | | | ■ | | |
| Domestic Violence in an Inner-City ED | Ernst, et al.[111] | 1997 | | ■ | | ■ | ■ | | |
| Determinants of depressive symptoms in Jordanian working women | Al-Modallal, et al..[112] | 2010 | ■ | | | | | | ■ |
| The relationship between domestic violence and the prevalence of depressive symptoms in married women between 15 and 49 | Cengiz Özyurt, et al..[113] | 2011 | ■ | | | | | | ■ |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| years of age in a rural area of Manisa, Turkey | | | | | | | | | |
| Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21 year-olds: bridging the gap between clinical and epidemiological approaches | Magdol, et al..[114] | 1997 | | | | | | | |
| Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja | Encinas, et al..[115] | 2010 | | | | | | | |
| The association between ill-health and abuse: a cross-sectional population based study | Wijma, et al.[80] | 2007 | | | | | | | |
| Association of various reproductive rights, domestic violence and marital rape with depression among Pakistani women | Ali, et al.[116] | 2009 | | | | | | | |
| Intimate partner violence and mental health effects: a population-based study among married women in Karachi, Pakistan | Ali, et al.[117] | 2013 | | | | | | | |
| Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in Paraguay | Ishida, et al.[118] | 2010 | | | | | | | |
| Spousal violence against women and suicidal ideation in Bangladesh | Naved, et al.[119] | 2008 | | | | | | | |
| Intimate partner violence and mental | Houry, et al.[120] | 2006 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| health symptoms in African American female ED patients | | | | | | | | | |
| Lifetime history of abuse, suffering and psychological health | Samelius, et al.[121] | 2010 | | | | | | | |
| Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women | Coker, et al.[22] | 2002 | | | | | | | |
| Violent victimization of women and men: physical and psychiatric symptoms | Porcerelli, et al.[122] | 2003 | | | | | | | |
| Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health | Coker, et al.[123] | 2002 | | | | | | | |
| Medical and psychosocial diagnoses in women with history of intimate partner violence | Bonomi, A. E. et al.[124] | 2009 | | | | | | | |
| Evaluating the mental health of Jordanian women in relationships with intimate partner abuse | Hamdan-Mansour, et al.[125] | 2011 | | | | | | | |
| Profiles of distress in sheltered battered women: implications for intervention | Hughes, et al.[126] | 2011 | | | | | | | |
| Mental health of victims of intimate partner violence: results from a national epidemiologic survey | Okuda, et al.[23] | 2011 | | | | | | | |
| Sleep Disturbances and their association with mental health among women exposed to intimate partner violence | Pigeon, et al.[127] | 2011 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression | Prosman, et al.[128] | 2011 | | | | | | | |
| Psychiatric morbidity and domestic violence: a survey of married women in Lahore | Ayub, et al.[129] | 2009 | | | | | | | |
| Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas de casa e trabalhadoras | Araújo, et al.[130] | 2006 | | | | | | | |
| Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women´s health and domestic violence: an observational study | Ellsberg, et al.[131] | 2008 | | | | | | | |
| Intimate Partner violence, depression, and resource availability among a community sample of Hispanic women | González-Guarda, et al.[132] | 2009 | | | | | | | |
| Domestic violence and its mental health correlates in Indian women | Kumar, et al.[133] | 2005 | | | | | | | |
| Depression among couples in the United States in the context of intimate partner violence | Vaeth, et al.[134] | 2010 | | | | | | | |
| Intimate partner violence and co morbid mental health conditions among urban male patients | Rhodes, et al.[135] | 2009 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: a longitudinal study | Blasco-Ros, et al.[136] | 2010 | ■ | | | | ■ | | ■ |
| The mental health consequences of intimate partner violence against women in Agaro Town, southwest Ethiopia | Tadegge[137] | 2008 | | | ■ | | | ■ | ■ |
| Violence against women by their intimate partner and common mental disorders | Ludermir, et al.[138] | 2008 | ■ | | | | | ■ | |
| Intimate partner violence and depression among whites, blacks, and Hispanics | Caetano, et al..[139] | 2003 | | ■ | ■ | | | | ■ |
| Partner alcohol use, violence and women's mental health: population-based survey in India | Madhabika, et al.[140] | 2010 | | ■ | ■ | ■ | | ■ | |
| Suicidal ideation and the prevalence or intimate partner violence against women in rural western China | Yanqiu, et al.[141] | 2011 | | ■ | | ■ | ■ | | |
| Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning | Bonomi, et al.[142] | 2006 | | ■ | ■ | ■ | | | ■ |
| Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence | Bonomi, et al.[143] | 2007 | | ■ | ■ | | | | ■ |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| exposure | | | | | | | | | |
| Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women | Devries, et al.[144] | 2011 | | | | | | | |

### 3.3.1 Depressão

Entre as 27 pesquisas que investigaram a associação da depressão com VPI, 20[23,109,112-115,120-122,124-129,134,136,137,139] desenvolveram seus estudos com mulheres, 7[22,23,114,122,134,135,139] com homens e mulheres e 1[135] somente com homens. Os instrumentos utilizados na investigação foram o CES-D[109,112,123,127,132,134,139,142,143] e *Beck Depression Inventory* (BDI)[113,115,120,125,126,128,135,136].

A palavra "depressão" entrou para o léxico em meados de 1680, designando uma "redução de negócios mercantis". Era, nessa época, raramente associada com questões psicológicas. Contudo, na primeira metade do século XVIII o termo depressão foi utilizado pela primeira vez como sinônimo da expressão "espírito cabisbaixo". Por volta de 1860, a palavra já era encontrada em dicionários médicos, inicialmente relacionada com a cardiologia, significando uma diminuição na capacidade funcional do coração. Aos poucos, foi sendo empregada em um contexto psicológico, como alternativa à melancolia e à lipemania, especialmente por sugerir uma redução fisiológica e metafórica da função emocional e por ter a habilidade de nomear semanticamente não apenas um sintoma, mas uma doença. Esse fato é ilustrado na primeira edição do "*Manuel Pratique de Médecine Mentale*", publicado em 1885 pelo alienista francês Étienne Régis (1855–1918), no qual a depressão foi definida como o "estado oposto à excitação (...) que consiste em uma redução na atividade geral, variando desde uma pequena falha na concentração até a paralisia total"[145].

O "*Dictionary of Philosophy and Psychology*", do psicólogo americano James Baldwin (1861–1934), por sua vez, definiu-a como "uma condição caracterizada pela ruína do espírito, pela falta de coragem ou iniciativa e por uma tendência a ter pensamentos

tristes”[146]. O psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856–1926) foi o primeiro a utilizar o termo “estados depressivos” para designar não um sintoma mental, mas uma categoria genérica de enfermidades correlatas[147]. Na sexta edição do seu trabalho clássico, no início do século XX, Kraepelin distinguiu a “psicose maníaco-depressiva” de outras doenças, conceituando os estados depressivos, tornando equivalentes os termos depressão e melancolia[148]. O autor conceituou as doenças depressivas por meio de um critério unitário, e foi pioneiro ao conferir um lugar de destaque ao termo depressão. A depressão para ele consiste em um conjunto de sintomas e sinais dentre os quais se salienta a tristeza profunda, a incapacidade de reagir adequadamente, oportunamente e prazerosamente às incitações do meio ambiente[149].

Dessa forma, a definição de depressão passou por algumas revisões conceituais ao longo dos séculos, desde Hipócrates até os atuais manuais classificatórios, mas é notório que sempre se fala em mania, melancolia[150,151].

Segundo a OMS[152], o que consta na Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID-10) é que a depressão – ou episódio depressivo – caracteriza-se principalmente pelo sofrimento causado por humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Também são encontrados sintomas comuns em pessoas que apresentam esse quadro: concentração e atenção reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas de futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído[152].

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Tratamento de Transtornos Mentais (DSM-IV)[153], um episódio depressivo maior se caracteriza pelo humor deprimido, ou pela perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades, por um período mínimo de duas semanas. Além disso, devem-se apresentar pelos menos quatro dos sintomas a seguir: (1) perda ou ganho de peso significativo; (2) insônia ou hipersonia; (3) agitação ou retardo psicomotor; (4) fadiga ou perda de energia; (5) culpa e autodesvalorização; (6) diminuição da capacidade de pensar e concentrar; (7) pensamentos recorrentes de morte, tentativa ou ideação suicida. O transtorno depressivo menor apresenta descrição igual à depressão maior, mas envolve menos sintomas (dois a quatro sintomas) e menor prejuízo[153].

Quanto à associação entre a depressão e a violência por parceiro íntimo, Bonomi et al.[124,142], em estudo baseado em um banco de dados de um plano de saúde, investigaram por telefone 3.568 mulheres entre

18 e 64 anos e publicaram dois artigos. No primeiro, investigaram a associação entre o período recordatório e tempo de exposição à violência com os desfechos de saúde, entre eles a depressão. Observaram que o período recordatório tende a ser mais fortemente associado com depressão do que o tempo de exposição à violência. Mulheres que haviam sofrido episódios de violência recente (últimos cinco anos) apresentavam 2,3 e 2,6 vezes maior prevalência para sintomas depressivos leves e graves, respectivamente. Ao estender o período recordatório da violência para mais de cinco anos, a magnitude de associação com a depressão foi 1,5 e 1,6 vezes maior.

A prevalência de depressão foi comparada entre as mulheres vítimas ou não de violência física e sexual no segundo[143] artigo, no qual se verificou que a prevalência de depressão leve e grave foi maior entre aquelas que sofreram violência sexual (1,45 e 2,06). Para as que sofreram violência física as prevalências foram 64% e 90% maiores em comparação com aquelas que não sofreram essa violência.

Na Suécia, Samelius et al.[121] tiveram como objetivo investigar a prevalência de violência física, sexual e psicológica em episódios ocorridos em algum momento da vida e no período de coleta de dados, bem como a associação desta com problemas de saúde mental, em 5.896 mulheres, entre 18 e 60 anos. Os autores observaram que a prevalência de depressão foi aproximadamente duas vezes maior entre mulheres que referiram episódios recentes de VPI (52,3%) comparadas àquelas que referiram episódios em algum momento da vida (20,3%).

Em estudo na Holanda[128], 50,8% das mulheres que sofreram VPI apresentavam diagnóstico de depressão. Destas, 23% estavam com depressão grave. Estudos de Al-Modallal et al.[112] com mulheres na Jordânia, e Tadegge et al.[137] com mulheres na Etiópia, verificaram chance aproximadamente três vezes maior de depressão entre aquelas que sofriam VPI. Houry et al.[120], ao investigarem mulheres africanas que viviam nos EUA, encontraram prevalência da violência por parceiro íntimo de 36%. Ao menos uma em cada quatro mulheres referiu depressão, e foi maior entre as vítimas de violência por parceiro íntimo.

Dentre os quatro estudos[23,114,122,123] que incluíram homens e mulheres, três foram realizados nos EUA. No estudo conduzido por Okuda et al.[23], 5,8% dos homens e 5,6% das mulheres referenciaram terem sido vítimas de violência pelo parceiro. Destes, a chance de apresentar depressão foi 1,8 vezes maior em comparação com quem não sofreu violência.

Similarmente, em outro estudo conduzido nos EUA[122] 4,7% dos homens e 7,4% das mulheres reportaram violência física grave por

parceiro íntimo nos últimos doze meses. As mulheres referiram mais sintomas depressivos do que os homens, independentemente de sofrerem ou não violência física. As mulheres vítimas de violência apresentam prevalência quase duas vezes maior de ter sintomas depressivos em comparação com os homens.

Ainda, nos EUA, Coker et al.[22] encontraram prevalência de sofrer VPI para homens de 12,3% e para mulheres de 29,7%. Sintomas depressivos foram 2,1 vezes maiores em mulheres vítimas de violência física do que naquelas nunca acometidas. Quanto aos homens, essa probabilidade foi 1,9 vezes maior, não sendo a diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Todas as formas de VPI foram significativamente associadas a sintomas depressivos em homens e mulheres.

Um em cada três homens e uma em cada quatro mulheres relataram ser vítimas de violência física pelo parceiro íntimo. A probabilidade de depressão em mulheres expostas a essa violência aumentou em 67%, ao passo que em homens essa proporção foi de apenas 15% – dados encontrados em estudo conduzido na Nova Zelândia[114]. Por sua vez, Rhodes et al.[135], em investigação apenas com homens, nos EUA, encontraram que a depressão apresentou-se em 18,4% dos homens com histórico de VPI contra 3,3% sem histórico.

Assim, podemos afirmar que a depressão e a violência por parceiro íntimo apresentam uma forte e significativa associação, porém ainda sendo estudadas predominantemente sob a ótica das mulheres e, no Brasil, ainda de maneira bastante restrita.

### 3.3.2 Ideação Suicida

Nos 13 estudos que abordaram a ideação suicida, 12[110,115,117-121,126,131,136,141,144] investigaram mulheres, utilizando o instrumento SRQ-20, e *Scale for Suicide Ideation* (SSI)[141] (este instrumento foi utilizado por um único estudo que investigou homens).

A ideação suicida consiste em um preditor de tentativas de suicídio[154]. Assim, pode ser compreendido como o estopim para que tal atitude seja consumada[155]. Em relação à definição do termo, é importante pontuar que se refere ao pensamento ou à ideia suicida, englobando desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tenha de acabar com a própria vida[156]. Suicídio (do latim *sui*, "próprio", e *caedere*, "matar") é o ato intencional de matar a si mesmo. Sabe-se que o suicídio está entre as maiores causas de mortalidade do mundo, principalmente

entre os jovens[157]. Apresenta prevalência crescente, considerada uma questão de saúde pública[158].

A frequência e a intensidade da ideação suicida aumentam com a idade cronológica, principalmente depois da puberdade[159]. Investigações a respeito do comportamento suicida apontam seis principais fatores de risco para essa situação: o aumento na prevalência de transtornos depressivos; o aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas; mudanças psicobiológicas, como a diminuição na data de início da puberdade; aumento no número de estressores sociais; mudança nos padrões de aceitação de comportamentos suicidas e aumento das taxas de tentativas de suicídio[160-162].

Pode-se dividir o comportamento suicida em três categorias diferentes: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Dessa forma, num dos extremos tem-se a ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar); no outro, o suicídio efetivado, estando entre eles a tentativa de suicídio[163].

Diversos estudos[113,117,119,120,141] têm investigado a associação entre a ideação suicida e a VPI, e apresentam uma elevada probabilidade do fenômeno nos grupos envolvidos na VPI – de até 4,3 vezes maior chance para ideação suicida entre as mulheres que sofreram violência, quando comparadas àquelas que não sofreram[99].

De maneira semelhante, em pesquisa conduzida por Ernst et al.[111], nos EUA, a violência física por parceiro íntimo aumentou em 4,49 vezes a chance de ideação suicida, e os demais tipos de violência elevaram essa chance em 3,47, ambas as associações consideradas significativas ($p<0,001$). A violência física foi um preditor para a ideação suicida.

A associação significativa entre ideação suicida e VPI também pôde ser observada no estudo conduzido por Yanqiu et al.[141] com mulheres na China. As vítimas de abusos físicos estavam em maior risco de apresentar ideação suicida do que aquelas que não tinham sofrido agressão física. Esse dado também foi observado no estudo de Ali et al.[117] realizado no Paquistão. A prevalência de ideação suicida em mulheres que sofreram violência física foi de 74,1%, elevando assim em quatro vezes a probabilidade de ocorrência de ideação suicida em mulheres expostas à violência em comparação com mulheres que não sofreram violência (RC:4,41;3,18-6,12).

Para Stark e Flitcraft[164], 35% a 40% das mulheres agredidas tentaram suicídio. Os autores sugerem que o abuso físico de mulheres poderia ter sido o motivo mais importante para tentativas de suicídio. Mulheres que sofreram abuso físico grave por seu parceiro íntimo nos

12 meses anteriores à pesquisa foram quatro vezes mais propensas a relatar ideação suicida, durante as últimas quatro semanas, em comparação com aquelas que não foram expostas a esse tipo de violência[119].

Entre as mulheres africanas residentes nos EUA[120] que procuraram um serviço de emergência, 36% sofreram violência por parte de seus parceiros íntimos. A proporção de ideação suicida neste caso foi 6 vezes maior (12% *versus* 2%).

No estudo multicêntrico organizado pela OMS[165], as mulheres que experienciaram a violência física, sexual e psicológica tiveram uma chance 2,9 vezes maior de ideias suicidas e 3,8 para tentativas de suicídio quando comparadas com mulheres que não sofreram violência. Vale destacar que o Brasil nesse estudo apresentou a maior prevalência (47%) para ideação suicida entre as mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo.

De maneira semelhante, Devries et al.[144] em estudo integrante do *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women* concluíram que sofrer violência por parceiro íntimo aumentou em 2,29 vezes a chance de tentativa de suicídio entre as mulheres no Brasil, valor inferior apenas ao identificado no Peru entre todos os nove países investigados. Quanto à violência física, estudo na África[137] identificou que a probabilidade de referir ideação suicida para mulheres que sofreram esse tipo de violência aumentou em 3,5 vezes quando comparadas àquelas que nunca sofreram. No estudo de Rhodes et al.[135] nos EUA, a ideação suicida entre os homens que tiveram envolvimento com VPI foi de 9,2% contra 0,7% para aqueles sem envolvimento.

Para tanto, podemos afirmar que a ideação suicida e a violência por parceiro íntimo são fenômenos que estão associados de maneira bastante significativa. Assim, como foi destacado, o Brasil apresenta alta probabilidade de ideação suicida em pessoas que sofreram violência por parceiro íntimo quando comparado a outros países.

### 3.3.3 Transtorno Mental Comum

O transtorno mental comum foi descrito pela primeira vez por Goldberg & Huxley[166], caracterizando-se por sintomas não psicóticos, como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Os TMC são aqueles em que o indivíduo não se encaixa em diagnósticos formais de depressão e (ou) ansiedade pelos critérios da classificação DSM-IV e CID-10, mas que

trazem uma incapacidade funcional bastante relevante[167]. Nesta revisão o TMC associado à VPI foi objeto de 6 estudos[118,130,133,137,138,140], que investigaram somente mulheres, utilizando como instrumentos o SRQ-20[118,133,137,138] e o *General Health Questionary* (GHQ)[140].

Em pesquisas realizadas em 54 países pela OMS foi constatado que os transtornos mentais são responsáveis por 30,8% das doenças físicas, e por sete das dez principais causas de anos vividos com incapacidades no mundo[168]. Quanto à associação da violência por parceiro íntimo e o TMC, estudo realizado na Índia[133] demonstrou que 56% das mulheres vítimas de violência física ou psicológica pelo parceiro íntimo apresentaram esse diagnóstico.

É importante destacar que sofrer qualquer um dos atos de violência física, como tapa, acertar com alguma coisa, chute e soco, apresentou o mesmo risco para o TMC, porém, foi 3,5 vezes maior para mulheres que sofreram todos os atos juntos em comparação com aquelas que nunca sofreram violência física. No mesmo país, Madhabika et al.[140] identificaram que a chance de uma mulher apresentar o TMC quando sofre violência por parceiro íntimo aumentou em 4,41 vezes em comparação com aquelas que não sofreram esse tipo de violência.

Ishida et al.[118] identificaram no Paraguai prevalência do TMC de 27,8% entre as mulheres. Destas, 55,5% sofreram violência física por parceiro íntimo. Para estudo multicêntrico conduzido pela OMS[138], inclusive no Brasil, a prevalência de TMC foi de 34,5%, maior (49,0%) entre as mulheres que referiram alguma forma de violência. Destaca-se ainda que a frequência de TMC aumentou com a gravidade da violência sofrida, 30,6% para as mulheres que sofreram apenas violência física e 62,9% para aquelas que sofreram todas as formas de violência por parceiro íntimo.

Em outro estudo[130] brasileiro, 69,2% das mulheres que sofreram agressão por parte de seus parceiros apresentaram o TMC. Os autores concluíram que a violência se configurou como o principal fator de risco para o desenvolvimento do transtorno. Como se pode perceber, a violência por parceiro íntimo é um fator de associação significativo para o TMC, principalmente quanto maior for a gravidade dessa violência.

Por meio da revisão elaborada, podemos demonstrar o quanto a violência por parceiro íntimo está significativamente associada a depressão, ideação suicida e transtorno mental comum, independentemente do país onde as pesquisas foram realizadas e do tipo de instrumento aplicado. Assim, é importante o estudo a que nos propomos, pois a associação entre as condições de saúde mental e a violência por parceiro íntimo é uma realidade e necessita ser mais

investigada para que seja consideradas como um alerta de que, muito além de consequências físicas, a violência por parceiro íntimo fragiliza a pessoa envolvida nessa situação de maneira imperceptível, podendo levar à ideia de que a única opção para acabar com o sofrimento é tirar a própria vida.

# 4 MÉTODO

A metodologia aqui exposta trata das etapas comuns aos artigos propostos. Peculiaridades metodológicas dos manuscritos podem ser observadas na seção que discorre sobre os métodos em cada um dos artigos.

## 4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

O "Estudo das Condições de Saúde da População Adulta de Florianópolis, Santa Catarina", *EpiFloripa Adulto*, foi um estudo desenvolvido por pesquisadores, mestrandos, doutorandos e pós-doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, financiado com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Diversos pesquisadores foram convidados para participar do estudo, incluindo alunos de mestrado e doutorado de outros Programas de Pós-Graduação, como o de Nutrição e Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e Epidemiologia e Educação Física da Universidade Federal de Pelotas. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2009 a janeiro de 2010.

## 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na zona urbana do município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. De acordo com dados do Censo de 2010, a cidade tinha 421.240 habitantes, distribuídos em 671,578 $km^2$ (densidade demográfica de 627,24 habitantes/$km^2$). Para o cálculo da amostragem do estudo foram utilizados os dados referentes ao ano de 2007. O município tinha uma população de 396.723 habitantes, distribuída numa extensão territorial de 908,02 $km^2$.

O município apresenta uma razão de dependência de 47,7%, e o índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) era de 0,875 em 2000, considerado um alto índice de desenvolvimento humano, colocando Florianópolis na 4ª posição dentre todos os municípios brasileiros. A mortalidade infantil foi de 9,1/1000 nascidos vivos em 2009; a esperança de vida, de 72,8 anos; a taxa de fecundidade, de 2,3 filhos por mulher; a taxa de alfabetização, de 96,7%[169].

## 4.3 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DO ESTUDO

A população de referência do estudo foi constituída por adultos, na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade completos no ano da pesquisa, de ambos os sexos e residentes na zona urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina. Essa faixa etária compreendeu aproximadamente 57,5% da população total do município – 239.448[169] pessoas em 2009.

## 4.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional.

## 4.5 AMOSTRA

### 4.5.1 Cálculo do tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a fórmula para cálculo de prevalência, por meio do programa Epi-Info[170], versão 6.04, de domínio público, considerando-se os seguintes parâmetros:
$n = N \cdot z^2 \cdot P (1 - P)/d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot (1 - P)$ X deff + % de perdas estimadas

Neste caso:
n = tamanho mínimo da amostra necessária para o estudo;
N = número da população de referência: 239.448;
Z = nível de confiança (geralmente igual a 5%) expresso em desvios-padrão (1,96);
P = prevalência esperada do fenômeno a ser investigado na população: 50% (dados desconhecidos);
d = erro amostral previsto (precisão): 4,0%;
deff = efeito do delineamento amostral do estudo, por conglomerados, estimado como igual a 2;
% perdas estimadas: 10%;
% para estudos de associação: 20%.

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizaram-se como parâmetros: prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral previsto de 3,5 pontos percentuais. O valor obtido foi multiplicado por dois, considerando o efeito de delineamento por conglomerados, e acrescentaram-se 10% para perdas previstas e 15% para estudos de associação, resultando em 1.979 pessoas. Como o

presente estudo fez parte de um amplo inquérito que analisou diversos desfechos em saúde, considerou-se a maior amostra calculada, equivalente a 2.016.

Após coleta e análise dos dados foi possível calcular *a posteriori* o poder da amostra para o presente estudo. Ela permitiu identificar risco relativo mínimo de 1,48, adotando-se como parâmetros poder de 80%, erro alfa de 5%, razão de não expostos:expostos de 4:1 e prevalência nos não expostos de 16,1%. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa Epi-Info, versão 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos).

### 4.5.2 Cálculo do número de domicílios a serem visitados em cada setor censitário

Foram sorteados sistematicamente 60 setores censitários domiciliares urbanos para o estudo propriamente dito, dentre os 420 setores existentes em Florianópolis (que se configuraram como as unidades primárias de amostragem). Esse número é considerado adequado para o porte do município estudado[171]. Os 420 setores censitários foram organizados em ordem decrescente da média da renda familiar, obtida no Censo de 2000, e foram sorteados em cada decil seis setores censitários ($f_1$ 42/6). Dessa forma, procurou-se assegurar a representatividade socioeconômica da amostra. Além disso, dois setores adicionais foram sorteados para o estudo piloto, um do primeiro decil de renda e o outro do último decil de renda.

Após a obtenção dos mapas dos 60 setores censitários sorteados, em cada um deles foram identificados os quarteirões domiciliares, os quais foram numerados. Em seguida foi realizado o reconhecimento e a atualização do número de domicílios dos setores sorteados pelos supervisores do estudo, uma vez que as informações disponíveis datavam do Censo de 2000. Nessa etapa os supervisores percorreram os setores e identificaram os endereços, rua por rua, de todos os domicílios ocupados na maior parte do ano. Essa etapa permitiu a atualização do número de domicílios e a estimativa do número de moradores em cada setor. Observou-se que o número de domicílios variou de 61 a 810, o que resultou em um coeficiente de variação de 55%. Visando reduzir o coeficiente de variação, optou-se por realizar um processo que agrupou setores muito pequenos e dividiu setores muito grandes, respeitando-se a proximidade geográfica e o decil de renda. Após esse procedimento, obtiveram-se 63 setores censitários, com coeficiente de variação de domicílios igual a 32%. Considerando-se a necessidade de entrevistar

2.016 pessoas em 63 setores, conferindo, em média, 32 adultos por setor, foram selecionados 18 domicílios em cada uma dessas unidades geográficas.

Para o estudo propriamente dito foi sorteado o domicílio de início do trabalho em cada setor embasando-se em um intervalo definido (pulo). Por exemplo, se em um setor tinha 330 domicílios e o número necessário estimado de domicílios a serem visitados para se encontrar os adultos proporcionalmente ao tamanho do setor era de 15 (330/15=22=k), sorteava-se um número entre 1 e 22 para o início do trabalho de campo, e depois ocorria um "pulo de 22" a partir do número sorteado, e assim por diante, na listagem de domicílios ocupados efetuada pelos supervisores. Em cada um dos setores o procedimento foi o mesmo. Posteriormente se calculou a probabilidade de o domicílio ser sorteado ($f_2$) e o peso amostral (w=1/f f=f1*f2).

O número médio de moradores por domicílio equivalia a 3,1, e o número médio de adultos, a 1,8[172].

### 4.5.3 Critérios para se considerar perda/recusa

Foram considerados como perdas os domicílios visitados pelo menos quatro vezes, acontecendo pelo menos uma visita em finais de semana e outra visita noturna, sem que o entrevistador localizasse a pessoa a ser entrevistada. A recusa foi considerada quando a pessoa a ser entrevistada optou por não participar da pesquisa.

Nos casos em que havia grávidas no domicílio sorteado, estas eram incluídas no estudo, entretanto não foi aferida a pressão arterial nem foram tomadas as medidas antropométricas. Indivíduos acamados, sem condições físicas ou mentais de responder ao questionário, não participaram da pesquisa.

