ELIZABETH ZAMERUL ALLY

VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para a obtenção do Título de Mestre em Psiquiatria e Psicologia Médica.

São Paulo, Brasil

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA

VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS

ELIZABETH ZAMERUL ALLY

Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Clarice Sandi Madruga

São Paulo, Brasil

2017

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

Catalogação da Publicação

ALLY, Elizabeth Zamerul

Violência entre Parceiros Íntimos no Brasil e Fatores Associados

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica, 2017, 115 páginas

Título em Inglês: Intimate Partner Violence in Brazil and Associated Factors

1. Violência Doméstica 2. Violência entre parceiros íntimos 3. Epidemiologia

4. Violência; 5. Brasil

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

Chefe Do Departamento:
Prof. Dr. Marcelo Feijó de Mello

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação:
Prof.ª Dr.ª Andrea Parolin Jackowski

ELIZABETH ZAMERUL ALLY

VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS

ORIENTADORA

Prof.ª Dr.ª Clarice Sandi Madruga

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas - UNIFESP

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Sandra Cristina Pillon
Escola de Enfermagem da USP - Ribeirão Preto

Prof.ª Dr.ª Andrea de Abreu Feijó de Mello
Departamento de Psiquiatria da UNIFESP

Prof. Dr. Thiago Marques Fidalgo
Departamento de Psiquiatria - UNIFESP

SUPLENTE:

Prof.ª Dr.ª Maria Carmen Viana
Departamento de Medicina Social - UFES

Agradecimentos

Agradeço à Prof.ª e orientadora Clarice Sandi Madruga, que me ofereceu esta oportunidade maravilhosa e um sonho antigo de voltar à academia e realizar o mestrado, que me ensinou muito neste período, com disponibilidade para explicar, revisar e estudar junto; por ter criado várias outras possibilidades como palestra em congresso, pôsteres, reuniões em grupo para estudo e, em especial, por ter me permitido trabalhar neste tema da violência entre parceiros íntimos neste período.

Aos amados seres de luz, encarnados ou não, que me acompanham, orientam e me amparam nesta jornada incrível que é a vida!

RESUMO

Objetivo: Comparar as taxas de prevalência da violência entre parceiros íntimos (VPI) em 2006 e 2012 em uma amostra de domicílios nacionalmente representativa no Brasil. As associações entre VPI e o uso de substâncias psicoativas, depressão, ideação e tentativas de suicídio, falta de suporte social e DST-HIV também foram investigados. As análises detalharam os achados para vítimas, agressores, envolvidos em VPI bidirecional, homens e mulheres.

Métodos: Este estudo é transversal, baseado nos dados das duas ondas do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2006/2012). VPI foi avaliada usando o Conflict Tactic Scale-R; para a Depressão, a escala CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale); o AUDIT (Alcohol Use Disorders Test) para o consumo do Álcool e o questionário APMS (Adult Psychiatric Morbidity Survey - England) para o uso do Tabaco, substâncias Ilícitas e Rede de Suporte Social. As taxas de prevalência ponderadas e o modelo de regressão logística ajustado foram calculados para as razões de chance (*odds*).

Resultados: As taxas de prevalência da vitimização na VPI diminuíram significativamente entre as mulheres. As taxas de Agressão na VPI entre homens também diminuíram significativamente, bem como os índices de violência bidirecional. O abuso de bebidas alcoólicas aumentou a probabilidade de ser vítima e agressor na VPI. Usar drogas ilícitas quase quintuplicou a probabilidade de ser um agressor. As associações da VPI com sintomas depressivos, ideação suicida, tentativa de suicídio e contaminação por DST/HIV foram significantes para vítimas, agressores e envolvidos com violência bidirecional.

Conclusões: Apesar da redução significativa na maioria dos tipos de VPI entre 2006 e 2012, a violência perpetrada pelas mulheres não foi significativamente reduzida e as taxas nacionais atuais ainda são altas. Além disso, este estudo sugere que o uso de álcool e outras drogas psicoativas desempenha um papel importante na VPI, assim como os desfechos de depressão, tentativas de suicídio e contaminação por DST/HIV. Iniciativas de prevenção devem levar em consideração o uso indevido de drogas e estes desfechos.

Palavras-chave: Violência doméstica; violência por parceiro íntimo; epidemiologia; violência; Brasil

ABSTRACT

Objective: To compare intimate partner violence (IPV) prevalence rates in 2006 and 2012 in a nationally representative household sample in Brazil. The associations between IPV and substance use, depression, suicidal ideation and attempts, lack of social support and HIV-STD infection were also investigated. The analyzes detailed results for victims, offenders, involved in bidirectional IPV, men and women.

Methods: This is a cross-sectional study, based on data from two waves (2006/2012) of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). IPV was assessed using the Conflict Tactic Scale-R. to the Depression, the CES-D scale (Center for Epidemiological Studies Depression Scale); AUDIT (Alcohol Use Disorders Test) for the consumption of alcohol and the questionnaire APMS (Adult Psychiatric Morbidity Survey - England) for the use of tobacco; illicit substances and Network Social Support. Weighted prevalence rates and adjusted logistic regression model were calculated for the odds ratio (odds).

Results: Prevalence rates of IPV victimization decreased significantly, especially among women. The rates of IPV perpetration also decreased significantly for the overall sample and in men), as well as the rates of bidirectional violence (by individuals who were simultaneously victims and perpetrators of violence). Alcohol increased the likelihood of being a victim and perpetrator of IPV. Use of illicit drugs increased up to 4.5 times the likelihood of being a perpetrator. The associations between IPV and depressive symptoms, suicidal ideation and attempt and STD/HIV-positive were significant for victims, perpetrators and involved with bidirectional violence.

Conclusions: In spite of the significant reduction in most types of IPV between 2006 and 2012, violence perpetrated by women was not significantly reduced, and the current national rates are still high. Further, this study suggests that use of alcohol and other psychoactive drugs plays a major role in IPV as well as the outcomes of depression, suicide attempts and STD/HIV infection. Prevention initiatives should take into account the misuse of drugs and these outcomes.

Keywords: Domestic violence; intimate partner violence; epidemiology; violence; Brazil

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS **Pág.**

Figura 1: Mapa ilustrativo LENAD 5

Tabela 1: Instrumentos que compuseram o LENAD e utilização no presente estudo..... 33

Tabela 2: Prevalências por tipo de violência (Vítima, Agressor, Bidirecional) por sexo 45

Tabela 3: Taxas de prevalência de violência entre parceiros íntimos por gênero, entre 2006 e 2012, incluindo vítimas, agressores e os envolvidos em violência bidirecional. 46

Tabela 4: Taxas de prevalência de vitimização e agressão de, ao menos um evento de VPI entre 2006 e 2012, pelas características sociodemográficas. 47

Tabela 5: Associações entre VPI e uso de substâncias psicoativas entre vítimas, agressores e envolvidos em violência bidirecional e taxas de prevalência do uso de substâncias. 49

Tabela 6: Taxas de Prevalência de fatores associados à VPI em 2012 – Indicação de depressão, Falta de suporte social, Ideação suicida, Tentativa de suicídio e DST/HIV..... 52

Tabela 7: Fatores Associados - Razão de Possibilidades (Odds Ratio) em 2012..... 53

LISTA DE ABREVIATURAS

Abreviatura		Significado
UNIFESP	_____	Universidade Federal de São Paulo
INPAD	_____	Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas
LENAD	_____	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
BNADS	_____	Brazilian National Alcohol and Drugs Survey
OMS	_____	Organização Mundial de Saúde
WHO	_____	World Health Organization
VPI	_____	Violência entre Parceiros Últimos
TRA	_____	Transtornos Relacionados ao Álcool
CI	_____	Confidence Interval
IC	_____	Intervalo de Confiança
OR	_____	Odds Ratio (razão de odds)
SPAs	_____	Substâncias PsicoAtivas

GLOSSÁRIO

Resumo / Astract..... 8
Lista de Tabelas, Gráficos e figuras..... 10
Lista de Abreviaturas..... 11
Apresentação..... 15
Declaração da contribuição do aluno..... 16
1. INTRODUÇÃO..... 18
1.1 Panorama da Violência entre Parceiros Íntimos no mundo..... 19
1.2 Violência entre Parceiros Íntimos no Brasil..... 20
1.3 Outros Aspectos da Violência entre Parceiros Íntimos e Fatores Associados..... 21
2. OBJETIVOS..... 28
2.1 Estudo (1) 29
2.2 Estudo (2) 29
3. MÉTODO..... 30
3.1 Sobre o LENAD..... 31
3.1.1 Amostragem e Amostra..... 31
3.1.2 Procedimento de Coleta de Dados..... 33
3.1.3 Instrumentos..... 34
Avaliação de Características Sociodemográficas..... 35
Avaliação da Violência por Parceiro Íntimo..... 38
Avaliação do Beber em binge..... 38
Avaliação da Dependência de Álcool: DSM-4 e DSM-5..... 39
Avaliação do uso do Tabaco..... 39
Avaliação do uso de substâncias psicoativas..... 40
Avaliação de Severidade de Dependência de Maconha e Cocaína.....40
Avaliação da Depressão..... 41
Avaliação de Rede de Suporte Social..... 41
Avaliação de Ideação e Tentativas de Suicídio..... 42
Avaliação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV..... 42
3.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA..... 42
3.2.1. Estudo (1) 43
3.2.2. Estudo (2) 43
3.3. Aspectos Éticos..... 43

4. RESULTADOS..... 45
4.1 Resultados do Estudo (1) 46
4.1.1 Tendências de Violência entre Parceiros Íntimos entre 2006 e 2012..... 46
4.1.2 Associações entre a Violência entre Parceiros Íntimos e Características Sociodemográficas..... 50
4.1.3 Violência entre Parceiros Íntimos e Associação com uso de Substâncias Psicoativas..... 50
Vitimização na Violência entre Parceiros Íntimos..... 50
Agressão na Violência entre Parceiros Íntimos..... 52
Violência entre Parceiros Íntimos Bidirecional..... 53
4.2 Resultados do Estudo (2) 53
4.2.1 Fatores Associados à Violência entre Parceiros Íntimos em 2012..... 53
Vitimização na Violência entre Parceiros Íntimos..... 54
Agressão na Violência entre Parceiros Íntimos..... 56
Violência entre Parceiros Íntimos Bidirecional..... 56
5. DISCUSSÃO..... 58
5.1 Resultados Descritivos..... 59
5.2 Resultados Analíticos..... 62
5.3 Violência Bidirecional..... 65
6. LIMITAÇÕES E VANTAGENS DOS ESTUDOS..... 67
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 69
8. REFERÊNCIAS..... 71
9. ANEXOS..... 79
9.1 Anexo 1- Artigo publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria
9.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Adultos
9.3 Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Menores
9.4 Anexo 4 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética de Pesquisa
9.5 Questionário LENAD 2 - Instrumentos utilizados neste estudo
9.5.1 A. Variáveis Demográficas
9.5.2 B. Consumo de Bebidas alcoólicas
9.5.3 Binge
9.5.4 D. Dependência/Abuso de Álcool – CIDI
9.5.5 H. Consumo de Tabaco

9.5.6 L. Uso de drogas

9.5.7 J. Avaliação de Saúde Geral – DST

9.5.8 N. Violência Doméstica

9.5.9 P. Escala de Depressão – CES-D

9.5.10 Q. Rede de Suporte Social

9.5.11 T. Questões Pessoais - HIV e Suicídio

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação intitulada “Violência entre Parceiros Íntimos no Brasil e Fatores Associados” será apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo para a obtenção do grau de mestre.

