



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM  
SAÚDE COLETIVA - CURSO DE MESTRADO**



**MARCELA FRANKLIN SALVADOR DE MENDONÇA**

**INCIDÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM E VIOLÊNCIA POR  
PARCEIRO ÍNTIMO**

**Recife, 2015**

**MARCELA FRANKLIN SALVADOR DE MENDONÇA**

**INCIDÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM E VIOLÊNCIA POR  
PARCEIRO ÍNTIMO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup> Ana Bernarda Ludemir

**Linha de Pesquisa do Programa:** Morbimortalidade, Atenção e Qualidade de Vida

**Recife, 2015**

Ficha catalográfica elaborada pela  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

M539i Mendonça, Marcela Franklin Salvador de.  
Incidência de transtorno mental comum e violência por parceiro íntimo  
/ Marcela Franklin Salvador de Mendonça. – Recife: O autor, 2015.  
98 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Ana Bernarda Ludemir.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS,  
Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2015.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Violência contra a mulher. 2. Transtornos mentais. 3. Estudos  
epidemiológicos. I. Ludemir, Ana Bernarda (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2016-008)

**MARCELA FRANKLIN SALVADOR DE MENDONÇA**

**INCIDÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM E VIOLÊNCIA POR  
PARCEIRO ÍNTIMO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Aprovada em 27 de agosto de 2015.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludemir  
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social/Universidade  
Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Darci Neves dos Santos  
Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia

---

Profa. Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos  
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social/Universidade  
Federal de Pernambuco

---

Dra. Sandra Valongueiro Alves  
Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Pernambuco

---

Dra. Maria Carmelita Maia e Silva  
Diretoria de Vigilância à Saúde do Recife/ Secretaria de Saúde do Recife

## **AGRADECIMENTOS**

”Deus infinitamente bom, humildemente agradeço os benefícios que me concedestes... Afastai de mim a ideia de orgulhar-me, e de aplicar o que recebi em qualquer sentido que não seja o do bem.”

À minha família pelas orações no qual me deram forças para continuar a batalha e, vencer.

À minha orientadora pelo conhecimento compartilhado, paciência e, viabilidade para a concretização do trabalho.

Aos colegas de trabalho, Raquel, Josiane, Elisabete, Deisyelle, Paulino, e Léo, pelo ambiente favorável à caminhada que se fez de forma leve, dedicação e momentos de descontrações.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da UFPE pela cooperação e boa vontade para realização desse objetivo profissional.

Aos professores deste curso do mestrado em Integrado em Saúde Coletiva, por, e principalmente, pela alta qualidade de ensino, conhecimentos passados a nós alunos, e por terem feito parte de minha construção acadêmica neste nível, em que, a participação de cada um, levarei para sempre em minha vida.

Ao secretário do mestrado do PPGISC, Moreira, pelas orientações e boa vontade para com a parte burocrática durante todo o curso.

Aos meus amigos de sempre, que assistiram todas as minhas conquistas até chegar aqui, e que através de suas torcidas me ajudaram para conclusão do meu trabalho.

“Daquilo que sabes conhecer e medir, é preciso que te despeças, pelo menos por um tempo. Somente depois de teres deixado a cidade verás a que altura suas torres se elevam acima das casas.”

*(Friedrich Nietzsche)*

## RESUMO

**OBJETIVO:** Investigar a associação da violência por parceiros íntimos relatada contra as mulheres nos últimos doze meses e últimos sete anos com a incidência dos transtornos mentais comuns.

**MÉTODOS:** Estudo de coorte prospectivo com 390 mulheres de 18 a 49 anos, cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade do Recife, PE, entre julho de 2013 a dezembro de 2014. A saúde mental foi avaliada pelo *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20). A violência por parceiro íntimo foi definida por atos concretos de violência psicológica, física e sexual infligidos à mulher pelo parceiro. A regressão de Poisson foi utilizada para estimar o risco relativo (RR) e intervalos de confiança a 95% da associação entre transtorno mental comum e violência por parceiro íntimo. .

**RESULTADOS:** A incidência dos transtornos mentais comuns foi de 44,6% entre as mulheres que relataram violência nos últimos doze meses e de 43,4% nas que relataram violência nos últimos sete anos. Os transtornos mentais mantiveram-se associados à violência psicológica (RR= 3,0, IC95%: 1,9; 4,7 e RR=1,8, IC95%: 1,0; 3,7 nos últimos 12 meses, e sete anos, respectivamente), mesmo na ausência de violência física ou sexual. Quando a violência psicológica esteve combinada com violência física ou sexual, o risco dos transtornos mentais comuns foi ainda mais elevado, tanto nos últimos doze meses (RR=3,1; 95%IC 2,1; 4,7) quanto nos últimos sete anos (RR=2,5; 95% IC 1,7; 3,8).

**CONCLUSÕES:** A violência por parceiro íntimo está associada à incidência de transtornos mentais comuns nas mulheres. É fundamental o tratamento das consequências da VPI e o apoio às mulheres na busca de proteção para si pelos serviços públicos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência contra a Mulher. Transtornos Mentais. Estudos Epidemiológicos.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To investigate the association of intimate partner violence against women reported in the last twelve months and seven years with the incidence of common mental disorders.

**METHODS:** A prospective cohort study with 390 women 18 to 49 years, registered in the Family Health Program of the city of Recife, PE. Data were collected through questionnaire adapted from the Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence of the World Health Organization in face to face interviews, from July 2013 to December 2014. Mental health was assessed by the Self Reporting Questionnaire -20 (SRQ-20). Poisson regression was used to estimate the relative risk (RR) and confidence intervals of 95% of the association between common mental disorders and intimate partner violence.

**RESULTS:** The incidence of common mental disorders was 44.6% among women who reported intimate partner violence in the last twelve months and 43.4% among those who reported in the past seven years. Mental disorders remained associated with psychological violence (RR = 3.0, 95% CI: 1.9, 4.7 and RR = 1.8, 95% CI: 1.0, 3.7 in the last 12 months, seven years, respectively), even in the absence of physical or sexual violence. When psychological violence were related to physical or sexual violence, the risk of common mental disorders was even higher, both in the last twelve months (RR = 3.1; 95% CI 2.1, 4.7) and in the last seven years (RR = 2.5; 95% CI 1.7, 3.8).

**CONCLUSIONS:** Intimate partner violence is associated with the incidence of common mental disorders in women. The treatment of the consequences of IPV and support for women in seeking protection for themselves for public services is essential.

**KEY WORDS:** Violence Against Women. Mental Disorders. Epidemiologic Studies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher .....	24
<b>Quadro 2</b> - Perguntas acerca da violência cometida pelo parceiro íntimo .....	24
<b>Quadro 3</b> - Saúde Mental da mulher .....	25
<b>Tabela 1</b> - Características socioeconômicas e demográficas da mulher e sua associação com transtornos mentais comuns, risco relativo (RR), intervalos de confiança (IC95%) e valores de p .....	43
<b>Tabela 2</b> - Frequência das formas de violência cometida pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses e últimos sete anos, e de Transtornos Mentais Comuns .....	43
<b>Tabela 3</b> - Incidência dos Transtornos Mentais Comuns nas mulheres vítimas de VPI nos últimos 12 meses e últimos sete anos .....	44

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Violência por parceiro íntimo (VPI).....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 A violência e a saúde mental das mulheres.....</b>	<b>18</b>
<b>3. DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Desenho e local do estudo .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 População de estudo .....</b>	<b>25</b>
<b>3.3 Instrumentos da coleta .....</b>	<b>25</b>
<b>3.4 Coleta de dados.....</b>	<b>27</b>
<b>3.5 Construção do banco de dados .....</b>	<b>29</b>
<b>3.6 Definição das variáveis.....</b>	<b>29</b>
<b>3.7 Plano de análise .....</b>	<b>29</b>
<b>3.8 Aspectos éticos.....</b>	<b>30</b>
<b>4. ARTIGO: Incidência de transtorno mental comum e violência por parceiro íntimo.....</b>	<b>31</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (maiores de 18 anos).....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário da Mulher .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO A - Instruções para publicação na Revista de Saúde Pública .....</b>	<b>88</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Violência por parceiro íntimo (VPI) se refere ao comportamento de um parceiro íntimo ou ex-parceiro que causa dano físico, sexual ou psicológico a mulher, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores (WHO, 2014). Essas formas de violência se inter-relacionam e afetam as mulheres desde antes do nascimento até a velhice (UNASE, 2008). O fenômeno da violência pode apresentar-se com ao menos dois padrões definidos: situações mais moderadas em que conflitos diversos ou episódios de frustração e raiva irrompem ocasionalmente em agressão; e um padrão mais grave e crônico, de natureza progressiva (SCHRAIBER et al, 2007).

A violência contra as mulheres é uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres que conduziram à dominação e à discriminação contra as mulheres pelos homens e impedem o pleno avanço das mulheres... (Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas, dezembro de 1993)

A Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos reconheceu formalmente a violência contra as mulheres como uma violação aos direitos humanos. Desde então, os governos dos países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) e as organizações da sociedade civil têm trabalhado para a eliminação desse tipo de violência, que já é reconhecido também como um grave problema de saúde pública afetando cerca de um terço das mulheres em todo mundo (VIENA, 1993).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a agressão cometida por parceiro íntimo é o tipo mais comum de violência contra as mulheres em todo o mundo, afetando 30% do total. De acordo com o relatório, a violência física ou sexual é um problema de saúde pública, porque pode provocar lesões imediatas, infecções, e transtorno mental. O setor da saúde, em particular, tem sido lento para se envolver com a violência contra as mulheres. No entanto, este relatório apresenta provas claras de que a exposição à violência é um importante determinante da saúde das mulheres (WHO, 2013).

O percurso para identificar causas prováveis entre as diferentes formas de exposição à violência e suas implicações sobre a saúde da mulher está começando

a ser documentado e entendido melhor. Esta via é muitas vezes complexa, com contextos específicos, fisiológicos e fatores comportamentais, que influenciam nos resultados de doenças (WHO, 2013). Há evidências de que exposições à violência resultam em diferentes problemas de saúde, tendo implicações para a saúde mental e cognitiva, e pode levar a transtornos mentais, transtornos somatoformes ou doença crônica (WHO, 2013). Essa exposição à violência está associada com o início, duração e recorrência de transtornos mentais (HOWARD et al, 2010).

Em todo o mundo, os problemas de saúde mental, sofrimento emocional e comportamento suicida são comuns entre as mulheres que sofreram violência por parceiro (WHO: GENEVA, 2005). Os transtornos mentais comuns consistem em sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, aliados à depressão e ansiedade (LUDERMIR, 2000). Destaca-se que os Transtornos Mentais Comuns representam alto custo social e econômico, pois constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde (LUDERMIR, 2000).

Os resultados do Estudo Multicêntrico realizado pela Organização Mundial de Saúde sobre saúde da mulher e violência doméstica contra a mulher, realizado com mulheres entre 15 e 49 anos indicaram que 15 a 71% das entrevistadas sofreram violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo em algum momento de suas vidas (GARCIA-MORENO *et al.*, 2006). Neste estudo, a amostra brasileira foi composta por 940 mulheres de São Paulo SP e 1.188 mulheres da Zona da Mata Pernambucana, apresentando prevalências de 46,4% e 54,2%, respectivamente, para a ocorrência de ao menos uma das formas de violência (física, psicológica e sexual), na vida, e 9,3% e 14,8% para a ocorrência de violência física e/ou sexual nos últimos 12 meses (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

A VPI está associada a transtornos mentais comuns a partir da avaliação de dados obtida pelo Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20). Ludermir et al (2008) encontraram em seu estudo que a prevalência de transtorno mental comum foi maior entre as mulheres que relataram algum tipo de violência (49,0%) contra 19,6% entre as que não relataram violência. Além disso, os transtornos mentais aumentam com a gravidade da violência, sendo 30,6% para as mulheres que foram vítimas apenas da violência física e 62,9% para aquelas que sofreram todas as formas de violência (LUDERMIR, 2008)

Mulheres que sofreram VPI no passado podem estar mais propensas a apresentar distúrbios psicológicos atuais do que as mulheres que nunca sofreram VPI. Os efeitos da VPI na saúde mental podem não somente serem imediatos e agudos, mas apresentarem consequências em longo prazo ou até mesmo se tornarem crônicos (RUIZ-PÉREZ, 2005).

A avaliação dos TMC na população é tão importante para compreensão de sua distribuição em diferentes grupos, conforme com suas diferentes características, quanto dos fatores de risco associados à sua ocorrência. O diagnóstico proveniente dessa avaliação é capaz de fornecer informações relevantes para nortear as políticas de intervenção em saúde mental, diminuindo ou prevenindo tais agravos.

O presente estudo teve como objetivo investigar a associação da violência por parceiros íntimos relatada contra as mulheres nos últimos doze meses e últimos sete anos com a incidência dos transtornos mentais comuns nas mulheres, que não tiveram TMC durante a gravidez que ocorreu no período de julho de 2005 a outubro de 2006, cadastradas no Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Violência por parceiro íntimo (VPI):**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou em 2002 um relatório intitulado “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde”. Neste relatório, a violência é conceituada como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (ZUMA, 2005). A partir dessa definição, a violência pode ser dividida em três categorias: violência autoinfligida, violência interpessoal e violência coletiva. Cada uma delas contendo subtipos. A violência que ocorre nas relações familiares é um subtipo da violência interpessoal e, por sua vez, é dividida em violência entre parceiros íntimos (FONSECA; RIBEIRO; e, LEAL, 2012).

Uma das definições mais abrangentes de violência foi apresentada na Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim, em 1995. Segundo a Declaração, o termo "violência contra as mulheres" significa qualquer ato de violência baseada no gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento para a mulher, incluindo as ameaças de tais atos, coerção ou arbitrária privação de liberdade, seja na vida pública ou privada. Abuso emocional e psicológico também pode incluir a manipulação, isolamento da família e amigos e intimidação, bem como difamação e humilhação (WHO, 2000).

Muitas são as implicações envolvendo o fenômeno da violência doméstica contra a mulher, com a repercussão de casos nos meios de comunicação e atingindo a sociedade de uma maneira geral, a ponto de ter sido criada e sancionada uma lei visando a coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, caso da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Resultou de uma luta histórica dos movimentos feministas e de mulheres por uma legislação contra a impunidade no cenário nacional de violência doméstica e familiar contra a mulher, sendo reconhecida pela ONU como uma das três melhores legislações do mundo no

enfrentamento à violência contra as mulheres (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2012).

A Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 torna crime a violência doméstica e familiar contra a mulher e deixa de tratar a violência sofrida como algo de pequeno valor; define violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece suas formas: a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, que podem ser praticadas juntas ou individualmente, dentre outros mecanismos, a saber:

Configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, cap. I).

Para Fonseca (2012), as causas da violência são descritas principalmente pelo ciúme e jogo de poder. Considerando-se a complexidade do problema, as causas mais comuns que geram a violência contra a mulher são a questão da construção social dos papéis masculinos e femininos e a desigualdade existente nas relações de gênero (GALVÃO & ANDRADE, 2004). O jogo de poder masculino advém dessas crenças de que o homem possui certos direitos e privilégios a mais do que as mulheres (FONSECA; RIBEIRO; e, LEAL, 2012). As relações de poder são as peças fundamentais da violência contra as mulheres e meninas, e a prevenção da violência inclui, necessariamente, o trabalho político de questionar perspectivas e práticas que perpetuam a violência e inibem uma resposta eficaz contra a violência (MICHAU et al, 2015).

Ao focar esta interface, depara-se com amplas implicações ligadas ao fenômeno. A maioria das vítimas permanece coagida a um relacionamento baseado,

muitas vezes, na dependência financeira e emocional, levando a eventos cíclicos de violência. Na maior parte dos casos, a violência foi cometida pelo próprio parceiro, na residência (CÔRTEZ, 2012). A violência é esmagadoramente provável que seja cometida por alguém relacionado intimamente com a mulher, é a sua característica mais marcante. Certamente merece atenção especial quando se pretende explicar o impacto psicológico das desigualdades de gênero sob a violência (WHO, 2000).

A violência pelo parceiro íntimo ocorre principalmente a partir da adolescência e dos primeiros anos da vida adulta, muito frequentemente no âmbito do casamento ou coabitação, e inclui muitas vezes abuso físico, sexual e emocional. A violência sexual pode ocorrer em qualquer idade – incluindo durante a infância – e pode ser perpetrada por pais, provedores de cuidados, conhecidos e estranhos, bem como parceiros íntimos. Ambas as formas de violência são na maioria perpetradas pelos homens contra meninas e mulheres, contudo o abuso sexual de crianças masculinas é também comum (WHO, 2010).

A complexidade da temática das VPI exige considerar as condições estruturantes do tecido social brasileiro, exige validar o enfoque no contexto cultural reproduzido pelo sistema patriarcal, que é conhecido por gerar assimetria de poder nas interações humanas. O legado do patriarcado privilegia a dominação pelo gênero masculino e fertiliza as condições para o acirramento das violações de direitos humanos (MOURA et al, 2012). Para Dantas-Berger e Giffin (2005), uma ordem social de tradição patriarcal por muito tempo “consentiu” um certo padrão de violência contra as mulheres, designando ao homem o papel “ativo” na relação social e sexual entre os sexos, ao mesmo tempo em que restringiu a mulher à passividade e reprodução, demonstrando construções sociais que ancoraram as representações das mulheres deste estudo.