## 4.6 VARIÁVEIS EM ESTUDO

Foi desenvolvido um questionário para a pesquisa abordando diferentes blocos de variáveis, incluindo: dados de identificação, questões demográficas, socioeconômicas, relacionadas ao estado de saúde, antropométricas, psicossociais, dentre outras (ANEXO 1). Para tanto, foi composto por 234 questões, divididas da seguinte maneira:

Bloco A: Geral. Este bloco continha 14 questões referentes à situação socioeconômica, demográfica e de saúde.

Bloco B: Perguntas Específicas. Este bloco continha 220 questões, as quais abrangeram os seguintes assuntos: autopercepção de

saúde, aparência física, atividades físicas, alimentação, medidas antropométricas, autopercepção de dor, doenças crônicas autorreferidas, saúde bucal, doação de sangue, uso de serviços de saúde, transtorno mental comum, padrão de uso de álcool, tabagismo, uso de medicamentos, não uso de medicamentos, gastos com saúde, medida de pressão arterial, violência entre parceiros íntimos, exames preventivos e câncer (apenas para mulheres).

### 4.6.1 Descrição das variáveis

Variável de interesse central:

- Violência física por parceiro íntimo: em 2005 a Organização Mundial da Saúde realizou o *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*[75], que propôs perguntas para caracterizar a violência física por parceiro íntimo em seis atos. As perguntas sobre violência física por parceiro íntimo foram divididas entre aquelas relacionadas com a violência física moderada e aquelas relacionadas com a violência física grave, como está descrito no Quadro 3. A distinção entre violência moderada e grave baseou-se na probabilidade de um ato causar ferimento físico, uma convenção que tem sido utilizada em outros estudos internacionais[75].

Quadro 3: Perguntas utilizadas no estudo da OMS para caracterizar a violência física por parceiro íntimo

| |
|---|
| **Violência física moderada:**<br>1 – A vítima foi esbofeteada ou teve algo atirado nela que poderia machucá-la?<br>2 – A vítima foi empurrada ou esbarrada? |
| **Violência física grave:**<br>3 – A vítima foi golpeada com o punho ou outro objeto que poderia machucá-la?<br>4 – A vítima foi chutada, arrastada ou espancada?<br>5 – A vítima foi estrangulada ou queimada propositalmente?<br>6 – O perpetrador ameaçou usar ou já utilizou arma de fogo, faca ou outra arma contra a vítima? |

Para identificar a ocorrência de qualquer violência física por parceiro íntimo era necessária resposta afirmativa a pelo menos uma das questões anteriores. Para ser considerada violência física moderada, o entrevistado precisava responder afirmativamente à questão 1 ou 2. E

para classificar violência física como grave era necessário responder "sim" a uma das questões de 3 a 6.

A violência fez parte do último bloco de perguntas da entrevista para que se estabelecesse uma relação de confiança entre o entrevistador e o entrevistado, e sempre com a presença apenas do entrevistado e do entrevistador, em local reservado do domicílio.

Variáveis Demográficas

- Sexo: feminino ou masculino.
- Idade: anos completos no momento da pesquisa, posteriormente categorizada em 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos.
- Cor da pele: autorreferida (branca, parda, preta, indígena e amarela)[173]; as duas últimas foram excluídas desta análise em razão do reduzido número de pessoas (n=4, 0,23% cada grupo).
- Estado civil: casado(a) ou morando com companheiro(a), solteiro(a), divorciado(a) ou viúvo(a).

Variáveis socioeconômicas

- Escolaridade: em anos completos de estudo, posteriormente categorizados em "≥ 12; 11–9; 8–5; ≤ 4" anos completos de estudo.
- Renda familiar *per capita*: medida do total de ganhos de todos os moradores residentes no domicílio, em reais, relativa ao mês anterior à visita, em tercis – categorizada em: tercil 1 de R$ 0 até R$ 566,9; tercil 2 de R$ 567,0 até R$1.300,1; tercil 3 de R$1.301,0 até R$ 33.333,3.

Variáveis de comportamento relacionado à saúde

- Uso abusivo de álcool: avalia o uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. O uso problemático de álcool foi definido por meio do uso do questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)[174], composto por dez perguntas. As respostas a cada questão são pontuadas de zero a quatro, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas[175]. O uso não problemático foi definido pela pontuação igual ou inferior a sete pontos, e o uso problemático foi considerado pela pontuação superior a oito pontos[175-177].

Variáveis de condição de saúde

- Depressão: sim ou não. A pergunta realizada era se algum médico ou outro profissional de saúde já havia informado sobre esse diagnóstico no entrevistado[178].
- Ideação suicida: sim ou não. Foi obtida com base na pergunta "O (A) senhor(a) tem tido ideias de acabar com a vida?". Essa pergunta também é extraída do SRQ-20[179].
- Transtorno mental comum (TMC): sim ou não. O TMC foi definido pelo uso do questionário SRQ-20[179], composto por 20 perguntas. O ponto de corte estabelecido para caracterizar a presença de distúrbios psiquiátricos menores foi oito[180].

## 4.7 EQUIPE DE CAMPO – LOGÍSTICA

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais feitas nos domicílios. As entrevistadoras foram 35, todas do sexo feminino, com ensino médio completo e disponibilidade integral para a execução do trabalho de campo.

A equipe de trabalho de campo foi composta por entrevistadores, supervisores do trabalho de campo e auxiliares para preparo e arquivamento de material.

A seleção e o treinamento da equipe foram realizados pelos coordenadores do estudo. Foi elaborado um manual de instruções para a equipe de campo.

Aproximadamente dez dias antes da entrevista propriamente dita foi entregue pelos supervisores, *in loco*, uma carta de apresentação do estudo no domicílio sorteado. Essa carta explicava os objetivos da pesquisa, sensibilizando para a participação de todos os adultos residentes.

### 4.7.1 – Seleção, treinamento e padronização

O processo de seleção das entrevistadoras ocorreu em cinco etapas: inscrição, entrevista individual, treinamento teórico-prático (com calibração das medidas antropométricas), prova escrita e entrevista acompanhada pelos supervisores. É importante ressaltar que as candidatas foram alertadas sobre o processo e que deveriam realizar todo o treinamento, a prova escrita e a entrevista acompanhada para receberem o resultado final. Na entrevista individual, as candidatas eram informadas sobre o trabalho que deveriam desenvolver e, se houvesse interesse, eram convidadas a participar do treinamento.

Ao longo da execução do projeto foram realizados diversos treinamentos a fim de compor a equipe de entrevistadoras, uma vez que ocorreram desistências durante o processo. O primeiro treinamento foi realizado durante uma semana, perfazendo um total de 32 horas. Já os seguintes foram realizados em dias alternados, de acordo com a disponibilidade da equipe de supervisores e candidatas. Foram contemplados temas relacionados à abordagem dos entrevistados, apresentação e leitura do questionário e do manual do entrevistador, simulação das entrevistas e padronização das medidas antropométricas. Além disso, foi realizada uma palestra com representantes do IBGE, os quais falaram sobre a experiência do trabalho de campo.

Posteriormente, as entrevistadoras realizaram uma prova com 20 questões de múltipla escolha, com assuntos abordados durante o treinamento teórico-prático. As entrevistas supervisionadas/pré-teste aconteceram no mesmo dia, e cada candidata realizou uma entrevista com adultos escolhidos aleatoriamente, com residência próxima à universidade.

### 4.7.2 Pré-teste

Posteriormente à calibração realizou-se o pré-teste do questionário com 35 adultos da mesma faixa etária da pesquisa em região próxima à universidade e em setor não incluído no sorteio.

### 4.7.3 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado em um setor censitário obtido por meio de sorteio e que não foi incluído no estudo propriamente dito. O estudo piloto é a realização completa da operacionalização do estudo, previamente ao trabalho de campo. Permite definir melhor os aspectos operacionais envolvidos, auxiliando no planejamento do trabalho de campo.

O setor sorteado foi mapeado, e os domicílios foram elencados de acordo com a metodologia do estudo. Cada entrevistadora realizou três entrevistas em domicílios previamente definidos, e pelo menos uma foi acompanhada pelo supervisor. Com a realização do piloto, observou-se que o tempo de entrevista era de uma hora, aproximadamente, e a aceitação da população foi considerada como boa. Foram incluídos aproximadamente 100 adultos de dois setores censitários próximos à universidade para participar desta etapa.

### 4.7.4 Controle de qualidade

O controle de qualidade dos dados consistiu da aplicação de uma versão reduzida do questionário, a qual constou de dez questões: número de residentes no domicílio com 15 anos e menos, data de nascimento, profissão atual, tempo de residência no bairro, diabetes, prática de exercício físico nos últimos três meses, doação de sangue, presença de dor na maioria dos dias, plano de saúde, uso de prótese dentária total e medicamento no último mês; além disso, o entrevistado foi questionado sobre a aferição da pressão arterial pelo entrevistador. Com base nas datas de nascimento informadas por meio do controle de qualidade e dos questionários originais, calculou-se a idade dos avaliados, o que permitiu testar a reprodutibilidade da questão. As entrevistas foram realizadas pelos supervisores de campo por meio de contato telefônico com 15% dos participantes (n=248), selecionados por meio de sorteio.

Os dados foram então digitados no programa Epidata. A concordância entre as variáveis qualitativas foi avaliada por meio do teste *kappa* simples ou *kappa* ponderado, e para as variáveis discretas ou contínuas foi empregada a correlação intraclasse (CIC)[181]. Todas as variáveis selecionadas para o controle de qualidade apresentaram valores adequados nos testes para avaliar reprodutibilidade[182].

Os valores observados para os testes de reprodutibilidade variaram de 0,6 (uso de medicamentos, dor e uso de prótese dentária total) a 0,9 (tempo de residência no bairro).

## 4.8 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foram utilizados 35 Personal Digital Assistants (PDA) cedidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de Santa Catarina. O PDA é um computador de dimensões reduzidas dotado de grande capacidade computacional, que cumpre as funções de agenda e sistema informático de escritório elementar, com possibilidade de interconexão com um computador pessoal e uma rede informática sem fios para acesso a correio eletrônico e internet. Um profissional da área computacional foi contratado com a finalidade de programar os questionários para a utilização durante o trabalho de campo.

Com o uso dos PDAs minimizou-se a etapa da digitação e a ocorrência de consequentes erros. Semanalmente os pesquisadores de campo repassaram os questionários eletrônicos preenchidos para um pesquisador, que organizou o banco de dados. O arquivo final foi

exportado para o programa Stata 9.0, licenciado para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC.

## 4.9 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovado sob protocolo consubstanciado, de número 351/08, em 15 de dezembro de 2008 (ANEXO 2). Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes da pesquisa (ANEXO 3). Os indivíduos que foram diagnosticados como hipertensos ou relataram sentir algum tipo de dor ou desconforto foram instruídos a procurar a unidade de saúde de referência de Florianópolis, informados de sua localização. Também foram informados a respeito dos serviços de saúde oferecidos pela UFSC.

## 5. RESULTADOS

Os resultados são apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro, "*Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis/SC: estudo de base populacional*", será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública[3], Qualis A2. O segundo artigo, "*Condições de saúde mental e violência física por parceiro íntimo em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional*" será submetido ao periódico Revista de Saúde Pública[4], Qualis A2.

---

[3] As instruções aos autores com as normas de submissão encontram-se no ANEXO 4

[4] As instruções aos autores com as normas de submissão encontram-se no ANEXO 5

**5.1 – Artigo 1:** Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis/SC: estudo de base populacional.

**Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis/SC: estudo de base populacional**

*Prevalence of intimate partner physical violence in men and women from Florianópolis/SC: population-based study*

*La prevalencia de la violencia de pareja íntima física en los hombres y mujeres de Florianópolis / SC: estudio basado en la población*

Título corrido: Prevalência de violência por parceiro íntimo em homens e mulheres

Running title: Prevalence of intimate partner violence in men and women

**Resumo:** Investigou-se prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres adultos, residentes em Florianópolis, Santa Catarina, em estudo transversal na linha de base de coorte populacional com amostra aleatória por conglomerados. Encontrou-se prevalência de sofrer qualquer violência física (17,0%), violência física moderada (16,6%) e violência física grave (7,3%). Não houve diferença significativa para violência física moderada em homens e mulheres, porém, quanto mais grave o ato maior a ocorrência deste nas mulheres. Por meio de regressão logística testou-se associação da violência com sexo, ajustando-se às variáveis exploratórias. Mulheres de maior idade, viúvas/separadas, pobres, menos escolarizadas e pretas possuem maior probabilidade de sofrer violência. Nos homens, a prevalência de violência física grave apresentou alteração significativa apenas para estado civil. Uso abusivo de álcool por mulheres representou maior chance de sofrer violência física.

**Palavras-chave:** Violência doméstica; maus-tratos conjugais; estudos transversais; prevalência.

**Abstract:** This study estimated the prevalence of physical intimate partner violence among adult men and women living in Florianopolis, Santa Catarina. A random cluster sample was chosen to be the baseline cohort population in a cross-sectional study. The lifetime prevalence of suffering any physical violence (17.0%), moderate physical violence (16.6%) and severe physical violence (7.3%). There were no significant differences in moderate physical violence between sexes, however, women are more likely to suffer act of severe abuse then men. Logistic regression was used to identify association between violence and sex, adjusting to exploratory variables. Among women been older, a widowed/separated, had less education, lower income or African descendents were all more likely to experienced violence. The prevalence of severe physical violence in men was significantly changed only to marital status. Alcohol abuse by women increases the chance of experiencing physical violence.

**Key words:** Domestic Violence, Spouse Abuse, Cross-Sectional Studies, Prevalence.

**Resumen:** Se investigó la prevalencia de la violencia física por parte de su pareja en los hombres y mujeres adultos que viven en Florianópolis, Santa Catarina, estudio transversal en la población cohorte de referencia con una muestra aleatoria por conglomerado. La prevalencia de sufrir violencia física (17,0%), la violencia física moderada (16,6%) y la violencia física grave (7,3%). No hubo diferencia significativa en la violencia física moderada en hombres y mujeres, sin embargo, más grave es mayor la ocurrencia de este acto en las mujeres. Por regresión logística se evaluó la relación entre la violencia y el sexo, el ajuste de las variables exploratorias. Las mujeres mayores de edad, viudo/separado, más pobres, menos educados y negro son más propensos a sufrir violencia. En los hombres, la prevalencia de la violencia física grave cambió significativamente sólo con el estado civil. El abuso de alcohol por mujeres representan un mayor riesgo de sufrir violência.

**Palabra Clave:** Violencia Doméstica, Maltrato Conyugal, Estudios Transversales, Prevalencia.

## INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo (VPI) é definida como qualquer comportamento que cause mal físico, psicológico ou sexual, como atos de agressão física, abuso psicológico, comportamentos controladores, relações sexuais forçadas ou outras formas de coerção sexual[1].

A VPI é mundialmente reconhecida como um problema de saúde pública, com elevadas prevalências e graves consequências às suas vítimas[2]. Estudo conduzido pela Organização Mundial de Saúde em 10 países identificou expressivas prevalências de violência física (de 12,9% no Japão a 61,0% no Peru), violência sexual (de 6,2% no Japão a 58,6% na Etiópia) perpetradas por parceiros íntimos contra mulheres[3].

Ao analisar a VPI segundo o sexo da vítima, estudos realizados no Canadá e nos Estados Unidos mostraram que mulheres têm maior probabilidade que os homens de sofrerem formas mais graves de violência durante as agressões por parceiros íntimos[4-7]. Ao analisar dados sobre violência entre parceiros íntimos, na população de 18 a 28 anos, nos Estados Unidos, Whitaker[8] descreveu que em 24% dos relacionamentos havia algum tipo de violência envolvida, e em metade desses casos os atos eram recíprocos entre homem e mulher. Nos casos de não reciprocidade, as mulheres foram as agressoras em cerca de 70% dos casos.

Na América Latina e no Caribe, aproximadamente uma entre três mulheres foi vítima de violência sexual, física ou psicológica durante sua vida[9]. No Brasil, um estudo de base populacional, conduzido em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal[10], reportou prevalência de agressão psicológica, abuso físico moderado e grave no casal de 78,3%, 21,5% e 12,9%, respectivamente.

O impacto da violência por parceiro íntimo é apontado por Fanslow et al.[11], que identificaram risco de suicídio três vezes maior entre as mulheres que sofreram violência física moderada e oito vezes maior entre as que sofreram violência física grave, quando comparadas com as que não sofreram violência física. Para os homens, o estudo conduzido por Coker et al.[2], nos EUA, concluiu que a violência física ocasionada pelo parceiro íntimo representou pior autopercepção de saúde, maiores taxas de sintomas depressivos, de uso abusivo de álcool e outras drogas, de doença mental crônica e de lesões em comparação com os homens que não experimentaram esse tipo abuso.

Apesar das severas consequências decorrentes da VPI em ambos os sexos, a maioria das pesquisas que investigam a violência por parceiro íntimo é voltada às mulheres como vítimas e aos homens como

agressores[12,13], e são majoritariamente realizadas em países desenvolvidos[8,14-18]. Portanto, há escassez de estudos que contemplem a violência por parceiro íntimo em homens[12].

A maior parte dos estudos[10,19] tem investigado a violência no casal com base no depoimento da mulher, que relata a ocorrência da VPI em ambos os sexos. Contudo, a violência conjugal não envolve apenas as mulheres, tornando-se necessário incorporar homens como participantes das pesquisas. Em consulta às bases bibliográficas Pubmed, Psycinfo, Lilacs e Scielo, com os termos *Domestic Violence, Spouse Abuse, Battered Women, Epidemiology* e *Prevalence*, foi encontrado apenas um estudo[20] brasileiro, de base populacional, cuja população-alvo foi tanto homens quanto mulheres vítimas de violência. Assim, destaca-se a necessidade de se aprofundar no contexto brasileiro o conhecimento sobre a prevalência e as características da violência física cometida por parceiro íntimo tanto em homens quanto em mulheres. O objetivo do presente estudo é descrever a prevalência de violência física por parceiros íntimos e testar sua associação com sexo controlando-se por fatores de confusão em uma capital do Sul do Brasil.

## MÉTODOS

### Desenho e população do estudo

Foi realizado estudo transversal na linha de base de uma coorte populacional (www.epifloripa.ufsc.br). A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2009 e janeiro de 2010, na zona urbana do município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. A população de referência foi indivíduos adultos, de 20 a 59 anos de idade, residentes na área urbana do município, correspondendo a 249.530 pessoas (61,1% do total da população)[21].

### Amostragem

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizaram-se como parâmetros prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral previsto de 3,5 pontos percentuais. O valor obtido foi multiplicado por dois, considerando o efeito de delineamento por conglomerados, e acrescentaram-se 10% para perdas previstas e 15% para estudos de associação, resultando em 1.979 pessoas. Como o presente estudo fez parte de um amplo inquérito que analisou diversos desfechos em saúde, considerou-se a maior amostra calculada, equivalente a 2.016. Após coleta e análise dos dados foi possível calcular *a posteriori* o poder da amostra para o presente estudo, que permitiu identificar risco relativo mínimo de 1,48, adotando-se como parâmetros poder de 80%, erro alfa de 5%, razão de não expostos:expostos de 4:1 e prevalência nos não expostos de 16,1%. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa Epi Info, versão 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos).

O processo de seleção da amostra ocorreu por conglomerados em dois estágios. No primeiro estágio todos os 420 setores censitários urbanos da cidade foram dispostos em ordem crescente de acordo com a renda média mensal do chefe da família, e sortearam-se de maneira sistemática 80 setores (oito em cada decil de renda). As unidades de segundo estágio foram os domicílios. Uma etapa de atualização do número de domicílios em cada setor fez-se necessária, uma vez que o censo mais recente, que provê a contagem de domicílios por setor, havia sido realizado em 2000. Para tanto, percorreram-se todos os setores censitários sorteados e realizou-se a contagem de domicílios particulares

ocupados. O número de domicílios nos setores variou de 71 a 810, correspondendo a um coeficiente de variação de 55%. Para diminuí-lo, setores com menos de 150 domicílios foram agrupados, e com mais de 500, divididos, respeitando-se o decil de renda e a proximidade geográfica. Assim, a amostra final contou com 63 setores, coeficiente de variação de 32%, e 18 domicílios sorteados em cada uma dessas unidades geográficas.

Coleta de dados

Todos os moradores adultos dos domicílios selecionados eram elegíveis para entrevista. Foram excluídos da pesquisa indivíduos institucionalizados, com impedimento físico e (ou) mental de responder ao questionário, e que se negaram a participar.

A coleta dos dados realizou-se por intermédio de 35 entrevistadoras do sexo feminino com Ensino Médio completo. Utilizou-se um dispositivo eletrônico móvel (*personal digital assistant – PDA*) para o registro e armazenamento dos dados. Considerou-se perda o morador adulto, de domicílio sorteado, não encontrado após, no mínimo, quatro visitas, sendo obrigatoriamente uma no final de semana e outra no período noturno.

O controle de qualidade dos dados ocorreu semanalmente em 15% das entrevistas, selecionadas por sorteio em cada setor. Informações-chave contidas no questionário foram verificadas em contato telefônico pelos supervisores de campo. A análise de concordâncias identificou valores de kappa variando de 0,6 a 1,0.

O presente estudo estimou a prevalência de violência física em mulheres e homens adultos por parceiro íntimo em qualquer momento da vida. Considerou-se parceiro íntimo todo companheiro ou ex-companheiro, independentemente da união formal, e namorados atuais, desde que mantendo relações sexuais[22]. Aplicou-se parte do questionário empregado pela Organização Mundial de Saúde na Pesquisa *WHO Multicountry Study on Women´s Health and Domestic Violence* (2005)[23].

As questões relativas à violência física foram: 1) “se o parceiro já havia lhe dado um tapa ou jogado algo que poderia machucar”; 2) “se o parceiro havia empurrado ou dado um tranco/chacoalhão”; 3) “se o parceiro machucou com um soco ou com algum objeto”; 4) “se deu algum chute, arrastou ou surrou o parceiro”; 5) “se o parceiro estrangulou ou queimou de propósito”; 6) “se o parceiro havia ameaçado usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra o pesquisado”.

Para identificar ocorrência de qualquer violência física por parceiro íntimo era necessária resposta afirmativa a pelo menos uma das questões anteriores. Para ser considerada violência física moderada, o entrevistado precisava responder afirmativamente à questão 1 ou 2. E para classificar violência física como grave era necessário responder "sim" a uma das questões de 3 a 6.

A violência fez parte do último bloco de perguntas da entrevista para que se estabelecesse uma relação de confiança entre o entrevistador e o entrevistado, e sempre com a presença apenas do entrevistado e do entrevistador, em local reservado do domicílio.

As variáveis demográficas e socioeconômicas obtidas foram sexo, idade em anos completos (posteriormente categorizada em 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59), estado civil (casado ou com companheiro; solteiro; viúvo ou divorciado/separado), renda familiar *per capita* (estratificada em tercis), escolaridade em anos de estudo (≥ 12; 11-9; 8-5; ≤ 4) e cor da pele autorreferida (branca, parda, preta, indígena e amarela; as duas últimas foram excluídas desta análise em razão do reduzido número de pessoas). A variável de comportamento relacionado à saúde foi o uso abusivo de álcool definido por meio do questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)[24], composto por 10 perguntas. As respostas a cada questão são pontuadas de 0 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas[25]. Sem uso abusivo de álcool, definiu-se pela pontuação igual ou inferior a 7 pontos, e com uso abusivo de álcool, considerado pela pontuação superior a 8 pontos[25-27].

Análise dos dados

Inicialmente foram calculadas as prevalências e os respectivos intervalos de confiança (IC95%) de cada tipo de agressão isoladamente. Em seguida, estimaram-se as prevalências de violência física moderada, violência física grave e ambas as violências físicas em cada categoria das variáveis exploratórias. Todas essas estimativas foram estratificadas por sexo.

Por fim, foi testada a associação de cada dimensão da violência com o sexo, ajustando-se pelas variáveis exploratórias. Para tal, realizou-se regressão logística bruta e ajustada, e obteve-se o *odds ratio* (OR) como medida de associação. Na análise, identificou-se interação entre as variáveis sexo e uso abusivo de álcool ($p<0,001$). Dessa forma, foram criados os seguintes termos na análise de regressão: homem sem uso abusivo de álcool, mulher sem uso abusivo de álcool, homem com uso abusivo de álcool e mulher com uso abusivo de álcool. Na análise

múltipla considerou-se que o sexo foi associado com os desfechos quando o valor de p foi menor que 0,05.

Todas as estimativas foram calculadas considerando-se o efeito de delineamento. As análises foram realizadas no programa Stata 9. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (protocolo nº 351/2008).

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 1.720 pessoas, correspondendo a uma taxa de resposta de 85,3%. Pouco mais da metade eram mulheres (55,8%), 86% se referiram como de cor/raça branca, 60,6% estavam casados ou vivendo com companheiro, 42,9% afirmaram ter 12 anos ou mais de estudo e a média de idade foi de 38,1 anos (desvio padrão = 1,12 ano). Outras características da amostra estão descritas na Tabela 1.

As prevalências de ter sofrido qualquer violência física, violência física moderada e grave foram, respectivamente, de 17,0%, 16,6% e 7,3%. Sofrer violência física representou prevalência de 16,1% para os homens e de 17,5% para as mulheres, diferença estatisticamente significativa. Aproximadamente uma em cada seis mulheres e homens foi vítima de violência física moderada. Quando analisados separadamente os atos de violência percebeu-se que tanto levar um tapa ou ser alvo de um objeto arremessado pelo companheiro, quanto receber um tranco ou chacoalhão não diferiram estatisticamente entre os dois sexos, em que pese a medida pontual do segundo evento ser mais elevada entre as mulheres. Diferenças maiores foram observadas na prevalência de violência física grave (8,5% das mulheres e 5,7% dos homens), e uma em cada quinze mulheres recebeu um soco ou foi machucada com algum objeto pelo companheiro, e entre os homens essa relação foi de um para vinte e seis. Para os demais atos de violência grave, as mulheres seguiram apresentando medida percentual maior que os homens, com maior diferença quanto mais grave o ato (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta as prevalências de violência física moderada e grave, em homens e mulheres, segundo características demográficas e socioeconômicas. A prevalência de violência física e violência física grave entre os homens não apresentou alteração significativa, sobretudo para idade, renda, escolaridade e raça. No entanto, verificou-se que homens viúvos/separados apresentaram prevalência três vezes maior para essa violência em relação aos homens casados. Também entre as mulheres foram observadas variações nas prevalências de violência segundo as características demográficas e socioeconômicas. O fenômeno foi mais comum entre as mulheres com maior idade, as viúvas ou separadas, as mais pobres, menos escolarizadas e pretas. No entanto, verificou-se que mulheres com menos de cinco anos de estudo apresentaram prevalência três vezes maior de violência moderada e cinco vezes maior para a violência grave em comparação com aquelas com doze ou mais anos de estudo.

A Figura 1 apresenta a prevalência de violência física em homens e mulheres segundo o uso abusivo de álcool. Verificou-se que as mulheres, fazendo ou não uso abusivo do álcool, apresentaram maior prevalência de sofrer violência física, independentemente da gravidade da violência. Para a violência física grave a diferença da prevalência entre homens e mulheres que fazem uso abusivo do álcool é sensivelmente maior (12,5%). A diferença da prevalência entre as mulheres que fazem ou não uso abusivo do álcool também é maior para a violência física grave, chegando a ser 12,8% maior para aquelas que fazem uso abusivo de álcool. Para os demais tipos de violência física, essa diferença não ultrapassa os 3%.