Tendo em vista que dois manuscritos foram desenvolvidos durante o curso de mestrado, a dissertação seguirá um formato para a apresentação de tais publicações, onde a introdução trará um breve apanhado teórico sobre os conceitos básicos e as estatísticas de artigos atuais sobre a Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) em seus vários aspectos, dando especial atenção à sua associação com o uso de substâncias psicoativas (SPAs), depressão, ideação e tentativas de suicídio, fatores que fizeram parte das análises realizadas para a produção dos artigos. Tendo em vista que este trabalho foi desenvolvido a partir de análises periféricas do Primeiro e Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), optou-se por adicionar um capítulo para descrever o método, que aborda tanto a metodologia utilizada nas duas ondas do levantamento, quanto as análises estatísticas necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos publicados. A seção “Resultados” será dividida em dois tópicos: do estudo 1 e do estudo 2.

Enfim, o capítulo “Discussão” trará uma visão das abordagens da VPI que têm sido estudadas dentro deste tema por outros autores e um apanhado dos principais resultados dos estudos 1 e 2, bem como considerações teóricas, contrapondo os achados com o conhecimento já existente na literatura. Ainda neste capítulo, serão descritas as limitações, vantagens e implicações dos resultados, seguidas da conclusão do trabalho, com sugestões para futuras investigações.

Em anexo, encontram-se os principais instrumentos utilizados e a aprovação do comitê de ética em pesquisa (CEP-UNIFESP).

Declaração da contribuição do aluno

O trajeto para a execução desta dissertação foi iniciado a partir de algumas experiências profissionais marcantes para mim. A primeira, foi o trabalho clínico em dependência química, desde 1989, quando ajudei a organizar e depois me tornei diretora do ambulatório "Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA)" na Prefeitura de Santo André, inicialmente para os seus funcionários dependentes de álcool, e que, posteriormente, foi estendido para toda a população da cidade. Apesar de deixar este trabalho alguns anos depois e ter feito outras trajetórias na vida profissional, continuo atendendo aos dependentes químicos até os dias atuais em várias frentes de trabalho. A segunda situação foi um trabalho como psiquiatra voluntária no Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMI) em Santo André, de 1994 a 2000, atendendo, através da farmacoterapia, os agressores (geralmente os pais) das crianças maltratadas. Uma terceira situação importante ocorreu em 2001, quando trabalhei na Prefeitura de São Paulo, participando como psicoterapeuta por um ano, de um grupo aberto para a população de mulheres vítimas de violência doméstica, junto à equipe da Prof.ª Dr.ª Lilia Blimo Schraiber, uma profissional e pesquisadora da Medicina Preventiva da USP, referência nacional e internacional neste tema. Tendo observado durante todo este tempo a violência recorrente nestas famílias, a presença do uso do álcool e outras drogas, vi-me sempre estimulada a estudar e compreender mais as relações entre estes temas quando, em fins de 2014, terminando a pós-graduação em Dependência Química pela UNIAD, fui convidada pela Prof.ª Dr.ª Clarice Sandi Madruga a fazer um estudo sobre as tendências em VPI, com base nos dados das duas ondas do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2006 e 2012). Minha motivação foi imediata para iniciar este projeto, mesmo antes de adentrar no curso do mestrado, que foi uma decorrência natural e também há muito desejada.

Inicialmente juntamos, num mesmo estudo, a comparação das prevalências entre 2006 e 2012, incluindo os dados sociodemográficos e as associações com todos estes fatores mencionados anteriormente e notamos, durante o processo, que analisar a VPI detalhando para cada sexo (masculino e feminino), por papel vivenciado de vítima, de agressor ou de envolvido na violência de forma bidirecional e associando a cada um daqueles fatores, tornou o estudo extenso e complexo. A partir desta percepção, decidimos dividi-lo em duas partes, ou seja, em dois artigos, para torná-los mais descritivos e por isto, algumas tabelas aqui apresentadas não foram incluídas no artigo publicado. O estudo 1 foi publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria em junho de 2016 (ANEXO 1) e o segundo estudo está sendo finalizado e espera-se submetê-lo para publicação em breve.

Neste período de ampla investigação sobre este tema, entre 2015 e 2017, também houve outros frutos: 3 divulgações dos resultados encontrados em congressos no formato de pôster. O primeiro, intitulado "O Impacto da Lei Maria da Penha nos índices de Violência Entre Parceiros: Dados comparativos do I e II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)" apresentado no XXXIII Congresso da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP em Florianópolis, em 11/2015. O mesmo tema com análises mais aprofundadas foi apresentado no IV Congresso de Clínica Psiquiátrica, em 04/2016. Enfim um terceiro pôster intitulado "Fatores Associados à Violência entre Parceiros Íntimos na População Brasileira: dados do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) II" foi apresentado no XXXIV Congresso da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP em São Paulo, em 11/2016. Além destes eventos, também divulguei os resultados encontrados durante o mestrado através de uma palestra na mesa redonda intitulada: Mulheres, no XXIII Congresso da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Drogas (ABEAD) em 09/2015, onde apresentei "Índices de violência entre parceiros íntimos no Brasil entre 2006 e 2012 e associações com o uso de substâncias", um resumo dos resultados do estudo 1 desta dissertação.

1. INTRODUÇÃO

A 49ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1996, assinalou a violência como um problema de saúde pública prioritário que urge ser prevenido. Em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou o Relatório *Preventing Intimate Partner and Sexual Violence Against Women* e nele encontramos a definição da VPI como o "comportamento, num relacionamento íntimo, que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e controle de comportamentos" (WHO, 2010).

Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) é catalogada como interpessoal e é um termo pouco conhecido e empregado no Brasil, onde a expressão mais usada é "Violência contra a mulher" e, outras vezes, "Violência doméstica", deixando subentendida a premissa da "questão de gênero". De acordo com Montesanti et al., "violência baseada no gênero" refere-se à violência que é de alguma forma direta e tem o objetivo de expressar e manter as relações de poder de ordem opressiva quanto ao gênero. Este conceito inclui, além da violência contra a mulher, a violência contra homens e indivíduos transgêneros (Montesanti & Thurston, 2015). Todavia em grande parte dos estudos brasileiros esta concepção é utilizada, geralmente, delimitando a mulher no papel de vítima, em geral, do marido, namorado, companheiro, seu parceiro anterior e outros homens conhecidos ou estranhos. Esta tendência ocorre também em outros países. Uma revisão sistemática revelou que 78,4% destes estudos se concentraram em mulheres entre 20 e 29 anos, 72,2% eram casadas e em 97,2% dos casos, o agressor era o parceiro íntimo atual (Frank, 2010).

1.1. Panorama da Violência entre Parceiros Íntimos no mundo

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência global da VPI durante a vida entre mulheres casadas ou que coabitam é de cerca de 30% (Stockl et al., 2013), variando de 20 a 40% para diferentes regiões ao redor do mundo (WHO, 2013). Comparado com homens vítimas de VPI, as mulheres são mais propensas a sofrer agressões físicas graves (Thureau, Le Blanc-Louvry, Thureau, Gricourt, & Proust, 2015). Importante esclarecer que mais de um em cada 10 homicídios é cometido por um parceiro íntimo e mais de um terço dos homicídios femininos são perpetrados por parceiros (Stockl et al., 2013).

Uma revisão sistemática realizada na Suíça revelou que cerca de metade das mulheres que sofreram VPI tiveram danos físicos como traumas musculoesqueléticos, genitais,

abortos induzidos, partos prematuros com bebês de baixo peso e infecções, especialmente por HIV (Campbell, 2002; Durevall & Lindskog, 2015; Instituto Avon & Popular, 2014; Investigators et al., 2013; WHO, 2013).

Apesar de vários estudos terem demonstrado maiores taxas de prevalência de violência doméstica entre populações latinas em comparação com outros grupos étnicos (Cho, Velez-Ortiz, & Parra-Cardona, 2014; Godoy-Ruiz, Toner, Mason, Vidal, & McKenzie, 2014; Pontecorvo et al., 2004; Stockman, Hayashi, & Campbell, 2015), há escassez de dados sobre o assunto na América Latina (Carrasco-Portino, Vives-Cases, Gil-Gonzalez, & Alvarez-Dardet, 2007; Cho et al., 2014). É importante destacar aqui que, nos mais diversos países, a maior parte dos casos de VPI não é notificada para o serviço de segurança pública ou de saúde, consequentemente, os dados revelados nos estudos epidemiológicos são, via de regra, subestimados, uma vez que os casos são subnotificados (Hunt, 1990; Iskandar, Braun, & Katz, 2015; Nguyen et al., 2016).

1.2. Violência entre Parceiros Íntimos no Brasil

De acordo com um relatório recente da OMS, o Brasil ocupa o quinto lugar nas taxas de homicídio do sexo feminino entre 83 países do mundo, superando a maioria dos seus vizinhos da América do Sul, com exceção da Colômbia, todos os países europeus, exceto a Rússia, e todos os países africanos e árabes (Waiselfisz & Ribeiro, 2012). Uma pesquisa nacional realizada pelo governo brasileiro em 2012 revelou que mais de 18% da população feminina nacional relatou ter sido vítima de VPI, sendo que 77,5% delas foi perpetrada pelos seus pares (DataSenado, 2013). Além disto, outra pesquisa investigou a percepção masculina sobre a violência doméstica nas áreas urbanas brasileiras, comparando-a com seus comportamentos e evidenciou que mais da metade dos homens brasileiros relataram ter perpetrado ao menos um ato violento contra as suas parceiras, apesar de que apenas 16% destes referiram a percepção de seu comportamento como violento (Instituto Avon & Popular, 2014). O estudo desvelou que mais da metade dos homens brasileiros acredita que forçar suas parceiras a fazer sexo sem o consentimento delas não é razão suficiente para uma denúncia de violência (Instituto Avon & Popular, 2014).

Finalmente, os dados de uma pesquisa que estimou as prevalências de violência sexual entre parceiros íntimos entre homens e mulheres da população urbana no Brasil revelaram que 8,6% da amostra relataram ter sido vítimas de violência sexual por parceiro íntimo, a

maioria delas do sexo feminino (Schraiber, D'Oliveira, Franca Junior, & Grupo de Estudos em Populacao, 2008).