A violência contra a mulher por parceiro íntimo é um dos fatores predisponente para problemas de saúde das mulheres, tornando-se uma grande preocupação em saúde pública (WHO: GENEVA, 2005). As violências praticadas por parceiro íntimo geram consequências em longo prazo e susceptibilidade a uma grande diversidade de doenças, configurando-se globalmente como um dos mais graves problemas sociais que afetam a saúde de grupos populacionais específicos, por exemplo, as mulheres (MOURA et al, 2012). Trata-se de um fenômeno mundial de alta frequência (GARCIA-MORENO et al., 2006) com repercussões em vários

aspectos da vida das mulheres como trabalho, relações sociais e saúde física e psicológica (CNS 1997), ou seja, além de gerar danos individuais, também abrange o tecido econômico e social (TAFT et al, 2013).

Segundo o Banco Mundial (RIBEIRO & COUTINHO, 2011), 20% dos dias de falta ao trabalho decorre da violência sofrida pelas mulheres internamente aos domicílios; a cada cinco anos, a mulher perde um ano de vida saudável caso sofra violência; na América Latina, a violência doméstica atinge entre 25% e 50% das mulheres; uma mulher que sofre violência doméstica geralmente ganha menos do que aquela que não vive em situação de violência; estima-se que o custo da violência doméstica oscila entre 1,6% e 2% do PIB de um país, demonstrando que a violência contra a mulher extrapola o âmbito familiar e atinge a sociedade como um todo, configurando-se em fator que desestrutura o tecido social (FONSECA; RIBEIRO; e, LEAL, 2012). Estudos deixam clara a magnitude da problemática, apontando que mulheres em situação de violência doméstica têm mais problemas de saúde, maiores custos com assistência e utilizam com maior frequência os serviços de saúde, elevando gastos do setor (ROSA et al, 2008).

Correlações têm sido observadas entre violência e distúrbios gastrointestinais, lesões, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, sentimento de culpa, baixa autoestima, depressão, ansiedade, suicídios (OLIVEIRA et al., 2005; VILLELA, 2008). Relatos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) informam que pessoas que vivem em contexto violento, também se encontram em maior risco de sofrer transtornos alimentares, alcoolismo e abuso de outras drogas, estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, fobias, pânico e baixa autoestima (FONSECA; RIBEIRO; e, LEAL, 2012).

A investigação sobre a frequência das diversas formas de violência contra meninas e mulheres aponta para um sério problema de saúde pública. É importante notar que as diferentes formas de violência descritas muitas vezes ocorrem em conjunto, agravando assim o potencial traumático da experiência. O estudo de Schraiber (2007) revela que a violência por parceiro íntimo pode ter diversas expressões: nas duas regiões brasileiras estudadas, São Paulo e Zona da Mata Pernambucana, a situação mais frequente foi violência psicológica exclusiva, seguida pela física acompanhada da sexual e pelas três formas juntas. Fonseca (2012) relata que a violência psicológica ou emocional e a violência física são as

mais frequentes, principalmente nas modalidades de humilhações, xingamentos e desprezo. Esse tipo de violência ocorre primariamente, e perdura durante todo o ciclo de violência; somando-se a essa, com o passar do tempo outras formas de violência vão sendo incorporadas. Dessa forma, a violência psicológica ocorre sempre a priori. Observa-se nas vítimas sofrimento psíquico segundo elas mais intenso do que a violência na forma de agressão física. Admite seu caráter silencioso, crônico, comprometedor da saúde psicológica da mulher.

A violência representa uma violação fundamental dos direitos das mulheres como seres humanos. A presença da violência é incompatível com o nível aceitável de saúde física e mental. Em março de 1999, na sessão 43, a Comissão das Nações Unidas sobre o Status da Mulher, aprovou uma resolução que reconhece que a violência contra as mulheres já estaria aumentando em todas as culturas, sociedades e grupos sócio- econômicos e como consequência, a prevalência de transtornos mentais em mulheres, ao longo de seu ciclo de vida, também estaria em ascensão (WHO, 2000)

As grandes variações na prevalência e padrões de violência de país para país, indicam que não há nada de "natural" ou inevitável sobre isso. Atitudes podem e devem mudar, o estado das mulheres pode e deve ser melhorado, os homens e as mulheres podem e devem ser convencidos de que violência por parceiro não é uma parte aceitável de relações humanas (WHO, 2005). A violência contra a mulher precisa ser vista como prioridade nas políticas de saúde, com formação de recursos humanos adequados, orçamentos e formação de profissionais de saúde pública (GARCÍA-MORENO et al, 2015).

Parcerias mutuamente benéficas entre institutos de pesquisa e organizações de diferentes setores, onde as habilidades, experiência e necessidades de ambos os parceiros são considerados de igual valor, têm sido cruciais para o campo da redução da violência contra mulheres e meninas. Colaborações futuras devem construir a base do presente por meio de evidências para promover estratégias de prevenção, bem como fortalecer a capacidade de monitoramento e avaliação dentro das organizações de execução (MICHAU et al, 2015).

## **2.2 A violência e a saúde mental das mulheres:**

A saúde mental é uma parte integrante da saúde e bem-estar, como referido na definição de saúde da Organização Mundial da Saúde: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença." A saúde mental, assim como outros aspectos da saúde, pode ser afetada por uma série de fatores socioeconômicos que precisam ser abordados através de estratégias abrangentes do governo para a promoção, prevenção, tratamento e recuperação (WHO, 2014).

Dependendo do contexto local, certos indivíduos e grupos sociais podem ter um risco significativamente maior de terem problemas de saúde mental, incluindo mulheres vítimas de violência (WHO, 2014).

Em todos os níveis socioeconômicos, a mulher, pelos múltiplos papéis que desempenha na sociedade, corre maior risco de perturbações mentais e comportamentais do que os homens. As mulheres continuam a arcar com o fardo das responsabilidades de serem, simultaneamente, esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados e a terem, uma participação cada vez mais essencial no trabalho, sendo a principal fonte de rendimento em cerca de um quarto a um terço das famílias (WHO, 2001). Sexo feminino, baixa escolaridade e pobreza estão fortemente associados com transtornos mentais comuns (PATEL, 1999). Pinho (2012) observou, em seu estudo, uma associação positiva linear estatisticamente significativa entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns, quando aumentava a sobrecarga doméstica, aumentava a prevalência de transtornos mentais comuns.

Além das pressões impostas às mulheres em virtude do alargamento dos seus papéis, não raras vezes em conflito, elas enfrentam uma significativa discriminação sexual, excesso de trabalho e violência doméstica e sexual. A violência contra a mulher constitui um problema social e de saúde pública significativo que afeta mulheres de todas as idades e de todos os estratos socioeconômicos e culturais (WHO, 2001).

Em todo o mundo, os problemas de saúde mental, sofrimento emocional e comportamento suicida são comuns entre as mulheres que sofreram violência por parceiro. No estudo da OMS, sofrimento emocional foi identificado através de

sintomas como o choro fácil, incapacidade de aproveitar a vida, fadiga e pensamentos de suicídio (WHO: GENEVA, 2005). Transtornos mentais comuns (TMC) é uma expressão criada por Goldberg & Huxley (1992) para descrever "transtornos comumente encontrados na população e que sinalizam uma interrupção do funcionamento normal". Consistem em sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, aliados à depressão e ansiedade (LUDERMIR, 2000).

Destaca-se que os Transtornos Mentais Comuns representam alto custo social e econômico, pois constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde. Esses transtornos mentais se referem a situações de saúde com sintomas proeminentes que trazem incapacidade funcional comparável ou até pior do que quadros já bem estabelecidos (PINHO, 2006). O diagnóstico dos transtornos mentais em nível primário de atenção costuma ser prejudicado, na maioria das vezes, pela presença frequente de comorbidades, pela dificuldade pelos profissionais de saúde em reconhecê-la, o que leva a percentuais de 50% a 60% dos casos de depressão sem diagnóstico e tratamento adequado (FLECK et al, 2002).

No Brasil a presença de alguns fatores tem contribuído para elevar as prevalências destes transtornos, tais como os eventos da vida estressante, condições de moradia inadequadas, desigualdades sociais, violência e criminalidade (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003). Dados apontam que escolaridade e condições de moradia, entre as variáveis relativas às condições de vida, e inserção no processo produtivo e renda, referentes à estrutura ocupacional, estiveram associadas de modo estatisticamente significativa aos TMC (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002).

A avaliação dos TMC na população é tão importante para compreensão de sua distribuição em diferentes grupos, de acordo com suas diferentes características, quanto dos fatores de risco associados à sua ocorrência. O diagnóstico proveniente dessa avaliação é capaz de fornecer informações relevantes para nortear as políticas de intervenção em saúde mental, diminuindo ou prevenindo tais agravos.

A violência contra mulheres está diretamente relacionada a uma série de transtornos mentais, sendo fator de risco e/ou etiológico dos mesmos. Há relatos em

que a VPI esteja associada como fator de risco para transtornos mentais comuns após o parto (REICHENHEIM et al, 2014).

Em estudo de Brown et al (2008) foi encontrada alta correlação entre lares desajustados e violentos, tanto na infância como na adolescência, e quadros depressivos crônicos em mulheres. Estudo realizado com mulheres que sofreram violência cronicamente mostrou a presença de alterações cognitivas e afetivas, com a presença frequente de sintomas dissociativos, que podem ser interpretados por leigos como aquiescência a agressão (NARVAZ, 2004). Mozzambani et al (2011) observou que as vítimas de violência se paralisam mediante situações traumáticas, em uma atitude que pode ser confundida com aquiescência. O comportamento de passividade, assim como descrito para outros animais, mostra-se como uma estratégia de conservação de energia em tais situações de perigo. Portanto, a paralisação nasceria do medo da morte, já que a maioria dessas mulheres é ameaçada de morte e não consegue reagir, e talvez se utilize dessa estratégia de defesa para conservar energia para sobreviver.

Ruiz-Pérez (2005) reforça a hipótese de que o VPI aumenta o risco de problemas de saúde mental. Encontra fortes associações entre VPI e problemas de saúde mental, e, além disso, ressalta que a intensidade e duração de algumas experiências abusivas também levaram a um aumento de associação com a saúde mental. Em comparação com as mulheres que não relataram VPI, as que referem apenas violência psicológica eram mais propensas a apresentar problemas de saúde mental. As mulheres que experimentam algum tipo de VPI também fazem um maior uso de antidepressivos e tranquilizantes do que as mulheres que relataram não sofrer violência.

A exposição à violência é uma característica comum de mulheres que vivem em países em desenvolvimento, e está relacionada a vários problemas de saúde mental nos diversos países. As razões de chance de sintomas de depressão e ansiedade no Chile foram 3,2 vezes mais altas em mulheres que tinham sido expostas à violência psicológica e 9,7 vezes mais altas em mulheres vítimas de violência sexual, em comparação a mulheres que não tinham sido expostas a violência. No Brasil, a razão de chance de transtornos mentais comuns foi duas vezes mais alta entre vítimas de violência conjugal física e psicológica, em comparação a mulheres que não relataram tal violência (RIBEIRO et al., 2009).

A recorrência da violência é um fator que tem como consequência o agravamento do efeito psicológico da violência. Esse fenômeno é uma consequência importante da violência em seu próprio direito e que complica ainda mais a complexa tarefa de compreensão dos efeitos sobre saúde mental em longo prazo de violência quando a violência é recorrente. Uma das primeiras tentativas de identificar preditores confiáveis de violência por parceiro na vida adulta foi realizada por Hotaling e Sugarman (1986). Eles identificaram 97 potenciais preditores de violência. O único preditor de forma consistente, correlacionada com o fato de uma mulher ter sido vítima de violência por parceiro, era saber se ela tinha testemunhado a violência familiar quando criança. A recorrência da violência pode representar um resultado da violência passada sendo um fator de risco para o aumento da ocorrência da violência e dos efeitos psicológicos atuais ou futuro. (WHO, 2000). Carrasco (2003), estudando mulheres vítimas de violência, observou que muitas delas presenciaram a vitimização de suas mães e concluiu pela existência de um padrão de transmissão de experiências violentas ao longo das gerações.

A exposição contínua à violência tem alto impacto emocional, devido à intensidade e continuidade desses eventos estressores. Foi relatada alta prevalência de transtornos mentais associados à violência, entre eles transtornos depressivos (MEICHENBAUM, 1994). Em estudo de Mozzambani (2011), foi verificada que as experiências traumáticas precoces podem estar relacionadas à alta morbidade psiquiátrica, e também podem ser caracterizadas como um fator de risco para a violência durante a vida adulta. Foi relatado também que aliada à cronicidade, a violência era excessiva em mais de metade da amostra do estudo, ocorrendo com frequência agressões físicas com lesões severas às vítimas, além de ameaças de morte. Quanto mais grave e duradouro for o evento traumático, maiores são as chances de a vítima desenvolver um quadro de transtorno de estresse pós-traumático (HEIM & NEMEROFF, 2009).

Mozzambani (2011) constata a gravidade do acometimento mental das vítimas de violência. As mulheres avaliadas apresentaram alta probabilidade de apresentar múltiplas comorbidades psiquiátricas, o que talvez, pelos prejuízos emocionais e cognitivos envolvidos, dificulte a busca de alternativas para sair do ambiente violento e afete sua capacidade de resolução do problema. Em estudo de Adeodato et al (2005) os resultados obtidos mostram que apesar do elevado número

de mulheres com escores na escala de Beck compatíveis com depressão (72%), observou-se que apenas 8% procuraram ajuda em centros de apoio psicológico, e que, para outros autores, os sentimentos depressivos, de baixa auto-estima e de apatia, gerados pela violência, dificultam a busca de resoluções para esse sofrimento (RINFRET-RAYNOR & CANTIN, 1994; THORNE-FINCH, 1992).

A violência psicológica compromete a autoestima, levando à distorção do pensamento na construção de crenças de desvalor e autodepreciação, interferindo no bem-estar e no desenvolvimento da saúde psicológica da mulher. O sofrimento psíquico e seu efeito cumulativo podem vir a desenvolver doenças psicossomáticas variadas; a depressão, por exemplo, é a mais comum. A depressão é uma doença altamente prevalente na atualidade (FONSECA; RIBEIRO; e, LEAL, 2012). Os sintomas psicológicos frequentemente encontrados incluem insônia, pesadelos, falta de concentração, irritabilidade, falta de apetite até o aparecimento de transtornos mentais sérios, como a depressão (GOMES et al, 2012). A vivência de violência doméstica é um importante fator de risco para a depressão, inclusive em mulheres que sofrem agressões durante a gestação (AUDI et al, 2008). No estudo realizado por Ludermir et al. 2014 com 1.120 mulheres grávidas com idade entre 18 e 49 anos, cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade do Recife, PE, entre 2005 e 2006 a violência psicológica foi a forma mais frequente exercida por parceiro íntimo. A prevalência de transtornos mentais comuns foi 71,0% entre as mulheres que relataram todas as formas de violência e 33,8% entre as que não relataram violência por parceiro íntimo. Os transtornos mentais mantiveram-se associados à violência psicológica (OR = 2,49, IC95% 1,8;3,5), mesmo na ausência de violência física ou sexual. Quando a violência psicológica esteve combinada com violência física ou sexual, o risco dos transtornos mentais comuns foi ainda mais elevado (3,45; IC95% 2,3;5,2).

A violência contra mulher tem sido associada a frequente procura dos serviços de saúde, mulheres procuram atenção médica apresentando sintomas que podem sugerir uma história de violência, incluindo depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático, aumento do uso de álcool e drogas e mudanças no sistema endócrino. Mulheres que passaram a ser vítimas de violência, afirmaram ter começado a fazer uso de ansiolíticos ou anti-hipertensivos. O uso de

ansiolíticos aumentou independente do tipo, frequência e tempo de agressão. (ADEODATO et al, 2005).

Diferentes padrões de violência estão associados a diferentes formas de procura de ajuda, procura formal e informal. As fontes formais mais comumente reportados para as mulheres eram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos) e da polícia. As fontes informais (família, amigos, vizinhos) também foram comumente relatadas. No entanto, a importância de quase todas as fontes formais aumentou conforme a gravidade da violência (ANSARA and HINDIN, 2010). O sistema de saúde tem um papel fundamental em desenvolver uma resposta multissetorial à violência contra as mulheres. Os governos precisam de ações para combater a violência contra as mulheres desenvolvendo e fortalecendo políticas nacionais multissetoriais (GARCÍA-MORENO et al, 2015). Priorizando ligações entre entes multissetoriais, a resposta contra a VPI pode ser plenamente eficaz, uma vez que poderia ter um impacto positivo na continuidade e qualidade de cuidados oferecidos às vítimas da IPV (COLOMBINI et al, 2012).

São numerosas as barreiras entre profissionais de saúde que impedem a percepção da ocorrência da violência por parceiros íntimos em mulheres vítimas. O trabalho em educação no tema da violência por parceiro íntimo é necessário para atitudes visando eliminar os obstáculos que impedem essa percepção pelos profissionais de saúde (SPRAGUE et al, 2012). Estudo sugere um efeito benéfico da intervenção com uma entrevista motivacional na redução dos sintomas depressivos (SAFTLAS et al, 2014).

Num modelo de saúde integrado e baseado em evidência, a saúde mental (incluindo as emoções e os padrões de pensamento) emerge como determinante-chave da saúde geral. O estado afetivo angustiado e deprimido, por exemplo, inicia uma cascata de mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunitário e cria uma maior susceptibilidade a uma série de doenças físicas. É evidente que a saúde mental debilitada desempenha um papel significativo na diminuição do funcionamento imunitário, no desenvolvimento de certas doenças e na morte prematura (WHO, 2001).

### **3. DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS**

#### **3.1 Desenho e local do estudo**

Neste trabalho, foi realizado um estudo de coorte prospectivo, que faz parte de um estudo maior iniciado em 2005 no qual já foram concluídas duas etapas. O projeto representa a terceira etapa do estudo e teve como objetivo investigar a saúde das mulheres e suas experiências de vida nos últimos sete anos.