Quando foram testados os desfechos segundo os termos de interação de consumo de álcool e sexo (Tabela 4), observou-se na análise ajustada que as mulheres que reportaram uso abusivo de álcool apresentaram maior chance de ter sofrido violência física, sendo que o OR chegou a 4,18 no caso de violência física grave e a 2,50 na violência física moderada, em comparação com os homens que não fazem uso abusivo de álcool. Também houve diferença estatisticamente significativa da categoria de referência com as mulheres que não fazem uso abusivo de álcool no caso da violência física moderada e qualquer tipo de violência sofrida.

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que a prevalência de violência física moderada em homens e mulheres é semelhante, porém, quando são analisadas segundo variáveis demográficas e socioeconômicas, as mulheres acabam por apresentar mais vulnerabilidade, principalmente em relação à menor escolaridade e renda. Essa diferença fica mais evidente quando é analisada em relação à violência física grave, assim como o uso abusivo do álcool, que representou um importante fator de associação à violência física grave em mulheres.

Esse estudo, do tipo transversal, permitiu conhecer a prevalência da violência tanto em homens quanto em mulheres. Vale destacar alguns aspectos positivos relacionados às questões metodológicas, como a alta taxa de resposta, que foi semelhante em todos os estratos de renda dos setores censitários, e a composição por faixa etária, valores obtidos no presente estudo semelhantes aos das estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a população adulta de Florianópolis em 2009. As perdas apresentaram igualmente distribuição uniforme nos decis de renda familiar, contribuindo para a inferência da amostra.

Limitações dos estudos transversais precisam ser consideradas, principalmente o viés de informação e o viés recordatório, condicionados ao autorrelato da ocorrência de episódios de violência física por parceiro íntimo. Algumas formas de violência dependem da boa capacidade de memória do entrevistado e ainda de que a violência seja marcante, não é esquecida com facilidade. Situações consideradas mais corriqueiras como um empurrão ou um tapa recebido pelo homem que não gera nenhuma conseqüência pode não ter sido lembrado. Ainda assim, as mulheres tendem mais a lembrar situações de violência, pela maior repercussão física e psicológica que ela pode ocasionar.

Deve-se ressaltar ainda que os estudos de base populacional parecem detectar melhor os casos de violência física moderada, o que, artificialmente, poderia majorar a violência perpetrada pela mulher em relação à do homem[19]. Porém, é importante destacar que são poucas as indicações de que a mulher perpetre agressões contra o parceiro na mesma intensidade e severidade de violência dirigida a ela pelo parceiro homem[28]. Estudos[29,30] mostraram que as mulheres podem usar a agressão física mais do que os homens, que tendem a usar armas e outros objetos como formas de agressão que não precisam da força

física, além do uso da violência psicológica[31] que é um tipo de violência predominantemente cometida por mulheres contra seus parceiros.

Em relação à violência física moderada ("receber tapa ou ter algo jogado que poderia machucar" e "ser empurrado ou receber tranco/chacoalhão") praticada por parceiro íntimo, a prevalência (16,6%), no presente estudo, mostra-se inferior à média das quinze capitais brasileiras (21,5%)[10]. Na pesquisa nacional, a prevalência desse tipo de agressão foi mais significativa em Belém, no Pará (34,7%), e menor em João Pessoa, na Paraíba (12,8%). Situação semelhante ocorreu em relação à violência física grave, em que, para este estudo em Florianópolis, encontramos prevalência de 7,3% e, no agregado das quinze capitais, 12,9%, destacando-se Belém com a maior (22,1%) e Florianópolis (8,2%) com a menor. Essa diferença pode estar vinculada ao fato de que o estudo conduzido por Reichenheim para a coleta de dados utilizou como instrumento o *Conflict Tactics Scales* (CTS), que utiliza 4 atos para a violência física grave, ao passo que o questionário da Organização Mundial de Saúde utiliza 6 atos. O registro de um episódio de VPI pela CTS parte do pressuposto de que o casal esteja em uma situação de conflito ou discussão séria o suficiente para ser percebida como um ato de violência, e não apenas como uma discussão menor, mesmo que haja contato físico classificado como "leve"[32].

Nas análises estratificadas por sexo, o presente estudo demonstrou que as mulheres declararam cometer tantos atos de violência moderada quanto os homens. Esse achado é corroborado por estudos[8,33] que indicaram prevalência similar ou maior de violência perpetrada por mulheres contra o parceiro. Os índices de prevalência de VPI encontrados são mais baixos do que os de algumas pesquisas de populações específicas dos Estados Unidos e em um estudo recente de população urbana no Brasil[34,35], "Empurrar, agarrar ou sacudir" e "bater com alguma coisa" foram as formas mais prevalentes de VPI entre os atos leves e os atos graves de violência. Talvez isso resulte do fato de os homens subnotificarem a vitimização da violência mais do que as mulheres, ou o contrário, que as mulheres tendem a falar mais sobre a violência – tanto as que cometem quanto as que sofrem.

Neste sentido, para o melhor entendimento dos atos de violência, é preciso considerar a dinâmica dessas relações e o contexto familiar, que agem em conjunto com os demais fatores individuais e estruturais envolvidos na violência[36].

Os achados dessa pesquisa corroboram os de outros estudos[37] no que se refere à maior prevalência de violência moderada e grave nas mulheres com baixa escolaridade. No estudo das 15 capitais brasileiras[10] a taxa da prevalência para mulheres com Ensino Fundamental completo é de 18,9%, e para aquelas que têm menos anos de estudo essa taxa sobe para 31%. Para Anacleto et al.[19], a escolaridade também apresenta associação para a violência física grave ($p<0,001$), sendo que mulheres com mais de 12 anos de estudo apresentaram as menores taxas (4,8%).

Para esta pesquisa, pessoas que fazem uso abusivo de álcool e que sofreram violência física grave independentemente do sexo, da idade, da renda e da escolaridade continuaram a apresentar maior chance para o referido desfecho. Segundo Nagassar et al.[38], o abuso do álcool e de outras drogas foi considerado como um dos principais motivos para a violência física (37%), além de ser uma das principais associações para a violência física pelas mulheres vitimizadas (OR:6,02)[39]. Zaleski et al.[20], que investigou a VPI e o consumo de álcool, aponta que aproximadamente quatro em cada dez homens e uma em cada dez mulheres entrevistadas relataram a ingestão de bebida alcoólica durante os episódios de violência, sendo que os homens relataram índices semelhantes de consumo de bebida alcoólica no caso de violência recíproca e durante atos de violência em que eles foram os autores. Porém, quando questionados sobre o uso de álcool durante o episódio de violência pelo parceiro, quase metade das mulheres e um terço dos homens relataram esse acontecimento.

Além de o consumo de álcool ser considerado fator cuja presença tende a aumentar as chances de ocorrência de atos violentos[40-42], é possível supor que a ingestão de bebidas alcoólicas pode ser estratégia adotada pelas vítimas para lidar com o estresse provocado pelo contexto de violência[40, 43].

O consumo excessivo de álcool é uma das mais controversas variáveis estudadas como causadoras da violência. Evidências de pesquisa indicam que o beber intenso contribui para a violência, mas isso não quer dizer que o álcool é condição primária, necessária e suficiente para a violência. Neste sentido, o álcool não determinaria tais condutas, mas contribuiria para que se manifestassem de maneira mais intensa ou severa[44]. Para Sullivan et al.[45], a gravidade da violência por parceiro íntimo é um dos fatores de risco para o consumo de álcool por mulheres expostas a esse tipo de violência.

Existem poucas evidências que permitem concluir acerca da existência de uma relação de causalidade entre abuso de substâncias e

violência doméstica[40]. Entretanto, autores[46] destacam que parece haver uma bidirecionalidade entre essas duas variáveis, sendo que um problema parece aumentar o risco do outro. Dessa forma, defendem que serviços voltados ao atendimento de vítimas e agressores, bem como aqueles que estão focados nos usuários, investiguem essa co-ocorrência e trabalhem em regime de colaboração.

Os resultados obtidos nesse estudo afirmam a importância de estudar a violência entre parceiros íntimos, demonstrando a bidirecionalidade desse fenômeno, apontando o homem não só como autor da violência, mas configurando-o como o que sofre. Fatores que permeiam essas relações são importantes de serem evidenciados e divulgados, para que se traduzam em implantação de políticas públicas voltadas a homens e mulheres em situação de violência por parceiro íntimo.

**Agradecimentos**

Agradecemos à Dra. Nilza Nunes da Silva, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, pelo auxílio nos procedimentos da amostra; aos técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pelo auxílio na operacionalização deste estudo; ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico (CNPq, processo nº 485327/2007-4) pelo financiamento.

**REFERÊNCIAS**

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde In: OMS, editor. Genebra. 2002. p. 380.
2. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al.. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. Am J Prev Med. 23. Netherlands; 2002. p. 260-8.
3. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet. 368. England2006. p. 1260-9.
4. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. Cadernos de Saúde Pública. 1994;10:S135-S45.
5. Walby S, Allen J. *Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey*. Home Office Research, Development and Statistics Directorate; 2004.
6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009a. IBGE Cidades. Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br/cidadesat.
7. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19:1083-93.
8. Whitaker DJ, Haileyesus T, Swahn M, Saltzman LS. Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. Am J Public Health. 97. United States; 2007. p. 941-7.
9. Pan American Health Organization. Health in the Americas 2007. Volume I - Regional. Washington: PAHO; n.622. 2007.
10. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, de Souza ER, Lozana Jde A, et al.. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. Cad Saude Publica. 22. Brazil2006. p. 425-37.
11. Fanslow J, Robinson E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. N Z Med J. 2004;117(1206):U1173.
12. Barber C.F. Domestic Violence against men. Nursing Standard, 2008; 22(51),35-39.

13. Crawford-Mechem,C.,Shofer,F.S.,Reinhard,S.S.,Hornig,S.,& Datner, E. History of DV among male patients presenting to an Urban Emergency Department. Academic Emergency Medecine, 1999 6 (8),786–791. .
14. Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen U.S. states/territories, 2005. Am J Prev Med. 34. Netherlands2008. p. 112-8.
15. Lifetime and annual incidence of intimate partner violence and resulting injuries--Georgia, 1995. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1998;47(40):849-53.
16. Reid RJ, Bonomi AE, Rivara FP, Anderson ML, Fishman PA, Carrell DS, et al.. Intimate partner violence among men prevalence, chronicity, and health effects. Am J Prev Med. 34. Netherlands2008. p. 478-85.
17. Prevalence of intimate partner violence and injuries--Washington, 1998. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2000;49(26):589-92.
18. Intimate partner violence among men and women--South Carolina, 1998. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2000;49(30):691-4.
19. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, Boing AF, Peres KG. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. Cadernos de Saúde Pública. 2009;25:800-8.
20. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. Rev saúde pública. 2010;44(1):53-9.
21. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População brasileira [citado 2009 fev 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.
22. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al.. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Revista de Saúde Pública. 2007;41:797-807.
23. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
24. WHO- World Health Organization. The alcohol use disorder indentification test: guideline for use in Primary Care. Geneve: WHO, 2001.

25. Babor, TF, Higgins-Biddle, JC, Saunders, JB, Monteiro, MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary. 2 ed. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.
26. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in Southern Brazil. Addiction, v.98, n. 6, p. 799-804, 2003.
27. Barros, MBA, Botega, N, Dalgalarrondo P, Marín-León L, Oliveira, HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. Rev Saúde Pública, v. 41, n. 4, p. 502-509, 2007.
28. Johnson MP, Ferraro KJ. Research on Domestic Violence in the 1990s: Making Distinctions. Journal of Marriage and Family. 2000;62(4):948-63.
29. Archer J. Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A meta-analytic review. Aggression and Violent Behavior. 2002;7(4):313-51.
30. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. Psychol Bull. 2000;126(5):651-80.
31. Straus, Murray. Victims and Aggressors in Marital Violence**.** American Behavioral Scientist May 1980 23: 681-704.
32. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. Revista de Saúde Pública. 2010;44:53-9.
33. Moreno Martín F. La violencia en la pareja. Revista Panamericana de Salud Pública. 1999;5:245-58.
34. Caetano R, Cunradi CB, Schafer J, Clark CL. Intimate partner violence and drinking patterns among white, black, and Hispanic couples in the US. Journal of substance abuse. 2000;11(2):123-38.
35. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ERd, Lozana JdA, et al.. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. Cad saúde pública. 2006;22(2):425-37.
36. Castro R, Riquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19:135-46.
37. Straus MA, Gelles RJ. Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families. New Brunswick, NJ: Trasaction Books; 1990. *How violent are American families? Estimates grom a national family violence resurvey and other studies*. p.95-112.

38. Nagassar RP, Rawlins JM, Sampson NR, Zackerali J, Chankadyal K, Ramasir C, et al.. The prevalence of domestic violence within different socio-economic classes in Central Trinidad. West Indian Med J. 2010;59(1):20-5.
39. Tuesca R, Borda M. [Marital violence in Barranquilla [Colombia]: prevalence and risk factors]. Gac Sanit. 17. Spain2003. p. 302-8.
40. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al.. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. Revista de Saúde Pública. 2009;43:299-311.
41. Vieira LJEdS, Pordeus AMJ, Ferreira RC, Moreira DP, Maia PB, Saviolli KC. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. Saúde e Sociedade. 2008;17:113-25.
42. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
43. Kaysen D, Dillworth TM, Simpson T, Waldrop A, Larimer ME, Resick PA. Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking. Addictive behaviors. 2007;32(6):1272-83.
44. Leonard KE. Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? Addiction. 2005;100(4):422-5.
45. Sullivan TP, Ashare RL, Jaquier V, Tennen H. Risk factors for alcohol-related problems among victims of partner violence. Subst Use Misuse. 2012;47(6):673-85.
46. Bennett L, O'Brien P. Effects of coordinated services for drug-abusing women who are victims of intimate partner violence. Violence against women. 2007;13(4):395-411.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas da amostra. Florianópolis, 2009.

| **Características sociodemográficas** | **n (%)** | **$IC_{95\%}$** |
|---|---|---|
| **Sexo (n = 1720)** | | |
| Masculino | 761 (44,2) | 42,3 – 46,6 |
| Feminino | 959 (55,8) | 53,4 – 57,7 |
| **Idade (anos) (n = 1720)** | | |
| 20-29 | 540 (31,4) | 28,1 – 37,8 |
| 30-39 | 392 (22,8) | 20,3 – 25,5 |
| 40-49 | 438 (25,5) | 21,8 – 28,1 |
| 50-59 | 350 (20,3) | 16,9 – 21,9 |
| **Estado civil (n = 1720)** | | |
| Casado ou com companheiro | 1043 (60,6) | 56,5 – 63,6 |
| Solteiro | 503 (29,2) | 26,3 – 33,5 |
| Viúvo ou divorciado/separado | 174 (10,1) | 8,2 – 11,8 |
| **Renda *per capita* (reais) (n = 1685)** | 564 (33,5) | 26,1 – 39,0 |
| Tercil 1 (menor) | 562 (33,3) | 29,6 – 36,8 |
| Tercil 2 | 559 (33,2) | 27,8 – 40,4 |
| Tercil 3 | | |
| **Escolaridade (anos de estudo) (n = 1716)** | 737 (42,9) | 36,9 – 50,8 |
| ≥ 12 | 568 (33,1) | 28,8 – 38,0 |
| 11-9 | 253 (14,7) | 11,2 – 16,7 |
| 8-5 | 158 (9,2) | 6,4 – 11,1 |
| ≤ 4 | | |
| **Cor/Raça (n = 1678)** | | |
| Branco | 1444 (86) | 82,3 – 89,3 |
| Pardo | 147 (8,7) | 6,7 – 11,5 |
| Preto | 87 (5,2) | 3,3 – 6,9 |
| **Uso abusivo de álcool (n = 1720)** | | |
| Não | 1403 (81,5) | 78,5-84,5) |
| Sim | 307 (18,5) | 15,6-21,5) |

$IC_{95\%}$ - intervalo de confiança de 95%

**Tabela 2** – Distribuição das respostas quanto à violência física em homens e mulheres. Florianópolis, 2009.

| Questões | n (%) | Sexo | |
|---|---|---|---|
| | | Homem ($IC_{95\%}$) | Mulher ($IC_{95\%}$) |
| **Qualquer violência física** | **293 (17,0)** | **16,1 (13,3-19,0)** | **17,5 (15,0-20,2)** |
| **Violência física moderada** | **285 (16,6)** | **15,8 (13,0 – 18,6)** | **17,0 (14,3 – 19,6)** |
| Deu-lhe um tapa ou jogou algo no(a) Sr.(a) que poderia machucá-lo(a)? | 209 (12,2) | 12,2 (9,5 – 14,9) | 11,9 (9,3 – 14,4) |
| Empurrou-o(a) ou deu-lhe um tranco/chacoalhão? | 233 (23,6) | 11,1 (8,7 – 13,4) | 15,1 (12,8 – 17,3) |
| **Violência física grave** | **125 (7,3)** | **5,7 (3,8 - 7,6)** | **8,5 (6,5 – 10,5)** |
| Machucou-o(a) com um soco ou com algum objeto? | 94 (5,5) | 3,8 (2,3 – 5,4) | 6,5 (4,7 – 8,4) |
| Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou o(a) Sr.(a)? | 73 (4,3) | 2,6 (1,3 – 4,0) | 5,5 (3,9 – 7,0) |
| Estrangulou ou queimou o(a) Sr.(a) de propósito? | 26 (1,5) | 0,6 (0,06 – 1,2) | 2,2 (1,3 – 3,1) |
| Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra o(a) Sr.(a)? | 47 (2,7) | 1,5 (0,4 – 2,6) | 4,0 (2,5 – 5,5) |

$IC_{95\%}$ - intervalo de confiança de 95%

**Tabela 3** – Prevalência de sofrer qualquer violência física, violência física moderada e violência física grave em homens e mulheres segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Florianópolis, Brasil, 2009.

| | Homens | | | Mulheres | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Violência Física Moderada** | **Violência Física Grave** | **Qualquer violência física** | **Violência Física Moderada** | **Violência Física Grave** | **Qualquer violência física** |
| | Prevalência ($IC_{95\%}$) | | | | | |
| **Idade (anos)** | | | | | | |
| 20-29 | 18,7 (13,2; 24,3) | 4,0 (1,4; 6,6) | 3,8 (1,2; 6,4) | 11,8 (8,2; 15,4) | 5,0 (2,3; 7,9) | 4,0 (1,8; 6,1) |
| 30-39 | 17,8 (12,1; 23,5) | 6,2 (1,5; 11,0) | 5,5 (1,4; 9,6) | 16,3 (11,2; 21,4) | 7,0 (3,8; 10,0) | 6,5 (3,5; 9,5) |
| 40-49 | 14,7 (9,8; 19,6) | 8,0 (3,8; 12,2) | 7,5 (3,5; 11,6) | 21,3 (15,4; 27,2) | 11,4 (6,6; 16,2) | 11,0 (6,3; 15,6) |
| 50-59 | 9,4 (3,3; 15,5) | 5,5 (0,5; 10,7) | 5,3 (0,5; 10,6) | 20,3 (14,3; 26,3) | 12,0 (6,8; 17,1) | 11,8 (6,8; 16,8) |
| **Estado Civil** | | | | | | |
| Solteiro | 16,7 (11,6; 21,8) | 3,8 (1,5; 6,0) | 3,5 (1,3; 5,8) | 13,6 (9,0; 18,4) | 6,5 (3,5; 9,4) | 5,9 (3,0; 8,7) |
| Casado/ companheiro | 13,6 (10,3; 16,8) | 5,6 (3,4; 8,0) | 5,2 (3,0; 7,4) | 14,0 (11,0; 17,0) | 6,1 (4,1; 8,1) | 5,5 (3,6; 7,4) |
| Viúvo/ separado | 32,1 (16,0; 48,2) | 16,0 (3,4; 28,5) | 16,0 (3,4; 28,5) | 38,6 (29,7; 47,5) | 24,3 (16,3; 32,3) | 24,0 (16,0; 31,7) |
| **Renda *per capita* (reais)** | | | | | | |
| Tercil 1 (menor) | 14,4 (9,5; 19,3) | 7,0 (2,8; 11,2) | 5,9 (2,4; 9,4) | 23,0 (19,3; 26,7) | 13,0 (9,5; 16,4) | 12,4 (9,4; 15,4) |
| Tercil 2 | 15,2 (10,8; 19,7) | 5,8 (2,4; 9,1) | 5,8 (2,4; 9,1) | 15,1 (10,8; 19,3) | 7,3 (4,5; 10,1) | 6,6 (4,0; 9,3) |
| Tercil 3 | 18,0 (12,5; 23,6) | 5,0 (2,0; 7,8) | 4,9 (2,0; 7,8) | 12,3 (8,1; 16,5) | 5,1 (2,0 ; 8,3) | 4,6 (1,5; 7,7) |
| **Escolaridade (anos de estudo)** | | | | | | |
| ≤ 4 | 9,3 (2,5; 16,0) | 4,8 (-0,6; 10,3) | 4,8 (-0,6; 9,3) | 32,4 (19,2; 45,5) | 22,3 (12,3; 32,3) | 22,1 (12,3; 31,9) |
| 5-8 | 16,6 (10,3; 22,9) | 5,5 (1,1; 9,9) | 3,6 (-0,1; 7,2) | 21,2 (13,4; 29,0) | 11,9 (6,1; 17,6) | 11,8 (6,0; 17,5) |
| 9-11 | 16,1 (11,5; 20,7) | 5,9 (2,6; 9,1) | 5,8 (2,6; 9,1) | 18,7 (13,5; 24,0) | 9,0 (4,6; 13,5) | 8,0 (4,0; 12,1) |
| ≥ 12 | 17,0 (12,4; 21,4) | 6,0 (3,1; 8,7) | 5,7 (2,9; 8,5) | 11,4 (8,5; 14,4) | 4,4 (2,5; 6,2) | 4,0 (2,2; 5,6) |
| **Cor/Raça** | | | | | | |
| Branco | 15,6 (12,2; 18,9) | 5,4 (3,4; 7,4) | 5,0 (3,1; 6,8) | 15,5 (13,0; 18,1) | 7,8 (5,6; 10,0) | 7,1 (5,0; 9,1) |
| Pardo | 20,5 (11,5; 29,6) | 9,5 (2,0; 17,0) | 9,5 (2,0; 17,0) | 19,9 (9,7; 30,0) | 9,7 (3,0; 16,5) | 9,7 (3,0; 16,5) |
| Preto | 8,9 (-1,5; 19,3) | 4,7 (-1,6; 11,0) | 4,7 (-1,6; 11,0) | 28,3 (14,2; 42,4) | 16,8 (4,3; 29,2) | 16,8 (4,3; 29,2) |

$IC_{95\%}$ - Intervalo de Confiança de 95%

**Figura 1** Prevalência de homens e mulheres que não fazem e fazem abuso de álcool de sofrer qualquer violência física, violência física moderada e violência física grave. Florianópolis, Brasil, 2009.

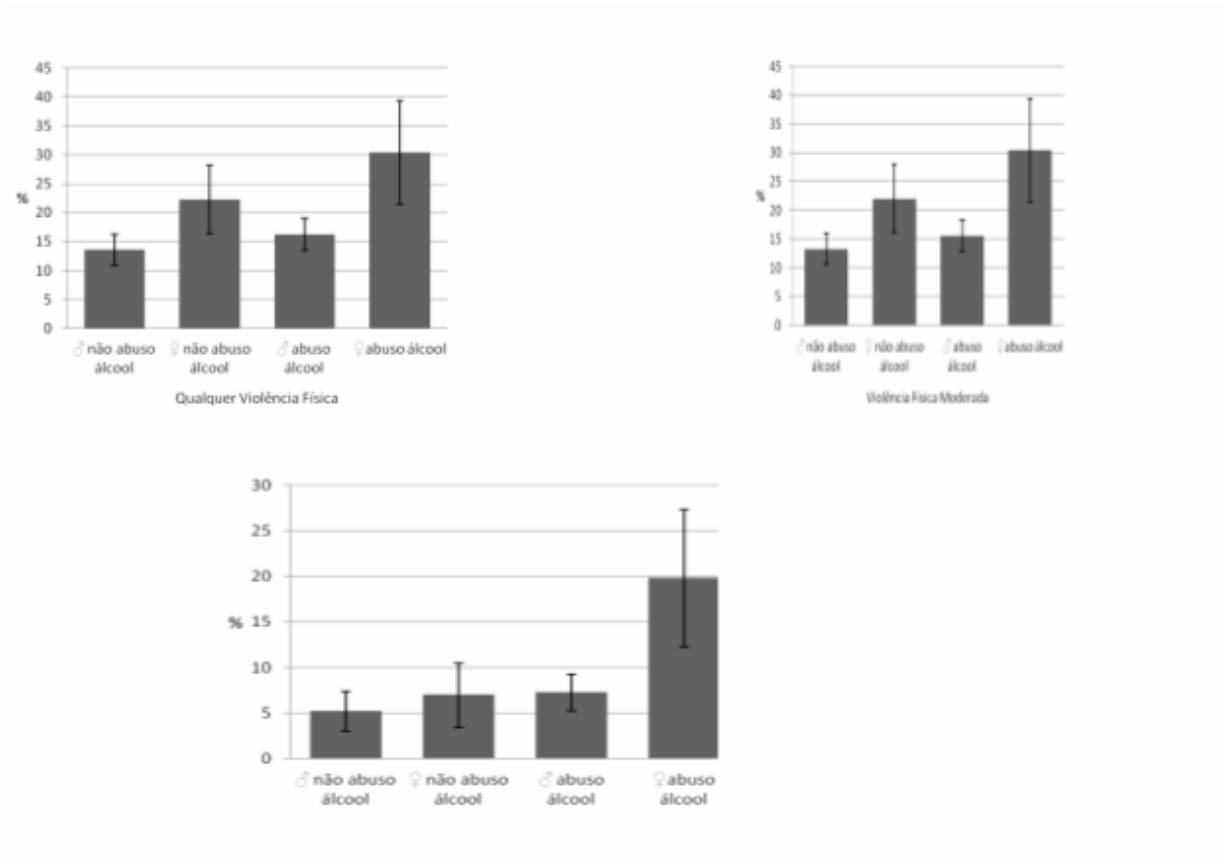

**Tabela 4** – *Odds Ratio* (OR) bruta e ajustada de homens e mulheres sem ou com uso abusivo de álcool sofrerem qualquer violência física, violência física moderada ou violência física grave e variáveis demográficas e socioeconômicas. Florianópolis, Brasil, 2009.

| | **Homem sem uso abusivo de álcool** | **Mulher sem uso abusivo de álcool** | **Homem com uso abusivo de álcool** | **Mulher com uso abusivo de álcool** |
|---|---|---|---|---|
| **Qualquer violência física** | | | | |
| **OR $_{bruta}$ ($IC_{95\%}$)** | 1,00 | 1,82 (1,26; 2,63) | 1,22 (0,92; 1,62) | 2,77 (1,66; 4,63) |
| ***p*** | | 0,002 | 0,145 | <0,001 |
| **OR $_{ajustada*}$ ($IC_{95\%}$)** | 1,00 | 1,64 (1,12; 2,40) | 1,10 (0,82; 1,47) | 2,42 (1,30; 4,51) |
| ***p*** | | 0,012 | 0,510 | 0,006 |
| **Violência Física Moderada** | | | | |
| **OR $_{bruta}$ ($IC_{95\%}$)** | 1,00 | 1,85 (1,27; 2,70) | 1,21 (0,90; 1,62) | 1,21 (0,90; 1,62) |
| ***p*** | | 0,002 | 0,198 | <0,001 |
| **OR $_{ajustada*}$ ($IC_{95\%}$)** | 1,00 | 1,66 (1,12; 2,43) | 1,08 (0,80; 1,46) | 2,50 (1,33; 4,65) |
| ***p*** | | 0,012 | 0,624 | 0,005 |
| **Violência Física Grave** | | | | |
| **OR $_{bruta}$ ($IC_{95\%}$)** | 1,00 | 1,37 (0,66; 2,85) | 1,44 (0,86; 2,41) | 4,52 (2,37; 8,60) |
| ***p*** | | 0,395 | 0,165 | <0,001 |
| **OR $_{ajustada*}$ ($IC_{95\%}$)** | 1,00 | 1,26 (0,60; 2,66) | 1,26 (0,73; 2,18) | 4,18 (1,93; 9,07) |
| ***p*** | | 0,527 | 0,389 | <0,001 |

$IC_{95\%}$ - Intervalo de Confiança de 95%
*Ajustada por idade, raça, estado civil, renda e escolaridade.