1.2.1. Outros Aspectos da Violência entre Parceiros Íntimos e Fatores Associados

Pesquisas neste tema têm revelado não só estimativas de prevalência, mas também a identificação de fatores preditores de tal comportamento. Um corpo muito maior da literatura dedica o estudo do tema sob o ponto de vista da vitimização feminina, enquanto a VPI contra homens é pouco estudada e também desatendida em termos de amparo social (Cheung, 2009). Embora se saiba que a violência do parceiro em relação à mulher provoque, geralmente, lesões mais graves do que no sentido contrário, vários estudos mostram que a violência da mulher contra o seu parceiro íntimo é relevante e que a subnotificação e a resistência à busca de ajuda pelos homens é ainda maior do que a feminina por motivos socioculturais (S. B. K. Simmons, K. E.; Menard, S., 2015; Testa, Hoffman, & Leonard, 2011). Pesquisadores têm revelado que as taxas de VPI nas quais mulheres atuam como agressoras têm se mostrado semelhantes ou maiores do que as dos homens (Gass, Stein, Williams, & Seedat, 2011; Okuda et al., 2015) inclusive no Brasil (Zaleski, Pinsky, Laranjeira, Ramisetty-Mikler, & Caetano, 2010).

Em relação às pesquisas sobre a violência bidirecional nos casais, Whitaker et al. (2007) afirmam que a violência mútua ocorre em cerca de metade dos relacionamentos onde há VPI e que estes casos estão associados a maiores danos físicos do que a VPI sem reciprocidade (Whitaker, Haileyesus, Swahn, & Saltzman, 2007).

Em relação aos fatores sociodemográficos, diversos estudos têm constatado que idade, baixa renda, ausência de emprego, afiliação religiosa, raça/etnia, nível de estresse, aculturamento e nível de instrução podem ter papéis relevantes na VPI (Capaldi, Knoble, Shortt, & Kim, 2012) . Outros fatores, como psicológicos e comportamentais, transtorno de personalidade, autoestima, associação com pares que tenham comportamentos desviantes, contexto escolar, fatores cognitivos como traços hostis, atitudes e crenças também parecem estar relacionados com VPI. Um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), que revisou estudos sobre VPI em muitos países, acrescenta também outras características, como família disfuncional, ter testemunhado violência entre os pais na infância, abuso na infância, conflitos conjugais não resolvidos, baixo status

socioeconômico, dominação masculina na família, mulher sendo tratada como propriedade, leis restritivas para o divórcio e grupos religiosos que não condenam a VPI (WHO, 2002). Mais recentemente, outro relatório da OMS mostrou que o status socioeconômico não é significantemente associado à perpetração da VPI (World Healt Organization & Medicine, 2010). Uma revisão recente que analisa especialmente a questão da VPI na adolescência mostra que este é um fenômeno de elevada magnitude, tanto por parte dos meninos como das meninas, e mencionando um estudo realizado com 3.205 adolescentes de 10 capitais brasileiras, afirma que destes, 86,9% relataram já ter sido vítimas e 86,8% ter sido agressores de VPI (Oliveira, Gessner, Brancaglioni Bde, Fonseca, & Egry, 2016).

Uma revisão sistemática recente sobre violência contra a mulher revelou associação significante entre VPI e a história familiar de violência, o nível de instrução do parceiro, a região do município (mulheres que residem em zonas rurais têm maiores chances de serem vítimas da VPI do que as de zonas urbanas) e mulheres com idade inferior a 18 anos na primeira relação sexual ou no casamento (Semahegn & Mengistie, 2015). No Brasil, Zaleski et al., avaliaram os fatores sociodemográficos associados `a VPI usando a primeira onda do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD I). Os autores revelam que os fatores de risco mais relevantes são: idade entre 14 e 29 anos e homens não afiliados a alguma religião. Afirmam também que frequentar cultos religiosos regularmente é fator protetor para a violência doméstica.

Um corpo grande da literatura aponta o consumo de álcool como um dos fatores de risco mais importantes para a agressão entre parceiros íntimos (Graham, Bernards, Wilsnack, & Gmel, 2011; Slep, Foran, Heyman, Snarr, & Usaf Family Advocacy Research, 2014). Diferentes estudos têm encontrado consistentemente altas taxas de VPI em parceiros que são bebedores pesados e/ou dependentes do álcool (Kyriacou et al., 1999; Overup, DiBello, Brunson, Acitelli, & Neighbors, 2015; Weiss, Duke, & Sullivan, 2014). Um relatório da OMS informa que mulheres que sofreram abuso por um parceiro íntimo têm duas vezes mais chances de ter um transtorno relacionado ao uso do álcool do que mulheres que não passaram por abuso e que o consumo indevido do álcool tanto pode preceder os episódios de VPI como ocorrer posteriormente à violência (WHO, 2013).

O uso de outras substâncias psicoativas (SPA) tem sido frequentemente associado com VPI, como o uso de múltiplas drogas, o tabagismo, a cocaína e o uso de hipnóticos e sedativos (Hajian, Vakilian, Mirzaii Najm-abadi, Hajian, & Jalalian, 2014; Stene, Dyb, Jacobsen, & Schei, 2010; Zaha, Helm, Baker, & Hayes, 2013). Smith et al., após analisar

duas ondas de pesquisas representativas nos EUA, com N = 25.778, afirmam que, de um modo geral, o uso de SPA está consistentemente relacionado à VPI, que os transtornos associados ao álcool e à cocaína estão mais fortemente vinculados à perpetração da VPI, enquanto a maconha e os opioides estão mais relacionados à vitimização naquele país (Smith, Homish, Leonard, & Cornelius, 2012). Uma revisão sistemática sobre esta associação relata que o relacionamento entre estas experiências é complexo e a causalidade ainda não está esclarecida, porém há duas hipóteses para explicar o aumento do risco do uso de substâncias entre mulheres que viveram a violência. A primeira sugere que a história da violência aumenta diretamente a vulnerabilidade para o uso de substâncias; a segunda infere um caminho indireto, que passa pela baixa autoestima, depressão, ansiedade, culpa e outros estados psicológicos que potencialmente aumentam a fragilidade para a vitimização e a automedicação através do uso indevido de substâncias psicoativas (Mason & O'Rinn, 2014).

O primeiro levantamento brasileiro sobre o Álcool e Drogas (I LENAD), realizado em 2006, mostrou que a VPI foi relatada por mais de 10% dos homens e 15% das mulheres e confirmou a associação da VPI com o consumo problemático do álcool (Zaleski et al., 2010).

Além do uso problemático de álcool e outras drogas, a VPI pode afetar também a saúde mental dos envolvidos, o que inclui vítimas e agressores. Sobre este tema, um estudo longitudinal australiano mostrou que mais da metade das mulheres que vivenciaram VPI sofreram de algum distúrbio mental diagnosticado e a maioria que experimentou VPI grave foi diagnosticada com um ou mais transtornos mentais (Roberts, Williams, Lawrence, & Raphael, 1998). Inúmeros outros estudos têm revelado evidências da associação clara entre VPI e transtorno de ansiedade, do estresse pós-traumático, impulsividade levando ao suicídio e queixas físicas não específicas que possivelmente estão relacionadas com a natureza traumática e o estresse crônico vivido na VPI (WHO, 2002).

A depressão pode ser considerada um dos transtornos mais associados à VPI. Um estudo revela que estar exposto à VPI eleva o risco de desenvolver sintomas depressivos em mulheres e mais do que 23% das mulheres que viveram VPI relataram tentativas de suicídio em algum momento de suas vidas, comparadas com 3% entre mulheres que não passaram por esta experiência (Seedat, Stein, & Forde, 2005). Além disto, uma recente revisão sistemática sobre os desfechos da VPI na saúde mental das vítimas mostra que, além da VPI aumentar muito a chance de depressão, 18 dos estudos também avaliaram a comorbidade da depressão com outros transtornos psiquiátricos, o que resultou na

presença da depressão com Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), Ansiedade, histórico de Suicídio, Distúrbios do Sono e Abuso de drogas (Lagdon, Armour, & Stringer, 2014). Há poucos estudos longitudinais sobre VPI, mas um deles investigou, durante nove anos, as consequências e as sequelas da VPI na saúde mental, incluindo o impacto de tipos leves de violência no decorrer da vida. Seus resultados revelaram que tanto o homem como a mulher, independentemente de serem vítimas ou agressores, continuam a apresentar sequelas, tanto da vitimização quanto da perpetração da violência, numa variedade de desfechos mentais negativos a longo prazo (S. B. Simmons, Knight, & Menard, 2015). Este estudo constatou que durante o acompanhamento e ao final de 9 anos, mulheres continuavam a ter sequelas emocionais negativas e problemas de comportamento e que os homens, no mesmo período de tempo, tinham as mesmas sequelas e, além destas, maior prevalência de uso de maconha e comportamentos sexuais desviantes.

Um tema importante e sobre o qual há poucos estudos, mas que tem sido investigado por alguns pesquisadores é o papel do suporte social como fator de risco na VPI (Fernbrant, Emmelin, Essen, Ostergren, & Cantor-Graae, 2014). Estes estudos mostram diferentes resultados, mas a maioria refere que o suporte social funcionaria como um fator protetivo para a depressão na vítima (Douge, Lehman, & McCall-Hosenfeld, 2014; Lovestad & Krantz, 2012). Um estudo americano que entrevistou 16.106 mulheres concluiu que qualquer exposição à VPI durante a vida foi associada com sintomas mais severos de depressão entre mulheres com baixo suporte social (Douge et al., 2014). Sobre o mesmo tema, uma revisão sistemática constatou que vários estudos confirmam que suporte social reduz as chances de vitimização da mulher e especifica os tipos de suporte pesquisados, como receber ajuda, interação social, envolvimento em cultos religiosos e participação em eventos e atividades, tanto em zonas rurais como urbanas (Capaldi et al., 2012). Neste sentido, a questão da importância da rede de suporte social como fator protetivo tem ficado ainda mais evidente quando a população estudada é de minorias, como por exemplo os indígenas (Roh, Burnette, Lee, Lee, & Easton, 2016), os imigrantes (Godoy-Ruiz et al., 2014; Raj & Silverman, 2003) e os refugiados (Al-Modallal, 2012).

Também foram investigadas as consequências da vítima que guarda segredo sobre a violência sofrida e o impacto do compartilhamento dessa informação para o seu grupo social. O estudo mostra que as consequências podem ser negativas ou positivas, dependendo da reação de reprovação ou de apoio que esta revelação possa despertar no outro. A este respeito, uma revisão sistemática recente conclui que a saúde mental da

vítima que revela a violência pode ser beneficiada ou prejudicada por estas reações do grupo social (Sylaska & Edwards, 2014).