Considerando as características semelhantes da população dos distritos sanitários (DS) do município do Recife, optou-se por fazer a pesquisa em um único DS visando à diminuição do deslocamento das entrevistadoras.

O DS II da cidade do Recife limita-se com o município de Olinda, ao norte e ao leste, e com o Distrito Sanitário III a Oeste e Sul. É composto por 18 bairros que estão distribuídos em três microrregiões (Recife, 2014).

Apresenta uma extensão territorial de 1.430 hectares, que corresponde a 6,51% da área do município. As densidades domiciliar e demográfica são de 3,79 hab/domicílio e 144 hab/hectare, respectivamente (Recife, 2006).

A ocupação do DS II é predominantemente residencial unifamiliar, voltada para o seguimento de média e baixa renda. Apresenta cinco Zonas Especiais de Interesse Social – ZEIS, nessas residindo em média 60% de toda sua população, sendo um dos distritos que apresenta maior proporção de habitantes em ZEIS (Recife, 2006).

O número de habitantes do Distrito é de 231.418 (Recife, 2014), representando 14,38% da população recifense, sendo 53,74% mulheres e 46,25% homens (Recife, 2014). No que diz respeito à infra-estrutura, o DS II apresenta 95,35% dos domicílios com abastecimento de água e 96,92% com coleta de lixo. Além disso, 51,58% dos domicílios possuem fossa rudimentar, no entanto, apenas 31,26% estão ligados à rede de esgoto (Recife, 2006).

A rede de atenção à saúde é composta por 46 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) distribuídas em 19 Unidades de Saúde da Família (USF), 23 equipes de saúde bucal, 3 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, sete polos da academia da cidade. Ainda compõem a rede do distrito, uma

UPINHA/USF, duas Policlínicas, dois Centros de Atenção Psicossocial – Transtornos Mentais (CAPS), e seis Residências Terapêuticas (Recife, 2014).

### **3.2 População de estudo**

A população de base deste estudo foi composta por 1.133 mulheres, elegíveis para a pesquisa, entre 18 e 49 anos de idade, cadastradas no PSF do DS II, que foram entrevistadas na gestação no período de julho de 2005 a outubro de 2006.

### **3.3 Instrumentos da coleta**

#### ***Questionário da Mulher***

Precedido pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o Questionário da mulher (Apêndice B) foi elaborado tendo como referência o Questionário da Mulher do estudo Multipaíses sobre Saúde da mulher e Violência Doméstica da Organização Mundial da Saúde. A violência contra a mulher foi investigada pelas mesmas questões utilizadas na gravidez e no puerpério (Ludermir et al., 2010), referindo-se aos últimos 7 anos.

Para o presente trabalho, foram utilizadas as seções referentes à identificação da mulher, características socioeconômicas e demográficas (Quadro 1), experiência com as diversas formas de violência (psicológica, física e sexual) que foi considerada presente quando a mulher respondeu “SIM” a pelo menos um dos itens do respectivo bloco de perguntas (Quadro 2) e Saúde Mental através do *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) (Quadro 3).

#### ***Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)***

A Saúde Mental (SEÇÃO 5) foi avaliada pelo SRQ-20. O SRQ-20 é um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde para detecção de problemas psiquiátricos em atenção primária à saúde para países em desenvolvimento (Harding et al. 1980), composto de vinte questões do tipo sim-não, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre transtornos psicoemocionais. O SRQ-20 foi validado, no Brasil, com sensibilidade de 85% e especificidade de 80% (Mari & Williams, 1986) e, em Pernambuco, de 62% e 80%, respectivamente

(Ludermir & Lewis, 2005). Na análise de dados será atribuído um ponto para cada resposta afirmativa e zero para cada resposta negativa. O escore de corte do SRQ-20 para este estudo foi definido em 7/8 (baseado nos resultados de Mari & Williams, 1986 e de Facundes & Ludermir, 2005) e as mulheres foram divididas em dois grupos: não-suspeitas de TMC (escore igual ou menor que sete) e suspeitas de TMC (escore igual ou acima de oito).

**Quadro 1.** Variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher

Variável	Definição	Categorização
Idade em anos	-	- 24-27 - ≥ 28
Raça/cor	-	- Branca, - Não branca
Situação conjugal	Se a mulher está casada ou vivendo com alguém atualmente	- Sim - Não
Escolaridade em anos de estudo	Se já frequentou a escola ou se está estudando atualmente	- 0 - 4 - ≥ 5
Inserção produtiva	Emprego atual da mulher	- Desempregada - Outras
Renda mensal	Calculada de acordo com o salário mínimo de 2013 (R\$ 678,00)	- Nenhuma. - Menos de R\$ 678,00. - Igual ou maior a R\$ 678,00

**Quadro 2.** Perguntas acerca da violência cometida pelo parceiro íntimo

<b>Violência Psicológica</b>
1- Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?
2- Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?
3- Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?
4- Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?

<b>Violência Física</b>
1- Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 2- Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão? 3- Machucou-a com um soco ou com algum objeto? 4- Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 5- Estrangulou ou queimou você de propósito? 6- Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?
<b>Violência Sexual</b>
1- Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? 2- Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer? 3- Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?

### **Quadro 3. Saúde Mental da mulher**

<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>	<b>Categorização</b>
Transtorno Mental Comum (TMC)	Englobam transtornos de ansiedade, depressão e somatoformes	- Suspeito de TMC. - Não suspeito de TMC.

### **3.4 Coleta de dados**

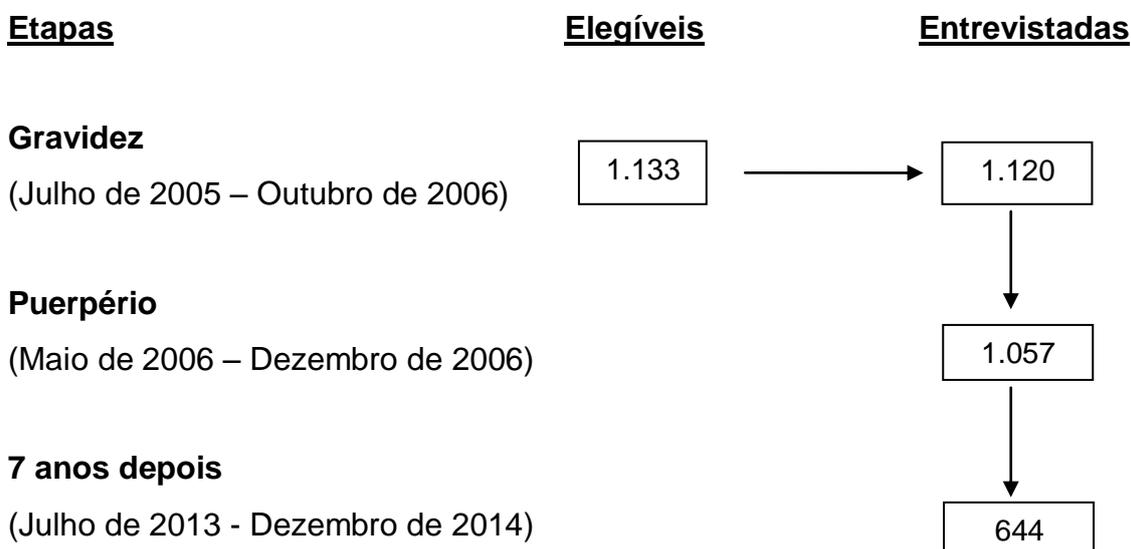
A primeira etapa foi realizada no período de julho de 2005 a outubro de 2006. Foram entrevistadas gestantes contatadas durante a consulta do pré-natal e as entrevistas realizadas antes ou imediatamente após a consulta. Do total das 1.133 mulheres, 1.120 (98,9%) foram entrevistadas.

A segunda etapa ocorreu entre três e seis meses após o parto no período de maio a dezembro de 2006. As mulheres agendadas para consulta da puericultura foram contatadas na USF e a entrevista realizada antes ou imediatamente após a consulta ou agendada para a data e local mais conveniente, visando mais conforto e segurança para as mesmas. Nesta segunda etapa, foram entrevistadas 1.057 mulheres, representando 94,3% das gestantes que responderam ao primeiro questionário (1.120).

Na terceira etapa do estudo, todas as mulheres que participaram das etapas anteriores foram convidadas a participar dessa nova fase da pesquisa. Repetiram-se as mesmas perguntas sobre violência que fizemos na entrevista da gravidez e depois do parto, com referência aos últimos sete anos. As entrevistas ocorreram no período de julho de 2013 a dezembro de 2014.

Para incrementar a retenção da coorte, antes de iniciar o trabalho de campo a equipe de coordenação da pesquisa organizou uma lista das mulheres que foram entrevistadas durante a gravidez / puerpério por USF. Todas as USF do DS II foram visitadas pela coordenadora do trabalho de campo para checar se as mulheres ainda estavam cadastradas nas mesmas unidades e solicitar a colaboração dos profissionais de saúde para a sua localização. Permaneceram cadastradas nas mesmas USF aproximadamente 70% da amostra original. As mulheres foram visitadas em seus domicílios pelas entrevistadoras, ou agendadas data e local para a entrevista.

### Diagrama de coleta



### 3.5 Construção do banco de dados

Os dados da terceira entrevista foram digitados no programa Epi-Info versão 3.5.2, com dupla entrada de dados e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo Validate foi utilizado para checar os erros de digitação e realizadas a limpeza e verificação da consistência dos dados.

### 3.6 Definição das variáveis

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

**Características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro:** idade; autotransclassificação da raça/cor da pele; situação conjugal; anos de estudo; emprego; fonte de renda da mulher e renda mensal.

As perguntas acerca da **violência cometida pelo parceiro íntimo (VPI)**, buscaram abordar atos concretos infligidos à mulher, a sua frequência, intensidade e severidade (Quadro 2).

**Transtornos Mentais Comuns (TMC):** englobam os Transtornos Somatoformes, de Depressão e de Ansiedade com sintomatologia de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas como dores de cabeça, tremores ou má digestão.

### 3.7 Plano de análise

A análise estatística foi realizada no programa Stata versão 10.1 para Windows. Para testar diferenças entre as proporções, o teste do qui-quadrado ( $X^2$ ) foi utilizado, e aquelas com  $p < 0,05$  foram consideradas estatisticamente significantes. A Regressão de Poisson foi utilizada para estimar o risco relativo (RR) e intervalos de confiança a 95% da associação entre TMC, características socioeconômicas e demográficas da mulher e formas de VPI nos últimos 12 meses e últimos 7 anos. As co-variáveis incluídas no modelo foram aquelas descritas na

literatura como potenciais fatores de confusão e que no presente estudo mostraram-se associadas com a VPI e com os TMC ( $p < 0,10$ ).

### **3.8 Aspectos éticos**

Considerando a natureza desta pesquisa, a confidencialidade e a privacidade foram e serão garantidas durante e após a entrevista, tentando assegurar proteção às entrevistadas de uma violência adicional seja por seus parceiros, familiares ou vizinhos.

Os questionários da pesquisa foram identificados por um número e guardados imediatamente após a entrevista. Esses questionários constam de um termo de consentimento livre e esclarecido, lido no início da entrevista, momento em que as mulheres eram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e sigiloso e a natureza delicada e pessoal de algumas questões.

Os questionários da pesquisa foram guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGISC), no qual permanecerão por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade de Ana Bernarda Ludermir.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (parecer nº 194.672), em conformidade com a Resolução 196/96 que regulamenta as pesquisas junto a seres humanos.

**4. ARTIGO: Incidência de Transtorno mental comum e violência por parceiro íntimo.**

**Incidence of Common mental disorder and intimate partner violence**

**Título resumido: Transtorno mental comum e violência**

**Autora:** Marcela Franklin Salvador de Mendonça<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Centro de Ciências de Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil;

**Endereço para correspondência do autor responsável:** Marcela Franklin Salvador de Mendonça. Hospital das Clínicas. Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n Bloco E 4º andar. Cidade Universitária. 50670-901 Recife, PE, Brasil. e-mail: marcela\_franklinsm@hotmail.com

**Fontes de financiamento:** Auxílio financeiro pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq) – processo nº 475240/2011-1.

O artigo será submetido ao periódico Revista de Saúde Pública e está formatado de acordo com as normas da revista.

## RESUMO

**OBJETIVO:** Investigar a associação da violência por parceiros íntimos relatada contra as mulheres nos últimos doze meses e últimos sete anos com a incidência dos transtornos mentais comuns.

**MÉTODOS:** Estudo de coorte prospectivo com 390 mulheres de 18 a 49 anos, cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade do Recife, PE, entre julho de 2013 a dezembro de 2014. A saúde mental foi avaliada pelo *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20). A violência por parceiro íntimo foi definida por atos concretos de violência psicológica, física e sexual infligidos à mulher pelo parceiro. A regressão de Poisson foi utilizada para estimar o risco relativo (RR) e intervalos de confiança a 95% da associação entre transtorno mental comum e violência por parceiro íntimo. .

**RESULTADOS:** A incidência dos transtornos mentais comuns foi de 44,6% entre as mulheres que relataram violência nos últimos doze meses e de 43,4% nas que relataram violência nos últimos sete anos. Os transtornos mentais mantiveram-se associados à violência psicológica (RR= 3,0, IC95%: 1,9; 4,7 e RR=1,8, IC95%: 1,0; 3,7 nos últimos 12 meses, e sete anos, respectivamente), mesmo na ausência de violência física ou sexual. Quando a violência psicológica esteve combinada com violência física ou sexual, o risco dos transtornos mentais comuns foi ainda mais elevado, tanto nos últimos doze meses (RR=3,1; 95%IC 2,1; 4,7) quanto nos últimos sete anos (RR=2,5; 95% IC 1,7; 3,8).

**CONCLUSÕES:** A violência por parceiro íntimo está associada à incidência de transtornos mentais comuns nas mulheres. É fundamental o tratamento das consequências da VPI e o apoio às mulheres na busca de proteção para si pelos serviços públicos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência contra a Mulher. Transtornos Mentais. Estudos Epidemiológicos.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To investigate the association of intimate partner violence against women reported in the last twelve months and seven years with the incidence of common mental disorders.

**METHODS:** A prospective cohort study with 390 women 18 to 49 years, registered in the Family Health Program of the city of Recife, PE. Data were collected through questionnaire adapted from the Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence of the World Health Organization in face to face interviews, from July 2013 to December 2014. Mental health was assessed by the Self Reporting Questionnaire -20 (SRQ-20). Poisson regression was used to estimate the relative risk (RR) and confidence intervals of 95% of the association between common mental disorders and intimate partner violence.

**RESULTS:** The incidence of common mental disorders was 44.6% among women who reported intimate partner violence in the last twelve months and 43.4% among those who reported in the past seven years. Mental disorders remained associated with psychological violence (RR = 3.0, 95% CI: 1.9, 4.7 and RR = 1.8, 95% CI: 1.0, 3.7 in the last 12 months, seven years, respectively), even in the absence of physical or sexual violence. When psychological violence were related to physical or sexual violence, the risk of common mental disorders was even higher, both in the last twelve months (RR = 3.1; 95% CI 2.1, 4.7) and in the last seven years (RR = 2.5; 95% CI 1.7, 3.8).

**CONCLUSIONS:** Intimate partner violence is associated with the incidence of common mental disorders in women. The treatment of the consequences of IPV and support for women in seeking protection for themselves for public services is essential.

**KEY WORDS:** Violence Against Women. Mental Disorders. Epidemiologic Studies.

## INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo (VPI) se refere ao comportamento de um parceiro ou ex-parceiro que causa dano físico, sexual ou psicológico a mulher, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores.<sup>1</sup> O fenômeno da violência pode apresentar-se com ao menos dois padrões definidos: situações mais moderadas em que conflitos diversos ou episódios de frustração e raiva irrompem ocasionalmente em agressão; e um padrão mais grave e crônico, de natureza progressiva.<sup>2</sup>

É crescente o reconhecimento de que os atos da violência contra as mulheres não são eventos isolados, mas sim formam um padrão de comportamento que viola os direitos das mulheres e meninas, limita a sua participação na sociedade, e prejudica a sua saúde e bem-estar.<sup>3</sup> A complexidade da temática das VPI exige considerar as condições estruturantes do tecido social brasileiro, exige validar o enfoque no contexto cultural reproduzido pelo sistema patriarcal, é conhecido por gerar assimetria de poder nas interações humanas, e condições para o acirramento das violações de direitos humanos.<sup>4</sup> Para Dantas-Berger e Giffin<sup>5</sup> (2005) uma ordem social de tradição patriarcal por muito tempo “consentiu” um certo padrão de violência contra as mulheres, designando ao homem o papel “ativo” na relação social e sexual entre os sexos, ao mesmo tempo em que restringiu a mulher à passividade e reprodução. O jogo de poder masculino advém dessas crenças de o homem possui direitos e privilégios a mais do que as mulheres.<sup>6</sup>

São grandes os custos sociais e económicos consequentes da VPI, causando prejuízos para toda a sociedade.<sup>6,7</sup> As mulheres podem sofrer isolamento, incapacidade para o trabalho, perda de salários, falta de participação em atividades regulares, além de limitar a capacidade de cuidar de si mesmas e de seus filhos.<sup>1</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência cometida por parceiro íntimo (VPI) é o tipo mais comum de violência contra as mulheres em todo o mundo, consiste num fenômeno mundial de alta frequência, afetando 30% das mulheres do total. É um grave problema de saúde pública, porque pode provocar lesões imediatas, infecções, e transtorno mental.<sup>3,4,8</sup> O setor da saúde, em particular, tem sido lento para se envolver com a violência contra as mulheres.