**5.2 – Artigo 2:** Condições de saúde mental e violência física por parceiro íntimo em adultos no sul do Brasil: estudo de base populacional

**Condições de saúde mental e violência física por parceiro íntimo em adultos no sul do Brasil: estudo de base populacional**

*Mental health conditions and physical violence by an intimate partner in adults in southern Brazil: population-based study*

Running title: Mental health and partner violence

**Resumo:** Investigou-se a associação entre condições de saúde mental; depressão, ideação suicida e transtorno mental comum, com sofrer violência física por parceiro íntimo em adultos, residentes em Florianópolis, Santa Catarina, em estudo transversal na linha de base de coorte populacional com amostra aleatória por conglomerados. A prevalência de depressão (27,0%), ideação suicida (9,7%) e transtorno mental comum (28,5%) foi maior em pessoas que sofreram violência física por parceiro íntimo. Tanto na análise bruta quanto na análise ajustada depressão, ideação suicida e transtorno mental comum estiveram significativamente associados com sofrer violência física moderada e grave. A ideação suicida foi o desfecho mais fortemente associado com sofrer violência física grave (RC:5,01;2,55–9,85). Pessoas expostas à violência física por parceiro íntimo apresentam maior probabilidade de terem sua saúde mental agravada.

**Palavras-chave:** Violência Doméstica. Maus-tratos Conjugais. Depressão. Ideação Suicida. Transtornos Mentais. Estudos Transversais.

**Abstract:** Investigated the association between mental health conditions, depression, suicidal ideation and common mental disorder with physical suffering intimate partner violence in adults living in Florianopolis, Santa Catarina. A cross-sectional study in a population-based cohort line with cluster sampling. The prevalence of depression (27,0%), suicidal ideation (9,7%) and common mental disorders (28,5%), higher in people who have suffered physical violence by an intimate partner. It was observed that neither crude nor adjusted analysis depression, suicidal ideation nor common mental disorder analysis were significantly associated with suffering moderate and severe physical violence. Suicidal ideation was more strongly associated with outcome suffer severe physical violence (OR:5,01;2,55-9,85). People exposed to physical violence by an intimate partner were more likely to have their mental health worse.

**Keywords:** Domestic Violence. Spouse Abuse. Depression. Suicidal Ideation. Mental Disorders. Cross-Sectional Studies.

## INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo (VPI) afeta centenas de milhares de pessoas todos os anos, e estima-se que a prevalência média de experiências durante a vida, relacionadas à violência física e (ou) sexual entre as mulheres varia de 24,6% a 36,6%[1]. Pesquisas conduzidas nos Estados Unidos da América (EUA)[2], Vietnã[3], Etiópia[4] e Brasil[5,6], têm relatado que a VPI afeta negativamente a saúde mental das pessoas envolvidas nos conflitoscom forte associação para transtornos mentais como depressão, ideias suicidas e transtorno mental comum (TMC)[7,8], objetos de estudo deste artigo denominados como condições de saúde mental.

Sintomas depressivos foram 2,1 vezes maiores em mulheres vítimas de violência física quando comparadas com as não acometidas. Essa probabilidade para homens foi 1,9 vezes maior. Todas as formas de VPI foram significativamente associadas a sintomas depressivos em homens e mulheres[9]. Para Magdol et al.[10] a probabilidade de depressão em mulheres expostas a violência aumentou em 67%, enquanto entre os homens o aumento foi de 15%.

A VPI também é considerada como um fator de risco para pensamentos e comportamentos suicidas. Quanto maior a gravidade da violência praticada pelo parceiro maior é o risco de suicídio, tanto para homens quanto para mulheres[11]. Devries et al.[12], em pesquisa integrante do *WHO Multi-Country Study on Women´s Health and Domestic Violence Against Women,* concluíram que sofrer violência por parceiro íntimo aumentou em 2,3 vezes a chance de tentativa de suicídio entre mulheres no Brasil, probabilidade inferior apenas àquela identificada no Peru (2,6), entre os nove países investigados. Para Fanslow et al.[13], o risco de suicídio para mulheres que sofreram violência física moderada e grave foi 3 e 8 vezes maior, respectivamente, quando comparadas àquelas que não haviam sofrido violência física.

Segundo Ishida et al.[14], a violência psicológica por parceiro íntimo, esteve associada com maior risco de TMC, ao passo que a física foi associada com maior risco de ideação suicida. Trevillion K et al.[15] encontraram prevalência média de 48% para qualquer tipo de VPI em mulheres com diagnóstico de TMC, além de serem mais propensas a experimentar VPI quando comparadas às sem transtorno.

Estudos[16,17] demonstram que a violência por parceiro íntimo mostra-se significativamente associada com depressão, ideação suicida e

transtorno mental comum, e que níveis mais elevados de gravidade, intensidade e duração da agressão implicam maior impacto sobre a saúde mental. Os efeitos da violência podem durar anos após a ocorrência do evento.

Na revisão realizada sobre VPI e condições de saúde mental no Brasil, encontrou-se apenas dois estudos[5,12] - realizados em Recife e São Paulo, e tiveram como amostra somente mulheres. O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre as condições de saúde mental (depressão, ideação suicida e transtorno mental comum) e violência por parceiro íntimo e incluir homens na investigação da temática em pesquisas de base populacional.

## MÉTODOS

Desenho e população do estudo

Foi realizado estudo transversal na linha de base de uma coorte populacional do estudo EpiFloripa (www.epifloripa.ufsc.br). A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2009 e janeiro de 2010, no município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. A população de referência consituiu-se em adultos de 20 a 59 anos de idade residentes na área urbana do município, correspondendo a 249.530 pessoas (61,1% do total da população)[18].

Amostragem

Como múltiplos desfechos em saúde foram investigados, para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se como parâmetros prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral previsto de 3,5 pontos percentuais. O valor obtido foi multiplicado por dois, considerando o efeito de delineamento por conglomerados. Além disso, acrescentaram-se 10% para perdas previstas e 15% para estudos de associação, resultando em 1.979 pessoas. Com o objetivo de ampliar o poder da amostra e considerando-se os diferentes cálculos realizados para todos os desfechos investigados, a amostra final foi de 2.016 pessoas. Após coleta dos dados observou-se que as prevalências de depressão, ideação suicida e transtorno mental comum foram 16,2%, 3,8% e 14,7%, respectivamente. Ao considerar as diferentes proporções de resposta para cada um dos desfechos - mantidos o nível de confiança e os percentuais acrescidos para perdas e recusas -, as margens de erro estimadas para cada desfecho foram: 2,81, 1,46 e 2,73 pontos percentuais, respectivamente. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa Epi Info, versão 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos)[19].

O processo de seleção da amostra ocorreu por conglomerados em dois estágios. No primeiro, todos os 420 setores censitários urbanos da cidade foram dispostos em ordem crescente da renda média mensal do chefe da família e sortearam-se de maneira sistemática 60 setores (seis em cada decil de renda). As unidades de segundo estágio foram os domicílios. Uma etapa de atualização do número de domicílios em cada setor fez-se necessária uma vez que o censo mais recente, que provê a contagem de domicílios por setor, havia sido realizado no ano 2000. Para tanto, percorreu-se cada um dos setores censitários sorteados e realizou-se a contagem de todos os domicílios particulares ocupados. O

número de domicílios nos setores variou de 71 a 810 (coeficiente de variação de 55%). Setores com menos de 150 domicílios foram agrupados, e acima de 500 divididos, respeitando-se o decil de renda e a proximidade geográfica, com a finalidade de diminuir o coeficiente de variação do número de domicílios por setor. Assim, a amostra final contou com 63 setores e coeficiente de variação de 32%. O número médio de moradores por domicílio equivalia a 3,1, e o de adultos a 1,8[20]. Foram sorteados sistematicamente 18 domicílios em cada uma dessas unidades geográficas (o equivalente a 32 adultos por setor).

Coleta de dados

Todos os moradores adultos dos domicílios selecionados eram elegíveis para a entrevista. Foram excluídos da pesquisa indivíduos institucionalizados, com impedimento físico e (ou) mental de responder ao questionário e os que se recusaram a participar.

A coleta dos dados foi realizada por 35 entrevistadoras do sexo feminino, com Ensino Médio completo e disponibilidade integral para execução do trabalho de campo. Utilizou-se dispositivo eletrônico móvel (*personal digital assistant* – PDA) para o registro e armazenamento dos dados. Considerou-se perda o morador adulto de domicílio sorteado que não foi encontrado após, no mínimo, quatro visitas, sendo uma obrigatoriamente no final de semana e outra no período noturno.

O controle de qualidade dos dados consistiu da aplicação, via contato telefônico, de uma versão reduzida do questionário, com dez questões. A análise de concordância identificou valores variando de 0,6 a 1,0.

Desfechos e variáveis exploratórias

No presente estudo os desfechos analisados foram depressão, ideação suicida e TMC. A prevalência de depressão foi autorreferida a partir da seguinte pergunta: "*Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) senhor(a) tem depressão?"* A pergunta utilizada foi aplicada nos suplementos de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 e 2008[21]. O TMC foi rastreado por meio do instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20)[22], validado em português no Brasil[23]. Esse instrumento consiste de 20 perguntas distribuídas em quatro grupos de sintomas: humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos[24]. As respostas a cada pergunta (do tipo sim/não)

referiram-se ao período de 30 dias antes da realização da entrevista, e cada resposta afirmativa pontuou com valor um. O escore final foi obtido por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de TMC, variando de zero (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O ponto de corte utilizado foi de oito ou mais respostas positivas para ambos os sexos e apresenta sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3%[25].

A prevalência de ideação suicida, extraída a partir do instrumento SRQ-20 é obtida com base na pergunta "O(A) senhor(a) tem tido ideias de acabar com a sua própria vida?", com opções de resposta "não" e "sim". Esse instrumento foi utilizado previamente para avaliar a associação entre VPI e ideação suicida, em estudo multicêntrico conduzido pela OMS em nove países, incluindo o Brasil[12].

A variável exploratória de principal interesse, violência física por parceiro íntimo, foi aplicada por questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde na Pesquisa *WHO Multi-Country Study on Women´s Health and Domestic Violence*[26]. Considerou-se parceiro íntimo todo companheiro ou ex-companheiro, independentemente da união formal, e namorado(a) atual, desde que mantendo relações sexuais. As perguntas relativas à violência física por parceiro íntimo abordavam: 1) se o parceiro já havia lhe dado um tapa ou jogado algo que poderia machucar; 2) se parceiro havia empurrado ou dado um tranco/chacoalhão; 3) se o parceiro machucou com um soco ou com algum objeto; 4) se deu algum chute, arrastou ou surrou o parceiro; 5) se o parceiro estrangulou ou queimou de propósito; 6) se havia ameaçado usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra o pesquisado.

Para identificar a ocorrência de qualquer violência física por parceiro íntimo era necessária resposta afirmativa a pelo menos uma das questões anteriores. Para ser considerada violência física moderada, o entrevistado precisava responder afirmativamente às questões 1 ou 2, e para classificar violência física como grave era necessário responder "sim" a uma das questões de 3 a 6[26].

A violência fez parte do último bloco de perguntas da entrevista para que se estabelecesse uma relação de confiança entre, o entrevistador e entrevistado, garantindo-se a presença apenas desses e em local reservado do domicílio.

Por fim, foram investigadas variáveis demográficas e socioeconômicas, a saber: sexo, idade (coletada em anos completos e posteriormente categorizada em diferentes faixas etárias (20 a 29 - 30 a

39 - 40 a 49 - 50 a 59), estado civil (solteiro(a) – casado(a) ou com companheiro(a) – viúvo(a) ou divorciado(a)/separado(a)), renda familiar *per capita* em reais (estratificada em tercis, tercil 1 = R$ 0,0 – R$ 566,9-tercil; 2 = R$ 567,0 – R$ 1.300,1; tercil 3 = R$ 1.301,0 – R$ 33.333,3) e escolaridade (≤4; 8 -5; 11-9; ≥12 anos de estudo).

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva com valores médios e frequência relativa (%) e respectivos intervalos de confiança de 95% ($IC_{95\%}$). Os desfechos foram investigados em relação à prevalência das variáveis de exposição: 1) não sofrer violência física; 2) sofrer violência física moderada; 3) sofrer violência física grave. A primeira etapa da análise consistiu nas estimativas brutas dos desfechos associados às variáveis de exposição. Em seguida, foram incorporadas ao modelo de análise as variáveis demográficas (sexo e idade) e, posteriormente as socioeconômicas (estado civil, renda e escolaridade). As razões de chance (RC) brutas e ajustadas, e respectivos $IC_{95\%,}$ foram obtidos por meio da regressão logística. Em todas as análises incorporaram-se nas estimativas o efeito do delineamento e o peso amostral. As análises foram realizadas no programa Stata 9.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (protocolo nº 351/2008). Os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi garantido o sigilo em todas as etapas da coleta e análise dos dados. O estudo EpiFloripa teve como fonte financiadora o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob o número 485327/2007-4 – Edital Universal 2007.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 1.720 pessoas, correspondendo a uma proporção de resposta de 85,3%. Pouco mais da metade dos entrevistados (55,8%) eram mulheres, 60,1% estavam casados ou vivendo com companheiro, 43,9% afirmaram ter 12 anos ou mais de estudo e a média de idade era 38,1 anos (desvio padrão = 1,12 ano).

Entre os entrevistados, 16,9% ($IC_{95\%}$ 15,0-18,8) referenciaram violência física por parceiro íntimo, 16,2% ($IC_{95\%}$ 14,3-18,2) depressão, 14,7% ($IC_{95\%}$ 12,2-17,1) TMC e 3,8% ($IC_{95\%}$ 2,5-5,0) ideação suicida. Outras características da amostra estão descritas na Tabela 1.

Na Tabela 2 são apresentadas as prevalências dos desfechos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de exposição. Depressão, ideação suicida e TMC foram maiores para as mulheres, pessoas com idade ≥ 40 anos, para os viúvos ou divorciados/separados, de menor renda, com baixa escolaridade e os que sofreram violência física por parceiro íntimo.

A Tabela 3 apresenta as RC brutas e ajustadas entre os desfechos e a violência física por parceiro íntimo. Observou-se que, tanto na análise bruta quanto na análise ajustada, depressão, ideação suicida e TMC estiveram significativamente associados com sofrer violência física moderada e grave. Houve redução na magnitude, porém no modelo final todas as associações continuaram expressivas e significativas. Pessoas que sofreram violência física moderada apresentaram duas vezes mais chance de referir depressão quando comparadas às que não sofreram ($IC_{95\%}$ 1,40 – 2,86). Para violência física grave a chance de depressão apresentou-se quase três vezes superior ($IC_{95\%}$ 1,86 – 4,65). A ideação suicida foi o desfecho mais fortemente associado com sofrer violência física grave (RC:5,01;$IC_{95\%}$ 2,55 – 9,85). Quanto ao TMC, pessoas que sofreram violência física moderada ou grave apresentaram chance 2,54 ($IC_{95\%}$ 1,78-3,63) e 3,76 ($IC_{95\%}$ 2,38-5,94) vezes maior, respectivamente, para a ocorrência desse transtorno em comparação com aquelas que não sofreram violência física por parceiro íntimo.

## DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou a associação entre depressão, ideação suicida e (ou) transtorno mental comum com sofrer violência física por parceiro íntimo. Destaca-se que uma em cada quatro pessoas referiru depressão ou TMC e aproximadamente 4% tiveram a intenção de acabar com a própria vida – ideação suicida. A prevalência de depressão apresentou-se quase quatro vezes maior (16,2% *vs* 4,1%) em comparação com o encontrado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008[27]. Para o TMC a prevalência (14,7%) mostrou-se inferior à encontrada em estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), com dados referentes a São Paulo (27,4%) e à Zona da Mata de Pernambuco (36,6%)[6]. Por sua vez, a ideação suicida (3,8%) nesse estudo apresentou prevalências próximas à identificada na região urbana de São Paulo (4,3%)[12].

De acordo com estudo divulgado pela OMS[28], estima-se que a depressão afete 121 milhões de pessoas no mundo, e o Brasil é o país que apresentou a maior prevalência para o fenômeno no ano de 2010 (10,8% da população). As mulheres são as que mais sofrem com o mal, pois têm duas vezes mais chances de desenvolver a doença do que os homens, e quando sofrem violência física por parceiro íntimo elas têm o dobro de probabilidade de ser acometidas por depressão[1]. Em estudo conduzido na Etiópia, Tadegee et al.[29] encontraram maior probabilidade de depressão (RC:3,00) em mulheres que sofriam violência física por parceiro íntimo.

Achados semelhantes foram encontrados no presente estudo, em que pessoas que sofreram violência física moderada ou grave apresentaram chances duas e quase três vezes maiores, respectivamente, para depressão em comparação com os que não sofreram. No entanto, essa prevalência atingiu valores maiores (RC:2,00;2,94) para pessoas que sofreram violência física moderada ou grave respectivamente, na comparação com dados de pesquisa conduzida nos Estados Unidos (RC:1,64;1,90)[2].

Para Houry et al.[30] ser vítima de violência emocional por parceiro íntimo aumenta o risco de sintomas depressivos, ao passo que ser vítima de violência física por parceiro íntimo aumenta o risco de ideação suicida. E sofrer ao mesmo tempo mais de um tipo de violência foi significantemente correlacionado com o risco aumentado de sintomas depressivos (RR:5,9) e ideação suicida (RR:17,5).

A ideação suicida é caracterizada por perda da vontade de viver, desejo de estar morto ou acabar com a própria vida e autodestruição. Essas ideias (ideação suicida) apresentarão risco de suicídio variável, indo de baixo a alto risco, que é determinado pelo número e pela intensidade desses fatores[31]. Alguns estudos[32,33] estimam que o número de suicídios, bem como os comportamentos suicidas e o seu impacto na sociedade vem aumentando ao longo do tempo. Segundo a OMS, estima-se que no ano de 2020 aproximadamente 1,53 milhões de pessoas no mundo cometerão suicídio[34]. Entre os estados brasileiros com maiores taxas de suicídio, Santa Catarina está em segundo lugar nas estatísticas, com uma média de 7 e 8,5/100.000 habitantes[31].

Com exceção da China, onde as mulheres estão acima dos homens nas estatísticas de suicídio, nos demais países do mundo o predomínio se dá entre os homens em todas as faixas etárias[32,35]. Observando-se uma relação de homem/mulher, a média é de 3:1 até 4:1, dependendo do país estudado[35-39].

No estudo em discussão a ideação suicida, após ajuste para variáveis demográficas e socioeconômicas, apresentou magnitude significativamente maior (RC:5,01) para os que sofreram violência física grave por parceiro íntimo quando comparados aos que não sofreram. Essas associações mostraram-se mais fortes inclusive quando comparadas com dois estudos multicêntricos que incluíram o Brasil. O conduzido por Ellsberg et al.[5] afirma que mulheres que experienciaram violência VPI tiveram a chance aumentada em 2,9 vezes para ideação suicida e 3,8 para tentativas de suicídio quando comparadas às que não sofreram; enquanto o estudo conduzido por Devries et al.[12] concluiu que sofrer violência por parceiro íntimo aumentou essa associação em 2,3 vezes.

Outra condição de saúde mental associada à VPI é o transtorno mental comum, que, de acordo com Goldberg & Huxley[40], caracteriza-se por sintomas não psicóticos como: a insônia, a fadiga, a irritabilidade, o esquecimento, a dificuldade de concentração e as queixas somáticas. Os TMC são quando o indivíduo não se encaixa em diagnósticos formais de depressão e (ou) ansiedade pelos critérios da classificação DSM-IV e CID-10, mas que trazem uma incapacidade funcional bastante relevante.

Em estudo realizado na Índia por Kumar et al.[41], 56% das mulheres vítimas de violência física pelo parceiro íntimo apresentaram o TMC. No Brasil, Araújo et al.[42] identificaram que 69,2% das mulheres expostas a esse tipo de violência apresentaram TMC, ao passo que para

Ludermir et al.[6] essa prevalência foi de 49%. Esses dados se diferenciam dos encontrados neste estudo, uma vez que apresentaram magnitudes maiores em relação à prevalência de TMC para as vítimas de violência física por parceiro íntimo. No presente estudo a prevalência de TMC para essa população foi de 27,7% para expostos à violência física moderada e de 40,4% para expostos à grave.

Essas diferenças podem ser explicadas partindo do pressuposto de que a população aqui investigada foi formada tanto por mulheres quanto por homens, e conforme Coutinho et al.[43] e Maragno et al.[44], os homens tendem a apresentam prevalência menor para o TMC em comparação com as mulheres, o que pode ter levado à diminuição da magnitude da prevalência nesse estudo.

É importante ressaltar que o estudo obteve alta proporção de resposta (85,3%) e distribuição similar entre os decis de renda das unidades primárias de amostragem. A composição etária e por sexo observada na amostra foi semelhante à projetada pelo IBGE para o município, em 2009. Realizou-se ainda controle de qualidade dos dados, e os entrevistadores desconheciam o objetivo da pesquisa, o que reduz a chance de vieses. Quanto à reduzida prevalência de ideação suicida (3,8%) esta poderia causar dificuldades para testar associações com as variáveis de exposição. Contudo, o tamanho da amostra foi suficiente para investigar associação entre o desfecho e sofrer violência física, violência física moderada e grave por parceiro íntimo (poder = 99,4%, 99,4% e 99,9% respectivamente).

Quanto às limitações do estudo, é necessário destacar, primeiro, o corte transversal que impossibilita o estabelecimento das relações causais, uma vez que a exposição e o desfecho são investigados num mesmo momento, assim a possibilidade de viés da causalidade reversa não pode ser eliminada em algumas associações testadas[45]; segundo, o autorrelato de diagnóstico prévio das condições de saúde mental analisadas pode subestimar as prevalências em função de ausência de sintomatologia recente, ou a presença de sintomas num período próximo ao da entrevista pode levar a pessoa a referir-se à doença mesmo sem o diagnóstico profissional; e por fim, pode haver subestimação da prevalência da variável de exposição, sofrer violência física por parceiro íntimo, assim se buscou minimizar ao máximo essa condição, seguindo-se recomendações da literatura[46], por meio das questões de treinamento, de ética da pesquisa, de cuidados no local da entrevista e no questionário.

Diante do quadro epidemiológico constatado – de forte associação entre as condições de saúde mental (depressão, ideação suicida e TMC) e sofrer violência física por parceiro íntimo, evidenciamos que pessoas que sofreram violência física por parceiro íntimo apresentam maiores chances para os desfechos. É essencial que profissionais e serviços de saúde estejam sensíveis a essa situação, uma vez que a VPI ainda é invisível em seu cotidiano.

**REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organization. 2013. .

2. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. Journal of Women's Health. 2007;16(7):987-97.

3. Vung ND, Ostergren P-O, Krantz G. Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. The European Journal of Public Health. 2009;19(2):178-82.

4. Deyessa N, Berhane Y, Alem A, Hogberg U, Kullgren G. Depression among women in rural Ethiopia as related to socioeconomic factors: a community-based study on women in reproductive age groups. Scandinavian journal of public health. 2008;36(6):589-97.

5. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. Lancet. 371. England 2008. p. 1165-72.

6. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. Soc Sci Med. 2008;66(4):1008-18.

7. Carbone-Lopez K, Kruttschnitt C, Macmillan R. Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress, and substance use. Public Health Rep. 2006;121(4):382-92.

8. Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. Journal of epidemiology and community health. 2005;59(10):818-21.

9. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al.. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. American journal of preventive medicine. 2002;23(4):260-8.

10. Magdol L, Moffitt TE, Caspi A, Newman DL, Fagan J, Silva PA. Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year-olds: bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. J Consult Clin Psychol. 1997;65(1):68-78.

11. McLaughlin J, O'Carroll RE, O'Connor RC. Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review. Clinical Psychology Review. 2012.

12. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, et al.. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Social science & medicine. 2011;73(1):79-86.
13. Fanslow J, Robinson E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. N Z Med J. 2004;117(1206):U1173.
14. Ishida K, Stupp P, Melian M, Serbanescu F, Goodwin M. Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in Paraguay. Soc Sci Med. 2010;71(9):1653-61.
15. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. PloS one. 2012;7(12):e51740.
16. Ellsberg M, Caldera T, Herrera A, Winkvist A, Kullgren G. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: Results from a population-based study. American Psychologist. 1999;54(1):30.
17. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. Psychosom Med. 67. United States2005. p. 791-7.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População brasileira [citado 2009 fev 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.
19. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al.. Epi info. A word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers [programa de computador] Version. 1994;6.
20. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009a. IBGE Cidades. Disponível em URL:http://www.ibge.gov.br/cidadesat.
21. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. Vol. 2009. Brasília: IBGE, 2008.
22. WHO - World Health Organization. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneve: WHO, 1994.
23. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. The British Journal of Psychiatry. 1986;148(1):23-6.

24. Santos KOB, Araújo TMd, Oliveira NFd. Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population. Cadernos de Saúde Pública. 2009;25(1):214-22.
25. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):380-90.
26. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
27. de Azevedo Barros MB, César CLG, Carandina L, Dalla Torre G. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciência & Saúde Coletiva. 2006(004):911-26.
28. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al.. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC medicine. 2011;9(1):90.
29. Tadegge AD. The mental health consequences of intimate partner violence against women in Agaro Town, southwest Ethiopia. Trop Doct. 2008;38(4):228-9.
30. Houry D, Kemball R, Rhodes KV, Kaslow NJ. Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. Am J Emerg Med. 24. United States2006. p. 444-50.
31. Viana GN, Zenkner FdM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. J Bras Psiquiatr. 2008;57(1):38-43.
32. Botega NJ, Barros MBdA, Oliveira HBd, Dalgalarrondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. Revista brasileira de Psiquiatria. 2005;27(1):45-53.
33. Collett BR, Ohan JL, Myers KM. Ten-year review of rating scales. VI: Scales assessing externalizing behaviors. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2003;42(10):1143-70.
34. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra. 2000.
35. Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Rev Saúde Pública. 2003;37(3):357-63.