No que concerne à ideação suicida e às tentativas de suicídio, como mencionado anteriormente, há uma clara associação com a VPI, muitas vezes relacionadas à depressão, mas nem sempre, como mostra uma revisão sistemática sobre este tema (Devries et al., 2013). Uma questão que torna este fator de risco ainda mais relevante na VPI é a prevalência de casos em que o parceiro agressor, antes de se suicidar, executa a companheira. Estudos sobre este tema são raros e um destes, realizado em Gana, revela que, na maior parte dos casos, as mulheres que passaram por este fim, mostravam-se muito vulneráveis, sendo cronicamente vitimadas e que seus agressores vinham praticando perseguições e ameaças graves de morte anteriormente ao desfecho, ou seja, tratavam-se de “mortes anunciadas” (Adinkrah, 2014).

Em relação à VPI e às doenças sexualmente transmissíveis, com destaque para o HIV (DST-HIV), estudiosos têm mostrado que há uma forte associação entre estes dois fatores entre mulheres vítimas de VPI (Li et al., 2014), especialmente quando o parceiro, além de praticar a violência física e emocional, tem comportamento controlador em relação à parceira, o que é um indício de VPI grave. Desta forma, o risco de a parceira contrair DST-HIV aumenta substancialmente (Durevall & Lindskog, 2015).

No Brasil, o tema como um todo é pouco investigado e, menos ainda, abordado e tratado. Por outro lado, para lidar com os altos índices de violência contra as mulheres no Brasil, uma nova lei que prevê medidas para controlar a violência de gênero foi promulgada em 2006. Essa lei, identificada pelo nome de uma vítima de VPI, Maria da Penha, introduziu o tratamento penal mais rigoroso para este tipo de violência (Meneghel, Mueller, Collaziol, & de Quadros, 2013), bem como inovações conceituais, tais como o reconhecimento das diferentes formas de violência (física, moral, psicológica, sexual e de propriedade) (Instituto Avon & Popular, 2014).

Coincidentemente, esta nova legislação foi aplicada em 2006, concomitantemente com a primeira onda do LENAD I, sendo assim, o LENAD II foi realizado 6 anos após a implementação da Lei Maria da Penha, proporcionando a oportunidade de comparar as prevalências em VPI no país antes e depois da lei ser implementada.

As reflexões aqui destacadas evidenciam que o tema VPI ainda é pouco conhecido e está em plena construção, no meio acadêmico e fora dele, inclusive no Brasil. Tendo em vista

esta lacuna, surge a necessidade de uma exploração mais aprofundada à procura de um entendimento mais pontual de como estes fenômenos se relacionam. Isto pôde ser feito através do LENAD, um estudo probabilístico de uma amostra representativa da população brasileira.

Considerando-se esta oportunidade, essa dissertação é fruto de extensa reflexão e pesquisa, no sentido de estabelecer as dimensões da VPI no Brasil. Desta forma, o presente estudo estima as prevalências da VPI em 2006 e 2012, compara as prevalências por tipo de violência e investiga os possíveis fatores: tabagismo, uso problemático do álcool, uso de drogas ilícitas, sedativos, sintomas depressivos, ideação suicida, tentativas de suicídio, falta de suporte social e doenças sexualmente transmissíveis (incluindo o HIV). Estes índices foram detalhados e especificados por sexo e papel vivenciado na VPI, isto é, papel de vítima, de agressor e de envolvido em violência mútua. Enfim, nesta dissertação este tema será investigado a partir dos dados advindos de dois levantamentos de representatividade nacional, permitindo assim sua extrapolação para o desenvolvimento de iniciativas de prevenção e assistência, bem como para a elaboração de políticas de saúde pública baseadas em evidências.

2. OBJETIVOS

Esta dissertação inclui dois estudos sobre os dados de VPI provenientes das duas ondas do LENAD. Os estudos foram separados de forma temática, como segue:

2.1. Estudo (1) - Tendências nas prevalências de 2006/2012 e associações da VPI com consumo de substâncias psicoativas - Objetivos:

- ✓ Estimar e comparar as taxas de prevalência da violência entre parceiros íntimos (VPI) em 2006 e 2012, tanto para a vítima, como para o agressor e os envolvidos em violência bidirecional, para homens e mulheres;
- ✓ Investigar as prevalências do uso de substâncias psicoativas entre indivíduos com histórico de VPI (vítima, agressor ou bidirecional).
- ✓ Verificar as associações entre os diferentes papéis vivenciados na VPI - vítima, agressor, envolvidos em violência bidirecional e o consumo de substâncias psicoativas.

2.2. Estudo (2) - VPI e Fatores Associados - Objetivos:

Investigar as associações de VPI (vítima, agressor, ou envolvimento em violência bidirecional) com os seguintes fatores de risco:

- ✓ Transtorno depressivo;
- ✓ Histórico pessoal de pensamento e tentativa de suicídio;
- ✓ Rede de suporte social;
- ✓ Doenças sexualmente transmissíveis.

3.MÉTODO

Apresentação

Esta dissertação inclui dois estudos transversais para os quais foram utilizados os dados das duas ondas do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD I e II), realizados nos anos de 2006 e 2012. No estudo (1), foi feita uma análise comparativa dos índices de VPI entre as duas ondas e análise para identificar a associação entre VPI e substâncias psicoativas (álcool, tabaco, drogas ilícitas, hipnóticos e ansiolíticos). No estudo (2), foram usados somente os dados do LENAD 2 e foram investigadas as associações entre VPI e depressão, ideação suicida, tentativas de suicídio, falta de suporte social e doenças sexualmente transmissíveis.

3.1 Sobre o LENAD

- ✓ Área da Pesquisa: todo o território nacional.
- ✓ Universo da Pesquisa: população domiciliar Brasileira com 14 anos ou mais.
- ✓ Estudo transversal repetido (2006/2012)

3.1.1 Amostragem e Amostra

As duas ondas do LENAD (2006 e 2012) foram organizadas pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (INPAD) da Universidade Federal de São Paulo, Brasil e conduzida pela Ipsos Public Affairs. O método de amostragem foi idêntico nas duas coletas de dados. A amostra foi desenhada para ser representativa da população brasileira de 14 anos de idade ou mais, de ambos os gêneros, incluindo as áreas urbanas e rurais. Foram excluídas da amostra somente as populações indígenas que vivem em aldeias. A pesquisa também não abrangeu residentes em território brasileiro que não falam a língua portuguesa, deficientes mentais e outros deficientes incapacitados de responder ao questionário. O cálculo amostral foi realizado tendo em conta uma amostragem aleatória simples com reposição e uma prevalência de consumo de álcool de 50%. O consumo de álcool foi a principal variável de interesse da pesquisa, embora muitas outras variáveis tenham sido incluídas na pesquisa. Estimou-se um erro amostral de aproximadamente 2% para um nível de confiança de 95%.

Overcotas, isto é, amostragens adicionais da população adolescente (14 a 17 anos de idade) também foram acrescentadas às amostras originais nas duas ondas, com ambas as

amostras estratificadas com alocação proporcional à população de cada estado (estrato) para selecionar os brasileiros de 14 anos de idade ou mais da população domiciliar do país. Além destas, também foi incluída uma cota adicional da população do estado de São Paulo na segunda onda do LENAD, de 2012. A amostragem estratificada foi realizada em quatro fases, como segue:

- ✓ No primeiro estágio, os municípios que compuseram a amostra, foram selecionados probabilisticamente pelo método PPT (Probabilidade Proporcional ao Tamanho);
- ✓ No segundo estágio, dentro dos municípios selecionados, foram selecionados os setores censitários, pelo mesmo métodos, PPT.
- ✓ No terceiro estágio, foram identificados os quarteirões e selecionadas as famílias;
- ✓ No quarto estágio e última fase, um entrevistado foi selecionado aleatoriamente dentro do agregado familiar (o primeiro a fazer aniversário naquele domicílio). Não foram autorizadas substituições em nenhum dos estágios.

Em 2006, 147 municípios foram sorteados, 70 entrevistadores treinados realizaram a pesquisa e a amostra selecionada foi composta por 3.007 participantes, composta por 2.346 entrevistas com adultos (≥ 18 anos de idade) e mais 661 com entrevistados entre 14 e 17 anos de idade, com taxa de resposta de 66%. Em 2012, 149 municípios foram sorteados, 100 entrevistadores foram treinados e 4.607 participantes foram entrevistados, incluindo 3.295 respondentes ≥ 18 anos de idade e 1.312 respondentes entre 14 e 17 anos de idade. A taxa de resposta em 2012 foi de 78%.

Para ambos os estudos descritos nesta dissertação, sub-amostras de indivíduos casados ou que viviam com um parceiro foram consideradas, contando com um N de 1443 participantes em 2006 (equivalente a 55,34% da amostra total) e 2120 indivíduos em 2012 (57,18% da amostra total).

Figura 1. Método das amostras de 2006 e 2012

3.1.2. Procedimento de Coleta de Dados

Uma equipe de entrevistadores devidamente credenciada, com experiência e treinamento específico em pesquisa de opinião pública, realizou as entrevistas. Para as entrevistas com população de idade inferior a 18 anos foi solicitada a autorização formal dos pais ou responsáveis, de acordo com as exigências do Código de Ética da CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa). Não houve compensação financeira para os participantes.

O Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO 2) foi apresentado no início da entrevista para o participante ou para os pais ou responsáveis legais no caso de menores. Juntamente com uma cópia do TCLE, todos os participantes receberam contatos para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa. Foi recomendado que o questionário se mantivesse em sigilo no caso de participantes menores de idade, todavia os pais ou responsáveis legais tiveram o direito de acessar as respostas, se assim desejassem. Tal

informação estava explícita no documento de consentimento específico para esta população. O tempo médio de entrevista foi de 53 minutos.

Todos os questionários foram checados quanto ao preenchimento e consistência de respostas e uma fiscalização de 20% dos questionários preenchidos foi revisada para verificação da aplicação.

Para garantir a confidencialidade e reduzir falsos negativos, as perguntas referentes ao consumo de drogas bem como as que investigavam temas mais delicados, como por exemplo histórico de suicídio e de abuso sexual, não foram realizadas face-a-face. Para esta investigação, utilizou-se o método do envelope lacrado, onde um *rapport* adicional era dado, indicando ao participante que respondesse à sessão individualmente, se necessário separadamente, para então retornar as respostas da sessão em um envelope lacrado para o entrevistador.

3.1.3 Instrumentos

O questionário utilizado foi composto por instrumentos validados, bem como vários questionários adaptados para a investigação do consumo de muitas substâncias psicoativas e fatores de risco comuns à dependência química. Em 2012, algumas modificações foram implementadas com a adição de 4 escalas/instrumentos. A seguir, na Tabela 1, vê-se a relação dos domínios abordados, os instrumentos componentes do levantamento e sua utilização nas análises dos estudos aqui descritos, com um sinal de X.