Em todo o mundo, os problemas de saúde mental, sofrimento emocional e comportamento suicida são comuns entre as mulheres que sofreram violência por parceiro.<sup>9,10</sup> Os transtornos mentais comuns (TMC) consistem em sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, aliados à depressão e ansiedade. Destaca-se que os transtornos mentais comuns representam alto custo social e econômico, pois constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde.<sup>11</sup>

A violência por parceiro íntimo, vivida por cerca de 50% das mulheres no Brasil, está associada à transtornos mentais comuns a partir de análise feita pelo Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20). Ludermir et al<sup>12</sup> (2008) encontraram em seu estudo que a prevalência de transtorno mental comum foi maior entre as mulheres que relataram algum tipo de violência (49,0%) contra 19,6% entre as que não relataram violência. Além disso, os transtornos mentais aumentam com a gravidade da violência, sendo 30,6% para as mulheres que foram vítimas apenas da violência física e 62,9% para aquelas que sofreram todas as formas de violência.

Mulheres que sofreram VPI no passado podem estar mais propensas a apresentar distúrbios psicológicos atuais do que as mulheres que nunca sofreram VPI. Os efeitos da VPI na saúde mental podem não só serem imediatos e agudos, mas poderia ter consequências em longo prazo ou até mesmo se tornarem crônicos.<sup>13</sup>

A avaliação dos TMC na população é tão importante para compreensão de sua distribuição em diferentes grupos, de acordo com suas diferentes características, quanto dos fatores de risco associados à sua ocorrência. O diagnóstico proveniente dessa avaliação é capaz de fornecer informações relevantes para nortear as políticas de intervenção em saúde mental, diminuindo ou prevenindo tais agravos.

O presente estudo teve como objetivo investigar a associação da violência por parceiros íntimos relatada contra as mulheres nos últimos doze meses e últimos sete anos com a incidência dos transtornos mentais comuns nas mulheres, que não tiveram TMC durante a gravidez que ocorreu no período de julho de 2005 a outubro de 2006, cadastradas no Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife.

## MÉTODO

Neste trabalho, foi realizado um estudo de coorte prospectivo, que faz parte de um estudo maior iniciado em 2005 no qual já foram concluídas duas etapas. Este estudo foi realizado no Distrito Sanitário II da cidade do Recife, Pernambuco. A primeira etapa foi realizada no período de julho de 2005 a outubro de 2006. Foram entrevistadas gestantes contatadas durante a consulta do pré-natal. Do total das 1.133 mulheres elegíveis para a pesquisa, 1.120 (98,9%) foram entrevistadas. A segunda etapa ocorreu entre três e seis meses após o parto. Nesta segunda etapa, foram entrevistadas 1.057 mulheres, representando 94,3% das gestantes que responderam ao primeiro questionário (1.120).

O trabalho representa a terceira etapa do estudo. Todas as mulheres que participaram da segunda etapa foram convidadas a participar dessa nova fase da pesquisa. Repetiu-se as mesmas perguntas sobre violência que fizemos nas outras etapas, com referência aos últimos sete anos e aos últimos 12 meses.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário estruturado, em entrevistas face a face, no período de julho de 2013 a dezembro de 2014. As entrevistadoras selecionadas tinham nível de escolaridade superior, experiência em lidar com o tema "violência contra a mulher" e foram devidamente treinadas. As dificuldades encontradas durante as entrevistas foram discutidas semanalmente com as entrevistadoras. A grande maioria das entrevistas foi realizada no domicílio das mulheres. As questões relacionadas à VPI foram elaboradas tendo como referência o questionário do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica, da Organização Mundial da Saúde, já validado no Brasil.<sup>14</sup>

Para identificar a violência, as questões caracterizavam como violência física as agressões físicas ou o uso de objetos ou armas para produzir lesões; como violência psicológica, os comportamentos ameaçadores, as humilhações e os insultos; e como violência sexual, as relações sexuais por meio da força física ou ameaças e imposição de atos considerados humilhantes. Descrição mais detalhada em publicação anterior.<sup>12</sup> A mulher que respondeu "sim" a pelo menos uma das questões que compõem cada tipo de violência foi considerada como caso positivo.

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

A Saúde Mental foi avaliada pelo SRQ-20. O SRQ-20 é um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde para detecção de problemas psiquiátricos em atenção primária à saúde para países em desenvolvimento,<sup>15</sup> composto de vinte questões do tipo sim-não, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre transtornos psicoemocionais. O SRQ-20 foi validado, em Pernambuco, com sensibilidade de 62% e especificidade de 80%.<sup>16</sup> Na análise de dados foi atribuído um ponto para cada resposta afirmativa e zero para cada resposta negativa. O escore de corte do SRQ-20 para este estudo foi definido em 7/8<sup>15</sup> e as mulheres foram divididas em dois grupos: não-suspeitas de TMC (escore igual ou menor que sete) e suspeitas de TMC (escore igual ou acima de oito).

Foram utilizadas perguntas referentes às características demográficas e socioeconômicas da mulher: Idade (24-27;  $\geq 28$ ); Raça/cor (Branca; Não branca); Vivendo com um parceiro (Sim; Não); Anos de instrução (0-4;  $\geq 5$ ); Inserção produtiva (Desempregada; Outras); Renda mensal (Nenhuma; Menos de R\$ 678,00; Igual ou mais de R\$ 678,00).

Os dados da terceira entrevista foram digitados no programa Epi-Info versão 5.3.2, com dupla entrada de dados e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo Validate foi utilizado para checar os erros de digitação e realizadas a limpeza e verificação da consistência dos dados.

A análise estatística foi realizada no programa Stata versão 10.1 para Windows. Para testar diferenças entre as proporções, o teste do qui-quadrado ( $X^2$ ) foi utilizado, e aquelas com  $p < 0,05$  foram consideradas estatisticamente significantes. A Regressão de Poisson foi utilizada para estimar o risco relativo (RR) e intervalos de confiança de 95% da associação entre TMC, características socioeconômicas e demográficas da mulher e formas de VPI nos últimos doze meses e últimos sete anos. Fatores potenciais de confusão foram escolhidos com base nos resultados da análise das características socioeconômicas e demográficas da amostra.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (parecer nº 194.672), em

conformidade com a Resolução 196/96 que regulamenta as pesquisas junto a seres humanos. Os questionários constam de um termo de consentimento livre e esclarecido, lido no início da entrevista, momento em que as mulheres eram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e sigiloso e a natureza delicada e pessoal de algumas questões.

## **RESULTADOS**

Foram entrevistadas 61,5% das puérperas (644) que responderam a segunda etapa da coorte. Seis mulheres haviam morrido. Dentre as perdas, 390 mulheres não foram encontradas por mudança de endereço e dezessete recusaram-se a permanecer na pesquisa. No entanto, as 390 mulheres entrevistadas no pós-parto e que não foram re-entrevistadas no presente estudo não mostraram diferença estatisticamente significativa em relação à VPI e às variáveis demográficas e socioeconômicas.

Para a consolidação dos objetivos, foram excluídas 254 mulheres, das 644 do banco de dados atual, que tinham TMC durante a gravidez, ou seja, na primeira etapa do projeto, resultando em uma amostra de 390.

De acordo com as características socioeconômicas e demográficas, a maioria das mulheres entrevistadas tinha mais de 28 anos de idade, eram não brancas, viviam com um parceiro e possuíam cinco ou mais anos de instrução. Também a maioria das mulheres estava desempregada e ganhava menos de R\$ 678,00. A incidência de TMC nos últimos sete anos foi maior nas mulheres com renda mensal menor de R\$ 678,00 (Tabela 1).

Ressalta-se que, nos últimos doze meses, 20,8% das mulheres foram vítimas de algum tipo de violência. Em relação aos últimos sete anos, as vítimas de algum tipo de violência somaram 26,2%. Entre as mulheres que relataram VPI, a violência mais frequente foi a psicológica. Atualmente 21,3%, do total de mulheres, foram acometidas por TMC (Tabela 2). A incidência dos transtornos mentais comuns foi de 44,6% entre as mulheres vítimas da violência nos últimos doze meses e de 43,4% nas que relataram violência nos últimos sete anos (Tabela 3).

O risco relativo foi maior nas situações de violência física e sexual com ou sem psicológica. Verifica-se que a incidência de TMC está fortemente associada à

violência nos últimos doze meses (RR=3,1; 95%IC 2,1;4,7) e últimos sete anos (RR=2,5; 95% IC 1,7;3,8), no qual se manteve mesmo após o ajuste do risco relativo por possíveis fatores de confusão (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

O presente estudo estimou a incidência de transtorno mental comum em mulheres vítimas da violência por parceiro íntimo, no qual a violência psicológica foi associada ao TMC mesmo quando a violência ocorreu sem a violência física ou sexual e após ajuste por outras variáveis. A maior associação foi encontrada nas situações de violência física e sexual com ou sem psicológica tanto nos últimos doze meses (RR=3,1; 95%IC 2,1;4,7) quanto nos últimos sete anos (RR=2,5; 95% IC 1,7;3,8), o que corrobora com Ludermir et al<sup>12</sup> (2008) que diz que os transtornos mentais aumentaram com a severidade da violência. O pequeno número de mulheres vítimas da violência apenas física ou sexual impossibilitou análises dessas variáveis isoladamente, sendo este resultado semelhante a outros estudos.<sup>12,18</sup> Ressalta-se que este estudo é a primeira coorte brasileira, que se conhece, que estima a incidência de transtorno mental comum em mulheres vítimas da violência por parceiro íntimo sete anos depois da gravidez.

De acordo com nosso estudo, a violência psicológica foi mais comum que a violência física e sexual e em mulheres com baixa escolaridade e vivendo em situação de menor renda, o que corrobora com outros estudos<sup>6,12,13,17</sup> e que a frequência encontrada, de violência por parceiro íntimo, pode refletir as características do território de estudo. Relata-se que as frequências da violência dependem, além de outros fatores, das condições socioeconômicas das mulheres e dos seus parceiros, e dos contextos socioculturais, nos quais a hierarquia de gênero é mais ou menos legitimada, o que contribui para o aumento ou diminuição dos relatos de violência.<sup>18</sup>

A exposição à violência é uma característica comum de mulheres que vivem em países em desenvolvimento e está significativamente associada a problemas de saúde mental.<sup>19,20</sup> Uma possível explicação é o fato de que os países em desenvolvimento são sociedades conservadoras e patriarcais que reforçam a desigualdade de gênero.<sup>21</sup> Mulheres vítimas da VPI são mais prováveis do que

outras mulheres a apresentarem sintomas de transtornos mentais comuns.<sup>21</sup> Além disso, em estudo de revisão sistemática, foi relatada uma associação moderada ou forte entre a VPI e depressão, sugerindo que mulheres vítimas da VPI possuem cerca de 3 vezes mais risco de desenvolverem sintomas de depressão.<sup>23</sup>

Estudos relatam que quanto mais grave a agressão, maior o impacto sobre a saúde mental das mulheres.<sup>13,20</sup> Estes estudos se assemelham aos nossos resultados quando verificamos que a maior incidência de TMC ocorreu em mulheres que relataram mais de uma forma de violência. Essa associação pode ser consequência de uma maior frequência de episódios de violência contra a mulher, bem como da natureza mais grave da violência sendo mais comum nas situações em que ocorrem formas combinadas da violência.<sup>2</sup>

Uma das limitações deste estudo diz respeito ao viés de informação, no que se refere à subnotificação da violência. Por se tratar de um tema sensível, o estigma e a vergonha podem levar as mulheres a omitir a violência sofrida, levando a uma subnotificação dos casos.<sup>12</sup> Além disso, dificuldades e bloqueios da mulher para enfrentar o trauma sofrido e relembrar essa experiência dolorosa podem interferir na sua disponibilidade para falar.<sup>18</sup> Desse modo, os resultados apresentados aqui podem ser subestimados, levando a uma subestimação da força da associação entre violência e os transtornos mentais.

O papel dos profissionais de saúde na identificação da violência contra a mulher é ainda uma questão em debate.<sup>18</sup> Há evidências de que a ocorrência de VPI esteja associada à alta frequência de procura dos serviços de atenção primária à saúde.<sup>23</sup> Os profissionais de saúde devem estar atentos às mulheres que sofrem de transtornos mentais comuns, pois, este, pode ser um indicio de que essas mulheres podem estar sendo vítimas da VPI, já que estes dois agravos estão fortemente associados, resultados apresentados neste estudo. Além disso, a VPI é um agravo de Notificação Compulsória de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, cuja notificação é contemplada pela Lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher.<sup>24</sup> Devido ao fato de a violência física ocorrer simultaneamente, algumas vezes, com a psicológica, os profissionais de saúde, que estão tratando as vítimas de violência física por parceiro íntimo, devem estar sensíveis para sintomas de potenciais

problemas de saúde mental e encaminhá-las a serviços de saúde mental adequados.<sup>20</sup>

Este estudo reforça o que diz outros estudos<sup>12,17</sup> que a violência, frequentemente relatada por mulheres no país, está associada a transtornos mentais comuns, e, neste estudo, pudemos observar esta associação com a incidência de transtornos mentais comuns. Políticas e estratégias públicas que visam reduzir a violência de gênero podem contribuir para prevenir e reduzir os sintomas de transtornos mentais comuns entre as mulheres vítimas da violência. É fundamental também o tratamento das consequências da VPI e o apoio às mulheres na busca de proteção nos serviços públicos.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization – WHO/OMS. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Fact sheet N°239. Updated November 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>> Acesso em: 22/06/2014.
2. Schraiber LB et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(5): 797-807.
3. World Health Organization – WHO/OMS. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. 2013. ISBN 978 92 4 156462 5 (NLM classification: HV 6625). Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)> Acesso em: 03/12/2013.
4. Moura LBA, Lefevre F and Moura V. Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(4):1025-1035.

5. Dantas-Berger SM and Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):417-425.
6. Fonseca DH da, Ribeiro CG and Leal NSB. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicol. Soc.* 2012; 24(2):307-314.
7. Rosa AG, et al. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. *Saúde Soc.* 2008; 17(3):152-160.
8. 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. *Lancet*. 2006; 368(9543):1260-9, DOI:10.1016/S0140-6736(06)69523-8.
9. World Health Organization - WHO. multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Geneva: WHO*; 2005.
10. Kim J, Lee J. Prospective study on the reciprocal relationship between intimate partner violence and depression among women in Korea. *Soc Sci Med*. 2013; 99:42-48, DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.10.014.
11. Ludermit AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(3):647-659.
12. Ludermit AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2008;66(4):1008-18, DOI:10.1016/j.socscimed.2007.10.021.
13. Ruiz-Perez, I., & Plazaola-Castaño, J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*. 2005; 67(5):791-797.

14. Schraiber LB, Latorre MRD, França-Junior I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(4):658-66, DOI:10.1590/S0034-89102010000400009.
15. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental Disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980; 10(2):231-41, DOI:10.1017/S0033291700043993.
16. Ludermir AB, Lewis G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40(8):622-627.
17. Ludermir AB, Valongueiro S and Araujo TVB de. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48(1):29-35, DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004538.
18. Silva EP, Ludermir AB, Araujo TVB de and Valongueiro SA. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(6):1044-1053.
19. Ribeiro WS et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da Literatura. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(Supl II):49-57.
20. Meekers D, Pallin P & Hutchinson P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Women's Health*. 2013;13(06):13-28, DOI: 10.1186/1472-6874-13-28.
21. Ceballo R, Ramirez C, Castillo M, Caballero GA, Lozoff B. Domestic violence and women's mental health in Chile. *Psychol Women Quarterly*. 2004; 28(4):298-308.

22. Beydoun HA1, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2012; 75(6):959-75, DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.04.025.

23. Schraiber LB, Barros CRS and Castilho EA de. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev. bras. epidemiol.* 2010; 13(2):237-245.

24. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.778.htm). Acesso em novembro de 2014

**Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas da mulher e sua associação com transtornos mentais comuns, risco relativo (RR), intervalos de confiança (IC95%) e valores de p**

Variáveis	n (%)	Transtorno Mental Comum		RR (95% IC)	p
		n	%		
<b>Idade</b>					
24-27	56 (14,36)	11	19,6	0,9 (0,5-1,6)	0,749
≥ 28	334 (85,6)	72	21,6	1.0	
<b>Raça/cor*</b>					
Branca	70 (18,0)	14	20,0	1.0	0,799
Não branca	318 (81,9)	68	21,4	1,1 (0,6-1,8)	
<b>Vivendo com um parceiro</b>					
Sim	311 (79,7)	64	20,6	0,8 (0,5-1,3)	0,496
Não	79 (20,3)	19	24,0	1.0	
<b>Anos de instrução**</b>					
0-4	55 (14,2)	15	27,8	1.0	0,221
≥ 5	332 (85,8)	67	20,2	0,7 (0,4-1,2)	
<b>Inserção produtiva</b>					
Desempregada	311 (79,7)	60	19,3	1.0	0,051
Outras	79 (20,3)	23	29,1	1,5 (0,9-2,3)	
<b>Renda mensal</b>					
Nenhuma	35 (9,0)	5	14,3	0,9 (0,4-2,3)	0,853
Menos de R\$ 678,00	220 (56,4)	57	25,9	1,7 (1,1-2,6)	
Igual ou mais de R\$ 678,00	135 (34,6)	21	15,6	1.0	

Valores perdidos= \*2; \*\*=3;

**Tabela 2 - Frequência das formas de violência cometida pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses e últimos sete anos, e de Transtornos Mentais Comuns**

Variáveis	n	%
<b>VPI nos últimos 12 meses</b>		
Sem Violência	309	79,2
Apenas Psicológica	37	9,5
Física e sexual com ou sem psicológica	44	11,3
<b>VPI nos últimos sete anos</b>		
Sem Violência	288	73,8
Apenas Psicológica	39	10,0
Física e sexual com ou sem psicológica	63	16,2
<b>Transtornos Mentais Comuns</b>		
Durante a gravidez		
Sim	486	43,39
Não	634	56,61
Atual		
Sim	83	21,3
Não	307	78,7

Obs.: n durante a gravidez=1.120; n nos últimos 12 meses e últimos sete anos=390.