36. de Carvalhod A, Falke JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Rev Saúde Pública. 2004;38(6):804-10.
37. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Archives of General Psychiatry. 2005;62(4):427.
38. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current diagnosis & treatment in psychiatry. New York: Mc Graw-Hill; 2000.
39. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factores: a national register – based study of all suicides in Denmard, 1981-1997. Am J Psychiatry. 2003;160(13):765-72.
40. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: A bio-social model: Tavistock/Routledge; 1992.
41. Kumar S, Jeyaseelan L, Suresh S, Ahuja RC. Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. Br J Psychiatry. 187. England2005. p. 62-7.
42. Araújo TMd, Almeida MMGd, Santana CdC, Araújo EMd, Pinho PdS. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras; Psychological disorders among women: a comparative study between housewives and workers. Rev Enferm UERJ. 2006;14(2):260-9.
43. Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. Rev Psiq Clín 1999; 26(5).
44. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(8):1639-48.
45. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern epidemiology: Wolters Kluwer Health; 2008.
46. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. Stud Fam Plann. 2001;32(1):1-16.

**Tabela 1** – Características demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde mental da amostra. Florianópolis, Brasil, 2009.

| Variáveis | n | % ($IC_{95\%}$) |
|---|---|---|
| **Sexo (n=1720)** | | |
| Masculino | 761 | 44,2 (42,3-46,6) |
| Feminino | 959 | 55,8 (53,4-57,7) |
| **Idade (anos) (n=1720)** | | |
| 20-29 | 540 | 31,4 (28,1-37,8) |
| 30-39 | 392 | 22,8 (20,3-25,5) |
| 40-49 | 438 | 25,5 (21,8-28,1) |
| 50-59 | 350 | 20,3 (16,9-21,9) |
| **Estado civil (n=1720)** | | |
| Solteiro | 503 | 29,9 (26,3-33,5) |
| Casado ou com companheiro | 1043 | 60,1 (56,5-63,6) |
| Viúvo ou divorciado/separado | 174 | 10,0 (8,2-11,8) |
| **Renda *per capita* (reais) (n=1685)** | | |
| Tercil 1 (menor) | 564 | 33,5 (26,1-39,0) |
| Tercil 2 | 562 | 33,3 (29,6-36,8) |
| Tercil 3 | 559 | 33,2 (27,8-40,4) |
| **Escolaridade (anos de estudo) (n=1716)** | | |
| ≤ 4 | 158 | 8,7 (6,4-11,1) |
| 8-5 | 253 | 14,0 (11,2-16,7) |
| 11-9 | 568 | 33,4 (28,8-38,0) |
| ≥12 | 737 | 43,9 (36,9-50,8) |
| **Depressão (n=1718)** | | |
| Não | 1425 | 83,8 (81,8-85,7) |
| Sim | 293 | 16,2 (14,3-18,2) |
| **Ideação suicida (n=1716)** | | |
| Não | 1648 | 96,2 (95,0-97,4) |
| Sim | 68 | 3,8 (2,5-5,0) |
| **Transtorno mental comum (n=1687)** | | |
| Não | 1431 | 85,3 (82,8-87,7) |
| Sim | 256 | 14,7 (12,2-17,1) |
| **Violência física por parceiro íntimo (n= 1709 )** | | |
| Não | 1416 | 83,1 (81,1-85,0) |
| Sim | 293 | 16,9 (15,0-18,8) |

$IC_{95\%}$ - intervalo de confiança de 95%

**Tabela 2** - Prevalência de condições de saúde mental e variáveis demográficas e socioeconômicas. Florianópolis, Brasil, 2009.

| Variáveis | Depressão % ($IC_{95\%}$) | Ideação suicida % ($IC_{95\%}$) | Transtorno mental comum % ($IC_{95\%}$) |
|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | |
| Masculino | 8,8 (6,7-10,9) | 2,0 (0,7-3,2) | 7,4 (5,5-9,4) |
| Feminino | 22,2 (19,5-24,9) | 5,2 (3,5-7,0) | 20,5 (16,7-24,4) |
| **Idade (anos)** | | | |
| 20-29 | 9,0 (6,5-11,5) | 2,4 (1,2-3,5) | 11,7 (8,6-14,7) |
| 30-39 | 17,6 (14,2-21,0) | 3,8 (2,0-5,7) | 16,1 (12,1-20,0) |
| 40-49 | 19,3 (15,3-23,4) | 5,1 (2,6-7,7) | 16,5 (12,6-20,5) |
| 50-59 | 22,7 (18,1-27,3) | 4,4 (2,3-6,5) | 15,8 (10,2-21,4) |
| **Estado civil** | | | |
| Solteiro | 10,6 (8,0-13,2) | 2,0 (0,7-3,2) | 12,4 (9,7-15,2) |
| Casado ou com companheiro | 16,6 (14,1-19,1) | 3,7 (2,1-5,2) | 14,2 (11,4-17,0) |
| Viúvo ou divorciado/separado | 30,6 (22,4-39,0) | 10,1 (4,9-15,3) | 24,1 (17,0-31,3) |
| **Renda *per capita* (reais)** | | | |
| Tercil 1 (mais pobre) | 18,1 (14,0-22,1) | 6,4 (4,0-8,8) | 20,7 (16,1-25,3) |
| Tercil 2 | 17,6 (14,1-21,1) | 3,0 (1,6-4,4) | 14,7 (12,1-17,3) |
| Tercil 3 (mais rico) | 13,6 (10,7-16,4) | 2,2 (0,7-3,6) | 9,7 (6,5-12,9) |
| **Escolaridade (anos de estudo)** | | | |
| ≤ 4 | 21,5 (14,5-28,5) | 8,2 (3,5-13,0) | 27,2 (19,6-34,8) |
| 8-5 | 21,4 (16,5-26,2) | 6,0 (2,3-9,6) | 20,8 (14,5-27,2) |
| 11-9 | 15,0 (11,3-18,7) | 4,0 (2,4-5,7) | 14,4 (10,7-18,1) |
| ≥12 | 14,4 (12,2-16,5) | 2,0 (0,9-3,2) | 10,5 (8,1-12,8) |
| **Violência física por parceiro íntimo** | | | |
| Não | 14,0 (12,0-15,8) | 2,6 (1,4-3,7) | 11,9 (9,5-14,3) |
| Sim | 27,0 (20,7-33,2) | 9,7 (5,8-13,6) | 28,5 (22,0-35,0) |

$IC_{95\%}$ - intervalo de confiança de 95%

**Tabela 3 -** Razão de chances (RC) bruta e ajustada entre depressão, ideação suicida e transtorno mental comum e violência física por parceiro íntimo. Florianópolis, Brasil, 2009.

| Variável | VFPI | n (%) | RC ($IC_{95\%}$) bruta | *p** | RC ($IC_{95\%}$)** ajustada | *p* | RC ($IC_{95\%}$)*** ajustada | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Depressão | Nenhuma | 211 (14,0) | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | |
| | Moderada | 74 (26,0) | 2,10 (1,48-3,00) | <0,001 | 2,07 (1,44-3,00) | <0,001 | 2,00 (1,40-2,86) | <0,001 |
| | Grave | 47 (37,7) | 3,58 (2,23-5,75) | <0,001 | 3,15 (1,96-5,06) | <0,001 | 2,94 (1,86-4,65) | <0,001 |
| Ideação suicida | Nenhuma | 39 (2,6) | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | |
| | Moderada | 28 (9,8) | 4,02 (2,10-7,70) | <0,001 | 3,91 (2,02-7,57) | <0,001 | 3,30 (1,65-6,57) | 0,001 |
| | Grave | 21 (17,0) | 7,16 (3,79-13,51) | <0,001 | 6,41 (3,30-12,50) | <0,001 | 5,01 (2,55-9,85) | <0,001 |
| TMC | Nenhuma | 173 (11,9) | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | |
| | Moderada | 77 (27,7) | 2,76 (1,97-3,87) | <0,001 | 2,80 (2,00-3,93) | <0,001 | 2,54 (1,78-3,63) | <0,001 |
| | Grave | 50 (40,4) | 4,65 (3,00-7,23) | <0,001 | 4,41 (2,86-6,81) | <0,001 | 3,76 (2,38-5,94) | <0,001 |

VFPI: violência física por parceiro íntimo – RC: razão de chance - TMC: transtorno mental comum - ($IC_{95\%}$) - intervalo de confiança de 95%
Todas as análises consideraram o efeito de delineamento.
*Teste de Wald.
** Ajustada pelas variáveis sexo e idade.
*** Ajustada pelas variáveis sexo, idade, estado civil, renda e escolaridade.

## 6. CONCLUSÕES

A partir das análises realizadas nessa tese de doutorado podemos concluir que:

*1. Homens e mulheres sofrem violência física perpetrada pelo parceiro íntimo, porém as mulheres são as maiores vítimas desse fenômeno, principalmente quando se observa a exposição a violência física grave.*

Quando analisados separadamente os atos de violência, percebe-se que, tanto levar um tapa ou ser alvo de um objeto arremessado pelo companheiro, quanto receber um tranco ou chacoalhão não diferem estatisticamente entre os dois sexos. Diferenças maiores são observadas na prevalência de violência física grave, quando uma em cada quinze (8,5%) mulheres recebeu um soco ou foi machucada com algum objeto pelo companheiro, e entre os homens essa relação foi de um para vinte e seis (5,7%). Para os demais atos de violência grave, as mulheres seguem apresentando medida percentual maior que os homens, quanto maior a diferença mais grave o ato.

*2.Mulheres e homens que sofrem violência física por parceiro íntimo apresentam características demográficas e socioeconômicas distintas*

A prevalência de violência física e violência física grave entre os homens não apresentou alteração significativa, sobretudo para idade, renda, escolaridade e raça. No entanto, verificou-se que homens viúvos/separados apresentaram prevalência três vezes maior para essa violência em relação aos homens casados. Também entre as mulheres foram observadas variações, o fenômeno foi mais comum entre as mulheres com maior idade, as viúvas ou separadas, as mais pobres, menos escolarizadas e pretas. No entanto, verificou-se que mulheres com menos de cinco anos de estudo apresentaram prevalência três vezes maior de violência moderada e cinco vezes maior para a violência grave em comparação com aquelas com doze ou mais anos de estudo.

*3. Mulheres que sofrem violência física por parceiro íntimo estão mais suscetíveis a fazer uso abusivo de álcool, e quando expostas a violência física grave essa característica se intensifica.*

Verifica-se que as mulheres, fazendo ou não uso abusivo do álcool, apresentam maior prevalência de sofrer violência física, independentemente da gravidade da violência. Para a violência física grave a diferença da prevalência entre homens e mulheres, que fazem uso abusivo do álcool, é maior (12,5%). Entre as mulheres que fazem ou não uso abusivo do álcool a prevalência também é maior para a violência física grave, e chega a ser 12,8% maior para aquelas que fazem uso abusivo de álcool.

*4. Sofrer violência física por parceiro íntimo expõe a pessoa a maiores chances de apresentar depressão, ideação suicida e/ou transtorno mental comum.*

Após análise multivariada, as razões de chance entre a depressão, a ideação suicida e o transtorno mental comum, tanto na análise bruta quanto na análise ajustada, estiveram significativamente associadas com sofrer violência física moderada e grave. No modelo final, mesmo com a redução da magnitude, todas as associações continuaram expressivas e significativas.

*4. Dentre as condições de saúde mental estudadas a ideação suicida foi a que apresentou maior magnitude com sofrer violência física por parceiro íntimo.*

O desfecho para quem sofreu violência física grave por parceiro íntimo é cinco vezes maior quando comparado com os que não sofreram, para depressão e transtorno mental comum apresentaram probabilidade menor.

Portanto é importante pensar cada vez mais em políticas públicas que permeiem a integralidade da atenção a saúde da população, uma vez que a violência por parceiro íntimo ainda é invisível para os serviços de saúde, tanto a vivenciada pela mulher e muito mais àquela contra o homem. Bem como o sofrimento mental, que tem sido recorrente no dia-a-dia dos serviços de saúde, e conforme demostrado nos estudos que abrangem essa tese tornam-se uma espécie de alerta para investigar exposição à violência.

Contudo, estudos longitudinais poderão auxiliar na discussão sobre a relação causal entre as condições de saúde mental e sofrer

violência física por parceiro íntimo na população investigada bem como estudos qualitativos poderão aprofundar a discussão sobre a relação entre sofrer violência por parceiro íntimo e apresentar depressão, ideação suicida e transtorno mental comum.

# REFERÊNCIAS[5]

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde In: OMS, editor. Genebra.2002. p. 380.
2. Azambuja MPRd, Nogueira C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública; An introduction to violence against women as a human rights and public health problem. Saúde soc. 2008;17(3):101-12.
3. Gonçalves R. Cidadania-classes populares-mulheres: reflexão sobre seus impactos nas lutas sociais. Lutas Sociais. 2001 (7).
4. Pillar Grossi M. Feministas históricas e novas feministas no Brasil. Sociedade e estado. 1997;12(2):285-308.
5. Oliveira APG, Cavalcanti VRS. Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano. 2007;17(1):39-51.
6. Barsted, L. A violência contra as mulheres no Brasil e a Convenção de Belém do Pará, dez anos depois. Em UNIFEM (Org.) O progresso das mulheres no Brasil. 2006. Brasília: Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. 43p.
7. de Souza Monteiro CF, de Oliveira Souza IE. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. Texto & Contexto Enfermagem. 2007;16(1):26-31.
8. Barsted LL, Pitanguy J. O progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010. Rio de Janeiro: CEPIA/Brasília: ONU Mulheres. 2011.
9. Romans S, Forte T, Cohen MM, Du Mont J, Hyman I. Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. Journal of interpersonal violence. 2007;22(12):1495-514.
10. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women. 2000.
11. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, Boing AF, Peres KG. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. Cadernos de Saúde Pública. 2009;25:800-8.
12. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. Revista de Saúde Pública. 2010;44:53-9.

---

[5] De acordo com o estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados Medline.

13. Reid RJ, Bonomi AE, Rivara FP, Anderson ML, Fishman PA, Carrell DS, et al.. Intimate partner violence among men: Prevalence, chronicity, and health effects. American journal of preventive medicine. 2008;34(6):478-85.
14. Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen US states/territories, 2005. American journal of preventive medicine. 2008;34(2):112-8.
15. Busch-Armendariz, NB; Heffron, LC; Bohman, Tom. Statewide Prevalence of intimate partner violence in Texas. Institute on Domestic Violence and Sexual Assault. 2011. p. 64.
16. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ERd, Lozana JdA, et al.. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. Cad saúde pública. 2006;22(2):425-37.
17. Maluschke G, Bucher-Maluschke JSNF, Hermanns K. Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática: UNIFOR; 2004.
18. Lamoglia CVA, Minayo MCdS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14:595-604.
19. Koziol-McLain J, Coates CJ, Lowenstein SR. Predictive validity of a screen for partner violence against women. American Journal of Preventive Medicine. 2001;21(2):93-100.
20. Assis SGd, Costantino P. Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro; Daughters of the world: feminine juvenile infraction in Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
21. Gomes RA. Mulher em situação de violência sob a ótica da saúde, 2003. In: Minayo MC, Souza ER. Violência sob o olhar da saúde: Infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p. 199-222. .
22. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al.. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. American journal of preventive medicine. 2002;23(4):260-8.
23. Okuda M, Olfson M, Hasin D, Grant BF, Lin KH, Blanco C. Mental health of victims of intimate partner violence: results from a national epidemiologic survey. Psychiatr Serv. 62. United States2011. p. 959-62.

24. Ristum, Marilena. O conceito de Violência de Professoras do Ensino fundamental. [Tese]. Salvador. Universidade Federal da Bahia; 2001.
25. Giddens, A. A Transformação da Intimidade. São Paulo: UNESP, 1993.
26. Assis, Simone Gonçalvez de (org) et al.. Impactos da Violência: Moçambique e Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves, 2011.
27. World Health Assembly (1996). *Prevention of violence: public health priority*. Geneva, Switzerland: WHO, resolution n.º WHA 49, 25.
28. Minayo MCdS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cadernos de Saúde Pública. 1994;10:S7-S18.
29. Minayo MCdS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 132 p.
30. Schraiber LB, d' Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. Cadernos de Saúde Pública. 2009;25:s205-s16.
31. Hayeck CM. Refletindo sobre a violência. Rev Bras Hist Cien Soc. 2009;1:1-8.
32. Minayo MCdS, Souza ERd. Violence and health care as an interdisciplinary field and an arena for collective action. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 1997;4(3):513-31.
33. Tavares dos Santos JV. A violência como dispositivo de excesso de poder. Sociedade e Estado. 1995;10(2):281-98.
34. Chaves, E.S.; Ristum, M e Noronha, C.V. Estratégias para o controle e Prevenção da violência: uma experiência em saúde que integraliza ações, a partir de diferentes segmentos. III Congresso Nacional da Rede UNIDA. Salvador, BA. Resumos, p.136, 1997.
35. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
36. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. Social Science & Medicine. 2000;51(11):1595-610.
37. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev Saúde Pública. 2005;39(5):695-701.
38. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al.. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Revista de Saúde Pública. 2007;41:797-807.

39. Gomes NP, Diniz NMF, Araújo AJdS, Coelho TMdF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. Acta Paulista de Enfermagem. 2007;20:504-8.
40. Vinhas, Wagner. Construção social da violência e direitos humanos. Palestra proferida durante a Campanha pelo Fim da Violência Contra Mulheres: "Direitos sexuais e Direitos Humanos": construção social da violência e direitos humanos. UNEB, Irecê, 04/12/2010.
41. Adeodato VG, Carvalho RdR, Siqueira VRd, Souza FGdM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. Rev Saúde Pública. 2005;39(1):108-13.
42. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. The Lancet. 2002;359(9315):1423-9.
43. Counts DA, Brown JK, Campbell JC, eds. Sanctions & Sanctuary: cultural perspective on the beating of wives. Boulder, Colorado: Westview Press; 1992.
44. Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. p.91-121.
45. Castro R, Riquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19:135-46.
46. Nolasco, Sócrates. De Tarzan a Homer Simpson: banalização e violência masculina em sociedades contemporâneas. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
47. Méndez, L. B. Violencia de género y prevención. El problema de la violencia masculina. Intervención en Jornadas: Actuaciones Sociopolíticas Preventivas de la Violencia de Género. Madrid, 1999.
48. Jackson SM. Issues in the dating violence research: A review of the literature. Aggression and Violent Behavior. 1999;4(2):233-47.
49. Almeida, R.O. Mulheres que Matam: Universo Imaginário do Crime no Feminino. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UFRJ, 2001.
50. Gomes R. La dimensión simbólica de la violencia de género una discusión introductoria. Athenea Digital-Revista de pensamiento e investigación social. 2008 (14):237-43.
51. Gomes NP, Freire NM. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. Rev Bras Enferm. 2005;58(2):176-9.
52. WHO, World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010.

53. Gupta J, Silverman JG, Hemenway D, Acevedo-Garcia D, Stein DJ, Williams DR. Physical violence against intimate partners and related exposures to violence among South African men. Canadian Medical Association Journal. 2008;179(6):535-41.
54. Abrahams N, Jewkes R, Laubscher R, Hoffman M. Intimate Partner Violence: Prevalence and Risk Factors for Men in Cape Town, South Africa. Violence and Victims. 2006;21(2):247-64.
55. Alves SLB, Diniz NMF. Eu digo não, ela diz sim": a violência conjugal no discurso masculino. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005;58(4):387-92.
56. Ferreira GB. La mujer maltratada: un estúdio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica. 2nd. Buenos Aires: Sudamericana; 1994.
57. Johnson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. Journal of Marriage and the Family. 1995:283-94.
58. Johnson MP, editor Two types of violence against women in the American family: Identifying patriarchal terrorism and common couple violence1999.
59. Johnson MP. Conflict and control gender symmetry and asymmetry in domestic violence. Violence against women. 2006;12(11):1003-18.
60. Deeke LP, Boing AF, Oliveira WFd, Coelho EBS. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. Saúde e Sociedade. 2009;18:248-58.
61. Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2006;40(especial).
62. Johnson MP, Ferraro KJ. Research on Domestic Violence in the 1990s: Making Distinctions. Journal of Marriage and Family. 2000;62(4):948-63.
63. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J, Vives-Cases C. Methodological issues in the study of violence against women. J Epidemiol Community Health. 61 Suppl 2. England2007. p. ii26-31.
64. Couto MT, D'oliveira A, Schraiber LB. Violência e saúde: estudos científicos recentes. Revista de Saúde pública. 2006;40:112-20.
65. Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sanchez LM, et al.. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. The European Journal of Public Health. 2010;20(2):169-75.

66. Fanslow J, Robinson E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. N Z Med J. 2004 Nov 26;117(1206):U1173. PubMed PMID: 15570342. Epub 2004/12/01. eng.
67. Abeya SG, Afework MF, Yalew AW. Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors. BMC public health. 2011;11(1):913.
68. Tokuç B, Ekuklu G, Avcioğlu S. Domestic Violence against married women in Edirne. Journal of interpersonal violence. 2010;25(5):832-47.
69. Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin J, Ratsaka M, Schrieber M. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse of women in three South African provinces. South African medical journal= Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde. 2001;91(5):421-8.
70. Aekplakorn W, Kongsakon R. Intimate partner violence among women in slum communities in Bangkok, Thailand. Singapore Med J. 2007 Aug;48(8):763-8. PubMed PMID: 17657387. Epub 2007/07/28. eng.
71. Burazeri G, Roshi E, Jewkes R, Jordan S, Bjegovic V, Laaser U. Factors associated with spousal physical violence in Albania: cross sectional study. Bmj. 2005;331(7510):197-201.
72. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. Revista de Saúde Pública. 2009;43:944-53.
73. Smith MD. The incidence and prevalence of woman abuse in Toronto. Violence Vict. 1987 Fall;2(3):173-87. PubMed PMID: 3154164. Epub 1987/01/01. eng.
74. Tuesca R, Borda M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Gaceta Sanitaria. 2003;17(4):302-8.
75. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. The Lancet. 2006;368(9543):1260-9.
76. de Melo Miranda MP, de Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Rev Panam Salud Publica. 2010;27:4.
77. Nagassar RP, Rawlins JM, Sampson NR, Zackerali J, Chankadyal K, Ramasir C, et al.. The prevalence of domestic violence

within different socio-economic classes in Central Trinidad. West Indian Med J. 2010 Jan;59(1):20-5. PubMed PMID: 20931908. Epub 2010/10/12. eng.

78. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. BMC Public Health. 2009;9(1):129.

79. Dalal K, Lindqvist K. A national study of the prevalence and correlates of domestic violence among women in India. Asia-Pacific Journal of Public Health. 2012;24(2):265-77.

80. Wijma K, Samelius L, Wingren G, Wijma B. The association between ill□health and abuse: A cross□sectional population based study. Scandinavian journal of psychology. 2007;48(6):567-75.

81. Alvarado Zaldívar G, Salvador Moysén J, Estrada Martínez S, Terrones González A. Prevalancia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud pública Méx. 1998;40(6):481-6.

82. Bruschi A, Paula CSd, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. Rev saúde pública. 2006;40(2):256-64.

83. Rivera-Rivera L, Lazcano-Ponce E, Salmeron-Castro J, Salazar-Martinez E, Castro R, Hernandez-Avila M. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: a population-based study. Salud Publica Mex. 2004 Mar-Apr;46(2):113-22. PubMed PMID: 15176573. Epub 2004/06/05. eng.

84. Reid RJ, Bonomi AE, Rivara FP, Anderson ML, Fishman PA, Carrell DS, et al.. Intimate partner violence among men prevalence, chronicity, and health effects. Am J Prev Med. 2008 Jun;34(6):478-85. PubMed PMID: 18471583. Epub 2008/05/13. eng.

85. Norton LB, Peipert JF, Zierler S, Lima B, Hume L. Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. Obstetrics & Gynecology. 1995;85(3):321-5.

86. Schraiber LB, d'Oliveira A, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):470-7.

87. McHugh MC, Frieze IH. Intimate partner violence. Annals of the New York Academy of Sciences. 2006;1087(1):121-41.

88. Rickert VI, Wiemann CM, Harrykissoon SD, Berenson AB, Kolb E. The relationship among demographics, reproductive characteristics, and intimate partner violence. American journal of obstetrics and gynecology. 2002;187(4):1002-7.

89. Koenig MA, Ahmed S, Hossain MB, Khorshed Alam Mozumder AB. Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual- and community-level effects. Demography. 2003 May;40(2):269-88. PubMed PMID: 12846132. Epub 2003/07/09. eng.
90. Lewis B. Psychosocial factors related to wife abuse. Journal of Family Violence. 1987 1987/03/01;2(1):1-10. English.
91. Fergusson DM, Horwood LJ, Kershaw KL, Shannon FT. Factors associated with reports of wife assault in New Zealand. Journal of Marriage and the Family. 1986;48(2):407-12.
92. Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. Medical Journal of Australia. 1996;164(1):14-6.
93. Cohen M, Maclean H. Violence against Canadian women. BMC women's health. 2004;4(Suppl 1):S22.
94. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al.. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Annals of internal medicine. 1995;123(10):737-46.
95. Golding JM. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. Research in nursing & health. 1996;19(1):33-44.
96. Leserman J, Drossman DA, Li Z, Toomey TC, Nachman G, Glogau L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. Psychosomatic Medicine. 1996;58(1):4-15.
97. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. Archives of internal medicine. 1991;151(2):342.
98. Walker EA, Gelfand A, Katon WJ, Koss MP, Von Korff M, Bernstein D, et al.. Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. The American journal of medicine. 1999;107(4):332-9.
99. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al.. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. JAMA: the journal of the American Medical Association. 1997;277(17):1362-8.
100. Dickinson LM, deGruy FV, Dickinson WP, Candib LM. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. Archives of family medicine. 1999;8(1).