Tabela 1: Instrumentos que compuseram o LENAD e utilização no presente estudo

Domínio	Instrumento	Estudo I	Estudo II
Dados Sociodemográficos	Questionário padronizado	X	X
Violência Doméstica	*Conflict Tactic Scale Form R*	X	X
Abuso e/ou Dependência de Álcool	AUDIT , DSM IV e DSM V	X	X
Dependência de Tabaco	Questionário APMS	X	X
Consumo de Substâncias Ilícitas	Questionário padronizado	X	X
Sintomas Depressivos	Escala CES-D	X	X

Rede de Suporte Social	Escala APMS		X
Maconha e Cocaína	Escala SDS		
Saúde Física	Escala de saúde geral		
Dor	Escala de dor		
Atividade Física	Escala de Atividade Física		
Dieta	Escala de Dieta		
Eventos Adversos na Infância	Conflict Tacticts Scale Form R		
Qualidade de Vida	Escala Qualidade de Vida (WHOQOL)		
Eventos Negativos Recentes	Escala APMS		

Avaliação de Características Sociodemográficas

Foram coletadas todas as principais variáveis sociodemográficas:

- ✓ **Sexo** – homem, mulher ou transgênero;
- ✓ **Idade** – mensurada continuamente em anos e também categorizada em cinco grupos para a análise do Estudo 1: 14 a 17, 18 a 28, 29 a 39, 40 a 59 e 60 anos ou mais;
- ✓ **Estado civil** – variável categórica referente às alternativas: 1) solteiro, 2) casado ou morando junto, 3) viúvo, 4) desquitado ou divorciado, 5) separado;
- ✓ **Nível de instrução**: para tal, três diferentes variáveis foram utilizadas:
  - *Status estudantil*: variável dicotômica quanto a estar ou não estudando;
  - *Anos de estudo*: variável contínua;
  - *Nível educacional*: variável categórica indicadora do grau máximo de estudo atingido. Composta pelas seguintes alternativas: 1) analfabeto; 2) até pré-primário incompleto; 3) Pré-primário completo; 4) Primário Incompleto (1ª a 4ª série) / Fundamental 1 Incompleto (1º ao 5º ano); 5) Primário Completo (1ª a 4ª série)/Fundamental 1 completo (1º ao 5º ano); 6) Ginásio incompleto (5ª a 8ª série)/Fundamental 2 incompleto (6º ao 9º ano); 7) Ginásio (5ª a 8ª série)/Fundamental 2 completo (6º ao 9º ano); 8) Ensino Médio/Colegial

incompleto (1º a 3º colegial); 9) Ensino Médio/Colegial completo (1º a 3º colegial); 10) Curso Técnico; 11) Ensino Superior/Universitário Incompleto; 12) Ensino Superior/Universitário completo ou mais;

- ✓ **Status socioeconômico** – Foi utilizado o critério do IBGE para a definição de classes sociais, que divide a população em 5 classes: A, B, C, D e E, de acordo com o número de salários mínimos (SM) da renda familiar: Classe A – acima de 20 SM; Classe B – de 10 a 20 SM; Classe C – de 4 a 10 SM; Classe D – de 2 a 4 SM; Classe E – até 2 SM;
- ✓ **Enquadramento profissional**: para tal, três diferentes variáveis foram utilizadas:
- ✓ *Trabalho formal* (carteira assinada) ou na informalidade: variável dicotômica – Sim ou Não;
- ✓ *Atividade profissional*: foi usada uma variável categórica, com as seguintes alternativas: 1) Trabalha, mesmo sem carteira assinada; 2) Trabalha como aprendiz, ajudante, etc.; 3) Trabalhou ou tentou na última semana; 4) Desempregado(a); 5) Dona de casa que não trabalha; 6) Aposentado(a)/no seguro; 7) Estudante que não trabalha;
- ✓ *Trabalho mais recente*: usada uma variável categórica para as alternativas: 1) Trabalha, mesmo sem carteira assinada; 2) Trabalha como aprendiz, ajudante, etc.; 3) Trabalhou ou tentou na última semana; 4) Desempregado(a) 5) Dona de casa que não trabalha; 6) Aposentado(a)/no seguro; 7) Estudante que não trabalha;
- ✓ **Benefício INSS**: foi usada variável categórica dicotômica para Sim ou Não;
- ✓ **Tipo de Benefício INSS**: usadas variáveis dicotômicas para cada alternativa (Sim ou Não) 1) Aposentadoria 2) Auxílio-doença 3) Auxílio-reclusão 4) Pensão 5) Bolsa-família 6) Outro;
- ✓ **Renda pessoal e familiar** – foi usada variável categórica ordinal (em R$): 1) até 545,00, 2) 545,01 a 1.090,00, 3) 1.090,01 a 1.635,00, 4) 1.635,01 a 2.725,00, 5) 2.725,01 a 5.450,00, 6) 5.450,01 a 10.900,00, 7) 10.900,01 a 16.350,00, 8) mais de 16.350,00; 10) Não sei/Não respondeu;
- ✓ **Regiões geográficas brasileiras** – foi usada uma variável categórica para as 5 regiões;

- ✓ **Filhos e quantidade** – foi empregada uma variável dicotômica (Sim ou Não) e após, variável quantitativa para o número de filhos;
- ✓ **Filiação adotiva** – foi utilizada uma variável dicotômica para Sim ou Não;
- ✓ **Carteira de habilitação válida** – foi usada uma variável dicotômica para Sim ou Não;
- ✓ **Naturalidade** – foi empregada uma variável categórica nominal para os nomes das regiões;
- ✓ **Situação de migração e tempo** – foi usada variável dicotômica para Sim ou Não e variável contínua para o tempo;
- ✓ **Altura** - variável contínua;
- ✓ **Peso** - variável contínua;
- ✓ **Etnia** - branco, negro, pardo, amarelo, indígena – foi empregada uma variável categórica;
- ✓ **Família de origem** – foi usada uma variável categórica para as várias alternativas - na maior parte da infância e adolescência – 1) vivi com ambos os pais na mesma casa; 2) meus pais eram separados e vivi com um deles sem padrasto/madrasta; 3) meus pais eram separados e vivi com um deles com padrasto/madrasta; 4) pais separados e viveu um pouco com cada um deles; 5) vivi com outros membros da minha família; 6) vivi em uma instituição;
- ✓ **Religião** – foi empregada uma variável categórica para: 1) católica; 2) evangélica; 3) espírita, 4) afro (candomblé ou umbanda); 5) budista; 6) judaísmo; 7) outra; 8) nenhuma;
- ✓ **Orientação sexual** – foi utilizada uma variável categórica para: 1) heterossexual; 2) homossexual; 3) bissexual; 4) transgênero; 5) transexual; 6) pansexual.

Avaliação da Violência por Parceiro Íntimo

Conflict Tactics Scale – R (Moraes, Hasselmann, & Reichenheim, 2002) Foram feitas nove perguntas aos entrevistados sobre a ocorrência de diferentes tipos de comportamentos violentos nos últimos 12 meses, incluindo violência leve (jogar alguma coisa, empurrar,

agarrar, empurrões, tapas) e violência grave (chutar, morder, bater, tentar acertar com alguma coisa, queimar ou jogar água quente, forçar ao sexo, ameaçar com uma faca ou arma, usar uma faca ou arma). Inicialmente, os entrevistados foram questionados de serem ou não autores destes atos contra seu(sua) parceiro(a) e, em seguida, foram solicitados a relatar se seu(sua) parceiro(a) tinha cometido esses mesmos atos contra eles. Com base em suas respostas, uma variável de cinco níveis foi criada (nenhum, 1, 2, 3 ou mais eventos). Uma variável dicotômica também foi criada combinando os diferentes eventos, onde foi definido o "0" como a ausência de exposição a eventos de VPI e "1" para os indivíduos que reportaram pelo menos um evento (como vítimas ou autores da agressão). Quanto ao uso do envelope lacrado para a avaliação da VPI, a equipe responsável pelo LENAD cogitou pela sua utilização na segunda onda, em 2012, tendo em vista que esta forma poderia diminuir a subnotificação dos casos de VPI mas, levando-se em conta que o envelope não tinha sido empregado na primeira onda, a equipe optou por manter o mesmo método usado em 2006, para, posteriormente, ter a oportunidade de comparar os resultados das duas ondas.

***Avaliação do Beber em Binge**.*

A definição de consumo excessivo de álcool foi adotada em 2004, proposta pelo Conselho Consultivo Nacional do NIAAA (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoolism* – EUA) que considerou o padrão de consumo que leva a concentração de álcool no sangue para 0,08 g/dL ou mais. Para um adulto típico, este padrão corresponde ao consumo de 4 ou mais doses entre mulheres e o mínimo de 5 doses para homens durante cerca de 2 horas (NIAAA, 2004). No questionário, o tema beber em *Binge* foi coberto por duas questões relacionadas com a ocorrência deste uso. Na pergunta "*Durante os últimos 12 meses você bebeu (SE HOMEM: cinco ou mais doses MULHER: quatro ou mais doses) de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião,* ***durante cerca de 2 horas?"*** as respostas possíveis foram catalogadas em quatro categorias principais: sim, não, não sei, recuso dizer. A segunda pergunta foi: qual a frequência que isso aconteceu? A ocorrência de pelo menos um evento no ano anterior foi considerado um resultado positivo. Foi usada uma variável dicotômica para Sim ou Não.

***Avaliação da Dependência de Álcool: DSM-4 e DSM-5**.*

A sessão de consumo de álcool foi baseada no questionário HABLAS (*Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey*) (Caetano, Ramisetty-Mikler, & Rodriguez, 2009), que inclui o rastreamento de dependência de álcool baseado nos critérios do DSM-IV bem como o transtorno relacionado ao uso de álcool, de acordo com o DSM-V. Cartões de referência para a identificação de unidade de álcool foram utilizados para acessar de forma precisa a medida de consumo. Quantidade e frequência foram separadas por tipo de bebida (cerveja, vinhos destilados e bebidas "*ice*"). Também foram coletadas as variáveis: idade de início; número de doses em um dia típico e maiores doses na vida. Vale ressaltar que, nesta dissertação, quando os dados foram comparativos, usou-se o DSM-IV porque este foi o referencial utilizado no LENAD I, em 2006; quando foram avaliados apenas os dados de 2012, foram utilizados os critérios diagnósticos da versão mais recente, ou seja, do DSM-V.

Avaliação do uso do Tabaco

A avaliação do consumo de tabaco é uma compilação adaptada das escalas NDSS (*nicotine dependence syndrome scale*) e a TDS (*Tobacco Dependence Screener*) (Kawakami, Takatsuka, Inaba, & Shimizu, 1999; Piper, McCarthy, & Baker, 2006). Os participantes foram questionados sobre o seu consumo de produtos do tabaco (cigarros, roll-ups, tubos ou charutos) e sobre os seus padrões de consumo nos últimos 30 dias, através de um questionário com 31 perguntas abrangendo quantidade consumida, frequência, idade de início, sintomas de abstinência, tipo de cigarro utilizado, tentativas de abstinência, motivação para parar, tipos de tratamento realizados para interromper o uso e opinião sobre políticas públicas de restrição. Para este estudo, foi usada uma variável dicotômica para o uso atual: Sim ou Não.