**Tabela 3 - Incidência dos Transtornos Mentais Comuns nas mulheres vítimas de VPI nos últimos 12 meses e últimos sete anos**

Variáveis	n	%	RR Simples	(95% IC)	RR Ajustado	(95% IC) <sup>1</sup>
<b>VPI nos últimos 12 meses</b>						
Sem Violência	46	55,4	1		1	
Apenas Psicológica	16	19,3	2,9	1,8-4,6	3,0	1,9-4,7
Física e sexual com ou sem psicológica	21	25,3	3,2	2,1-4,8	3,1	2,1-4,7
<b>VPI nos últimos sete anos</b>						
Sem Violência	47	56,6	1		1	
Apenas Psicológica	12	14,5	1,9	1,1-3,2	1,8	1,0-3,0
Física e sexual com ou sem psicológica	24	28,9	2,3	1,5-3,5	2,5	1,7-3,8

<sup>1</sup>Ajustado pelas variáveis: Inserção produtiva e renda mensal.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo estimou a incidência de transtorno mental comum em mulheres vítimas da violência por parceiro íntimo, no qual a violência psicológica foi associada ao TMC mesmo quando a violência ocorreu sem a violência física ou sexual e após ajuste estatístico do risco relativo. O pequeno número de mulheres vítimas da violência apenas física ou sexual impossibilitaram análises com essas variáveis isoladamente. Importante destacar que este estudo é a primeira coorte brasileira, que se conhece, que estima a incidência de transtorno mental comum em mulheres vítimas da violência por parceiro íntimo sete anos depois da gravidez.

Este estudo reforça a teoria de que a violência, frequentemente relatada por mulheres no país, está associada a transtornos mentais comuns, onde, neste estudo, pudemos observar esta associação com a incidência de transtornos mentais comuns. É crucial o tratamento das consequências da VPI e o apoio às mulheres na busca de proteção para si pelos serviços públicos.

A observação da variável do tempo de exposição da vítima à violência é importante não somente no nível de conhecimento e exploração do fenômeno, mas também no que seus resultados e intervenções possam contribuir para minimizar o sofrimento psíquico da mulher, e contribuir com a comunidade científica e acadêmica no sentido de produzir melhores e maiores conhecimentos da subjetivação do fenômeno da violência contra a mulher.

## REFERÊNCIAS

Adeodato, Vanessa Gurgel; Carvalho, Racquel dos Reis; Siqueira, Verônica Riquet de and Souza, Fábio Gomes de Matos e. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.39, n.1, pp. 108-113.

Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med*. 2010 Apr;70(7):1011-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.12.009. Epub 2010 Feb 1.

Audi, C. A. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 05, p.877-885, 2008.

Beydoun HA<sup>1</sup>, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2012 Sep;75(6):959-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.025. Epub 2012 May 21.

Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm). Acesso em novembro de 2014

Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 7 de agosto de 2006; 185o da Independência e 118o da República. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>. Acesso em: 15/11/2013.

Brown GW, Craig TK, Harris TO, Handley RV. Parental maltreatment and adulthood cohabiting partnerships: a life-course study of adult chronic depression--4. *J Affect Disord.* 2008;110(1-2):115-25.

Carrasco LK. A mulher vítima de violência conjugal: uma perspectiva transgeracional. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2003.

Ceballo R, Ramirez C, Castillo M, Caballero GA, Lozoff B. Domestic violence and women's mental health in Chile. *Psychol Women Quarterly.* 2004;28(4):298-308.

CNS - 10ª Conferência Nacional de Saúde. A violência doméstica é também uma questão de saúde pública [on-line] 1997. Disponível em <[http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/violencia\\_contra\\_mulher](http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/violencia_contra_mulher)> Acesso em: 20/11/2013.

Colombini, M, Mayhew, SH, Ali, SH, Shuib, R, and Watts, C. An integrated health sector response to violence against women in Malaysia: lessons for supporting scale up. *BMC Public Health.* 2012; 12: 548.

Côrtes, G. R. (2012). Violência doméstica: centro de referência da mulher "Heleieth Saffioti". *Estudos de Sociologia*, 17(32), 149-168.

Dantas-Berger, S. M. & Giffin, K. (2005). A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 417-425.

Declaração de Viena (1993). Disponível em <<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html>>. Acesso em 01/02/2014.

Facundes VLD & Ludermir AB. Common mental disorders among health care students. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2005; 27(3): 194-200.

Fleck, Marcelo Pio de Almeida et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.36, n.4, pp. 431-438.

Fonseca, Denire Holanda da; Ribeiro, Cristiane Galvão and Leal, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicol. Soc.* [online]. 2012, vol.24, n.2, pp. 307-314. ISSN 0102-7182.

Galvão, E. F. & Andrade, S. M. (2004). Violência contra mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher no município do Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, Londrina, 13, 89-99.

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. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69523-8.

García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet* 2015; 385: 1567–79. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7).

Goldberg, D. & Huxley, P. *Common Mental Disorders: A Bio-Social Model*. London: Tavistock Publications/New York: Routledge. 1992.

Gomes, Nadirlene Pereira et al. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. *Saúde em debate* [online]. 2012, vol.36, n.95, pp. 514-522.

Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, Srinivasa Murthy R, Wig NN. Mental Disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*. 1980; 10: 231-241.

Heim C, Nemeroff CB. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr.* 2009;14 (1 Suppl 1):13-24.

Howard LM, et al. (2010) Domestic Violence and Severe Psychiatric Disorders: prevalence and interventions. *Psychological Medicine* 40: 881–893.

Hotaling, G., & Sugarman, D. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1, 101-124.

Kim J, Lee J. Prospective study on the reciprocal relationship between intimate partner violence and depression among women in Korea. *Social Science & Medicine*. 2013; vol. 99 p.42-48.

Lopes, Claudia S.; Faerstein, Eduardo and Chor, Dóra. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.6, pp. 1713-1720.

Ludermir, AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.16, n.3, pp. 647-659. ISSN 1678-4464.

Ludermir, A.B., Lewis, G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Germany, v. 40, n.8, p.622-627, 2005.

Ludermir AB ; Lewis G; Alves SV; Araújo TVB;; Araya, R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression. *Lancet*. 2010; 376: 21-7.

Ludermir, Ana Bernarda and Melo Filho, Djalma A de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.36, n.2, pp. 213-221.

Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2008;66(4):1008-18. DOI:10.1016/j.socscimed.2007.10.021.

Ludermir, Ana Bernarda; Valongueiro, Sandra and Araujo, Thália Velho Barreto de. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.48, n.1, pp. 29-35. ISSN 0034-8910. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004538.

Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *Journal of Chronic Disease*. 1986; 39:371-8.

Meichenbaum D. Victims of domestic violence (spouse abuse). Clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD). Ontario: Institute Press; 1994. p. 77-91.

Meekers D., Pallin P., & Hutchinson P. (2013). Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Women's Health*, 13 (06) 13-28. doi: 10.1186/1472-6874-13-28.

Moura, Leides Barroso Azevedo; LEFEVRE, Fernando and MOURA, Valter. Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.4, pp. 1025-1035.

Mozzambani, Adriana Cristine Fonseca et al. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. 2011, vol.33, n.1, pp. 43-47.

Michau, L, Horn, J, Bank, A, Dutt, M, and Zimmerman, C. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *Lancet*. 2014; (published online Nov 21.)[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61797-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61797-9).

Narvaz MK, Koller SH. Famílias, violências e gêneros: desvelando a trama da transmissão transgeracional da violência de gênero. In: Azambuja MJ, Jaeger FP, editors. *Violência, gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: Edipucrs; 2004. p. 149-76

Oliveira, E. M. et al. (2005). Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Saúde Pública*, 39(3), 376-382.

Patel, Vikram et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*. 1999. Vol. 49, n.11, PP. 1461–1471.

Pinho, Paloma de Souza. Sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana. 2006.

Pinho, Paloma de Sousa and Araujo, Tânia Maria de. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2012, vol.15, n.3, pp. 560-572.

Recife, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. *Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife*. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. \_ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014. 84 p.

Recife. Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (Aprovado na 7ª Conferência Municipal de Saúde). Recife Saudável: inclusão social e qualidade no SUS; 2006.

Reichenheim et al. The role of intimate partner violence and other health-related social factors on postpartum common mental disorders: a survey-based structural equation modeling analysis. *BMC Public Health* 2014, 14:427.

Ribeiro, C. G. & Coutinho, M. L. L. (2011). Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Psicologia e Saúde*, 3(1), 52-59.

Ribeiro, Wagner S. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2009, vol.31, suppl.2, pp. S49-S57.

Rinfret-Raynor M, Cantin S. Violence Conjugale rapportée par des femmes s'adressant aux services sociaux. In: Violence conjugale: recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal. Québec: Gaëtan Morin éditeur: 1994. p. 3-22.

Rosa, A. G. et al. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.17, n.3 p.152-160, 2008.

Ruiz-Perez, I., & Plazaola-Castaño, J. (2005). Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*. 67(5), 791e797.

Saftlas, AF, Harland, KK, Wallis, AB, Cavanaugh, J, Dickey, P, and Peek-Asa, C. Motivational interviewing and intimate partner violence: a randomized trial. *Ann Epidemiol.* 2014; 24: 144–150

Secretaria de Políticas para as Mulheres. Conheça a lei que protege as mulheres da violência doméstica e familiar. Brasília 2012. Disponível em: <[http://www.mulheresdireitos.org.br/publicacoes/LMP\\_web.pdf](http://www.mulheresdireitos.org.br/publicacoes/LMP_web.pdf)> Acesso em: 02/11/2013.

Schraiber, Lilia Blima et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.5, pp. 797-807. ISSN 1518-8787.

Schraiber LB, Latorre MRD, França-Junior I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658-66. DOI:10.1590/S0034-89102010000400009.

Silva, Elisabete Pereira; Ludermir, Ana Bernarda; Araujo, Thália Velho Barreto de and Valongueiro, Sandra Alves. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.6, pp. 1044-1053. Epub Oct 14, 2011. ISSN 0034-8910.

Sprague, S, Madden, K, Simunovic, N et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012; 52: 587–605

Taft, A, O'Doherty, L, Hegarty, K, Ramsay, J, Davidson, L, and Feder, G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 4 (CD007007.)

Thorne-Finch R. *Ending the silence*. Toronto: University of Toronto Press; 1992.

Unase - campanha do Secretário-Geral das Nações Unidas pelo fim da violência contra as mulheres. 2008. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/unase/>> Acesso em: 03/01/2014.

Villela, W. (2008). Mulher, violência e AIDS: explorando interfaces. In A. Nilo (Org.), *Mulher, violência e AIDS* (pp. 107-126). Recife: Gestos.

World Health Organization – WHO/OMS. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Fact sheet N°239. Updated November 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>> Acesso em: 22/06/2014.

World Health Organization – WHO/OMS. *Relatório mundial da saúde*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

World Health Organization – WHO/OMS. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. 2013. ISBN 978 92 4 156462 5 (NLM classification: HV 6625). Disponível em:  
<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)> Acesso em: 03/12/2013.

World Health Organization - WHO. multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: WHO; 2005.

World Health Organization. Women's Mental Health: an evidence based review. Geneva: WHO. 2000.

World Health Organization – WHO/OMS. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. 2010. ISBN 978-92-75-71635-9 (NLM classification: HV 6625). Disponível em:  
<[http://www.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359\\_por.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf)> Acesso em: 20/11/2013

Zuma, C. E. (2005). Em busca de uma rede comunitária para a prevenção da violência na família. In Anais do III Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Fortaleza. Disponível em:  
<<http://www.noos.org.br/acervo/Embuscadeumaredecomunitariaparaaprevencaodaviolencianafamilia.pdf>> Acesso em: 21/10/2013.

## **APÊNDICE A**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MODELO PARA MAIORES DE 18 ANOS)**

Convido a Sr.<sup>a</sup> para participar, como voluntária, da pesquisa “Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Bernarda Ludermir. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar. Departamento de Medicina Social / PPGISC. Telefone: (81) 2126-3766. E-mail: [abl@ufpe.br](mailto:abl@ufpe.br).

Também participam também desta pesquisa os pesquisadores: (Marília de Carvalho Lima, Sophie Helena Eickmann, Elisabete Pereira Silva). Telefone para contato: (81) 2126-8514.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr.<sup>a</sup> não será penalizada de forma alguma.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Essa pesquisa vem sendo desenvolvida desde 2005. A Sr.<sup>a</sup> já foi entrevistada quando estava grávida e depois do parto em 2005 e 2006. O presente projeto representa a terceira etapa do estudo e tem como objetivo investigar a saúde das mulheres e suas experiências de vida nos últimos seis anos e avaliar o desenvolvimento do seu filho (a) fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. Todas as mulheres que participaram das entrevistas anteriores estão sendo convidadas a participar dessa nova fase da pesquisa. Repetiremos as mesmas perguntas que fizemos na entrevista da gravidez e depois do parto, com referência aos últimos 6 anos.

Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar e podem trazer lembranças difíceis e delicadas e você poderá sentir-se constrangida, mas você só participa se quiser.

Em pesquisas semelhantes, muitas mulheres acharam que foi importante ter tido a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres e também para desenvolver serviços melhores para a assistência à saúde da mulher.

Estamos trazendo algumas informações por escrito sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife. Caso você necessite de assistência adicional estamos disponíveis para orientá-la.

Cada entrevista dura mais ou menos 60 minutos. Posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Você tem toda a liberdade para recusar sua participação ou retirar o seu consentimento, sem punição ou prejuízo.

Os questionários da pesquisa serão guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGISC), por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade de Ana Bernarda Ludermir.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).**



---

Assinatura da pesquisadora

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF/\_\_\_\_\_,  
abaixo assinado, concordo em participar do estudo \_\_\_\_\_,  
como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a)  
pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os  
possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido  
que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a  
qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento / assistência /  
tratamento.

Recife, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do participante ou responsável

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a  
pesquisa e aceite do sujeito em participar.**

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO DA MULHER

IDENTIFICAÇÃO				
NUMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA USF			[ ][ ]	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA			[ ][ ][ ][ ]	
MUDOU DE ENDEREÇO			[ ] SIM [ ] NÃO	
VISITAS DA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA [ ][ ] MÊS [ ][ ] ANO [ 2][0][1][ ]
NOME DA ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	ENTREVISTADORA [ ]
RESULTADO***	_____	_____	_____	RESULTADO [ ][ ]
PROXIMA VISITA HORA DATA LOCAL	_____ _____ _____	_____ _____ _____		NUMERO TOTAL DE VISITAS [ ]
Questionário completado?	<b>*** CODIGOS DOS RESULTADOS</b> A mulher recusou-se.....01 Especificar: _____ ⇒ Retornar A mulher não estava em casa .....02 ⇒ Retornar A mulher adiou a entrevista .....03 A mulher está incapacitada .....04 Especificar: _____ ⇒ Retornar			
Questionário parcialmente completo ⇒	Não quer continuar ..... 05 Especificar: _____ Questionário concluído .....06		⇒ Retornar	

DATA: DIA [ ][ ] MÊS [ ][ ] ANO [ 2 ][ 0 ][ 1 ][ ]

REGISTRE A HORA		Hora.....[ ][ ]	
		Minutos.....[ ][ ]	
<b>SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER</b>			
Nós gostaríamos de conversar sobre sua vida atual e sobre seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006			
	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	
101	Como é o nome do seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006, quando foram feitas a primeira e segunda entrevistas dessa pesquisa?	_____	
102	Além de você, quantas pessoas vivem na casa em que você mora?  <i>CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS NÃO INCLUI HOSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA</i>	NUMERO TOTAL DE PESSOAS NA RESIDÊNCIA.....[ ][ ]	
103	Você poderia me dizer quem são as outras pessoas que vivem na casa em que você mora?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avô (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteado 19. Enteada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunjado 23. Cunjada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	
104	Quando você sai de casa para trabalhar ou para fazer qualquer outra atividade _____ (nome da criança) fica com alguma dessas pessoas citadas na questão anterior?	00. Não ⇒ passe para Q.107 01. Sim	

105	Qual delas?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avô (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteado 19. Enteada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunhada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	
106	Quanto tempo _____ (nome da) criança fica com essa pessoa?	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
107	Quem é o chefe do domicílio?	01. A entrevistada 02. Marido / companheiro 03. Ambos 04. Pai / Mãe 05. Outro: _____ 06. Não tem chefe 99. Não sabe	
108	Agora, eu vou fazer algumas perguntas sobre sua casa. A sua casa é:  <i>ESPECIFICAR SE O DONO FOR MÃE, IRMÃ, ETC.  NO Nº 05 (OUTROS)</i>	01. PRÓPRIA 02. INVADIDA 03. ALUGADA 04. CEDIDA / EMPRESTADA 05. OUTROS : _____ 89. Não quis Responder	
109	Quantos cômodos tem a sua casa?	Nº DE COMODOS ..... [ ] [ ]	
110	Aonde você obtém a água utilizada em sua casa para beber e cozinhar?  <i>(ACEITAR MAIS DE UMA OPÇÃO)</i>	01. TORNEIRA DENTRO DE CASA 02. TORNEIRA DO LADO DE FORA DA CASA 03. NÃO TEM ACESSO A ÁGUA ENCANADA 04. OUTRO: _____	
111	Que tipo de banheiro você tem na sua casa?	01. INDIVIDUAL INTERNO 02. INDIVIDUAL EXTERNO 03. COLETIVO 04. NÃO TEM BANHEIRO 89. Não quis responder	