101. Felitti MD, Vincent J, Anda MD, Robert F, Nordenberg MD, Williamson MS, et al.. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American journal of preventive medicine. 1998;14(4):245-58.
102. Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence—18 US states/territories, 2005. Annals of epidemiology. 2008;18(7):538-44.
103. Crofford LJ. Violence, stress, and somatic syndromes. Trauma, Violence, & Abuse. 2007;8(3):299-313.
104. Leserman J, Drossman DA. Relationship of Abuse History to Functional Gastrointestinal Disorders and Symptoms Some Possible Mediating Mechanisms. Trauma, Violence, & Abuse. 2007;8(3):331-43.
105. Black MC. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences Implications for Clinicians. American Journal of Lifestyle Medicine. 2011;5(5):428-39.
106. Quigley MA, Morgan D, Malamba SS, Mayanja B, Okongo MJ, Carpenter LM, et al.. Case-control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2000;23(5):418-25.
107. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil Violence against woman: clients of emergency care units in Salvador. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19:263-72.
108. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organization. 2013. .
109. Petersen R, Gazmararian J, Andersen Clark K. Partner violence: implications for health and community settings. Womens Health Issues. 11. United States2001. p. 116-25.
110. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Derogatis LR, Bass EB. Relation of low-severity violence to women's health. J Gen Intern Med. 1998 Oct;13(10):687-91. PubMed PMID: 9798816. Pubmed Central PMCID: 1500898. Epub 1998/11/03. eng.
111. Ernst AA, Nick TG, Weiss SJ, Houry D, Mills T. Domestic violence in an inner-city ED. Ann Emerg Med. 30. United States1997. p. 190-7.
112. Al-Modallal H, Abuidhail J, Sowan A, Al-Rawashdeh A. Determinants of depressive symptoms in Jordanian working women. J

Psychiatr Ment Health Nurs. 2010 Sep;17(7):569-76. PubMed PMID: 20712679. Epub 2010/08/18. eng.
113. Cengiz Ozyurt B, Deveci A. [The relationship between domestic violence and the prevalence of depressive symptoms in married women between 15 and 49 years of age in a rural area of Manisa, Turkey]. Turk Psikiyatri Derg. 22. Turkey2011. p. 10-6.
114. Magdol L, Moffitt TE, Caspi A, Newman DL, Fagan J, Silva PA. Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year-olds: bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. J Consult Clin Psychol. 1997 Feb;65(1):68-78. PubMed PMID: 9103736. Epub 1997/02/01. eng.
115. Labrador Encinas FJ, Fernández-Velasco MR, Rincón P. Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. Psicothema. 2010;22(1):99-105.
116. Ali FA, Israr SM, Ali BS, Janjua NZ. Association of various reproductive rights, domestic violence and marital rape with depression among Pakistani women. BMC psychiatry. 2009;9(1):77.
117. Ali TS, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence and mental health effects: a population-based study among married women in Karachi, Pakistan. International journal of behavioral medicine. 2013;20(1):131-9.
118. Ishida K, Stupp P, Melian M, Serbanescu F, Goodwin M. Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in Paraguay. Soc Sci Med. 2010 Nov;71(9):1653-61. PubMed PMID: 20864237. Epub 2010/09/25. eng.
119. Naved RT, Akhtar N. Spousal violence against women and suicidal ideation in Bangladesh. Womens Health Issues. 2008 Nov-Dec;18(6):442-52. PubMed PMID: 19041596. Epub 2008/12/02. eng.
120. Houry D, Kemball R, Rhodes KV, Kaslow NJ. Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. Am J Emerg Med. 24. United States2006. p. 444-50.
121. Samelius L, Wijma B, Wingren G, Wijma K. Lifetime history of abuse, suffering and psychological health. Nordic Journal of Psychiatry. 2010 2010/08/01;64(4):227-32.
122. Porcerelli JH, Cogan R, West PP, Rose EA, Lambrecht D, Wilson KE, et al.. Violent victimization of women and men: physical and psychiatric symptoms. J Am Board Fam Pract. 2003 Jan-Feb;16(1):32-9. PubMed PMID: 12583648. Epub 2003/02/14. eng.

123. Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. J Womens Health Gend Based Med. 2002 Jun;11(5):465-76. PubMed PMID: 12165164. Epub 2002/08/08. eng.
124. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. Arch Intern Med. 2009 Oct 12;169(18):1692-7. PubMed PMID: 19822826. Epub 2009/10/14. eng.
125. Hamdan-Mansour AM, Constantino RE, Farrell M, Doswell W, Gallagher ME, Safadi R, et al.. Evaluating the mental health of Jordanian women in relationships with intimate partner abuse. Issues Ment Health Nurs. 2011;32(10):614-23. PubMed PMID: 21932923. Epub 2011/09/22. eng.
126. Hughes HM, Cangiano C, Hopper EK. Profiles of distress in sheltered battered women: implications for intervention. Violence Vict. 2011;26(4):445-60. PubMed PMID: 21882668. Epub 2011/09/03. eng.
127. Pigeon WR, Cerulli C, Richards H, He H, Perlis M, Caine E. Sleep disturbances and their association with mental health among women exposed to intimate partner violence. J Womens Health (Larchmt). 2011 Dec;20(12):1923-9. PubMed PMID: 21988551. Pubmed Central PMCID: PMC3236986. Epub 2011/10/13. eng.
128. Prosman GJ, Jansen SJ, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen AL. Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. Fam Pract. 2011 Jun;28(3):267-71. PubMed PMID: 21239469. Epub 2011/01/18. eng.
129. Ayub M, Irfan M, Nasr T, Lutufullah M, Kingdon D, Naeem F. Psychiatric morbidity and domestic violence: a survey of married women in Lahore. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009 Nov;44(11):953-60. PubMed PMID: 19277437. Epub 2009/03/12. eng.
130. Araújo TMd, Almeida MMGd, Santana CdC, Araújo EMd, Pinho PdS. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras; Psychological disorders among women: a comparative study between housewives and workers. Rev Enferm UERJ. 2006;14(2):260-9.
131. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. Lancet. 371. England2008. p. 1165-72.

132. Gonzalez-Guarda RM, Peragallo N, Vasquez EP, Urrutia MT, Mitrani VB. Intimate partner violence, depression, and resource availability among a community sample of Hispanic women. Issues Ment Health Nurs. 2009 Apr;30(4):227-36. PubMed PMID: 19363727. Epub 2009/04/14. eng.
133. Kumar S, Jeyaseelan L, Suresh S, Ahuja RC. Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. Br J Psychiatry. 187. England2005. p. 62-7.
134. Vaeth PA, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Depression among couples in the United States in the context of intimate partner violence. J Interpers Violence. 25. United States2010. p. 771-90.
135. Rhodes KV, Houry D, Cerulli C, Straus H, Kaslow NJ, McNutt LA. Intimate partner violence and comorbid mental health conditions among urban male patients. Ann Fam Med. 2009 Jan-Feb;7(1):47-55. PubMed PMID: 19139449. Pubmed Central PMCID: Pmc2625845. Epub 2009/01/14. eng.
136. Blasco-Ros C, Sanchez-Lorente S, Martinez M. Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: a longitudinal study. BMC Psychiatry. 10. England2010. p. 98.
137. Tadegge AD. The mental health consequences of intimate partner violence against women in Agaro Town, southwest Ethiopia. Trop Doct. 38. England2008. p. 228-9.
138. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. Soc Sci Med. 2008 Feb;66(4):1008-18. PubMed PMID: 18178299. Epub 2008/01/08. eng.
139. Caetano R, Cunradi C. Intimate partner violence and depression among Whites, Blacks, and Hispanics. Ann Epidemiol. 13. United States2003. p. 661-5.
140. Nayak MB, Patel V, Bond JC, Greenfield TK. Partner alcohol use, violence and women's mental health: population-based survey in India. Br J Psychiatry. 196. England2010. p. 192-9.
141. Yanqiu G, Yan W, Lin A. Suicidal ideation and the prevalence of intimate partner violence against women in rural western China. Violence Against Women. 2011 Oct;17(10):1299-312. PubMed PMID: 21997463. Epub 2011/10/15. eng.
142. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al.. Intimate partner violence and women's physical,

mental, and social functioning. American journal of preventive medicine. 2006;30(6):458-66.
143. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. Journal of Women's Health. 2007;16(7):987-97.
144. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, et al.. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Social science & medicine. 2011;73(1):79-86.
145. Berrios GE. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the ineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
146. Berrios GE. Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. Br J Psychiatry 1988; 153: 298-304.
147. Akiskal HS. Mood Disorders: Introduction and Overview. In: Sadock BJ SVeCToPPL, Williams & Wilkins, 7th ed, 2000, p. 1284-98.
148. Lemos Conceição. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida em pacientes que apresentam quadro de pós infarto do miocárdio. Porto Alegre: Fundação Universitária de Cardiologia, 2006. 79 f.
149. Kraepelin E. Manic-Depressive insanity and paranoic. Edinburgh: Livingstone; 1921.
150. Gonçales CAV, Machado AL. Depressão, o mal do século: De que século? R. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2): 298-304.
151. Stope Jr A, Louzã Neto MR. Depressão. In: Sope Jr A. Depressão na terceira idade. 2ª ed. Lemos, 1999.
152. Organização Mundial da Saúde – OMS. Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organiz. Mund. da Saúde. Tradução de Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
153. Manual Diagnóstico e Estatístico de Tratamento de Transtornos Mentais - DSM-IV (1994). 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
154. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. Annals of internal medicine. 2002;136(4):302-11.
155. Wichstrøm L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000;39(5):603-10.
156. Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. Estudos de Psicologia. 2006;11(3):345-51.
157. McGirr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, Benkelfat C, Lesage A, et al.. An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. J Affect Disord. 2007 Jan;97(1-3):203-9. PubMed PMID: 16854469. Epub 2006/07/21. eng.
158. Hawton K, Heeringen K. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester, UK: Wiley, 2002. .
159. Carlson GA, Cantwell DP. Suicidal behavior and depression in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 1982;21(4):361-8.
160. Diekstra RFW, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1995;25(1):36-57.
161. Rogers JR. Theoretical grounding: The “missing link” in suicide research. Journal of Counseling & Development. 2001;79(1):16-25.
162. Weir E. Suicide: the hidden epidemic. Canadian Medical Association Journal. 2001;165(5):634-6.
163. Maris RW, Bermann AL, Silverman MM. Comprehensive textbook of suicidology. New York, USA: The Guildford Press. 2000.
164. Stark, E., & Flitcraft, A. H. (1985).Women-battering, child abuse and social heredity: What is the relationship? Social Review [Monogr], 31, 147–171.
165. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. The Lancet. 2008;371(9619):1165-72.
166. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: A bio-social model: Tavistock/Routledge; 1992.
167. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(8):1639-48.
168. World Health Organization, The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

169. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População brasileira [citado 2009 fev 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.
170. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al.. Epi info. A word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers [programa de computador] Version. 1994;6.
171. Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários; Epidemiology and child health: a manual for communitary diagnosis. Saúde em Debate. 1991;38.
172. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009a. IBGE Cidades. Disponível em URL:http://www.ibge.gov.br/cidadesat.
173. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Agregado por Setores Censitários dos Re-sultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2003;157.
174. WHO- World Health Organization. The alcohol use disorder indentification test: guideline for use in Primary Care. Geneve: WHO, 2001.
175. Babor, TF, Higgins-Biddle, JC, Saunders, JB, Monteiro, MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary. 2 ed. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.
176. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in Southern Brazil. Addiction, v.98, n. 6, p. 799-804, 2003.
177. Barros, MBA, Botega, N, Dalgalarrondo P, Marín-León L, Oliveira, HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. Rev Saúde Pública, v. 41, n. 4, p. 502-509, 2007.
178. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. Vol. 2009. Brasília: IBGE, 2008.
179. WHO - World Health Organization. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneve: WHO, 1994.
180. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):380-90.
181. Kirkwood B. Essentials of Medical Statistics Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1988.

182. Szklo M, Javier N. Epidemiology. Beyond the basics.Massachussets: Jones and Bartlett Publishers, 2004.

# ANEXOS

## ANEXO A – Instrumento de Coleta de dados do Estudo *EpiFloripa* Adulto

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**
**ESTUDO POPULACIONAL SOBRE SAÚDE DO ADULTO**
**FLORIANÓPOLIS 2009**

| | |
|---|---|
| **Meu nome é <…> . Sou pesquisadora da UFSC e estou realizando uma pesquisa sobre a saúde dos adultos de Florianópolis e preciso de sua colaboração. Sua participação é muito importante. Podemos conversar?** *(Se tiverem dúvidas é um bom momento para explicar – Entregar o consentimento pré-informado. Agradecer se sim ou não. Se marcou p/outro dia – anotar na planilha de campo Dia e Hora da entrevista agendada)***.** *Caso concordou ou ficou na dúvida continue:* **gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde e também tomar algumas medidas como, por exemplo, sua altura e peso. Este questionário não possui respostas certas ou erradas. As informações dadas pelo(a) Sr(a) não serão divulgadas nem as respostas que o(a) Sr(a) nos der.** *Neste momento deve ser lido o consentimento e a assinatura deve ser pega apenas no final da entrevista.* | |
| **BLOCO A: GERAL** | **Número do questionário:** _____ ID_QUEST **Tipo de entrevista:** _____ TIPOENT |
| Setor censitário ___ ___ ___ ____ _____ | setor_cens |

| | |
|---|---|
| Número do domicílio: ___ ___ ___ ___ | num_dom |
| **Número de pessoas residentes no domicílio de até 15 anos: ___ ___** | num_res_ate_15_anos |
| **Número de pessoas residentes no domicílio com 60 anos e mais: ___ ____** | num_res_mais_60_anos |
| **Nome do(a) entrevistado(a)_____** | nome_ent |
| **Nome da mãe do(a) entrevistado(a)_____** | nome_mae_ent |
| Nome do entrevistador: _____ | NOME_ENTREVISTADOR |
| Data da 1ª visita: _____/ _____/ ___ | data_1a_visita |
| Data da 2ª visita: _____/ _____/ _____ | data_2a_visita |
| Data da 3ª visita: _____/ _____/ _____ | data_3a_visita |
| CEP do logradouro: ___ ___ - ___ ___ ___ ___ __ | cep_log |
| **Telefone residencial (fixo)_____** | tel_fixo |
| **Celular do entrevistado (a) _____** | tel_cel |

| | |
|---|---|
| **Telefone trabalho**<br><br>**_____**<br><br>**Celular de outro membro da família:**<br><br>**_____**<br><br>**Nome do outro membro da**<br><br>**família:_____**<br><br>**Telefone de um parente/amigo próximo___**<br><br>**Nome do parente/amigo próximo_____** | tel_trab<br><br>outro_cel<br><br>outro_nome<br><br>prox_tel<br><br>prox_nome |
| *AS PERGUNTAS 1 e 2 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELO(A) ENTREVISTADOR(A)* | |
| | |
| **1.** Sexo do (a) entrevistado(a); assinale uma das opções abaixo:<br><br>(1) masculino<br>(2) feminino | ASEXO |
| **2.** Cor/raça do (a) entrevistado (a), assinale uma das opções abaixo<br><br>(1) branca<br>(2) parda<br>(3) negra ou preta<br>(4) amarela<br>(5) indígena<br>(9) IGN | ACORPEL |
| **AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O (A) SR.(A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA** | |
| **3. Quantos anos o (a) Sr.(a) tem?** *(Marcar os anos completos)*<br><br>idade \|__ __\| *(99) não informou* | ANOS |
| **4. Qual sua data de nascimento?** | DN |

| | |
|---|---|
| dia \|__ __\|mês \|__ __\| ano \|__ __ __ __\|<br>(99) IGN | |
| **5. Neste momento o (a) Sr.(a) está?**<br><br>**(1) casado(a) ou morando com companheiro(a)**<br>**(2) solteiro(a)**<br>**(3) divorciado(a) ou separado(a)**<br>**(4) viúvo(a)**<br>(9) IGN | ECIVIL |
| **6. O (A) Sr.(a) considera a sua cor da pele:**<br><br>**(1) Branca**<br>**(2) Parda**<br>**(3) Negra ou preta**<br>**(4) Amarela**<br>**(5) Indígena**<br>(9) IGN | CORPEL |
| **7. Quantas pessoas no total contando com o Sr(a) moram na sua casa?**<br><br>npess \|__ __\| (99) IGN | NPESS |
| **8. Quantos cômodos da sua casa são usados para dormir?**<br><br>cômodos \|__ __\| (99) IGN | NCOMOD |
| **10. O (A) Sr.(a) estudou na escola?**<br><br>(1) Sim<br>(2) Não<br>(9) IGN | ESC |
| **11. Até que série/ano o (a) Sr.(a) completou na escola?**(*Marcar série/ano de estudo completo)*<br><br>(1) Anesc \|__ __\|<br>(77) Outros (especificar)_____ | ANOSEST |

| | |
|---|---|
| (88) NSA<br>(99) IGN | |
| **12. No ultimo mês o (a) Sr.(a) trabalhou e ganhou pelo trabalho?**<br><br>**(1) sim, com carteira assinada**<br>**(2) sim, sem carteira assinada**<br>**(3) sim, funcionário público ou militar**<br>**(4) sim, estudante**<br>**(5) não**<br>**(6) não, estudante**<br>**(7) não, aposentado/pensionista**<br>(9) IGN | TRAB |
| **13. Em qual emprego/trabalho o Sr.(a) trabalhou mais tempo na vida?** | MTRAB |
| **14. Qual o principal trabalho que o (a) Sr.(a) realiza atualmente?** | PTRAB |

| |
|---|
| **BLOCO B: PERGUNTAS ESPECÍFICAS** |
| **AGORA EU VOU PERGUNTAR SOBRE A SUA SAÚDE. POR FAVOR, AGUARDE QUE EU TERMINE DE LER AS OPÇÕES E ENTÃO ESCOLHA UMA DELAS.** |

| | |
|---|---|
| **15. Em geral o (a) Sr.(a) diria que sua saúde é:**<br><br>**(1) Muito boa**<br>**(2) Boa**<br>**(3) Regular**<br>**(4) Ruim**<br>**(5) Muito ruim**<br>(9) IGN | SS1 |
| **16. Com relação aos seus dentes o (a) Sr.(a) está :**<br><br>**(1) Muito satisfeito**<br>**(2) Satisfeito**<br>**(3) Nem satisfeito nem insatisfeito** | AVALBUCO |

| | |
|---|---|
| **(4) Insatisfeito**<br>**(5) Muito insatisfeito**<br>(9) IGN | |

| **AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O BAIRRO EM QUE O (A) SR.(A) MORA.** | |
|---|---|
| **17. Há quanto tempo o (a) Sr.(a) mora neste bairro?**<br><br>_____ano(s) _____meses (999) IGN | TANOMES |

| **AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE PROBLEMAS DO BAIRRO EM QUE O(A) SR(A) MORA. PARA CADA UM DOS PROBLEMAS QUE EU DISSER O (A) SR.(A) PODERÁ ESCOLHER UMA DAS TRÊS OPÇÕES: NÃO, ALGUM OU MUITOS PROBLEMAS.**<br>**Há problemas no bairro em que o (a) Sr.(a) mora com relação a:** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **18. Lixo e entulho** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V1 |
| **19. Calçamentos irregulares e perigosos** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V2 |
| **20. Barulho** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V3 |
| **21. Vandalismo (pichações em estátuas, muros ou prédios, escolas, brinquedos em praças quebrados, placas ou sinalizações quebradas, orelhão quebrado)** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V4 |
| **22. Má fama da** | (0) | (1) | (2) Muitos | (9) | V5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **vizinhança** | Não | Algum | | IGN | |
| **23. Velocidade do trânsito** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V6 |
| **24. Cheiros desagradáveis** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V7 |
| **25. Poluição de ar, terra ou água** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V8 |
| **26. Agressão física, roubos, furtos e assaltos** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V9 |
| **27. Arrombamentos** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V10 |
| **28. Seqüestros ou assassinatos** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V11 |
| **29. Tráfico e uso de drogas** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V12 |
| **30. Problemas com a polícia** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V13 |
| **31. Andar pela região depois que escurece** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V14 |
| **32. Falta de lugares seguros para as crianças brincarem** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V15 |
| **33. Transporte urbano (ônibus)** | (0) Não | (1) Algum | (2) Muitos | (9) IGN | V16 |
| **AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE APARÊNCIA FÍSICA** (*Mostrar o cartão com as figuras de corpos*) | | | | | |
| **34. Qual é a figura que melhor** | | | | | |

| | |
|---|---|
| **representa a sua aparência física atualmente?**<br><br>(01) (02) (03) (04) (05)<br>(06) (07) (08) (09) (99) IGN | SIREAL |
| **35. Qual é a figura que melhor representa a aparência física que (o)a Sr.(a) gostaria de ter?**<br><br>(01) (02) (03) (04) (05)<br>(06) (07) (08) (09) (99) IGN | SIDEAL |
| **36. Qual é a figura que representa a aparência física que (o)a Sr.(a) considera ideal para o sexo oposto ao seu?**<br><br>(01) (02) (03) (04) (05)<br>(06) (07) (08) (09) (99) IGN | SIOPOS |
| **NAS PRÓXIMAS QUESTÕES VOU PERGUNTAR SOBRE SUAS ATIVIDADES FÍSICAS DO DIA-A-DIA** | |
| **37. Nos últimos três meses, o (a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?**<br><br>(0) Não ➔ ***pule para questão 42***<br>(1) Sim<br>(9) IGN ➔ ***pule para questão 42*** | VIGAF1 |
| **38. Qual o principal exercício físico ou esporte que o (a) Sr.(a) praticou?**<br><br>(00) Caminhada (não vale deslocamento para trabalho)<br>(01) Caminhada em esteira<br>(02) Corrida<br>(03) Corrida em esteira<br>(04) Musculação<br>(05) Ginástica aeróbica<br>(06) Hidroginástica | VIGAF2 |

| | |
|---|---|
| (07) Ginástica em geral<br>(10) Natação<br>(11) Artes marciais e luta<br>(12) Bicicleta<br>(13) Futebol<br>(14) Basquetebol<br>(15) Voleibol<br>(16) Tênis<br>(77) Outros (*especificar*)<br>_____<br>(88) NSA<br>(99) IGN | |
| **39. O (A) Sr.(a) pratica o exercício ou esporte pelo menos uma vez por semana?**<br><br>(0) Não ➔ ***pule para questão 42***<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN ➔ *pule para questão 42* | VIGAF3 |
| **40. Quantos dias por semana o (a) Sr.(a) costuma praticar exercício ou esporte?**<br><br>(0) **1 a 2 dias por semana**<br>(1) **3 a 4 dias por semana**<br>(2) **5 a 6 dias por semana**<br>(3) **Todos os dias**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIGAF4 |
| **41. No dia que o (a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?**<br><br>(0) Menos que 10 minutos<br>(1) Entre 10 e 19 minutos<br>(2) Entre 20 e 29 minutos<br>(3) Entre 30 e 39 minutos<br>(4) Entre 40 e 49 minutos<br>(5) Entre 50 e 59 minutos | VIGAF5 |

| | |
|---|---|
| (6) 60 minutos ou mais<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **42. Nos últimos três meses, o (a) Sr.(a) trabalhou ?**<br><br>(0) Não ➔ ***pule para questão 47***<br>(1) Sim<br>(9) IGN ➔ ***pule para questão 47*** | VIGAF6 |
| **43. No seu trabalho, o (a) Sr.(a) anda bastante a pé?**<br><br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIGAF7 |
| **44. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?**<br><br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIGAF8 |
| **45. Para ir ou voltar ao seu trabalho, o(a) Sr.(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?**<br><br>(0) **Não** ➔ ***pule para questão 47***<br>(1) **Sim, todo o trajeto**<br>(2) **Sim, parte do trajeto**<br>(8) NSA<br>(9) IGN ➔ ***pule para questão 47*** | VIGAF9 |
| **46. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto a pé ou de bicicleta?**<br><br>(0) Menos que 10 minutos<br>(1) Entre 10 e 19 minutos<br>(2) Entre 20 e 29 minutos | VIGAF10 |

| | |
|---|---|
| (3) Entre 30 e 39 minutos<br>(4) Entre 40 e 49 minutos<br>(5) Entre 50 e 59 minutos<br>(6) 60 minutos ou mais<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **47. Atualmente, o(a) Sr.(a) esta freqüentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?**<br><br>(0) Não ➔ ***pule para questão 50***<br>(1) Sim<br>(9) IGN ➔ ***pule para questão 50*** | VIGAF11 |
| **48. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?**<br><br>(0) **Sim, todo o trajeto**<br>(1) **Sim, parte do trajeto**<br>(2) **Não** ➔ ***pule para questão 50***<br>(8) NSA<br>(9) IGN ➔ ***pule para questão 50*** | VIGAF12 |
| **49. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto a pé ou de bicicleta?**<br><br>(0) Menos que 10 minutos<br>(1) Entre 10 e 19 minutos<br>(2) Entre 20 e 29 minutos<br>(3) Entre 30 e 39 minutos<br>(4) Entre 40 e 49 minutos<br>(5) Entre 50 e 59 minutos<br>(6) 60 minutos ou mais<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIGAF13 |
| **50. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?**<br><br>(0) Eu sozinho ➔ ***pule para questão 52*** | VIGAF14 |

| | |
|---|---|
| (1) Eu com outra pessoa<br>(2) Outra pessoa ➔ ***pule para questão 52***<br>(9) IGN ➔ ***pule para questão 52*** | |
| **51. A parte mais pesada da faxina fica com:**<br><br>(0) **O (A) Sr.(a)**<br>(1) **Outra pessoa**<br>(2) **Ambos**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIGAF15 |
| **NAS PRÓXIMAS QUESTÕES, VOU PERGUNTAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO** | |
| **52. Quantas refeições o(a) Sr.(a) faz por dia?** *Considerar que refeição é qualquer alimento consumido em horários que caracterizam um hábito para o entrevistado. Devendo, portanto, considerar os lanches consumidos entre refeições principais.*<br><br>\|___\| refeições (99) IGN | VIGNUT1 |
| **NAS PRÓXIMAS QUESTÕES O (A) SR.(A) DEVE CONSIDERAR OS DIAS DA SEMANA PARA RESPOSTA. DESTA FORMA O (A) SR.(A) DEVE CONSIDERAR DE 0 A 7 DIAS, SENDO 0 = NENHUM DIA/NUNCA/QUASE NUNCA, 1= UMA VEZ, 2= DUAS VEZES, 3=TRÊS VEZES, 4=4VEZES, 5=5VEZES, 6=6 VEZES E 7= TODOS OS DIAS DA SEMANA.** | |
| **53. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) toma café da manhã?**<br><br>\|___\| dias (9) IGN | VIGNUT2 |
| **54. Em quantos dias da semana, o (a) Sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer verdura ou legume cru?**<br><br>\|___\| dias ➔ ***Se a resposta for 0 pule*** | VIGNUT3 |

| | |
|---|---|
| ***para questão 56*** (9) IGN | |
| **55. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come este tipo de salada:**<br><br>**(1) no almoço** (*uma vez por dia*)<br>**(2) no jantar**<br>**(3) no almoço e no jantar** (*duas vezes por dia*)<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIGNUT4 |
| **56. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, aipim ou inhame?**<br><br>\|____\| dias ➔ ***Se a resposta for 0 pule para questão 58*** (9) IGN | VIGNUT5 |
| **57. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come verdura ou legume cozido:**<br><br>**(1) No almoço** (*uma vez por dia*)<br>**(2) No jantar**<br>**(3) No almoço e no jantar** (*duas vezes por dia*)<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIGNUT6 |
| **58. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco ou cabrito)?**<br><br>\|___\| dias ➔ ***Se a resposta for 0 pule para questão 60*** (9) IGN | VIGNUT7 |
| **59. Quando o(a) Sr.(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr.(a) costuma:**<br><br>(0) **Tirar sempre o excesso de gordura** | VIGNUT8 |

| | |
|---|---|
| **visível**<br>(1) **Comer com a gordura**<br>(2) **Não come carne vermelha com muita gordura**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **60. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frango/galinha?**<br><br>\|___\| dias ➔ ***Se a resposta for 0 pule para questão* 62** (9) IGN | VIGNUT9 |
| **61. Quando o(a) Sr.(a) come frango/galinha com pele, o(a) Sr.(a) costuma:**<br><br>(0) **Tirar sempre a pele**<br>(1) **Comer com a pele**<br>(2) **Não come pedaços de frango/galinha com pele**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIGNUT10 |
| **62. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural?**<br><br>\|___\| dias ➔ ***Se a resposta for 0 pule para questão* 64** (9) IGN | VIGNUT11 |
| **63. Num dia comum, quantas copos o(a) Sr(a) toma de suco de frutas natural?**<br><br>(0) **Um copo**<br>(1) **Dois copos**<br>(2) **Três ou mais copos**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIGNUT12 |
| **64. Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma comer frutas?** | VIGNUT13 |