Avaliação do uso de substâncias psicoativas

Foram avaliados o uso na vida das seguintes substâncias: cocaína**,** crack, merla, oxi, maconha (ou skank, ou haxixe), estimulantes do tipo anfetamina (rebite, cristal meth, speed, bolinha, terma pro, pílulas para emagrecer (inibex, hipofagin, dualid, moderine), ecstasy (bala, MDMA), ritalina cheirada, crack, cocaína, solventes (cola de sapateiro, loló, cheirinho, lança-perfume, benzina), alucinógenos (LSD, cogumelo ou lírio), sedativos/tranquilizantes (diazepam, valium, bromazepam, somalium, rivotril), anestésicos (super K, ketamina, GHB,

boa noite cinderela), os opiáceos (heroína e morfina), esteroides anabolizantes (neopondren, anabolex, parenabol, durabolin, deca-durabolin, anabol, etc.).

Cabe destacar que o método de coleta das informações sobre o uso de substâncias ilícitas foi modificado entre as duas ondas do levantamento. Em 2006 não foi utilizado o envelope lacrado. Em 2012, a parte do questionário relativa a estas questões foi preenchida pelo próprio respondente, em lugar privativo e entregue ao entrevistador em um envelope lacrado. Tal modificação impossibilita a comparação das prevalências de consumo entre as duas ondas, porém diminui a probabilidade de falsos negativos, uma vez que garante a confidencialidade das respostas.

Para a realização das análises do estudo 1 utilizou-se a variável dicotômica de uso no último ano (sim/não).

Avaliação de Severidade de Dependência de Maconha e Cocaína

Para aqueles que responderam positivamente para as perguntas sobre consumo de maconha ou cocaína no último ano, foi investigada a indicação de dependência, através da escala SDS (*Severity Dependence Scale*). Esta escala foi desenvolvida pelo *National Cannabis Prevention and Information Centre* (NCPIC). A validação da capacidade desta escala rastrear dependência foi estabelecida por Kaye et al (Kaye & Darke, 2002) e foi validada no Brasil em 2002 por Ferri et al (Ferri, 2000).

Avaliação de Depressão

A indicação de possível diagnóstico de Depressão foi baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV, através da versão validada da Escala CES-D (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale* – CES-D), escala desenvolvida pelo Centro de Estudos Epidemiológicos. Esta escala foi validada no Brasil por Batistoni et al. na Universidade Estadual de Campinas (Batistoni, Neri, & Cupertino, 2007; Bradley, Bagnell, & Brannen, 2010), com ponto de corte de 16 para indicação de transtorno de humor.

Avaliação de Rede de Suporte Social

A percepção sobre o suporte social foi medida usando a escala utilizada nas pesquisas nacionais do Reino Unido nos últimos 25 anos, em particular, a *Health and Lifestyle Survey* (Cox, 1087) e a *Health Survey for England (Unit, 1997)* Os questionários foram traduzidos e adaptados com base nas respostas dos entrevistados: 1 a 3 (discordo, concordo parcialmente e totalmente de acordo) em relação a sete itens. Após a afirmação introdutória *existem pessoas na minha família ou amigos que* - os itens listados foram: *Fazem coisas para me deixar feliz; Fazem eu me sentir amado; Com quem eu posso contar em qualquer situação; Que perceberiam se eu precisasse de ajuda; Que me aceitam do jeito que eu sou; Que me fazem sentir uma parte importante de suas vidas; Que me apoiam e me encorajam*. O escore máximo alcançado nas respostas desta escala é de 21 pontos, onde a falta de suporte social, o indicador usado neste estudo, foi considerada uma pontuação total inferior a 17 pontos. Sobre esta pontuação, foi usada uma variável dicotômica para Sim ou Não.

Avaliação de Ideação e Tentativas de Suicídio

As questões referentes à ideação e à tentativa de suicídio foram: 1. *Você já pensou em tirar sua própria vida*? 2. *Você já tentou tirar sua própria vida?* Também foi investigado o histórico de suicídio na família através da seguinte questão: *Alguém na sua família (Mãe/Pai/Irmãos) cometeu suicídio?* Devido à natureza da pergunta, optou-se por incluí-la na sessão realizada através do autopreenchimento e devolução em envelope lacrado.

Avaliação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV

A avaliação de contaminação de doenças sexualmente transmissíveis (DST) foi realizada em três perguntas encadeadas: *Na sua vida, você já teve doenças sexualmente transmissíveis*? Caso positivo, o entrevistando responderia em seguida às perguntas: *E nos últimos 12 meses? Você tratou?* Para as análises do estudo 2 foi utilizada apenas a variável dicotômica (Sim/ Não) para a pergunta sobre tratamento.

O rastreamento do histórico de contaminação pelo vírus HIV foi feito através do envelope lacrado.

Para o estudo 2, foi criada uma variável dicotômica categorizando como “1” todos os indivíduos que responderam positivamente para pelo menos uma das questões referentes à DST e/ou HIV.

3.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística de todos os estudos foram realizadas com o auxílio do pacote estatístico *Stata* versão 13. Tendo em vista o design do levantamento, todas as análises foram pesadas para levar em consideração as diferentes probabilidades de seleção de cada estágio da coleta de dados, usando o comando *svy* para as amostras complexas. Os modelos de associações entre variáveis foram calculados utilizando-se diferentes tipos de regressões (Logística e Poisson). Foram utilizados comandos específicos para gerar valores robustos de erro-padrão e razão de *odds* com intervalo de confiança de 95%.

3.2.1. Estudo (1)

O primeiro estágio da análise do estudo 1 foi realizado usando os dados combinados das duas ondas do LENAD. As características sociodemográficas foram descritas na população de casados e coabitando e entre os envolvidos na violência doméstica, considerando-se três categorias: aqueles que relataram terem sido vítimas de violência de parceiro íntimo, os que relataram terem sido agressores e aqueles que pertenciam a ambos os grupos, considerados então, do grupo de agressão “bidirecional". Todas as taxas de prevalência foram comparadas entre as ondas (2006/2012) usando o teste do qui-quadrado ($p < 0,05$).

Para a estimativa das associações entre VPI e características sociodemográficas e uso de substâncias, foram utilizados testes multivariados de regressão. Todas as análises foram ajustadas por idade e nível de instrução (anos de estudo).

3.2.2. Estudo (2):

As análises do estudo 2 foram realizadas apenas com os dados de 2012. Foram testadas as possíveis associações entre VPI e os seguintes fatores: Depressão, falta de suporte social, ideação suicida, tentativas de suicídio e contaminação por DST/HIV. Na análise dos indicadores de depressão, suporte social e contaminação por DST/HIV, os ajustes foram para idade, sexo e educação (anos de estudo). Nas análises da associação entre VPI e

ideação e tentativa de suicídio, acrescentou-se uma variável de histórico de suicídio na família (parentesco em 1º. Grau).

3.3 Aspectos Éticos

A primeira edição do LENAD foi submetida, avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP em 2004 (1672/04). Por fazer parte do mesmo estudo, o projeto da segunda onda do levantamento foi submetido e analisado através de emenda em 2011. Mudanças no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram realizadas na segunda onda do LENAD a pedido do CEP em 2011. Em anexo, encontram-se o TCLE (para adultos e menores/responsáveis legais – ANEXO 2) e o parecer original do CEP para o estudo principal (ANEXO 3).

4. RESULTADOS

4.2. Resultados do Estudo (1)

4.2.1. Tendências de VPI entre 2006 e 2012

Foi feita a análise da prevalência da VPI de acordo com cada tipo de violência empregada pela amostra total das duas ondas de pesquisa do LENAD, de 2006 e 2012, detalhando-se os resultados para os participantes homens, mulheres, total da amostra e de acordo com as suas respostas sobre terem sido vítimas e agressores. Ao comparar-se as prevalências dos tipos de VPI entre as ondas na tabela 2 como um todo, nota-se que, tanto na primeira como na segunda onda, a predominância dos casos refere-se à violência leve (jogar alguma coisa, empurrar, agarrar, empurrões e tapas). Vale ressaltar também que as prevalências na amostra total de casados/coabitando entre as duas ondas (colunas intituladas “Todos” de 2006 e 2012 da mesma tabela) diminuíram em todos os itens para vítima, e quase todos para agressor. Portanto, pode-se concluir que houve diminuição na prevalência de casos de VPI neste período de 2006 a 2012. (Tabela 2)

Ao comparar-se as prevalências entre homens e mulheres, verifica-se que os valores para vítimas são próximos para ambos os sexos e que as frequências de vítimas relacionadas a homens são maiores do que as das mulheres, exceto para dois itens em 2006 (Empurrou, agarrou, sacudiu – 6,36% mulheres x 4,14% homens e forçou a ter relações sexuais – 1,19% mulheres e 0,34 homens). A mesma comparação em 2012 para os que se disseram vítimas evidencia que os valores das prevalências são próximos e que em seis dos nove itens respondidos, as mulheres tiveram prevalências mais altas do que os homens. Traçando um paralelo entre os resultados para agressores, em 2006, observa-se que as prevalências das mulheres foram mais altas do que as dos homens agressores em 6 dos 9 itens do questionário; em dois itens foram iguais e no que se refere a forçar o parceiro a ter relações sexuais, foi menor (0,60% mulheres x 0,76% homens). Visualiza-se também que, em 2012, as mulheres referiram maiores prevalências de comportamentos como agressoras do que os homens em todos os itens. Vale ressaltar que as taxas dos tipos de violência praticados por mulheres se mostraram similares às dos homens, tanto nos tipos leves como moderados e severos (Tabela 2).

Tabela 2: Prevalências por tipos de violência (Vítima, Agressor, Bidirecional) por sexo.

	2006			2012		
	Mulheres	**Homens**	**Todos**	**Mulheres**	**Homens**	**Todos**
	%	%	%	%	%	%
VÍTIMA						
Atirou objetos	2,76	3,38	3,07	2,29	2,24	2,27
Empurrou, agarrou, sacudiu	6,36	4,14	5,24	5,15	4,47	4,82
Deu tapas	3,89	4,16	4,02	3,12	3,35	3,23
Agrediu com chutes e dentadas	1,21	1,40	1,31	1,07	0,91	0,99
Acertou ou tentou acertar com objetos	2,18	2,91	2,55	1,18	1,28	1,56
Queimou ou escaldou	0,12	0,11	0,11	--------	----------	---------
Forçou a ter relações sexuais	1,19	0,34	0,76	0,53	0	0,27
Ameaçou com faca, revólver ou outra arma	0,90	1,53	1,21	0,63	0,39	0,52
Atingiu ou tentou atingir com faca, revolver ou outra arma	0,33	0,91	0,62	0,56	0,44	0,50
AGRESSOR						
Atirou objetos	6,00	2,21	4,09	5,2	1,92	3,62
Empurrou, agarrou, sacudiu	9,32	7,43	8,37	7,14	5,28	6,25
Deu tapas	6,05	3,24	4,63	5,80	2,40	4,17
Agrediu com chutes e dentadas	2,21	0,91	1,55	1,88	0,67	1,29
Acertou ou tentou acertar com objetos	5,55	1,65	3,58	3,65	1,51	2,62
Queimou ou escaldou	------	------	------	0,65	0	0,34
Forçou a ter relações sexuais	0,60	0,76	0,68	0,30	0,19	0,25
Ameaçou com faca, revólver ou outra arma	1,18	0,37	0,77	0,72	0,56	0,64
Atingiu ou tentou atingir com faca, revolver ou outra arma	0,20	0,21	0,20	0,56	0,32	0,44

Uma diminuição significativa na vitimização da VPI entre 2006 e 2012 foi observada, principalmente entre mulheres (8,8% em 2006 para 6,3% em 2012). Mesmo que nenhuma diferença destas taxas entre homens tenha sido significativa, a redução foi significativa para a população em geral (7,7% em 2006 para 6% em 2012) (Tabela 3).