112	Em sua casa, que tipo de ligação elétrica existe?	00. NAO TEM LUZ ELETRICA 01. LIGACAO INDIVIDUAL COM CONTADOR PRÓPRIO 02. NÃO TEM LIGAÇÃO PRÓPRIA 03. OUTRO: _____ 89. Não quis responder		
113	Nesta casa existem quantos destes itens?		NAO	SIM
		[ ] TELEVISÃO COLORIDA	00	01
		[ ] VIDEO-CASSETE E/OU DVD	00	01
		[ ] RÁDIO	00	01
		[ ] AUTOMÓVEL DE PASSEIO	00	01
		[ ] TELEFONE	00	01
		[ ] ASPIRADOR DE PÓ	00	01
		[ ] MÁQUINA DE LAVAR ROUPA	00	01
		[ ] GELADEIRA	00	01
		[ ] FREEZER	00	01
		[ ] COMPUTADOR	00	01
		[ ] BANHEIRO	00	01
114	Você tem alguma pessoa que trabalha em sua casa como:		NAO	SIM
		[ ] EMPREGADA DIARISTA	00	01
		[ ] EMPREGADA MENSALISTA	00	01
115	Alguma pessoa que mora na sua casa possui:		NAO	SIM
		[ ] TERRENO	00	01
		[ ] CASA	00	01
		[ ] APARTAMENTO	00	01
		[ ] EMPRESA OU NEGÓCIO	00	01
		[ ] TERRA	00	01
116	Nas <u>últimas 4 semanas</u> alguém de sua casa foi vítima de um crime nesta vizinhança, tais como roubo, assalto, violência física ou sexual?  Se SIM, pergunte: Qual?	a) 00. NÃO      01. SIM  b) Qual? 01. Roubo 02. Assalto 03. Violência física 04. Violência sexual 05. Homicídio 88. Não aplicável		
117	Quando você nasceu (dia, mês e ano) ?	Dia ..... [ ] [ ] Mês ..... [ ] [ ] Ano ..... [ ] [ ] [ ] Não sabe o ano ..... 9999		
118	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos completos ..... [ ] [ ]		
119	Em que religião você foi criada?	00. NAO TEM RELIGIAO 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPIRITA 04. UMBANDA / CANDOBLE 05. OUTRA..... (Especificar)		

120	Atualmente, você frequenta alguma religião ou culto?	00. NÃO TEM RELIGIÃO ⇒ passe para Q.122 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPIRITA 04. UMBANDA / CANDOMBLÉ 05. OUTRA..... (Especificar) 88. Não Aplicável	
121	Com que frequência você frequentou culto religioso nas duas últimas semanas?	Nº DE VEZES ..... [ ] [ ] Não aplicável ..... '88'	
122	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor ou raça?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 89. Não quis responder 99. Não sabe	
123	Você tem livros em casa?	00. Não 01. Sim	
124	Você sabe ler e escrever?	00. Não ⇒ passe para Q.126 01. Sim	
125	Você lê para seu(s) filho(s)?	00. Não 01. Sim	
126	Você já frequentou a escola?	00. Não ⇒ passe para Q.129 01. Sim	
127	Você está estudando?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
128	Qual a última série e grau que você concluiu com aprovação? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO.  <i>(CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO).</i>	01. Ensino Infantil 02. Ensino Fundamental _____ 03. Ensino Médio 04. Ensino Técnico _____ 05. Universitário Incompleto _____ 06. Universitário Completo  Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [ ] [ ] 88. Não aplicável 99. Não sabe	
129	Você tem alguma fonte de renda?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. SALÁRIO 02. PENSÃO 03. BENEFÍCIO 04. BOLSA ESCOLA / BOLSA FAMÍLIA 05. APOSENTADORIA 06. ALUGUEL 07. OUTRA: ..... 08. Não 89. Não quis responder	
130	Qual a sua renda mensal?	00. Nenhuma 01. Menos de R\$ 678,00 02. De R\$ 678,00 a R\$ 1.017,00 03. De R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00 04. De R\$ 2.034,01 a R\$ 3.390,00 05. De R\$ 3.390,01 a mais	

131	Atualmente, você:	01. EMPREGADA ⇒ passe para Q.133 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADA DOMÉSTICA DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [ ] [ ] dias ⇒ passe para Q.133 04. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA ⇒ passe para Q.133 05. EMPREGADORA ⇒ passe para Q.133 06. APOSENTADA 07. DONA DE CASA 08. DESEMPREGADA 09. SEM OCUPAÇÃO 10. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
132	Você tem procurado emprego?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
133	Quantas vezes você foi casada ou viveu junto com um companheiro do sexo masculino? (INCLUIR O COMPANHEIRO ATUAL, QUANDO EXISTENTE)	NÚMERO DE MARIDOS / COMPANHEIROS ..... [ ] [ ] ⇒ 00 passe para Q.135 Não aplicável ..... '88'	
134	Quando você casou / foi viver junto pela primeira vez, quantos anos você tinha?	ANOS (idade aproximada) ..... [ ] [ ] Não aplicável ..... '88'	
135	Atualmente você está casada ou vive com alguém ou tem algum parceiro?  (MARQUE NO BOX B)	00. NÃO ESTA CASADA OU VIVENDO COM ALGUÉM (SEM RELACIONAMENTO SEXUAL). 01. ATUALMENTE CASADA COM UM HOMEM 02. VIVE / MORA JUNTO COM UM HOMEM 03. TEM UM PARCEIRO (MANTENDO RELAÇÃO SEXUAL), MAS NÃO VIVE JUNTO. 04. OUTRO: 89. Não quis responder	
136	Seu companheiro atual ou mais recente é o pai de _____ (nome da criança)?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
137	Esse companheiro é o mesmo da gravidez estudada?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
138	Esse companheiro é o mesmo de até 01 ano depois do parto de _____ (nome da criança)?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
<b>CASO A MULHER NUNCA TENHA SIDO CASADA OU TENHA VIVIDO JUNTO COM UM COMPANHEIRO DO SEXO MASCULINO ⇒ PASSE PARA A QUESTÃO 141</b>			
139	O último casamento ou vida em comum com um companheiro terminou em divórcio / separação, ou você ficou viúva?	01. DIVORCIADA 02. SEPARADA 03. VIÚVA ⇒ passe para Q.142 88. Não aplicável (quando a Q.133 tiver resposta 01 ou 00)	

140	Qual o motivo que levou este seu último casamento ou relacionamento a terminar?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. VOCE NÃO SENTIA MAIS AMOR POR ELE 02. VOCE NÃO TINHA MAIS ATRAÇÃO SEXUAL POR ELE 03. VOCÊ ENCONTROU OUTRA PESSOA 04. INFIDELIDADE DO PARCEIRO 05. INCOMPATIBILIDADES / NÃO SE ENTENDIAM 06. COMPANHEIRO FAZIA USO DE ÁLCOOL E/OU DROGAS 07. COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DO PARCEIRO 08. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
141	Quem tomou a iniciativa da separação?	01. VOCE 02. SEU PARCEIRO 03. AMBOS, VOCÊ E SEU PARCEIRO 04. OUTRO: 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	
142	Pensando no seu relacionamento atual / mais recente, quando vocês casaram / foram viver juntos:	01. VOCE SE MUDOU PARA CASA DO PARCEIRO 02. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DA FAMÍLIA DO PARCEIRO 03. O PARCEIRO SE MUDOU PARA SUA CASA 04. O PARCEIRO SE MUDOU PARA CASA DE SUA FAMÍLIA 05. VOCÊS FORAM MORAR SOZINHOS 06. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	
143	Quanto tempo você está ou ficou com o pai de _____ (nome da criança)?	Nº DE ANOS ..... [ II ] OU Nº DE MESES ..... [ II ] OU Nº DE DIAS ..... [ II ]	
144	Você fuma ou já fumou cigarro nos últimos 7 anos?	00. Nunca fumou ⇒ passe para Q.147 01. Sim, fuma 03. Atualmente não fuma mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.147	
145	Com que frequência você fuma ou fumava? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
146	Quantos cigarros você costuma fumar por dia?	Número de cigarros por dia [ II ]  Não aplicável.....88 Não quis responder .....89	
147	Você bebe ou bebeu nos últimos 7 anos?	00. Nunca bebeu ⇒ passe para Q.151 01. Sim, bebe. 02. Atualmente não bebe mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.151	

148	O que você bebe ou bebia mais?  <i>(APENAS UMA RESPOSTA)</i>	01. CERVEJA 02. CACHAÇA 03. RUM 04. WHISKY 05. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
149	Com que frequência você bebe ou bebia? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
150	Nos dias em que você toma bebida alcoólica, você costuma tomar quantas doses ou copos?	Número de doses / copos / dia ..... [ ] [ ]  Não aplicável.....88 Não quis responder .....89	
151	Você usa ou usou algum tipo de droga nos últimos 7 anos?	00. Nunca usou ⇒ passe para a SEÇÃO 2 01. Sim, usa. 02. Atualmente não usa mais 89. Não quis responder ⇒ passe para a SEÇÃO 2	
152	Qual tipo de droga você usa ou usou?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. MACONHA 02. CRACK 03. COCAINA 04. LOLÓ 05. COLA 06. XAROPE 07. ARTANE 08. ALGAFAN 09. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
153	Com que frequência você usa ou usou droga? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

SEÇÃO 2 – PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE	
<p><b>ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 2 CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERENCIA (BOX B).</b>            Com companheiro nos últimos 7 anos: Sim [ ] ou Não [ ].            Caso a entrevistada não tenha tido marido / companheiro / namorado ⇒ passe para a seção 3.  <b>PARCEIRO ATUAL</b> – é o marido / companheiro / namorado que está atualmente com a mulher.  <b>PARCEIRO MAIS RECENTE</b> – é o último marido / companheiro / namorado que a mulher se relacionou nos últimos 7 anos e que agora está sem ninguém.  <b>EX-PARCEIRO</b> – se a mulher tem um marido / companheiro / namorado atual, o ex-parceiro é qualquer outro dos últimos 7 anos. Se a mulher está sem ninguém, ex-parceiro é qualquer outro que não seja o mais recente.</p>	
Agora eu gostaria que você falasse um pouco sobre seu atual / mais recente marido / companheiro / namorado.	
201	<p>Há quanto tempo você está / esteve com o seu atual / mais recente marido / companheiro / namorado?</p> <p>Nº DE ANOS ..... [ ][ ]            OU            Nº DE MESES ..... [ ][ ]            OU            Nº DE DIAS ..... [ ][ ]</p>
202	<p>Em que lugar você conheceu o seu companheiro atual / último companheiro?</p> <p>01. NA SUA CASA OU NA CASA DE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA            02. NA CASA DE AMIGOS            03. NO TRABALHO            04. VIZINHANÇA            05. IGREJA / ORGANIZAÇÃO RELIGIOSA            06. FESTA / BAR / RESTAURANTE            07. LOCAL PÚBLICO (ÔNIBUS / METRÔ / RUA)            08. OUTRO: _____            88. Não aplicável            89. Não quis responder</p>
203	<p>Quantos anos seu marido / companheiro / namorado fez no último aniversário dele?            Verifique a idade aproximada.</p> <p>ANOS ..... [ ][ ]            Não Sabe ..... '99'</p>
204	<p>Em que ano ele nasceu?            Explore: Você sabe o mês de aniversário dele?</p> <p>Mês [ ][ ] ANO [ ][ ][ ]            Não Sabe. '99' ..... '9999'</p>
205	<p>Ele sabe ler e escrever?</p> <p>00. Não ⇒ passe para Q.207            01. Sim            99. Não Sabe ⇒ passe para Q.207</p>
206	<p>Qual o último grau e série que ele completou na escola?             (MARQUE O GRAU MAIS ALTO)</p> <p>01. Ensino Infantil _____            02. Ensino Fundamental _____            03. Ensino Médio _____            04. Ensino Técnico _____            05. Universitário Incompleto _____            06. Universitário Completo _____</p> <p>Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [ ][ ]            88. Não aplicável            99. Não sabe</p>
207	<p>Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a cor ou raça do seu marido / companheiro?</p> <p>01. BRANCA            02. PRETA            03. PARDA            04. AMARELA            05. INDÍGENA            99. Não sabe</p>

208	Atualmente seu marido / companheiro / namorado está?  <i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE:  Durante o relacionamento de vocês ele estava empregado....?)</i>	01. EMPREGADO ⇒ passe para Q.210 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADO DOMÉSTICO DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [ ] [ ] dias ⇒ passe para Q.210 04. EMPREGADO DOMÉSTICO MENSALISTA ⇒ passe para Q.210 05. EMPREGADOR 06. APOSENTADO ⇒ passe para Q.210 07. DESEMPREGADO 08. SEM OCUPAÇÃO 09. ESTUDANTE ⇒ passe para Q.210 10. FAZENDO BISCAITE (BÍCO) 11. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
209	Quando ele saiu do seu último emprego?  <i>(PARA O PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE)</i>	01. ÚLTIMAS 4 SEMANAS 02. DE 4 SEMANAS A 12 MESES 03. MAIS QUE 12 MESES 04. NUNCA TEVE EMPREGO 88. Não aplicável 99. Não sabe	
210	Habitualmente que tipo de trabalho ele faz / fazia?  <i>(ESPECIFIQUE O TIPO DE TRABALHO).</i>	_____ _____ _____	
211	Qual a renda mensal do seu marido / companheiro?	00. Nenhuma 01. Menos de R\$ 678,00 02. De R\$ 678,00 a R\$ 1.017,00 03. De R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00 04. De R\$ 2.034,01 a R\$ 3.390,00 05. De R\$ 3.390,01 a mais 88. Não aplicável 99. Não sabe	
212	Seu marido / companheiro fuma ou já fumou cigarro nos últimos 7 anos?	00. Nunca fumou ⇒ passe para Q.214 01. Sim, fuma. 02. Atualmente não fuma mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.214	
213	Quantos cigarros seu marido / companheiro costuma fumar por dia?	Número de cigarros por dia [ ] [ ]  Não quis responder .....89 Não sabe.....99 Não aplicável.....88	
214	Seu marido / companheiro bebe ou já bebeu bebidas alcoólicas nos últimos 7 anos?	00. Nunca bebeu ⇒ passe para Q.218 01. Sim, bebe 02. Atualmente não bebe mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.218	
215	Com que frequência seu marido / companheiro bebe / bebia bebidas alcoólicas?	01. TODOS OS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1 – 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

216	Nos últimos 12 meses de seu atual relacionamento, quantas vezes você tem visto / viu seu marido / companheiro bêbado?  <i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE):</i> Durante o relacionamento de vocês, quantas vezes você viu seu marido / companheiro bêbado?	00. NUNCA 01. QUASE TODOS OS DIAS 02. SEMANALMENTE 03. UMA VEZ POR MÊS 04. MENOS QUE UMA VEZ POR MÊS 99. Não sabe		
217	Nos últimos 12 meses de relacionamento, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido / companheiro?  <i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE):</i> Durante o relacionamento de vocês, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido / companheiro?		<u>NAO</u>	<u>SIM</u>
		01. PROBLEMAS COM DINHEIRO 02. PROBLEMAS FAMILIARES 03. OUTROS: _____  88. Não aplicável 89. Não quis responder	00	01 01 01
218	Seu marido / companheiro usa / já usou drogas?	00. Nunca usou ⇒ passe para Q.220 01. Sim, usa 02. Atualmente não usa mais 89. Não quis responder 99. Não sabe		
219	Com que frequência seu marido / companheiro (atual ou mais recente) usa / usou drogas?  <i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE):</i> Durante o relacionamento de vocês, com que frequência seu marido / companheiro (atual ou mais recente) usa / usou drogas?	01. TODOS OS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1 – 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável		
220	Desde que você o conheceu, ele esteve envolvido em alguma briga (agressão física) com outro homem?	00. Não ⇒ Passe para Q.222 01. Sim 99. Não sabe ⇒ passe para Q.222		
221	Nos últimos doze meses de relacionamento, isto nunca aconteceu, aconteceu uma ou duas vezes, ou muitas vezes?	00. NUNCA 01. UMA OU DUAS VEZES 02. ALGUMAS VEZES (DE 3 A 5) 03. MUITAS VEZES (MAIS DE 5) 88. Não aplicável 99. Não sabe		
222	O seu marido / companheiro teve outras mulheres durante o relacionamento com você?	00. Não ⇒ Passe para Q.224 01. Sim 02. Suspeita que sim, mas não tem certeza ⇒ Passe para Q.224 99. Não sabe ⇒ passe para Q.224		
223	O seu marido / companheiro teve filhos com outra mulher durante o relacionamento com você?	00. Não 01. Sim 02. Pode ser 88. Não aplicável 99. Não sabe		
224	Durante esse relacionamento, você teve algum envolvimento com outra pessoa que incluisse sexo?	00. Não ⇒ passe para SEÇÃO 3 01. Sim 89. Não quis responder		
225	Seu marido / companheiro chegou a saber que você teve relações sexuais com outra pessoa?	00. Ele não soube 01. Sim, ele soube 02. Acho que ele sabe, mas não tenho certeza 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe		

SEÇÃO 3 – APOIO SOCIAL

Se você precisar, com que frequência conta com alguém...