| | |
|---|---|
| \|___\| dias ➔ ***Se a resposta for 0 pule para questão* 66** (9) IGN | |
| **65. Num dia comum, quantas vezes o(a) Sr.(a) come frutas?**<br>(0) **Uma vez no dia**<br>(1) **Duas vezes no dia**<br>(2) **Três ou mais vezes no dia**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIGNUT14 |
| **66. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial tipo Tampico)?**<br><br>\|___\| dias ➔ ***Se a resposta for 0 pule para questão* 69** (9) IGN | VIGNUT15 |
| **67. Que tipo?**<br><br>(0) **Normal**<br>(1) **Diet/light/zero**<br>(2) **Ambos**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIGNUT16 |
| **68. Quantos copos/latinhas o(a) Sr.(a) costuma tomar por dia?**<br><br>\|___\|___\| copos/latinhas (88) NSA (99) IGN | VIGNUT17 |
| **69. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a)costuma tomar leite?**<br><br>\|__ \| dias ➔ ***Se a resposta for 0 pule para questão 71*** (9) IGN | VIGNUT18 |
| **70. Quando o(a) Sr.(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?**<br><br>(0) **Integral**<br>(1) **Desnatado ou semi-desnatado** | VIGNUT19 |

| | |
|---|---|
| (2) **Os dois tipos** (*integral + desnatado ou semi-desnatado*)<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **71. Em quantos dias na semana o(a) Sr.(a) come alimentos fritos, como batata frita, ovo frito, pastel, aipim frito, bolinho frito?**<br><br>\|___\| dias (9) IGN | VIGNUT20 |
| **AGORA EU GOSTARIA DE VERIFICAR SUA PRESSÃO, ALTURA, PESO E MEDIR SUA CINTURA** | |
| Pressão arterial sistólica (1º medida):<br>PAS 1\|__ __ __\| (999) IGN | PAS1 |
| Pressão arterial diastólica (1º medida):<br>PAD1\|__ __ __\| (999) IGN | PAD1 |
| Peso: __ __ __ , __ kg<br>(9999) IGN | PESO |
| **72.** Estatura 1:<br>Estatura1__ __ __ cm (999) IGN | ESTAT1 |
| **73.** Estatura 2:<br><br>Estatura2 __ __ __ cm (999) IGN | ESTAT2 |
| **74.** Perímetro da cintura: *(fazer a medida duas vezes e registrar a média encontrada)*<br><br>__ __ __ cm (999) IGN | CINTM |
| **AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS PARA O(A) SR.(A) SOBRE DOR** | |
| **75. Atualmente, o(a) Sr.(a) sofre de *alguma* dor na maioria dos dias?**<br><br>(0) Não ➔ ***pule para questão 80***<br>(1) Sim | DC1 |

| | |
|---|---|
| (8) NSA<br>(9) IGN | |
| **76. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) sofre de dor na maioria dos dias?**<br><br>(0) Menos de 3 meses<br>(1) Entre 3 e 6 meses<br>(2) Mais de 6 meses<br>(8) NSA<br>(9) IGN | DC2 |
| **77. No último mês o(a) Sr.(a) sentiu dores em várias partes do corpo, açima e abaixo da cintura? (por exemplo: braços e pernas; cabeça e pernas)**<br><br>(0) Não ➔ ***pule para questão 82***<br>(1) Sim<br>(9) IGN | DCD1 |
| **78. Esta dor em várias partes do corpo durou mais que 15 dias?**<br><br>(0) Não ➔ ***Se também respondeu "não" (0) na questão 82, pule para questão*** *85*<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN | DCD2 |
| **AGORA EU GOSTARIA DE SABER O QUANTO ESTA DOR TE DOEU NA ÚLTIMA SEMANA, PARA ISSO USAREI UMA PEQUENA ESCALA DE DOR.** (*Treine com o entrevistado: dor do parto X dor de barriga, ver manual).* **CONSIDERE A ESQUERDA SEJA A AUSÊNCIA DE DOR (ZERO) E A DIREITA A DOR MÁXIMA SUPORTÁVEL (100)** (*Após treinar pergunte:*) **. MOSTRE-ME NA ESCALA COMO O (A) SR.(A) AVALIA SUA DOR NA ÚLTIMA SEMANA?** | |
| **79. A dor média na semana passada:_____** | |

| | |
|---|---|
| (888) NSA<br>(999) IGN | DCI |
| **80. A dor mais forte na semana passada: _____**<br><br>(888) NSA<br>(999) IGN | DCIMAX |
| **81. A dor mais fraca na semana passada:_____**<br><br>(888) NSA<br>(999) IGN | DCIMIN |
| **82. Nos últimos 6 meses, isto é<MÊS>, o(a) Sr.(a) teve dor de dente?**<br><br>(1) Sim<br>(2) Não ➔ ***pule para questão 88***<br>(8) NSA<br>(9) IGN | DDEN |
| **83. O(a) Sr.(a) poderia apontar na escala da dor o quanto esta dor te doeu? 0 (zero) significa nenhuma dor e 100 (cem) uma dor muito forte** *(mostrar a escala)*<br><br>(88) NSA<br>(99) IGN | DDENI |
| **84. Esta dor que o(a) Sr.(a) sentiu impediu de realizar alguma atividade?**<br><br>(0) Não<br>(1) Trabalhar<br>(2) Realizar os trabalhos domésticos<br>(3) Dormir<br>(4) Mastigar certos tipos de alimentos<br>(5) Conversar com outras pessoas | DDENT |

| | |
|---|---|
| (6) Estudar<br>(77) Outros<br>*(especificar)*_____<br>__<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |

| **AGORA VOU FAZER MAIS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem:** | | | | |
| **85. Doença de coluna ou costas?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON1 |
| **86. Artrite ou reumatismo?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON2 |
| **87. Fibromialgia?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON3 |
| **88. Câncer?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON4 |
| **89. Diabetes?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON5 |
| **90. Bronquite ou asma?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON6 |
| **91. Hipertensão (pressão alta)?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IG | CRON7 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | N | |
| **92. Doença do coração ou cardiovascular?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON8 |
| **93. Insuficiência renal crônica?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON9 |
| **94. Depressão?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON10 |
| **95. Esquizofrenia?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON11 |
| **96. Tuberculose?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON12 |
| **97. Tendinite ou tendossinovite?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON13 |
| **98. Cirrose?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON14 |
| **99. Derrame, AVC ou isquemia cerebral?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | CRON15 |
| **100. Úlcera no estômago ou duodeno?** | (0) | (1) Sim | (9) | CRON16 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Não | | IG<br>N | |

| AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SAÚDE DA SUA BOCA | |
|---|---|
| **101. Lembrando dos seus dentes de cima, o(a) Sr.(a) tem *(adultos têm no máximo 16 dentes em cima, incluindo o dente do siso):***<br><br>**(1) 10 dentes naturais ou mais**<br>**(2) < 10 dentes naturais**<br>**(3) Nenhum dente natural**<br>(9) IGN | DENCIMA |
| **102. Lembrando dos seus dentes de baixo, o(a) Sr.(a) tem *(adultos têm no máximo 16 dentes embaixo incluindo o dente do siso)* :**<br><br>**(1) 10 dentes naturais ou mais**<br>**(2) < 10 dentes naturais**<br>**(3) Nenhum dente natural**<br>(9) IGN | DENBAIXO |
| **103. O(a) Sr.(a) acha que precisa de algum tratamento dentário?**<br><br>(1) Sim<br>(2) Não<br>(9) IGN | TRATDENT |
| **104. O(a) Sr.(a) usa chapa (dentadura, prótese total) ?**<br><br>(1) Sim<br>(2) Não<br>(9) IGN | USOCHAPA |
| **105. O(a) Sr.(a) acha que precisa de chapa (dentadura, prótese total)?** *(se a resposta for sim, pergunte imediatamente se em cima e/ou* | NECHAPA |

| | |
|---|---|
| *embaixo)*<br><br>**(1) Sim, em baixo**<br>**(2) Sim, em cima;**<br>**(3) Em cima e embaixo**<br>**(4) Não**<br>(9) IGN | |
| **106. Com que freqüência o(a) Sr.(a) sente sua boca seca?**<br><br>**(1) Nunca**<br>**(2) De vez em quando**<br>**(3) Freqüentemente**<br>**(4) Sempre**<br>(9) IGN | BOCASECA |
| **107. Com que freqüência o(a) Sr.(a) tem dificuldade em se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?**<br><br>**(1) Nunca**<br>**(2) Raramente**<br>**(3) De vez em quando**<br>**(4) Freqüentemente**<br>**(5) Sempre**<br>(9) IGN | DIFICOME |
| **AGRADEÇO SUA COLABORAÇÃO ATÉ AQUI E PEÇO, POR FAVOR, PARA CONTINUAR A ENTREVISTA** | |
| **AGORAVOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE DOAÇÃO DE SANGUE** | |
| **108. O(a) Sr.(a) já doou sangue alguma vez na sua vida?**<br><br>(0) Não ➔ ***pule para questão 115***<br>(1) Sim<br>(9) IGN | DSG1 |
| **109. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) doou sangue?**<br><br>___ ___ anos ___ ___ meses | DSG2m |

| | |
|---|---|
| (88) NSA<br>(99) IGN | |
| **110. No último ano, isto é, desde** *<mês>* **do ano passado até hoje, quantas vezes o(a) Sr.(a) doou sangue?**<br><br>___ ___ vezes<br><br>(88) NSA<br>(99) IGN | DSGXX |
| **111. Qual o principal motivo que levou o(a) Sr.(a) a doar sangue?**<br><br>**(01) Ajudar alguém conhecido**<br>**(02) Para ajudar as pessoas em geral/porque sou doador**<br>**(03) Saber se tinha alguma doença**<br>**(04) Imposição do quartel**<br>**(05) Afinar o sangue**<br>**(06) Campanhas**<br>(88) NSA<br>(99) IGN | DSGMOT |
| **112. Algum outro morador desta casa já doou sangue alguma vez na vida?**<br><br>(0) Não ➔ ***pule para questão 117***<br><br>(1) Sim<br>(9) IGN | DSGFAM |
| **113. Contando com o (a) Sr.(a), quantas pessoas desta casa já doaram sangue alguma vez na vida?**<br><br>___ ___ número de pessoas<br><br>(88) NSA | DSGNF |

| | |
|---|---|
| (99) IGN | |
| **AGORA VOU CONVERSAR SOBRE O USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS. ESTAS QUESTÕES SÃO REFERENTES AO USO DE SERVIÇO NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS.** | |
| **114. Nas últimas duas semanas, isto é, desde** *<dia/ mês>* **até hoje, o(a) Sr.(a) esteve em consulta com o médico?**<br><br>**(0) Sim**<br>**(1) Não ➔ *pule para questão 122***<br>(88) NSA<br>(99) IGN | COMED |
| **115. Qual o motivo principal pelo qual o(a) Sr.(a) procurou esse atendimento médico nas últimas 2 semanas, isto é, desde** *<dia/ mês>* **até hoje?**<br><br>**(1) Acidente ou lesão**<br>**(2) Doença**<br>**(3) Atestado de saúde**<br>**(4) Para fazer consulta de rotina (ou Check-up)**<br>**(5) Outros atendimentos preventivos**<br>(9 (88) NSA<br>( 9) Não (99) IGN | MOTIVO |
| **116. Onde procurou o primeiro atendimento por esse mesmo motivo nas últimas 2 semanas, isto é, desde** *<dia/ mês>* **até hoje?**<br><br>**(1) Posto de Saúde**<br>**(2) Consultório médico particular**<br>**(3) Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato**<br>**(4) Ambulatório ou consultório de clínica** | LOCAL |

| | |
|---|---|
| **(5) Ambulatório de hospital**<br>**(6) Pronto-socorro ou emergência**<br>**(7) Atendimento domiciliar**<br>(88) NSA<br>(99) IGN | |
| **117. Qual foi o principal atendimento de saúde que o(a) Sr.(a) recebeu?**<br><br>**(1) Consulta médica de clínico geral**<br>**(2) Consulta de médico especialista**<br>**(3) Encaminhamento à emergência ou à internação hospitalar**<br>**(4) Somente marcação de consulta**<br>(88) NSA<br>(99) IGN | ATEND |
| **118. Esse serviço de saúde onde o (a) Sr.(a) foi atendido era:**<br><br>**(1) Público- (do SUS)**<br>**(2) Particular**<br>**(3) Por convênio**<br>(88) NSA<br>(99) IGN | TIPOSERV |
| **119. Nos últimos 12 meses, isto é, desde** <*dia/ mês do ano passado*> **até hoje, o(a) Sr.(a) esteve internado por qualquer problema de saúde menos parto ou problemas da gravidez?**<br><br>(0) Sim<br>(1) Não<br>(99) IGN | INTERN |
| **120. Nos últimos 12 meses, isto é, desde** <*dia/ mês*> **até hoje, o(a) Sr.(a) recebeu a visita do agente comunitário de saúde da equipe do PSF, com exceção do agente que faz a vistoria da dengue?** | ACS |

| | |
|---|---|
| (0) Sim<br>(1) Não<br>(99) IGN | |
| **121. O(a) Sr.(a) possui plano de saúde?**<br><br>(1) Sim<br>(2) Não<br>(99) IGN | PLAN |
| **122. Alguma vez na vida, o(a) Sr.(a) já foi ao consultório do dentista?**<br><br>(0) Sim<br>(1) Não➔ ***pule para questão 128***<br>(9) IGN | DENT |
| **123. Quando consultou dentista pela ultima vez?**<br><br>**(1) Menos de 1 ano**<br>**(2) 1 a 2 anos**<br>**(3) 3 anos ou mais**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | CONSUL |
| **124. Onde foi a última consulta?**<br><br>(1) Consultório particular<br>(2) Consultório público<br>(3) Outros. Qual?_____<br>(8) NSA<br>(9) IGN | ONDEDEN |

| **AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE QUE O(A) SR.(A) POSSA TER SENTIDO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS. O(A) SR.(A) PODE RESPONDER SIM OU NÃO PARA AS QUESTÕES.** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **128. Tem dores de cabeça freqüentes?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ1 |
| **129. Tem falta de apetite?** | (0) | (1) Sim | (9) IGN | SRQ2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Não | | | |
| **130. Dorme mal?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ3 |
| **131. Assusta-se com facilidade?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ4 |
| **132. Tem tremores de mão?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ5 |
| **133. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ6 |
| **134. Tem má digestão?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ7 |
| **135. Tem dificuldade de pensar com clareza?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ8 |
| **136. Tem se sentido triste ultimamente?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ9 |
| **137. Tem chorado mais do que de costume?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ10 |
| **138. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ11 |
| **139. Tem dificuldades para tomar decisões?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ12 |
| **140. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ13 |
| **141. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ14 |
| **142. Tem perdido o interesse pelas coisas?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ15 |
| **143. O(a) Sr(a) se sente uma pessoa inútil, sem** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ16 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **préstimo?** | | | | |
| **144. Tem tido idéias de acabar com a vida?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ17 |
| **145. Sente-se cansado o tempo todo?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ18 |
| **146. Tem sensações desagradáveis no estômago?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ19 |
| **147. O(a) Sr.(a) se cansa com facilidade?** | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | SRQ20 |

**AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE O ÚLTIMO ANO: LEVE EM CONSIDERAÇÃO BEBIDAS COMO CERVEJA, CACHAÇA, VODKA, WISKY E VINHO.**

| | |
|---|---|
| **148. Com que freqüência o(a) Sr.(a) toma bebidas alcoólicas?**<br><br>(0) **Nunca ➔ pule para *questão 156***<br>(1) **Mensalmente ou menos**<br>(2) **De 2 a 4 vezes por mês**<br>(3) **De 2 a 3 vezes por semana**<br>(4) **4 ou mais vezes por semana**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | AUDIT1 |
| **149. Quantas doses de álcool o(a) Sr.(a) toma normalmente ao beber?** *(ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo)*<br>(0) **0 ou 1**<br>(1) **2 ou 3**<br>(2) **4 ou 5**<br>(3) **6 ou 7**<br>(4) **8 ou mais**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | AUDIT2 |
| **150. Com que freqüência o(a) Sr.(a) toma cinco ou mais doses de uma vez?** *(ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo)* | AUDIT3 |

| | |
|---|---|
| (0) **Nunca** ➔ ***se a soma das questões 149 e 150 for 0, pule para questão 156***<br>(1) **Menos do que uma vez ao mês**<br>(2) **Mensalmente**<br>(3) **Semanalmente**<br>(4) **Todos ou quase todos os dias**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **151. Quantas vezes, desde,** <*dia/ mês*> **do ano passado, o(a) Sr.(a) achou que não conseguiria parar de beber depois que começou?**<br><br>(0) **Nunca**<br>(1) **Menos do que uma vez ao mês**<br>(2) **Mensalmente**<br>(3) **Semanalmente**<br>(4) **Todos ou quase todos os dias**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | AUDIT4 |
| **152. Quantas vezes, desde** <*dia/ mês*> **do ano passado, o(a) Sr.(a), por causa do álcool, não conseguiu fazer o que o que deveria ter feito?**<br><br>(0) **Nunca**<br>(1) **Menos do que uma vez ao mês**<br>(2) **Mensalmente**<br>(3) **Semanalmente**<br>(4) **Todos ou quase todos os dias**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | AUDIT5 |
| **153. Quantas vezes, desde** <*dia/ mês*> **do ano passado, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?**<br><br>(0) **Nunca**<br>(1) **Menos do que uma vez ao mês**<br>(2) **Mensalmente**<br>(3) **Semanalmente**<br>(4) **Todos ou quase todos os dias** | AUDIT6 |

| | |
|---|---|
| (8) NSA<br>(9) IGN | |
| **154. Quantas vezes, desde** *<dia/ mês>* **do ano passado, o(a) Sr.(a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?**<br><br>(0) **Nunca**<br>(1) **Menos do que uma vez ao mês**<br>(2) **Mensalmente**<br>(3) **Semanalmente**<br>(4) **Todos ou quase todos os dias**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | AUDIT7 |
| **155. Quantas vezes, desde** *<dia/ mês>* **do ano passado, o(a) Sr.(a) não conseguiu lembrar o que aconteceu devido à bebida?**<br><br>(0) **Nunca**<br>(1) **Menos do que uma vez ao mês**<br>(2) **Mensalmente**<br>(3) **Semanalmente**<br>(4) **Todos ou quase todos os dias**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | AUDIT8 |
| **156. O(a) Sr.(a) já causou ferimentos ou prejuízos ao Sr(a) mesmo ou a outra pessoa depois de beber?**<br><br>**(0) Não**<br>**(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses**<br>**(4) Sim, nos últimos 12 meses**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | AUDIT9 |
| **157. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de o(a) Sr.(a) beber ou pediu que o(a) Sr.(a) parasse?**<br><br>**(0) Não**<br>**(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses**<br>**(4) Sim, nos últimos 12 meses** | AUDIT10 |

| | |
|---|---|
| (8) NSA<br>(9) IGN | |
| **AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS RELACIONADAS AO USO DE FUMO. PARA RESPONDÊ-LAS, CONSIDERE APENAS CIGARRO, CIGARRO DE PALHA, CHARUTO OU CACHIMBO. NÃO CONSIDERE OUTRAS FORMAS DE USO DE FUMO. CASO O(A) SR(A) FUME MAIS DE UM TIPO, RESPONDA AS QUESTÕES LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO O TIPO QUE MAIS UTILIZA.** | |
| **158. O(A) Sr.(a) já fumou?**<br><br>(0) Nunca ➔ **pule para *questão 173***<br>(1) Sim<br>(9) IGN | FUMO1 |
| **159. O(A) Sr(a) fuma atualmente?**<br><br>(0) Não ➔ ***pule para questão 167***<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO2 |
| **160. Quanto tempo depois de acordar o(a) Sr.(a) fuma o primeiro cigarro?**<br><br>**(0) Após 60 min**<br>**(1) 31-60 min**<br>**(2) 6 – 30 min**<br>**(3) Primeiros 5 min**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO3 |
| **161. Tem dificuldade para não fumar em lugares onde é proibido, tais como igrejas, lojas, shoppings, mercados, aviões, ônibus?**<br><br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO4 |
| **162. Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?** | FUMO5 |

| | |
|---|---|
| **(0) Qualquer um**<br>**(1) O 1º da manhã**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **163. Quantos cigarros em média o(a) Sr.(a) fuma por dia?**<br><br>(0) Até 10<br>(1) 11-20<br>(2) 21-30<br>(3) 31 ou mais<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO6 |
| **164. O(a) Sr.(a) fuma mais nas primeiras horas do dia?**<br><br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO7 |
| **165. O(a) Sr.(a) fuma mesmo estando doente, necessitando ficar acamado na maior parte do dia?**<br><br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO8 |
| **166. O(a) Sr.(a) já tentou parar de fumar?**<br><br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO9 |
| **167. O(a) Sr.(a) é ex-fumante?**<br><br>(0) Não➔ ***pule para questão173***<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO10 |

| | |
|---|---|
| **168. Por que o(a) Sr.(a) decidiu parar de fumar?**<br><br>(0) Não se lembra<br>(1) Crença de que cigarro faz mal a saúde<br>(2) Problema/condição de saúde que obrigou a parar<br>(3) Influência de familiares e/ou amigos<br>(4) Orientação de profissionais de saúde<br>(5) Outros<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO11 |
| **169. Como foi que parou?**<br><br>**(0) De uma vez**<br>**(1) Foi diminuindo gradativamente**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO12 |
| **170. Há quanto tempo parou de fumar?**<br><br>(0) Seis meses à um ano<br>(1) Um a dois anos<br>(2) Três a quatro anos<br>(3) Cinco ou mais anos<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO13 |
| **171. Desde que parou de fumar, teve recaídas?**<br><br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN | FUMO14 |
| **172. O que provocou a(s) recaída(s)?**<br><br>(1) Vício<br>(2) Não Sabe<br>(3) Nervosismo<br>(4) Consumo de bebidas alcoólicas<br>(5) Sintomas de abstinência<br>(6) Alimentação<br>(7) Convívio com outros fumantes<br>(8) NSA | FUMO15 |

| | |
|---|---|
| (9) IGN | |
| **VAMOS CONVERSAR AGORA SOBRE OS REMÉDIOS QUE O(A) SR.(A) USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS<br>PENSE EM TODOS OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SR.(A) USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS. PODE SER QUALQUER MEDICAMENTO/REMÉDIO, COMO PÍLULAS, COMPRIMIDOS, XAROPES, GOTAS, POMADAS, COLÍRIOS, INJEÇÕES, XAMPUS E SABONETES MEDICINAIS, PRODUTOS NATURAIS OU QUALQUER OUTRO, INCLUSIVE AQUELES UTILIZADOS PARA TRATAR MACHUCADOS, QUE USE SEMPRE OU SÓ DE VEZ EM QUANDO.** | |
| **173. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) usou algum remédio?**<br><br>(0) Sim<br>(1) Não ➔ ***pule para questão 181***<br>(9) IGN ➔ ***pule para questão 181*** | USOMED |
| **O (A) SR.(A) PODERIA ME MOSTRAR TODAS AS EMBALAGENS E RECEITAS QUE TEM DOS REMÉDIOS UTILIZADOS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?** | |
| **REMÉDIO 1** | |
| **174. Qual o nome do medicamento?**<br><br>REM1_____<br>_____Dosagem_____Apresentação_____<br><br>(8) NSA<br>(9) IGN | MED1 |
| **175. De que forma o(a) Sr.(a) está usando este remédio?**<br><br>**(1) Usa para resolver um problema de saúde momentâneo**<br>**(2) Usa regularmente sem data para parar**<br>(77) Outro<br>*(especificar)*_____<br>(8) NSA<br>(9) IGN | TIPO1 |
| **176. Para qual doença ou problema de saúde o(a)** | |

| | |
|---|---|
| **Sr.(a) usa este remédio?**<br><br>**DOE1**_____<br>_____<br><br>(8) NSA<br>(9) IGN | DOE1 |
| **177. Quem indicou este remédio?**<br><br>**(1) O (a) Sr.(a) repetiu uma receita antiga**<br>**(2) O (a) Sr.(a) mesmo decidiu tomar o remédio**<br>**(3) Médico ou dentista do SUS→ *Pule para questão 179***<br>**(4) Médico ou dentista particular ou do plano de saúde → *Pule para questão 179***<br>**(5) Farmacêutico ou o balconista da farmácia**<br>**(6) Enfermeiro, Fisioterapeuta ou outro profissional da saúde**<br>**(7) Parentes, vizinhos ou amigos**<br>(77) Outro *(especificar)*_____<br>(88) NSA<br>(99) IGN | IND1 |
| **178. Qual o principal motivo do(a) Sr.(a) ter usado o remédio sem indicação médica?**<br><br>(1) Não tinha dinheiro para ir ao médico<br>(2) Achou que não havia necessidade de consultar médico/dentista<br>(3) Já tinha usado o medicamento antes para o mesmo problema<br>(4) Insatisfação com atendimento do SUS<br>(5) Insatisfação com atendimento particular/convênio<br>(77) Outro *(especificar)*_____<br>_____<br>(8) NSA<br>(9) IGN | AUT1 |
| **179. Como conseguiu este remédio?**<br><br>(1) Farmácia do Posto/Policlínica/Hospital SUS→ ***Pule*** | CONSEG1 |

| | |
|---|---|
| ***para questão 181***<br>(2) Comprou<br>(3) Comprou e ganhou uma parte<br>(4) Outro_____<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **180. O(a) Sr.(a) tentou conseguir o remédio pelo Sistema Único de Saúde, ou seja, no posto de saúde, policlínica ou no hospital de graça?**<br><br>(0) Sim<br>(1) Não<br>(8) NSA<br>(9) IGN | TENT1 |
| **AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SR.(A) PRECISAVA MAS NÃO USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS** | |
| **181. Neste período de 30 dias o(a) Sr.(a) deixou de tomar algum remédio que precisava?**<br><br>(0) Sim<br>(1) Não ➔ ***Pule para questão 189***<br>(9) IGN ➔ ***Pule para questão 189*** | NAOUSOM1 |
| **182. Qual o nome do remédio?**<br><br>REM1_____<br>_____Dosagem_____<br>_____Apresentação_____<br><br>(8) NSA<br>(9) IGN | NMED1 |
| **183. De que forma o(a) Sr.(a) precisava usar este remédio?**<br><br>**(1) Usa para resolver um problema de saúde momentâneo**<br>**(2) Usa regularmente sem data para** | NTIPO1 |

| | |
|---|---|
| **parar**<br>(77) Outro<br>*(especificar)*_____<br><br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **184. Para que doença ou problema de saúde o(a) Sr.(a) precisava usar este remédio?**<br><br>DOE1_____<br>_____<br>_<br><br>(8) NSA<br>(9) IGN | NDOE1 |
| **185. Quem indicou este remédio?**<br><br>**(1) O (a) Sr.(a) repetiu uma receita antiga**<br>**(2) O (a) Sr.(a) mesmo decidiu tomar o remédio**<br>**(3) Médico ou dentista do SUS**<br>**(4) Médico ou dentista particular ou do plano de saúde**<br>**(5) Farmacêutico ou o balconista da farmácia**<br>**(6) Enfermeiro, fisioterapeuta ou outro profissional da saúde**<br>**(7) Parentes, vizinhos ou amigos**<br>(77) Outro<br>(e*specificar*)_____<br>(88) NSA<br>(99) IGN | NIND1 |
| **186. Qual o principal motivo de não ter conseguido este remédio?**<br><br>(1) Não tinha na Farmácia do posto/policlínica/hospital do SUS | PQNU1 |