Tabela 3: Taxas de prevalência de violência entre parceiros íntimos por gênero, entre 2006 e 2012, incluindo vítimas, agressores e os envolvidos em violência bidirecional.

	2006			2012		
	Mulheres	**Homens**	**Todos**	**Mulheres**	**Homens**	**Todos**
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Total	1719(52,0)	1285(47,9)	3004(100)	2537(52,1)	2070(47,9)	4607(100)
			VÍTIMA			
1 evento	35(4,1)	19(2,8)	54(3,4)	34(2,6)	20(2,2)	54(2,4)
2 eventos	21(2,2)	6(1,0)	27(1,6)	19(1,1)	16(1,7)	35(1,4)
3 ou mais	24(2,5)	21(2,9)	45(2,7)	28(2,6)	24(1,9)	52(2,2)
Ao menos 1	80(8,8)*	46 (6,7)	126(7,7)*	81(6,3)*	60(5,8)	141(6,0)*
			AGRESSOR			
1 evento	32(3,8)	34(5,1)	66(4,4)	47(3,6)	28(2,9)	75(3,3)
2 eventos	28(3,1)	15(1,6)	43(2,3)	38(3,2)	18(1,8)	56(2,5)
3 ou mais	48(5,1)	15(2,4)	63(3,9)	45(3,7)	15(1,5)	60(2,6)
Ao menos 1	108(12,0)	64(9,2)*	172(10,6)	130(10,5)	61(6,2)*	191(8,4)*
			BIDIRECIONAL			
Ao menos 1	56(3,3)	37(3,0)	93(3,2)*	61(2,6)	43(2,2)	104(2,4)*

* $p<0.05$ qui-quadrado para testar diferenças entre as ondas 1 e 2

Observando-se a tabela 3, detecta-se que quase 1 em cada 10 brasileiros (8,4%) relatou ser um agressor de VPI em 2012. Em 2006, mais de 1 em cada 10 participantes (10,6%) referiram ter apresentado pelo menos um tipo de comportamento agressivo contra o(a) seu(sua) parceiro(a). Houve também uma pequena diferença entre homens e mulheres, sendo que elas relataram maiores taxas de agressão em comparação com eles (12% de mulheres e 9,2% dos homens). Quanto à mutualidade da VPI, a prevalência de participantes que referiu atuar em ambos os papéis, isto é, de vítimas e autores de violência íntima, diminuiu significativamente entre as duas ondas (3,2% em 2006 contra 2,4% em 2012) (Tabela 3).

A redução entre as duas ondas foi significativa entre os homens agressores (9,2% para 6,1%), entre os participantes da classe média baixa (13,4% para 10,1%) e entre aqueles que finalizaram o ensino secundário (11,0% para 8,2%). No que se refere à situação socioeconômica, somente a classe C teve reduções significativas na vitimização da VPI

(11,3% em 2006 para 7,8% em 2012). Em relação às regiões brasileiras, foi observada redução significativa apenas no Sul, de 13,8% em 2006 para 3,5% em 2012 (Tabela 4).

Tabela 4: Taxas de prevalência de vitimização e agressão de, ao menos um evento de VPI entre 2006 e 2012, pelas características sociodemográficas.

	2006		2012	
	Vítima	**Agressor**	**Vítima**	**Agressor**
	N(/%)	N(/%)	N(/%)	N(/%)
Amostra Total	126 (7,7)*	172(10,6)*	141(6,0)*	191(8,4)*
Características Sociodemográficas				
Homens	46(6,7)	64(9,2)*	60(5,7)	61(6,1)*
Mulheres	80(8,8)*	108(12,0)	81(6,3)*	130(10,4)
Idade				
14 a 17	4(9,0)	10(26,1)	9(11,7)	12(17,4)
18 a 28	37(11,5)	53(17,4)	41(8,9)	60(13,4)
29 a 39	48(11,0)	68(15,2)	55(8,8)	68(11,1)
40 a 59	28(4,5)	31(5,4)	29(3,9)	42(5,6)
60 ou mais	9(5,0)	10(5,0)	7(2,6)	9(3,7)
Educação				
Ensino Fundamental	59(8,3)	77(11,2)	72(7,2)	93(10,1)
Ensino Médio	64(8,3)	89(11,0)*	67(6,7)	87(8,2)*
Ensino Superior ou mais	3(1,6)	6(4,8)	2(0,3)	11(3,7)
Classe Socioeconômica				
A	1(1,1)	1(1,1)	1(0,8)	5(5,8)
B	9(3,9)	19(9,8)	28(3,9)	43(5,6)
C	59(11,3)*	73(13,4)*	78(7,8)*	100(10,1)*
D	35(5,3)	62(9,1)	23(6,1)	33(9,7)
E	22(12,4)	17(10,4)	11(9,5)	10(8,6)
Região				
Norte	11(9,5)	13(10,9)	13(7,9)	25(15,0)
Nordeste	38(7,9)	40(8,3)	42(7,1)	46(8,2)
Sudeste	51(7,6)	68(9,9)	62(6,3)	85(8,4)
Sul	13(5,8)	31(13,8)**	14(3,3)	15(3,5)**
Centro-Oeste	13(11,7)	20(15,5)	10(5,5)	20(14,2)

5. Todas as taxas de prevalência foram calculadas por linha

6. * Indica significância (p<0.05) do teste qui quadrado para verificar diferenças entre as duas ondas
7. ** p<0.01

4.1.2. Associações entre a Violência entre Parceiros Íntimos e Características Sociodemográficas

Nesta análise, os dados evidenciaram que, para os homens, a educação é um fator de proteção para a agressão (ensino fundamental e médio completo vs. ensino fundamental incompleto ou analfabetos) (OR = 0,22, IC de 95% 0,06-0,79, p < 0,05; OR = 0,18, IC 95% 0,04-0,83, P< 0,05 respectivamente) (resultados não mostrados nas tabelas). Da mesma forma, a idade foi significativamente um fator protetor, diminuindo as chances de envolvimento em comportamentos de agressão em ambos os sexos (homens OR = 0,97, IC 95% 0,95-0,99, p < 0,05 e mulheres OR = 0,97, IC 95% 0,95-0,98, p < 0,001). Em outras palavras, homens mais velhos ou com maior nível de escolaridade foram menos propensos a cometer violência do que homens mais jovens ou menos instruídos, enquanto mulheres mais velhas foram menos propensas a cometer violência contra seus(suas) parceiros(as). Nesta análise, gênero e nível socioeconômico não foram associados significativamente com a vitimização ou a agressão de VPI.

7.2.1. Violência entre Parceiros Íntimos e Associação com uso de Substâncias Psicoativas

- ✓ ***Vitimização na Violência entre Parceiros Íntimos***

No tocante ao consumo de substâncias, verificou-se que quase um terço da amostra referiu consumo de álcool na forma de *binge* e 10% foram identificados com dependência de álcool em 2012 (resultados não mostrados nas tabelas). Entre as mulheres, não foram encontradas associações entre ser vítima de VPI e o consumo de substâncias. Entre os homens e no total da amostra, somente o álcool foi associado com ser vítima de VPI.

Foi identificada uma associação significativa entre homens vítimas de VPI e TRA - DSM-5. A vitimização de homens na VPI foi associada também com o consumo excessivo de álcool (OR = 3,88, IC 95% 1,65-9,16 para a dependência e OR = 2,37, IC 95% 1.15-4,92 para beber em *binge*). As associações entre a vitimização na VPI e as variáveis de abuso de álcool (Transtornos Relacionados ao Álcool -TRA e *binge*) também foram significativas quando considerada a amostra geral (OR = 2,52, IC 95% 1,36-4,66 para TRA) em 2012

(Tabela 5) e permaneceu significativa na análise do conjunto total de dados das ondas de 2006 e 2012 (OR = 4,15, IC 95% 3,21-5,36 para TRA e OR = 1,99, IC 95% 1,55-2,54 por consumo excessivo de álcool) e quando ajustado (OR = 4,11, 95% IC 3,18-5,31 para TRA e OR = 2,03, 95% IC 1,59-2,61 por consumo excessivo de álcool) (resultados não mostrados nas tabelas).

Tabela 5: Associações entre VPI e uso de substâncias psicoativas entre vítimas, agressores e envolvidos em violência bidirecional e taxas de prevalência do uso de substâncias

	VÍTIMA			
	Mulheres OR(95%CI)	**Homens** OR(95%CI)	**Amostra Total** OR(95%CI)	**Prevalência** N(%)
Tabagismo	1,42(0,64-3,18)	2,18(0,81-5,92)	1,72(0,93-3,19)	42(31,1)
Beber pesado°	1,17(,055-2,48)	2,37(1,15-4,92)*	1,56(0,96-2,54)	61(48,7)
TRA°°	1,41(0,65-3,08)	3,88(1,65-9,16)**	2,52(1,36-4,66)**	51(35,6)
Uso de Sedativos	1,67(0,48-5,81)	0,35(0,04-2,95)	1,11(0,32-3,85)	11(10,7)
Drogas Ilícitas°°°	0,78(0,15-4,08)	4,49(0,46-44,01)	2,08(0,54-8,06)	18(13,5)
	AGRESSOR			
	Mulheres OR(95%CI)	**Homens** OR(95%CI)	**Amostra Total** OR(95%CI)	**Prevalência** N(%)
Tabagismo	1,53(0,78-3,02)	2,40(0,76-7,58)	1,83(1,07-3,15)*	50(27,26)
Beber pesado°	2,00(1,08-3,70)*	3,71(1,13-12,19)*	2,40(1,50-3,83)**	76(44,9)
TRA°°	3,24(1,52-6,91)**	7,41(2,11-26,1)**	4,30(2,30-8,05)**	59(32,0)
Uso de Sedativos	2,12(0,87-5,17)	4,99(0,69-36,0)	2,35(0,83-6,61)	19(12,6)
Drogas Ilícitas°°°	4,36(1,00-18,9)*	7,92(1,21-51,9)*	4,54(1,55-13,35)**	21(12,0)
	BIDIRECIONAL			
	Mulheres	**Homens**	**Amostra Total**	
Tabagismo	2,09(1,00-4,39)*	2,12(0,92-4,90)	2,38(1,36-4,16)**	31(28,8)
Beber pesado°	2,71(1,45-5,05)**	3,18(1,59-6,37)**	2,97(1,85-4,75)**	46(50,0)
TRA°°	3,98(2,09-7,57)**	11,1(5,57-22,0)**	6,69(4,30-10,39)**	40(39,3)
Uso de Sedativos	3,26(1,19-8,92)*	1,33(0,16-10,76)	2,60(1,08-6,28)*	10(11,9)
Drogas Ilícitas°°°	2,99(0,78-11,5)	3,36(1,42-7,93)**	3,15(1,52-6,53)**	14(13,0)

Todos os modelos de regressão foram controlados por idade, educação e renda (e sexo para a amostra total). Modelos de Vitimização foram controlados por Agressão e vice-versa.