		NUNCA	RARA- MENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE	
301	Que a ajude, se ficar de cama?	01	02	03	04	05	
300	Para levá-la ao médico?	01	02	03	04	05	
303	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente?	01	02	03	04	05	
304	Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	01	02	03	04	05	
305	Que demonstre amor e afeto por você ?	01	02	03	04	05	
306	Que lhe dê um abraço?	01	02	03	04	05	
307	Que você ame e faça você se sentir querida?	01	02	03	04	05	
308	Para ouvi-la, quando você precisar falar?	01	02	03	04	05	
309	Em quem confiar, ou para falar de você ou sobre seus problemas ?	01	02	03	04	05	
310	Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	01	02	03	04	05	
311	Que compreenda seus problemas ?	01	02	03	04	05	
312	Para dar bons conselhos em situações de crise?	01	02	03	04	05	
313	Para dar informações que a ajude a compreender determinada situação ?	01	02	03	04	05	
314	De quem você gostaria de receber conselhos?	01	02	03	04	05	
315	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	01	02	03	04	05	
316	Com quem fazer coisas agradáveis?	01	02	03	04	05	
317	Com quem distrair a cabeça?	01	02	03	04	05	
318	Com quem relaxar?	01	02	03	04	05	
319	Para se divertir juntos	01	02	03	04	05	

320	<p>Você acha que tem recebido o apoio emocional que você precisa?</p> <p>Se <u>SIM</u>, de quem?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>A. 00. Não ⇒ passe para Q.321 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.321</p> <p>B. 01. Marido / companheiro 02. Mãe / sogra 03. Irmã / amiga 04. Filha / Nora 05. Filho / Genro 06. Outro: ..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
321	<p>Alguém tem lhe ajudado com as atividades da casa?</p> <p>Se <u>SIM</u>, quem?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>A. 00. Não ⇒ passe para Q.322 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.322</p> <p>B. 01. Marido / companheiro 02. Mãe / sogra 03. Irmã / amiga 04. Filha / Nora 05. Filho / Genro 06. Outro: ..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
322	<p>Alguém tem lhe ajudado a cuidar de _____ (nome da criança)?</p> <p>Se <u>SIM</u>, quem?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>A. 00. Não ⇒ passe para Q.323 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.323</p> <p>B. 01. Marido / companheiro 02. Mãe / sogra 03. Irmã / amiga 04. Filha / Nora 05. Filho / Genro 06. Outro: ..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
323	<p>Quantos amigos íntimos você tem?</p> <p><i>(EXCLUIR FAMILIARES COM LAÇOS DE SANGUE)</i></p>	<p>Número de amigos [   ] [   ]</p>	
<p><b>ATENÇÃO: CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERENCIA (BOX B) ANTES DE FAZER A PRÓXIMA PERGUNTA</b></p>			
324	<p>Você está feliz com o seu casamento / relacionamento atual?</p>	<p>00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	

NO ÚLTIMO ANO, OU SEJA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES VOCE ESTA ENFRENTANDO ALGUM PROBLEMA ESTRESSANTE DO TIPO:			
325	Problemas financeiros	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
326	Problemas conjugais	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
327	Recente perda de contato com familiares e / ou amigos	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
328	Morte na família	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
329	Doença séria na família	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
330	Mudança de casa / residência	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
331	Perda de emprego (dela)	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
332	Mudança de emprego (dela)	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
333	PARA AS QUE TEM MARIDO / COMPANHEIRO Desemprego do marido / companheiro	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
334	Algum outro problema?	00. Não 01. Sim (especifique: .....) 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

SEÇÃO 4 – SENTIMENTOS DA MÃE

Por favor nos diga como você tem se sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje

401	Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas:	01. COMO SEMPRE FEZ 02. NÃO TANTO QUANTO ANTES 03. COM CERTEZA MENOS QUE ANTES 04. DE JEITO NENHUM	
402	Você sente prazer quando pensa no que vai acontecer em seu dia-dia:	01. COMO SEMPRE SENTIU 02. TALVEZ MENOS DO QUE ANTES 03. COM CERTEZA MENOS QUE ANTES 04. DE JEITO NENHUM	
403	Você tem se sentido culpada sem necessidade quando as coisas saem erradas:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, ALGUMAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, NENHUMA VEZ	
404	Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:	01. NÃO, DE MANEIRA ALGUMA 02. POUQUÍSSIMAS VEZES 03. SIM, ALGUMAS VEZES 04. SIM, MUITAS VEZES	
405	Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:	01. SIM, MUITAS VEZES 02. SIM, ALGUMAS VEZES 03. SIM, POUCAS VEZES 04. NENHUMA VEZ	
406	Você tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES NÃO CONSEGUE LIDAR BEM COM ELES 02. SIM, ALGUMAS VEZES NÃO CONSEGUE LIDAR BEM COMO ANTES 03. NÃO, NA MAIORIA DAS VEZES CONSEGUE LIDAR BEM COM ELES 04. NÃO, NÃO CONSEGUE LIDAR COM ELES TÃO BEM QUANTO ANTES.	
407	Você tem se sentido tão infeliz que teve dificuldade de dormir:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, MUITAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, DE JEITO NENHUM	
408	Você tem se sentido triste ou arrasada:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, MUITAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, DE JEITO NENHUM	
409	Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado:	01. SIM, QUASE TODO O TEMPO 02. SIM, MUITAS VEZES 03. DE VEZ EM QUANDO 04. NÃO, NENHUMA VEZ	
410	A ideia de fazer mal a você mesma passou por sua cabeça:	01. SIM, MUITAS VEZES ULTIMAMENTE 02. ALGUMAS VEZES NOS ÚLTIMOS DIAS 03. POUQUÍSSIMAS VEZES, ULTIMAMENTE 04. NENHUMA VEZ	

SEÇÃO 5 – SAÚDE MENTAL (SRQ -20)

As próximas perguntas são relacionadas com outros problemas comuns que talvez a tenham incomodado nas últimas 4 semanas. Se você teve problemas nas últimas 4 semanas, responda SIM. Se não, responda NÃO.

501			NAO	SIM
a)	Tem dores de cabeça frequentes?	a) Dor de cabeça	00	01
b)	Tem falta de apetite?	b) Falta de apetite	00	01
c)	Dorme mal?	c) Dorme mal	00	01
d)	Assusta-se com facilidade?	d) Assusta-se	00	01
e)	Tem tremores nas mãos?	e) Mãos trêmulas	00	01
f)	Sente-se nervosa, tensa, preocupada?	f) Nervosa	00	01
g)	Tem má digestão?	g) Má digestão	00	01
h)	Tem dificuldade em pensar com clareza?	h) Dificuldade em pensar	00	01
i)	Tem se sentido triste ultimamente?	i) Triste	00	01
j)	Tem chorado mais que de costume?	j) Chora muito	00	01
k)	Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas atividades diárias?	k) Dificuldades Atividades diárias	00	01
l)	Tem dificuldade para tomar decisões?	l) Dificuldade decisões	00	01
m)	Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	m) Dificuldade serviço	00	01
n)	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	n) Sem papel útil	00	01
o)	Tem perdido o interesse pelas coisas?	o) Sem interesse	00	01
p)	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	p) Inútil / Tudo o que faz dá errado	00	01
q)	Tem tido a ideia de acabar com a vida?	q) Por fim à vida	00	01
r)	Sente-se cansada o tempo todo?	r) Sente-se cansada	00	01
s)	Tem sensações desagradáveis no estômago?	s) Problemas Estomacais	00	01
t)	Você se cansa com facilidade?	t) Cansaço	00	01
502	Já tentou por fim à sua vida?	00. Não 01. Sim		
503	Alguém na sua família já teve doença dos nervos?	00. Não ⇒ passe para Q.505 01. Sim 99. Não sabe ⇒ passe para Q.505 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.505		
504	a) Quem?	b) Qual? <i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNÓSTICO), LELA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i>		
		01. Ansiedade	02. Depressão	03. Depressão pós-parto
		04. Alcoolismo	05. Esquizofrenia	06. Outras
		88. Não se aplica	99. Não sabe	
	1. PAI			
	2. IRMAO			
	3. MAE			
	4. IRMA			
	5. OUTRO			
505	E você, tem ou já teve doença de nervos?	00. Não ⇒ passe para Q.511 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.511		

506	Quando isso aconteceu pela primeira vez, aproximadamente, quantos anos você tinha?	01. MENOS DE 10 ANOS 02. ENTRE 10 E 19 ANOS 03. 20 ANOS OU MAIS 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
507	Qual a doença(s) de nervos, que você tem ou já teve?  <i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNOSTICO), LEIA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i>  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Ansiedade 02. Depressão 03. Alcoolismo 04. Esquizofrenia 05. Outras:..... 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
508	Durante essa(s) doença(s), você foi atendida por alguém?	00. Não ⇒ passe para Q.510 01. Sim 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
509	Quem foi a pessoa que a atendeu?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. MÉDICO 02. PSICÓLOGO 03. FARMACEUTICO 04. CURANDEIRO 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
510	Alguma vez você ?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. TRATOU-SE COM PSICOLOGO 02. TRATOU-SE COM PSIQUIATRA 03. TOMOU REMÉDIO CONTROLADO 04. FOI INTERNADA EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
511	Alguma vez em que você esteve <u>grávida</u> , você teve depressão ou alguma outra doença de nervos?	00. Não ⇒ passe para Q.515 01. Sim 89. Não quis responder 99. Não sabe	
512	Qual foi o problema que você teve?  <i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNOSTICO), LEIA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i>  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Ansiedade 02. Depressão 03. Alcoolismo 04. Esquizofrenia 05. Outras _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
513	Quando isto aconteceu, você fez algum tratamento?	00. Não ⇒ passe para Q.515 01. Sim 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
514	Qual o tratamento que você fez?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. TRATOU-SE COM PSICOLOGO 02. TRATOU-SE COM PSIQUIATRA 03. TOMOU REMÉDIO CONTROLADO 04. FOI INTERNADA EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	

515	Alguma vez você teve depressão ou alguma outra doença dos nervos, <u>depois do parto</u> ?	00. Não ⇒ passe para SEÇÃO 6 01. Sim 89. Não quis responder 99. Não sabe	
516	Qual foi o problema que você teve?  <i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNOSTICO), LEIA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i>  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Ansiedade 02. Depressão 03. Psicose 04. Esquizofrenia 05. Outra _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
517	Quando isto aconteceu, você fez algum tratamento?	00. Não ⇒ passe para Q.519 01. Sim 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
518	Qual o tratamento que você fez?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. TRATOU-SE COM PSICOLOGO 02. TRATOU-SE COM PSIQUIATRA 03. TOMOU REMÉDIO CONTROLADO 04. ESTEVE INTERNADA EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
519	Em que momento do pós-parto começou?  <i>(APENAS UMA RESPOSTA)</i>	01. ATE 7 DIAS 02. DE 8 A 42 DIAS 03. DE 43 A 90 DIAS 04. ACIMA DE 3 MESES 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
520	Quanto tempo durou?  <i>(APENAS UMA RESPOSTA)</i>	01. ATE 1 MES 02. DE 2 A 4 MESES 03. ACIMA DE 4 ATÉ 6 MESES 04. ACIMA DE 6 MESES 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	

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

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

SEÇÃO 6 TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO		Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito	
601	Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
602	Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
603	De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5	
604	Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
605	Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
606	Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5	
607	Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
608	Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
609	Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5	
610	Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	1	2	3	4	5	
611	Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5	
612	Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	1	2	3	4	5	
613	Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	1	2	3	4	5	
614	Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	1	2	3	4	5	
615	Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5	
616	Estar "superalerta", vigilante ou "em guarda"?	1	2	3	4	5	
617	Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	1	2	3	4	5	

SEÇÃO 7 – A ENTREVISTADA E SEU COMPANHEIRO NOS ÚLTIMOS 7 ANOS E NOS ÚLTIMOS 12 MESES E OUTROS AGRESSORES			
ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 7 CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERENCIA (BOX B)			
Agora vamos conversar sobre seu companheiro			
Quando duas pessoas casam, vivem juntas ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seu relacionamento atual (ou mais recente) e como o seu marido / companheiro a trata / ou a tratava. 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 você não precisa responder a nada que não queira. Posso continuar?			
701	Geralmente, você e o seu (atual ou mais recente) marido / companheiro conversam sobre os seguintes assuntos?	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
	a) COISAS QUE ACONTECEM COM ELE DURANTE O DIA	00	01
	b) COISAS QUE ACONTECEM COM VOCÊ DURANTE O DIA	00	01
	c) SUAS PREOCUPAÇÕES OU SENTIMENTOS	00	01
	d) AS PREOCUPAÇÕES OU SENTIMENTOS DELE	00	01
702	No relacionamento com seu (atual ou mais recente) marido / companheiro, com que frequência vocês brigam / brigavam?	01. RARAMENTE (menos de 1 vez / mês) 02. ALGUMAS VEZES (Entre 1 e 3 vezes / mês) 03. FREQUENTEMENTE (1 ou mais vezes / semana)	
703	Há algumas situações que ocorrem para muitas mulheres. Pensando sobre seu marido / companheiro (atual ou mais recente), você diria que geralmente ele:	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
	a) TENTA EVITAR QUE VOCÊ VISITE / VEJA SEUS AMIGOS.	00	01
	b) PROCURA RESTRINGIR O SEU CONTATO COM SUA FAMÍLIA.	00	01
	c) INSISTE EM SABER ONDE VOCÊ ESTÁ O TEMPO TODO.	00	01
	d) A IGNORA E A TRATA COM INDIFERENÇA.	00	01
	e) FICA ZANGADO SE VOCÊ CONVERSA COM OUTRO HOMEM.	00	01
	f) ESTÁ FREQUENTEMENTE SUSPEITANDO QUE VOCÊ É INFIEL.	00	01
	g) ESPERA QUE VOCÊ PEÇA PERMISSÃO A ELE ANTES DE PROCURAR UM SERVIÇO DE SAÚDE PARA VOCÊ MESMA.	00	01
	h) IMPEDE / TENTOU IMPEDIR VOCÊ DE TRABALHAR	00	01
	i) IMPEDE / TENTOU IMPEDIR VOCÊ DE ESTUDAR	00	01

**704 – Abuso PSICOLÓGICO cometido pelo companheiro nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.**

Nos últimos 12 meses, o seu marido / companheiro / namorado tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue com B. Se não, passe p/ C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu alguma vez nos últimos 7 anos? Se sim, passe p/ o item D. Se não, p/ a questão seguinte.				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			
	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA
1. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
3. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, se ele grita, quebra coisas)?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
4. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88

705 - Abuso PSICOLÓGICO cometido por outra pessoa nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.												
Nos últimos 12 meses, outra pessoa que não seja o seu marido / companheiro / namorado atual tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, passe p/ B. Se não, para C  Quem fez isso com você?	B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu, nos últimos 7 anos?  SE SIM, quem fez isso com você?	D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?					
		Uma	Poucas	Muitas	NA		Uma	Poucas	Muitas	NA		
1. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém	01	02	03	88	00. Ninguém	01	02	03	88		
	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88		
	02. Pai	01	02	03	88	02. Pai	01	02	03	88		
	03. Padrasto	01	02	03	88	03. Padrasto	01	02	03	88		
	04. Mãe	01	02	03	88	04. Mãe	01	02	03	88		
	05. Madrasta	01	02	03	88	05. Madrasta	01	02	03	88		
	06. Outro:	01	02	03	88	06. Outro:	01	02	03	88		
	.....					.....						
	89. Não quis responder 88. Não aplicável					89. Não quis responder 88. Não aplicável						
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém	01	02	03	88	00. Ninguém	01	02	03	88		
	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88		
	02. Pai	01	02	03	88	02. Pai	01	02	03	88		
	03. Padrasto	01	02	03	88	03. Padrasto	01	02	03	88		
	04. Mãe	01	02	03	88	04. Mãe	01	02	03	88		
	05. Madrasta	01	02	03	88	05. Madrasta	01	02	03	88		
	06. Outro:	01	02	03	88	06. Outro:	01	02	03	88		
	.....					.....						
	89. Não quis responder 88. Não aplicável					89. Não quis responder 88. Não aplicável						
3. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém	01	02	03	88	00. Ninguém	01	02	03	88		
	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88		
	02. Pai	01	02	03	88	02. Pai	01	02	03	88		
	03. Padrasto	01	02	03	88	03. Padrasto	01	02	03	88		
	04. Mãe	01	02	03	88	04. Mãe	01	02	03	88		
	05. Madrasta	01	02	03	88	05. Madrasta	01	02	03	88		
	06. Outro:	01	02	03	88	06. Outro:	01	02	03	88		
	.....					.....						
	89. Não quis responder 88. Não aplicável					89. Não quis responder 88. Não aplicável						
4. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém	01	02	03	88	00. Ninguém	01	02	03	88		
	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88		
	02. Pai	01	02	03	88	02. Pai	01	02	03	88		
	03. Padrasto	01	02	03	88	03. Padrasto	01	02	03	88		
	04. Mãe	01	02	03	88	04. Mãe	01	02	03	88		
	05. Madrasta	01	02	03	88	05. Madrasta	01	02	03	88		
	06. Outro:	01	02	03	88	06. Outro:	01	02	03	88		
	.....					.....						
	89. Não quis responder 88. Não aplicável					89. Não quis responder 88. Não aplicável						

706 - Abuso FÍSICO cometido pelo companheiro nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.																
Nos últimos 12 meses, o seu marido / companheiro / namorado tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue com B. Se não, passe p/ C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu alguma vez nos últimos 7 anos? Se sim, passe p/ o item D. Se não, p/ a questão seguinte.				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			
	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA
1. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
2. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
3. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
4. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
5. Tentou estrangular ou queimou você de propósito?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
6. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88