| | |
|---|---|
| (2) Receita vencida ou falta de receita<br>(3) Não tinha dinheiro<br>(77) Outro (*especificar)*<br>_____<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **187. O que o (a) Sr.(a) fez quando não conseguiu o remédio?**<br><br>(1) Nada ➔ ***pule para questão 189***<br>(2) Procurou o médico/dentista<br>(3) Procurou outro Posto de Saúde ➔ ***pule para questão 189***<br>(4) Procurou um advogado ➔ ***pule para questão 189***<br>(77) Outro *(especificar)*_____ _____ ➔ ***pule para questão 189***<br>(8) NSA<br>(9) IGN ➔ ***pule para questão 189*** | NCONSE1 |
| **188. O que o médico/dentista fez?**<br><br>(1) Nada<br>(2) Trocou o remédio por outro mais barato/acessível<br>(3) Deu alguns remédios para um período curto do tratamento (amostra grátis)<br>(4) Disse para procurar um advogado<br>(77) Outra (e*specificar*)_____ _____<br>(8) NSA<br>(9) IGN | AP1 |
| **AGORA VOU CONVERSAR SOBRE OS SEUS GASTOS COM SAÚDE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**<br>**ATENÇÃO, OS GASTOS SÃO REFERENTES AOS ÚLTIMOS 30 DIAS** | |

| | |
|---|---|
| **189. Nós últimos 30 dias quantos REAIS forma gastos para sua saúde, independente do pagamento ter sido realizado pelo(a) Sr.(a), em:**<br><br>Gasto 1- Próteses\|_____\|<br>Gasto 2 - Internação\|_____\|<br>Gasto 3 - Cirurgia\|_____\|<br>Gasto 4 - Exames RX, imagem (ex. ultrasonografia, ressonância)\|_____\|<br>Gasto 5 - Exames laboratoriais\|_____\|<br>Gasto 6 - Consulta com outros profissionais de saúde\|_____\|<br>Gasto 7 - Consulta médica/odontológica\|_____\|<br>Gasto 8 – Remédios\|_____\|<br>Gasto 9 - Plano de saúde\|_____\|<br>Gasto 10 - Outros\|_____\|<br>(Especificar)_____<br>_____<br>(8) NSA<br>(9999) IGN | G1<br>G2<br>G3<br>G4<br>G5<br>G6<br>G7<br>G8<br>G9<br>G10<br>GT |
| **9. No mês passado, quanto receberam EM REAIS as pessoas que moram na sua casa?** *(lembrar que inclui salários, pensões, mesada* | Renda1<br><br>RendaT |

| | |
|---|---|
| *(recebida de pessoas que não moram na sua casa), aluguéis, salário desemprego, ticket al.imentação, bolsa família, etc). Renda 1 faz referência à renda do entrevistado. Renda T é a soma da renda do entrevistado adicionada da soma da renda das outras pessoas)*<br><br>renda1-Entrevistado\|_____\|<br>renda2\|_____\|<br>renda3\|_____\|<br>renda4\|_____\|<br>renda5\|_____\|<br>renda6\|_____\|<br>renda7\|_____\|<br>renda8\|_____\|<br>renda9\|_____\|<br>(9) IGN | |
| **AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE OS GASTOS COM SAÚDE DA SUA FAMÍLIA NO ÚLTIMO ANO<br>ATENÇÃO, OS GASTOS SÃO REFERENTES À FAMÍLIA NO ÚLTIMO ANO** | |
| **190. No último ano, o(a) Sr.(a) ou alguém da sua família deixou de comprar algo importante para o seu dia a dia, precisou pedir dinheiro emprestado, ou teve que vender algo para pagar gastos com algum problema de saúde?**<br><br>(0) Sim<br>(1) Não ➔ ***pule para questão 194***<br>(9) IGN ➔ ***pule para questão 194*** | GASTOE |
| **191. Que problema foi este? O (a) Sr.(a) pode escolher mais de uma alternativa nesta questão.** | PB |

| | |
|---|---|
| **(1) Remédio**<br>**(2) Consulta médica**<br>**(3) Exame Laboratório/Imagem**<br>**(4) Internação**<br>**(5) Cirurgia**<br>**(77) Outro**<br>***(especificar)*_____**<br>_____<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **192. Como foi que a família resolveu este problema? O (a) Sr.(a) pode escolher mais de uma alternativa nesta questão.**<br><br>(1) Deixou de comprar alimento<br>(2) Deixou de pagar contas<br>(3) Fez empréstimo com amigos e/ou familiares<br>(4) Fez empréstimo de banco e/ou financiadora<br>(5 ) Vendeu algum bem<br>(6) Outro<br>(*especificar*)_____<br>_____<br>(8) NSA<br>(9) IGN | COPE |
| **193. E este problema aconteceu nos últimos 30 dias?**<br><br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(8) NSA<br>(9) IGN | AC |
| **AGORA EU PRECISO FAZER MAIS UMA MEDIDA DA SUA PRESSÃO** | |
| **194.** Pressão arterial sistólica (2º medida): | PAS2 |

| | |
|---|---|
| PAS2 \|__ __ __\| (999) IGN | |
| **195.** Pressão arterial diastólica (2º medida):<br><br>PAD2\|__ __ __\| (999) IGN | PAD2 |
| **A ENTREVISTA ESTÁ NO FIM. AGRADEÇO A SUA COLABORAÇÃO E PACIÊNCIA!** | |
| **AGORA VOU CONVERSAR SOBRE OS RELACIONAMENTOS QUE O(A) SR(A) JÁ TEVE** | |
| **Quando duas pessoas casam, vivem juntas ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seus relacionamentos anteriores e atual e sobre como seu (sua) marido/companheiro (esposa/companheira) a(o) trata ou a (o) tratou. Se alguém nos interromper eu mudarei o assunto de nossa conversa. Gostaria de lhe assegurar, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo, e que o(a) Sr(a) não precisa responder a nada que não queira. Posso continuar? O(a) Sr(a) pode responder as questões com SIM ou NÃO. Alguma vez, o(a) seu(sua) atual marido/companheiro (esposa/companheira), ou qualquer outro(a) companheiro(a) que o(a) Sr(a) já tenha tido, tratou o(a) Sr(a) da seguinte forma:** | |
| **196. Deu-lhe um tapa ou jogou algo no(a) Sr.(a) que poderia machucá-la(o)?**<br><br>(1) Sim<br>(2) Não<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIO1 |
| **197. Empurrou-a(o) ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?**<br><br>(1) Sim<br>(2) Não<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIO2 |
| **198. Machucou-a(o) com um soco ou com algum objeto?**<br><br>(1) Sim | VIO3 |

| | |
|---|---|
| (2) Não<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **199. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou o(a) Sr.(a)?**<br><br>(1) Sim<br>(2) Não<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIO4 |
| **200. Estrangulou ou queimou o(a) Sr.(a) de propósito?**<br><br>(1) Sim<br>(2) Não<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIO5 |
| **201. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra o(a) Sr.(a)?**<br><br>(1) Sim<br>(2) Não<br>(8) NSA<br>(9) IGN | VIO6 |
| *CASO VOCÊ ESTEJA ENTREVISTANDO UM HOMEM ENCERRE A ENTREVISTA DIZENDO*: **TERMINEI A ENTREVISTA. O NOSSO TRABALHO É SUPERVISIONADO PELA UNIVERSIDADE, ASSIM, PODE SER QUE OUTRO PESQUISADOR ENTRE EM CONTATO COM O(A) SR(A) PARA CONFIRMAR APENAS ALGUNS DADOS. AGRADEÇO A SUA PARTICIPAÇÃO, COLABORAÇÃO E PACIÊNCIA.** | |
| **PARA TERMINAR EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE EXAMES PREVENTIVOS E CÂNCER.**<br><br>(*Somente para o sexo feminino. Para o sexo masculino marcar 8 nas questões 202 a 216, 88 na questão 217, e 8 na questões 218 a233)* | |
| **202. A Sra. já teve ou tem câncer de mama?** | MAM1 |

| | |
|---|---|
| (0) Sim ➔ ***pule para questão 210***<br>(1) Não<br><br>(8) NSA | |
| **203. Qual dos itens que vou ler, a Sra. considera que é a principal forma de diagnóstico do câncer de mama?**<br>(1) **Auto exame das mamas**<br>(2) **Exame clínico das mamas**<br>(3) **Mamografia**<br>(8) NSA<br>(9) IGN | MAM2 |
| **204. A Sra. já ouviu falar no exame de mamografia?**<br><br>(0) Sim<br>(1) Não ➔ ***pule para questão 223***<br>(3) Não Sabe<br>(8) NSA | MAM3 |

| **VOU LER ALGUMAS FRASES SOBRE MAMOGRAFIA E GOSTARIA QUE A SENHORA ME DISSESSE SE ACHA QUE ESTÃO CERTAS, ERRADAS OU A SRA. NÃO SABE. O EXAME DE MAMOGRAFIA:** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **205. é uma maneira de saber se há ou não algum problema nos seios ou mamas.** | ( 1 ) Certo | ( 2 ) Errado | ( 3 ) Não Sabe | (8) NSA | MAM4 |
| **206. fazendo esse exame a mulher vai evitar o câncer de mama.** | ( 1 ) Certo | ( 2 ) Errado | ( 3 ) Não Sabe | (8) NSA | MAM5 |
| **207. só é importante para mulheres com mais de 50 anos.** | ( 1 ) Certo | ( 2 ) Errado | ( 3 ) Não Sabe | (8) NSA | MAM6 |
| **208. só é importante para quem já tem algum caso de câncer de mama na família.** | ( 1 ) Certo | ( 2 ) Errado | ( 3 ) Não Sabe | (8) NSA | MAM7 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **209. é um exame importante que deve ser feito além do exame realizado pelo médico e do exame feito pela própria mulher.** | ( 1 ) Certo | ( 2 ) Errado | ( 3 ) Não Sabe | (8) NSA | MAM8 |
| **VOU LER ALGUMAS FRASES SOBRE O EXAME DE MAMOGRAFIA E GOSTARIA QUE A SENHORA DISSESSE SE CONCORDA, DISCORDA OU NÃO SABE SE O EXAME ESTÁ DESCRITO CORRETAMENTE. O EXAME DE MAMOGRAFIA OU RADIOGRAFIA DOS SEIOS É FEITO DA SEGUINTE MANEIRA:** | | | | | |
| **210. O profissional de saúde coloca a mama da mulher em um aparelho de raio X onde o seio é apertado e então o médico tira uma chapa** | ( 1 )Concordo | ( 2 ) Discordo | ( 3 ) Não Sei | ( 8) NSA | MAM9 |
| **211. O médico passa uma geléia na mama e depois com um aparelho sobre o seio o médico fica acompanhando as imagens numa tela de televisão pequena** | ( 1 ) Concordo | ( 2 ) Discordo | ( 3 ) NãoSei | ( 8) NSA | MAM10 |
| **212. O médico examina o seio da mulher e marca um determinado local onde ele enfia uma agulha fina e tenta tirar algum líquido de dentro da mama** | ( 1 ) Concordo | ( 2 ) Discordo | ( 3 ) NãoSei | ( 8) NSA | MAM11 |

| | |
|---|---|
| **213. Algum médico já pediu o exame de mamografia alguma vez para a Sra.?**<br><br>(0) Sim<br>(1) Não<br>(8) NSA<br>( 9) IGN (9) IGN | MAM12 |
| **214. A Sra. já fez mamografia alguma vez na vida?**<br><br>(0) Sim ➔ ***pule para a questão 216***<br>(1) Não<br>(8) NSA<br>(9) IGN | MAM13 |
| **215. Qual o principal motivo que a Sra. não fez o exame de mamografia até hoje?**<br>(1) Dificuldade em conseguir marcar esse exame ➔ ***pule para a questão 223***<br>(2) Medo/vergonha do exame ➔ ***pule para a questão 223***<br>(3) Acha desnecessário ➔ ***pule para a questão 223***<br>(4) Medo de descobrir câncer de mama ou outro problema/doença ➔ ***pule para a questão 223***<br>(5) Porque o médico nunca pediu ➔ ***pule para a questão 223***<br>(6) Falta de tempo ➔ ***pule para a questão 223***<br>(7) Falta de dinheiro ➔ ***pule para a questão 223***<br>(8) NSA<br>(9) IGN | MAM14 |
| **216. Com quantos anos a Sra. fez a sua primeira mamografia?** *(aproximadamente)*<br><br>_ _ anos<br>(88) NSA<br>(99) IGN | MAMID |
| **217. De quanto em quanto tempo a Sra. tem feito os exames de mamografia?**<br><br>(1) só fez uma vez na vida<br>(2) a cada 6 meses | MAM15 |

| | |
|---|---|
| (3) a cada ano<br>(4) a cada 2 anos<br>(5) a cada 3 anos<br>(6) mais de 3 anos<br>(7) intervalo variável<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **218. Qual o principal motivo que levou a Sra. fazer a última mamografia ?**<br><br>(1) Notei um caroço/nódulo na mama<br>(2) O médico solicitou porque tinha suspeita de nódulo<br>(3) O médico solicitou porque na minha família tinha casos de câncer<br>(4) Alguma conhecida fez o exame e descobriu um câncer ou nódulo<br>(5) Tenho medo de ter câncer de mama<br>(6) Toda mulher acima de 40 anos deve fazer<br>(7) Faço o exame para o acompanhamento/controle de problemas/rotina<br>(8) NSA<br>(9) IGN | MAM16 |
| **219. Quanto tempo faz que a Sra. fez a última mamografia?**<br><br>(1) Menos de um ano<br>(2) Entre 1 ano e menos 3 anos<br>(3) 3 anos ou mais<br>(8) NSA<br>(9) IGN | MAM17 |
| **220. Onde a Sra. fez sua última mamografia?**<br><br>(1) **Posto de saúde, hospital, ambulatório do SUS ou hospital universitário**<br>(2) **Clínica particular através do SUS**<br>(3) **Clínica ou consultório por convênio/plano de saúde**<br>(4) **Clínica ou consultório particular**<br>(77) Outro _____ | MAM18 |

| | |
|---|---|
| (8) NSA<br>(9) IGN | |
| **222. O resultado do exame de mamografia demora alguns dias para ficar pronto. A Sra retornou ao médico para saber (ser informada) do resultado do seu último exame?**<br><br>(0) Sim<br>(1) Não<br>(8) NSA<br>(9) IGN | MAM20 |
| **223. A Sra. já teve ou tem câncer de colo do útero?**<br>(0) Sim<br>(1) Não<br>(8) NSA<br>(9) IGN | CAUTERO |
| **224. Existe um exame preventivo do câncer do colo do útero, também conhecido como Papanicolau. A Sra. já ouviu falar deste exame?**<br><br>(0) Sim<br>(1) Não ➔ ***termina o questionário***<br>(8) NSA<br>(9) IGN | PAPC |
| **225. A Sra. alguma vez já fez o exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau)?**<br><br>(0) Sim<br>(1) Não ➔ ***pule para 233***<br>(8) NSA<br>(9) IGN | PAPFEZ |
| **226. Com quantos anos a Sra fez este exame pela primeira vez?** ***(aproximadamente)*** | PAXXA |

| | |
|---|---|
| _ _ anos<br><br>(88) NSA<br><br>(98) IGN | |
| **227. De quanto em quanto tempo a Sra. tem feito o preventivo ou Papanicolau ?**<br>(1) só fez uma vez na vida<br>(2) a cada 6 meses<br>(3) a cada ano<br>(4) a cada 2 anos<br>(5) a cada 3 anos<br>(6) mais de 3 anos<br>(7) intervalo variável<br>(8) NSA<br>(9) IGN | PAPXXB |
| **228. Qual o principal motivo que levou a Sra. a fazer o último preventivo do câncer de colo de útero** *(ou Papanicolau)?*<br><br>(1) Estava com corrimento ou outro problema ginecológico<br>(2) O médico solicitou o exame porque suspeitou/encontrou uma alteração<br>(3) O médico solicitou porque na minha família tem casos de câncer.<br>(4) Como exame de acompanhamento/controle de problemas que existiam antes do último exame.<br>(5) Faço o exame para o acompanhamento/controle de problemas/rotina<br>(6) Tenho medo de ter câncer de útero.<br>(7) Toda mulher acima de 25 anos deve fazer<br>(8) NSA<br>(9) IGN | PAPTUX |
| **229. Quanto tempo faz que a Sra. fez seu último preventivo?** | PAPTPX |

| | |
|---|---|
| (1) Menos de um ano<br>(2) De 1 ano a 2 anos<br>(3) de 2 a 3 anos<br>(4) mais de 3 anos<br>(8) NSA<br>(9) IGN | |
| **230. Onde a Sra. fez seu último exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau)?**<br><br>(1) Posto de saúde, hospital, ambulatório do SUS ou Hospital Universitário<br>(2) Clinica particular através do SUS<br>(3) Clínica ou consultório por convênio/plano de saúde<br>(4) Clínica ou consultório particular<br><br>(77) Outro _____<br><br>(8) NSA<br><br>(9) IGN | PAPMOT |
| **232. O resultado do Exame Preventivo de colo do útero demora alguns dias para ficar pronto. A Sra. retornou ao médico (ou serviço de saúde) para saber (ser informada) do resultado do seu último exame?**<br>(0) Sim<br>(1) Não<br>(8) NSA<br>(9) IGN | PAPRE |
| **233.Qual o principal motivo para a Sra. nunca ter feito o exame preventivo do câncer de colo do útero?** *(se responder esta questão, finaliza o questionário. Esta questão deverá ser respondida, apenas por aquelas que escolherem a opção (0) Sim, na questão 225)* | PAPNF |

| | |
|---|---|
| (1) É difícil conseguir marcar esse exame<br>(2) Acho/falaram que o exame doía e não tenho nenhum problema ginecológico<br>(3) Não posso faltar ao trabalho para fazer o exame ou deixar meus filhos sozinhos<br>(4) Tenho medo de descobrir câncer no útero e precisar operar<br>(5) Porque o médico nunca pediu<br>(6) Tenho vergonha<br>(7) Nunca tive relação sexual<br>(8) Tenho dificuldade de chegar até o local onde o exame é feito, pois é longe ou não sei onde é<br>(9) Não tenho dinheiro ou como ir até o local onde o exame é feito<br>(10) Não tenho dinheiro para pagar pelo exame<br>(11) Outros<br>(88) NSA<br>( 99 ) IGN | |
| 234. Peça e anote um e-mail do entrevistado para que possamos dar um retorno da pesquisa, quando concluída. Caso o entrevistado não tenha e-mail peça o de um amigo ou parente.<br>_____ | EMAIL |
| **TERMINEI A ENTREVISTA. O NOSSO TRABALHO É SUPERVISIONADO PELA UNIVERSIDADE, ASSIM, PODE SER QUE OUTRO PESQUISADOR ENTRE EM CONTATO COM O(A) SR(A) PARA CONFIRMAR APENAS ALGUNS DADOS. AGRADEÇO A SUA PARTICIPAÇÃO, COLABORAÇÃO E PACIÊNCIA.** | |

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 317

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 351/08 FR- 229872
TÍTULO: Condições de saúde da população adulta do Município de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional.
AUTOR: Marco Aurélio de Anselmo Peres.
DPTO.: Saúde Pública/CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 15 de dezembro de 2008.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

## ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que será realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa "Auto-avaliação de Saúde e Fatores Associados em Adultos da Área Urbana, Florianópolis/ SC, 2007" e me foi esclarecido que:

1. O estudo irá avaliar as condições de saúde da população de Florianópolis. Este será importante porque irá gerar informações úteis para a melhoria dos serviços de saúde. Participarão da pesquisa 1.800 adultos da população de Florianópolis.
2. Para conseguir os resultados desejados, será realizada uma entrevista e também serão medidos: pressão arterial, peso, altura, cintura e quadril que não causarão problemas à sua saúde. Para isso será necessário em torno de uma hora do seu tempo.
3. O benefício desta pesquisa será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.
4. Os riscos são mínimos, talvez você se sinta constrangido na tomada das medidas ou ao responder algumas perguntas.
5. Se você não se sentir bem durante a visita o entrevistador lhe encaminhará ao Posto de Saúde mais próximo ou ao Pronto Socorro.
6. Se, no transcorrer da pesquisa, você tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar pode procurar o(a) (nome do responsável pela pesquisa), responsável pela pesquisa no telefone 37219388
7. Você tem a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a sua saúde ou bem estar físico.

8. As informações obtidas neste estudo serão confidenciais, ou seja, seu nome não será mencionado e; em caso de divulgação em publicações científicas, os seus dados serão analisados em conjunto.
9. Caso você desejar, poderá pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa com o responsável pela pesquisa.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

DECLARO, também, que após devidamente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Florianópolis, _____ de _____ de_____

_____

( assinatura do sujeito da pesquisa )

Responsável pelo projeto:
Endereço para contato:
Telefone para contato:
E-mail: CEP – UFSC: Campus Universitário- Trindade- Telefone para contato: (48) 37219388 ou 37219046.

**ANEXO D – Instruções aos Autores do periódico Cadernos de Saúde Pública**

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

# INSTRUÇÕES AOS AUTORES

**ISSN 0102-311X** ***versión impresa***
**ISSN 1678-4464** ***versión on-line***

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos

## Escopo e política

**Cadernos de Saúde Pública**/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

## Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

### 1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

**1.1 Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
**1.2 Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
**1.3 Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
**1.4 Resenha**s - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
**1.5 Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
**1.6 Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000

palavras e 5 ilustrações);
**1.7 Fórum** - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

## 2. Normas para envio de artigos

**2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
**2.2** Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
**2.3** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
**2.4** A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

## 3. Publicação de ensaios clínicos

**3.1** Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
**3.2** Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.
**3.3** As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

a) Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
b) ClinicalTrials.gov
c) International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
d) Nederlands Trial Register (NTR)
e) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

f) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

## 4. Fontes de financiamento

**4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
**4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
**4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## 5. Conflito de interesses

**5.1** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## 6. Colaboradores

**6.1** Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
**6.2** Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

## 7. Agradecimentos

**7.1** Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para

serem co-autores.

## 8. Referências

**8.1** As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva[1]). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/).
**8.2** Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
**8.3** No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. Nomenclatura

**9.1** Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

**10.1** A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.
**10.2** Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.
**10.3** Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).
**10.4** Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores

deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.
**10.5** O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. Processo de submissão *online*

**11.1** Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em http://www.ensp.fiocruz.br/csp/.
Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contado com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.
**11.2** Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".
**11.3** Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. Envio do artigo

**12.1** A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".
**12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.
O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.
**12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir

potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
**12.4** O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
**12.5** O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
**12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: http://decs.bvs.br/.
**12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.
**12.8** *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
**12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
**12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
**12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
**12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
**12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
**12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
**12.15** *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo,

conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
**12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
**12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
**12.18** *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
**12.19** *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
**12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
**12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
**12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.
**12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
**12.24** As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
**12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.
**12.26** *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por

curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
**12.27** *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".
**12.28** *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

## 13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

**13.1** O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.
**13.2** O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

## 14. Envio de novas versões do artigo

**14.1** Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

## 15. Prova de prelo

**15.1** Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ®. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:
http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html.
**15.2** A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

**ANEXO E – Instruções aos Autores do periódico Revista de Saúde Pública**

RSP Revista de Saúde Pública

ISSN 0034-8910 *versão impressa*
ISSN 1518-8787 *versão on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES


- Categorias de artigos
- Autoria
- Processo de julgamento dos manuscritos
- Preparo dos manuscritos
- Suplementos
- Conflito de interesses
- Documentos
- Taxa de Publicação


Categorias de Artigos

**Artigos Originais**

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato*

*estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

**Comunicações Breves -** São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise

mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

**ARTIGOS DE REVISÃO**

**Revisão sistemática e meta-análise** - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

**Revisão narrativa/crítica** - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de

reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras.*
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

**COMENTÁRIOS**

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras,* excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

**Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 refêrencias.**

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas

listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver modelo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.*

**Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.**

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

**Pré-análise**: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do

manuscrito para a saúde pública.

**Avaliação por pares externos**: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

**Redação/Estilo**: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa

foi realizada.

**Idioma**

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

**Dados de identificação**

**a)** Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

**b)** Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

**c)** Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

**d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

**e)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

**f)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo

número do processo.

**g)** Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

**h)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

**Descritores** - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

**Agradecimentos -** Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

**Referências -** As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos

da expressão latina "et al.".

**Exemplos:**

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica.*2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. Methods in social epidemiology. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (http://www.icmje.org).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode

ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

**Citação no texto**: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al.".

**Exemplos:**

Segundo Lima et al.[9] (2006), a prevalência se transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.[12,15]

**A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do**

**manuscrito.**

**Tabelas -** Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou , por escrito, parasua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

**Figuras -** As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar

autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

**Submissão online**

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.rsp.fsp.usp.br), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor

analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.

- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

**"Ver":** Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

**"Alterar":** Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

**"Avaliações/comentários":** Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

**"Reformulação":** Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

**Verificação dos itens exigidos na submissão:**

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.

2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.

3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.

4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).

5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.

6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.

7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.

8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.

9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria"

10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.

11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.

12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou

bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.

13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.

15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no

formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões

financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

**Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:**

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

**Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:**

3. Transferência de direitos autorais

**1. Declaração de Responsabilidade**

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

**Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.**

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição:

_____

_____ _____

Local, data Assinatura

**Documentos**

**2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos**

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchiam os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

_____ _____

Local, Data Asssinatura

**3. Transferência de Direitos Autorais**

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados,

constando a referência ao artigo original. Todos as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:_____

Título:_____

_____ _____

Local, Data Asssinatura

_____ _____

Local, Data Asssinatura

Taxa de Publicação

A partir de Janeiro de 2012, a RSP instituirá uma taxa por artigo publicado. Esta taxa será paga por todos os autores que tiverem seus manuscritos aprovados para publicação, excetuadas situações excepcionais devidamente justificadas. Manuscritos submetidos antes de Janeiro de 2012 estarão isentos do pagamento da taxa. A taxa de publicação será utilizada para complementar os recursos públicos que a Revista obtém da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de

São Paulo e de órgãos de apoio à pesquisa do Estado de São Paulo e do Brasil. Esta complementação é essencial para assegurar a qualidade, impacto e agilidade do periódico, em particular para manter várias melhorias introduzidas na RSP nos últimos anos, em particular seu novo sistema eletrônico de submissão e avaliação de manuscritos, a revisão da redação científica por especialistas com pós-graduação em Saúde Pública e a tradução para o Inglês de todos os manuscritos não submetidos originalmente naquele idioma. Este último procedimento permite a leitura no idioma Inglês de todos os artigos publicados pela RSP sem prejuízo da leitura em Português dos artigos originalmente submetidos neste idioma, os quais representam a maioria das contribuições divulgadas pela Revista. A taxa será de R$ 1.500,00 (US$ 850.00) para artigos Originais, Comentários e Revisões e de R$ 1.000,00 (US$ 570.00) para Comunicações Breves. Assim que o manuscrito for aprovado, o autor receberá instruções de como proceder para o pagamento da taxa, bem como para, quando couber, solicitar isenção da cobrança. A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa perante suas instituições de origem, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Na submissão do manuscrito, após completar o cadastro, o autor deve ler e concordar com os termos de originalidade, relevância e qualidade, bem como sobre a cobrança da taxa. Ao indicar sua ciência desses itens, o manuscrito será registrado no sistema para avaliação.

Após a avaliação por relatores externos e aprovação pela Editoria, o autor receberá as

instruções para realizar o pagamento da taxa. Esta deverá ser depositada no Banco Santander, Agência 0201, Conta 13004082-9, no nome do Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública da USP. Após efetuar o depósito, o comprovante deverá ser enviado por email (revsp@usp.br) ou fax (+55-11-3068-0539), informando o número do manuscrito aprovado e, caso necessite, o recibo a ser emitido pelo CEAP.



---

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

**Avenida Dr. Arnaldo, 715**
**01246-904 São Paulo SP Brasil**
**Tel./Fax: +55 11 3061-7985**

e-Mail
revsp@org.usp.br