707 - Abuso FÍSICO cometido por outra pessoa nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.																																		
Nos últimos 12 meses, outra pessoa que não seja o seu marido / companheiro / namorado atual tratou você da seguinte forma:	A) Se SIM, passe p/ B. Se não, para C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu, nos últimos 7 anos?				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?																					
	Quem fez isso com você?				Uma Poucas Muitas NA				SE SIM, quem fez isso com você?				Uma Poucas Muitas NA																					
1. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?  (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	00. Ninguém	01. Ex-marido / companheiro / namorado	02. Pai	03. Padrasto	04. Mãe	05. Madrasta	06. Outro: .....	89. Não quis responder	88. Não aplicável	01	02	03	88	01	02	03	88	00. Ninguém	01. Ex-marido / companheiro / namorado	02. Pai	03. Padrasto	04. Mãe	05. Madrasta	06. Outro: .....	89. Não quis responder	88. Não aplicável	01	02	03	88	01	02	03	88
2. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?  (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	00. Ninguém	01. Ex-marido / companheiro / namorado	02. Pai	03. Padrasto	04. Mãe	05. Madrasta	06. Outro: .....	89. Não quis responder	88. Não aplicável	01	02	03	88	01	02	03	88	00. Ninguém	01. Ex-marido / companheiro / namorado	02. Pai	03. Padrasto	04. Mãe	05. Madrasta	06. Outro: .....	89. Não quis responder	88. Não aplicável	01	02	03	88	01	02	03	88

707 (CONTINUAÇÃO)												
Nos últimos 12 meses, outra pessoa que não seja o seu marido / companheiro / namorado atual tratou você da seguinte forma:	A) Se SIM, passe p/ B. Se não, para C  Quem fez isso com você?	B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu, nos últimos 7 anos?  SE SIM, quem fez isso com você?	D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?					
		Uma	Poucas	Muitas	NA		Uma	Poucas	Muitas	NA		
3. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém	01	02	03	88	00. Ninguém	01	02	03	88		
	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88		
	02. Pai	01	02	03	88	02. Pai	01	02	03	88		
	03. Padrasto	01	02	03	88	03. Padrasto	01	02	03	88		
	04. Mãe	01	02	03	88	04. Mãe	01	02	03	88		
	05. Madrasta	01	02	03	88	05. Madrasta	01	02	03	88		
	06. Outro:	01	02	03	88	06. Outro:	01	02	03	88		
89. Não quis responder					89. Não quis responder							
88. Não aplicável					88. Não aplicável							
4. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém	01	02	03	88	00. Ninguém	01	02	03	88		
	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88		
	02. Pai	01	02	03	88	02. Pai	01	02	03	88		
	03. Padrasto	01	02	03	88	03. Padrasto	01	02	03	88		
	04. Mãe	01	02	03	88	04. Mãe	01	02	03	88		
	05. Madrasta	01	02	03	88	05. Madrasta	01	02	03	88		
	06. Outro:	01	02	03	88	06. Outro:	01	02	03	88		
89. Não quis responder					89. Não quis responder							
88. Não aplicável					88. Não aplicável							
5. Tentou estrangular ou queimou você de propósito?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém	01	02	03	88	00. Ninguém	01	02	03	88		
	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88		
	02. Pai	01	02	03	88	02. Pai	01	02	03	88		
	03. Padrasto	01	02	03	88	03. Padrasto	01	02	03	88		
	04. Mãe	01	02	03	88	04. Mãe	01	02	03	88		
	05. Madrasta	01	02	03	88	05. Madrasta	01	02	03	88		
	06. Outro:	01	02	03	88	06. Outro:	01	02	03	88		
89. Não quis responder					89. Não quis responder							
88. Não aplicável					88. Não aplicável							
6. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém	01	02	03	88	00. Ninguém	01	02	03	88		
	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88		
	02. Pai	01	02	03	88	02. Pai	01	02	03	88		
	03. Padrasto	01	02	03	88	03. Padrasto	01	02	03	88		
	04. Mãe	01	02	03	88	04. Mãe	01	02	03	88		
	05. Madrasta	01	02	03	88	05. Madrasta	01	02	03	88		
	06. Outro:	01	02	03	88	06. Outro:	01	02	03	88		
89. Não quis responder					89. Não quis responder							
88. Não aplicável					88. Não aplicável							

708 - Abuso SEXUAL cometido pelo companheiro nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.																
Nos últimos 12 meses, o seu marido / companheiro / namorado tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue com B. Se não, passe p/ C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu alguma vez nos últimos 7 anos? Se sim, passe p/ o item D. Se não, p/ a questão seguinte.				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			
	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA
1. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
2. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
3. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88

709 - Abuso SEXUAL cometido por outra pessoa nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.																					
Nos últimos 12 meses, outra pessoa que não seja o seu marido / companheiro / namorado atual tratou você da seguinte forma:	A) Se SIM, passe p/ B. Se não, para C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu, nos últimos 7 anos?				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?								
	Quem fez isso com você?								SE SIM, quem fez isso com você?												
	Uma	Poucas	Muitas	NA		Uma	Poucas	Muitas	NA		Uma	Poucas	Muitas	NA		Uma	Poucas	Muitas	NA		
1. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	00. Ninguém				01	02	03	88	00. Ninguém	01	02	03	88	01	02	03	88				
	01. Ex-marido / companheiro / namorado				01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88	01	02	03	88				
	02. Pai				01	02	03	88	02. Pai	01	02	03	88	01	02	03	88				
	03. Padrasto				01	02	03	88	03. Padrasto	01	02	03	88	01	02	03	88				
	04. Outro:				01	02	03	88	04. Outro:	01	02	03	88	01	02	03	88				
	.....								.....												
	89. Não quis responder								89. Não quis responder												
	88. Não aplicável								88. Não aplicável												
2. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	00. Ninguém				01	02	03	88	00. Ninguém	01	02	03	88	01	02	03	88				
	01. Ex-marido / companheiro / namorado				01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88	01	02	03	88				
	02. Pai				01	02	03	88	02. Pai	01	02	03	88	01	02	03	88				
	03. Padrasto				01	02	03	88	03. Padrasto	01	02	03	88	01	02	03	88				
	04. Outro:				01	02	03	88	04. Outro:	01	02	03	88	01	02	03	88				
	.....								.....												
	89. Não quis responder								89. Não quis responder												
	88. Não aplicável								88. Não aplicável												
3. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?	00. Ninguém				01	02	03	88	00. Ninguém	01	02	03	88	01	02	03	88				
	01. Ex-marido / companheiro / namorado				01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado	01	02	03	88	01	02	03	88				
	02. Pai				01	02	03	88	02. Pai	01	02	03	88	01	02	03	88				
	03. Padrasto				01	02	03	88	03. Padrasto	01	02	03	88	01	02	03	88				
	04. Outro:				01	02	03	88	04. Outro:	01	02	03	88	01	02	03	88				
	.....								.....												
	89. Não quis responder								89. Não quis responder												
	88. Não aplicável								88. Não aplicável												

CASO A ENTREVISTADA <u>NÃO</u> TENHA RELATOS DE VIOLÊNCIA PASSE PARA Q.711		
710	O pai de _____ (nome da criança) foi o causador de alguma(s) dessa(s) situação(ões) vivenciada(s) por você?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável
711	Nos últimos 7 anos, você agrediu fisicamente o pai de _____ (nome da criança), sem ser para se defender?	00. Não ⇒ passe para SEÇÃO 8 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável
712	Você diria que isto aconteceu:	01. 1 OU 2 VEZES 02. ALGUMAS VEZES 03. MUITAS VEZES 89. Não quis responder 88. Não aplicável
713	Que situações levam / levaram você a agredir fisicamente o pai de _____ (nome da criança)?  <u>EXPLORE:</u> alguma outra situação?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Sem motivo 02. Quando embriagada 03. Quando ele chega embriagado 04. Problemas com dinheiro 05. Dificuldades no trabalho 06. Falta de comida em casa 07. Problemas familiares 08. Gravidez 09. Ciúmes 10. Recusa de sexo 11. Desobediência 12. Outras: ..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável

SEÇÃO 8 – IMPACTO E ENFRENTAMENTO		
	Agora eu gostaria de fazer perguntas sobre o que geralmente acontece / acontecia quando seu marido / companheiro é / era violento.  Caso tenha relatado mais que um parceiro violento, acrescentar que as questões (Q.705, Q.707 e Q.709) referem-se ao <b>ÚLTIMO</b> ou <b>MAIS RECENTE PARCEIRO</b> ou <b>EX-PARCEIRO</b> ou qualquer outro homem que tenha cometido violência contra ela.	
801	Existem situações particulares que costumam levar seu companheiro à violência?  <u>EXPLORE:</u> alguma outra situação?  <i>(ASSINALE TODAS AS QUE FOREM MENCIONADAS).</i>	01. Sem motivos 02. Quando bêbado 03. Problemas com dinheiro 04. Dificuldades no trabalho 05. Quando desempregado 06. Falta de comida em casa 07. Problemas familiares 08. Gravidez 09. Ciúmes 10. Recusa de sexo 11. Desobediência 12. Outras: _____
802	Durante ou depois do episódio de violência física, ele costuma / costumava forçar você a fazer sexo?  Se SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes / o tempo todo?	01. NUNCA 02. 1 OU 2 VEZES 03. ALGUMAS VEZES 04. MUITAS VEZES / O TEMPO TODO

803	Durante as vezes em que você foi agredida, você alguma vez revidou fisicamente ou reagiu para se defender?  Se SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes / o tempo todo?	01. NUNCA 02. 1 OU 2 VEZES 03. ALGUMAS VEZES 04. MUITAS VEZES / O TEMPO TODO	
804	Em alguma ocasião você bateu ou agrediu fisicamente seu marido / companheiro quando ele não estava batendo em você ou agredindo você fisicamente?  Se SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes?	01. NUNCA 02. 1 OU 2 VEZES 03. ALGUMAS VEZES 04. MUITAS VEZES / O TEMPO TODO	
805	Você diria que a violência do seu marido / companheiro contra você afetou / está afetando sua saúde física ou mental?  EXPLORE: afetou sua saúde um pouco ou muito?	01. NAO AFETOU 02. UM POUCO 03. MUITO	
806	De que forma a violência prejudicou seu emprego ou outras atividades geradoras de renda?  <i>(ACEITA MAIS DE UMA RESPOSTA)</i>	01. NAO TEM TRABALHO REMUNERADO 02. NAO PREJUDICOU 03. PARCEIRO INTERROMPEU O TRABALHO 04. INCAPAZ DE CONCENTRAR-SE 05. INCAPAZ DE TRABALHAR / AFASTAMENTO MÉDICO 06. PERDEU A CONFIANÇA EM SUA CAPACIDADE 07. OUTRAS: _____	
807	Com quem você conversou sobre a violência sofrida?  <i>ASSINALE TODOS QUE SE APLICAM</i>  EXPLORE: Alguém mais?	01. Ninguém 02. Amigo / amiga 03. Pais 04. Irmão ou irmã 05. Família do marido / companheiro 06. Filhos 07. Vizinhos 08. Policial 09. Médico / Profissional de saúde 10. Padre / Líder religioso 11. Psicólogo / Aconselhador. 12. ONG / Organização de mulheres 13. Líder local. 14. Outros _____	
808	Alguém já tentou ajudá-la?  Se SIM, quem?  <i>ASSINALE TODOS QUE SE APLICAM</i>  EXPLORE: Alguém mais?	01. Ninguém 02. Amigo / amiga 03. Pais 04. Irmão ou irmã 05. Família do marido / companheiro 06. Filhos 07. Vizinhos 08. Policial 09. Médico / Profissional de saúde 10. Padre / Líder religioso 11. Psicólogo / Aconselhador. 12. ONG / Organização de mulheres 13. Líder local. 14. Outros _____	

809	A) Você já foi a algum dos seguintes serviços para obter ajuda?  (LEIA E ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS).	SIM	NÃO	B) Foi atendida?	
				SIM	NÃO
	01. POLÍCIA 02. DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER 03. SERVIÇOS JURÍDICOS / ADVOGADO 04. TRIBUNAL / JUIZADO 05. HOSPITAL OU CENTROS DE SAÚDE 06. SERVIÇOS SOCIAIS 07. ABRIGO 08. ORGANIZAÇÃO DE MULHERES (USE O NOME) 09. LÍDER LOCAL 10. PADRE / LÍDER RELIGIOSO 11. MAIS ALGUM LUGAR? ONDE? _____	01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01	00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01	00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00
810	O que aconteceu após você procurar ajuda das instituições citadas abaixo?  01. POLÍCIA 02. DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER 03. SERVIÇOS JURÍDICOS / ADVOGADO 04. TRIBUNAL / JUIZADO  (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)			01. NOTIFICAÇÃO DA SUA DENÚNCIA 02. SOLICITAÇÃO DE EXAME MÉDICO LEGAL 03. MEDIDAS DE AMPARO (ida para abrigo) 04. NOTIFICAÇÃO DE COMPARECIMENTO DO HOMEM NUMA DELEGACIA 05. ABERTURA DE PROCESSO CONTRA O HOMEM 06. AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO 07. PUNIÇÃO PARA O HOMEM (como prisão) 08. NADA FOI RESOLVIDO 09. OUTRA:..... 89. Não quis responder	
811	O que aconteceu após você procurar ajuda das instituições citadas abaixo?  01. HOSPITAL OU CENTROS DE SAÚDE 02. SERVIÇOS SOCIAIS 03. ABRIGO 04. ORGANIZAÇÃO DE MULHERES (USE O NOME)  (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)			01. ATENDIMENTO POR MÉDICO 02. ATENDIMENTO POR ENFERMEIRO 03. ATENDIMENTO POR PSICÓLOGO 04. ATENDIMENTO POR ASSISTENTE SOCIAL 05. PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS 06. INTERNAMENTO 07. PROCEDIMENTO DE SUTURAS, COLOCAÇÃO DE GESSO 08. PREENCHIMENTO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO 09. NÃO FALOU SOBRE A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA 10. OUTRO:..... 89. Não quis responder	
812	O que aconteceu após você procurar ajuda das instituições citadas abaixo?  01. LÍDER LOCAL 02. PADRE / LÍDER RELIGIOSO  (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)			01. ACONSELHAMENTO PARA PROCURAR SEUS DIREITOS 02. ACONSELHAMENTO PARA TER PACIÊNCIA, SE CONFORMAR E TER ESPERANÇA NA MUDANÇA DO PARCEIRO 03. OUTRO:..... 89. Não quis responder	

813	<p>Você gostaria de receber ajuda de mais alguém? De quem?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>00. Ninguém mencionado  01. Família  02. Mãe dela  03. Mãe dele  04. Centro de Saúde  05. Polícia  06. Padre / líder religioso  07. Outra: _____</p>	
814	<p>Você já saiu sua casa, mesmo que somente por uma noite, por causa da violência?</p> <p>Se SIM, quantas vezes?</p>	<p>NUMERO DE VEZES ..... [ ] [ ]</p> <p>NUNCA .... '00' ⇒ passe para SEÇÃO 9</p>	
815	<p>O que a fez ir embora da <u>última vez</u>?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>00. Nenhum incidente particular  01. Encorajada por amigos / família  02. Não aguentava mais  03. Muito machucada / medo que ele a matasse  04. Ele ameaçou ou tentou matá-la  05. Ele ameaçou ou bateu nos filhos  06. Viu que os filhos estavam sofrendo  07. foi colocada para fora de casa  08. Teve medo que pudesse matá-lo  09. Encorajada por alguma instituição / organização _____  10. Outra: _____  88. Não aplicável</p>	
816	<p>Por que você voltou para ele?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>01. Não queria deixar as crianças  02. Pelo bem da família / dos filhos  03. Não poderia sustentar os filhos  04. Amava o marido / companheiro  05. Ele pediu para que ela voltasse  06. A família pediu para que ela voltasse  07. Ela o perdoou / achou que ele iria mudar  08. Ele ameaçou a ela / filhos  01. Não poderia permanecer onde ela / estava / não tinha para onde ir  11. Outro: _____  88. Não aplicável</p>	

## ANEXO A

# INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO NA 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 referências.**

#### **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<sup>9</sup> (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.<sup>12,15</sup>

**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, para sua 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](http://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

Assinatura

### 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. Todas 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

Assinatura

---

Local, Data

Assinatura

### Taxa de Publicação

Em janeiro de 2012, a **RSP** instituiu a cobrança de uma taxa por artigo publicado. Esta taxa deve ser paga por todos os autores que tiverem seus manuscritos **aprovados** para publicação, excetuadas situações devidamente justificadas, cuja análise será feita caso a caso.

Essa cobrança destina-se a complementar os recursos públicos obtidos da Universidade de São Paulo e de órgãos de apoio à pesquisa do Estado de São Paulo e do Brasil. Essa complementação é essencial para assegurar qualidade, impacto e regularidade do periódico, incluindo manutenção do sistema eletrônico de submissão e avaliação de manuscritos, revisão da redação científica e tradução/revisão para o inglês de todos os **manuscritos** aprovados.

Após três anos e meio sem reajuste, **a partir de 01/07/2015**, a taxa será reajustada em 20%. Ou seja, para textos submetidos a partir dessa data, a taxa será de R\$ 1.800,00 para artigo original, revisão e comentário e de R\$ 1.200,00 para comunicação-breve. Assim que o manuscrito for aprovado, o autor receberá instruções de como proceder para o pagamento da taxa.

A **RSP** fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



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**



[revsp@org.usp.br](mailto:revsp@org.usp.br)