° Ingestão no último ano de 4/5 (mulheres e homens respectivamente) ou mais unidades de álcool dentro de 2 horas.
°°De acordo com os critérios do DSM-5
°°°Uso de qualquer substância ilícita no último ano
* p<0.05 (Regressão Logística)
** p<0.01 (Regressão Logística)

- ✓ ***Agressão na Violência entre Parceiros Íntimos***

Dos participantes que referem ter sido agressores de VPI, quase 45% eram bebedores em *binge* e 32% foram identificados com TRA (Tabela 5) - em comparação com 27 e 10%, respectivamente, na população em geral (resultados não mostrados nas tabelas). Ser um autor de violência foi associado com consumo excessivo de álcool na amostra total (OR = 2,40, IC 95% 1,50-3,83) e TRA (OR = 4,30, IC 95% 2,30-8,05). Esta associação foi mais forte entre homens agressores, que tiveram quase quatro vezes mais chances de beber em *binge* (OR = 3,71, IC 95% 1,13-12,19) e com a probabilidade aumentada em mais do que sete vezes de ser dependente do álcool (OR = 7,41, 95% IC 2,11-26,1) (Tabela 5). Notamos também que quase um terço dos agressores eram fumantes (Tabela 5), com uma associação significativa entre tabagismo e VPI para a amostra total. Além disso, mais do que 1 em 10 perpetradores de violência tinham usado pelo menos uma droga ilícita no ano anterior (Tabela 5). O uso de drogas ilícitas foi altamente associado a VPI (OR = 4,54, IC 95% 1.55-13.35 para a amostra inteira). Esta associação foi significativa para ambos os sexos, especialmente para os homens (OR = 7,92, IC 95% 1,21-51,9).

- ✓ ***Violência entre Parceiros Íntimos Bidirecional***

As prevalências de uso de substâncias entre os indivíduos que relataram VPI bidirecional (sendo tanto vítima como autor da VPI) foram significativamente maiores. Quase um terço dos indivíduos deste grupo declarou ser fumante, metade referiu consumo excessivo de álcool, cerca de 40% relataram TRA e 13% informaram uso de drogas ilegais (Tabela 3). Na violência mútua, a probabilidade de beber em *binge* e de ser dependente do álcool mais do que duplicou em homens e mulheres (fazendo uso em *binge*, OR = 2,71, IC 95% 1,45-5,05 para elas e OR = 3,18, IC 95% 1,59-6,37 para eles; e para TRA, OR = 3,98, IC 95% 2,09-7,57 para as mulheres e OR = 11,1, IC 95% 5,57-22,01 para os homens). O uso de drogas ilegais também foi altamente associado com VPI bidirecional em homens (OR =

3,36, IC 95% 1,42-7,93), mas não nas mulheres. O uso de sedativos foi significativamente associado com a violência bidirecional em mulheres (OR = 3,26, IC 95% 1,19-8,92) (Tabela 5).

4.2. Resultados do Estudo (2)

4.2.1. Fatores Associados à Violência entre Parceiros Íntimos em 2012

Foram estimadas as prevalências de sintomas depressivos, de ideação suicida, de tentativa de suicídio, da falta de suporte social e de auto-relato de STD/HIV na amostra geral e entre indivíduos que relataram VPI, detalhando-se os achados para os grupos de vítimas, agressores e para os envolvidos em violência bidirecional.

Para os sintomas depressivos, os achados mostram que as prevalências dos grupos envolvidos em VPI resultaram quase o dobro da amostra total, ou seja, cerca de um quarto na amostra geral contra 42% para vítimas, 48% para agressores e 46% para violência bidirecional (Tabela 6).

No que concerne à falta de suporte social, as diferenças foram menores entre cada papel de atuação na VPI e a amostra geral, sendo que quase 3 em cada 10 da amostra total responderam que se percebiam com falta de suporte social, contra 35% para vítimas, 37% para agressores e 33% para violência mútua (Tabela 6).

Analisando o histórico de pensamento e tentativa de suicídio dos respondentes, nota-se que as prevalências dos grupos envolvidos em VPI foram bem mais altas do que na amostra geral. Em relação à ideação suicida, as prevalências dos grupos de VPI mais do que dobraram, quando comparadas à amostra geral, ou seja, nesta, foi de 1 em cada 10 respondentes e nos grupos de VPI as taxas variaram em torno de um quarto da amostra. No caso de histórico de tentativa de suicídio, as taxas foram quase quadruplicadas entre os grupos de VPI, quando comparadas à amostra geral, resultando em 5% para a amostra geral e de cerca de 18 a 20% nos grupos envolvidos em VPI (Tabela 6).

Analisando a contaminação pelo DST/HIV entre os grupos, observa-se importante diferença de prevalência entre a amostra total (1,3%) e os grupos - quase 4% para vítima e agressor e 5,6% para envolvidos em bidirecional. Entre os grupos que declararam

participação na VPI, chama também a atenção a taxa, cerca de 50% mais alta, de contaminação por DST/HIV no grupo da violência mútua. (Tabela 6)

Tabela 6: Taxas de Prevalência de fatores associados à VPI em 2012 – Indicação de Depressão, Falta de suporte social, Ideação suicida, Tentativa de Suicídio e DST/HIV

	2012 N(%)			
	Vítima	**Agressor**	**Bidirecional**	**Total**
Indicação de Depressão	65(42.0)	90(47.6)	50(46.3)	1.167(25.1)
Falta de suporte social	54(34.9)	75(37.2)	38(33.4)	1.357(28.9)
Ideação Suicida	37(23.1)	48(26.6)	30(27.4)	418(9.9)
Tentativa Suicídio	28(17.6)	34(18.2)	22(20.5)	226(5.0)
Contaminação STD/HIV	6(3.92)	7(3.6)	6(5.6)	51(1.3)
N	141 (100)	191(100)	104(100)	4607(100)

Taxas de Prevalência calculadas por coluna

- ✓ ***Vitimização na Violência entre Parceiros Íntimos***

Os achados mostram que houve uma forte associação entre vitimização na VPI e sintomas depressivos, sendo homens e mulheres em torno de 2,6 vezes mais predispostos a apresentar estes sintomas (OR: 2,60 CI: 1,74-3,87). Ideação suicida também se revelou fortemente associada à VPI, com chances mais do que 3 vezes maiores (OR: 3,2 CI: 2,00-5,11) em homens e mulheres vítimas de VPI, quando comparados com a população geral. Quanto à tentativa de suicídio, vítimas de VPI também foram mais propensas, sendo os homens ainda mais do que as mulheres, quase 6 vezes mais suscetíveis a ter histórico de tentativa de suicídio (OR:5,67 CI: 1,83-17,58) enquanto que as mulheres tiveram suas chances quadruplicadas (OR: 3,96 CI: 2,01-7,82) (Tabela 7).

Neste estudo, falta de suporte social não se mostrou como um fator significantemente associado à VPI para vítimas entre homens e nem entre mulheres. O mesmo ocorreu com DST/HIV positivo entre homens vítimas, diferentemente dos resultados das mulheres vítimas, que se mostraram propensas de forma significativa a contrair DST/HIV, quase sete vezes mais do que a população geral (OR: 6,81 CI: 1,74-26,71) (Tabela 7).

Tabela 7: Fatores Associados - Razão de Possibilidades (Odds Ratio) em 2012

	VÍ TIMA		
	Mulheres	**Homens**	**Amostra Total**
Indicação Depressão	2,79(1,68-4,63)**	2,53(1,20-5,37)*	2,60(1,74-3,87)**
Ideação Suicida	3,13(1,70-5,78)**	3,17(1,33-7,57)*	3,20(2,00-5,11)**
Tentativa de Suicídio	3,96(2,01-7,82)**	5,67(1,83-17,58)**	4,81(2,80-8,24)**
Falta de Suporte Social	1,41(0,78-2,56)	1,44(0,77-2,72)	1,40(0,90-2,17)
Contaminação DST/HIV	6,81(1,74-26,71)**	1,00(0,11-9,21)	3.70(1,17-11,63)*
	AGRESSOR		
	Mulheres	**Homens**	**Amostra Total**
Indicação Depressão	2,27(1,37-3,75)**	5,71(1,79-18,24)**	2,94(1,71-5,03)**
Ideação Suicida	2,49(1,10-5,61)*	7,11(2,02-25,08)**	3,30(1,66-6,54)**
Tentativa de Suicidio	3,82(1,68-8,68)**	3,90(0,46-33,12)	3,48(1,55-7,80)**
Falta de Suporte Social	1,53(0,91-2,56)	2,85(0,93-8,79)	1,90(1,18-3,06)**
Contaminação DST/HIV	1,32(0,15-11,46)	-------	1,04(0,12-8,68)
	BIDIRECIONAL		
	Mulheres	**Homens**	**Amostra Total**
Indicação Depressão	3,01(1,69-5,37)**	3,68(1,63-8,29)**	3,13(1,98-4,95)**
Ideação Suicida	4,09(2,21-7,56)**	3,16(1,16-8,61)*	3,80(2,30-6,26)**
Tentativa de Suicídio	5,15(2,61-	2.60(1.10-6.15)*	5,36(3,08-9.56)**
Falta de Suporte Social	1,04(0,52-2,06)	1,71(0,87-3,39)	1,27(0,75-2,17)
Contaminação DST/HIV	10,23(2,47-	3,71(0,16-16,77)	6,08(1,83-20,25)**

Todos os modelos de regressão foram controlados por idade, nível educacional (sexo para a amostra total)

Pensamento suicida e tentativa de suicídio foram controlados também por suicídio na família

* p<0.05 (Regressão de Poisson)

** p<0.01 (Regressão de Poisson)

- ✓ ***Agressão na Violência entre Parceiros Íntimos***

Constatou-se que a relação entre indicação de depressão ou índice de sintomas depressivos e VPI em agressores homens e mulheres é fortemente significante, sendo a chance de indicação de depressão entre homens quase 6 vezes maior do que na população geral (OR: 5,71 CI: 1,79-18,24) e mais do que o dobro em mulheres agressoras (OR: 2,27 CI: 1,37-3,75). Quanto à associação de pensamentos suicidas com VPI foi significante para ambos os grupos, em especial entre homens agressores, que mostraram probabilidade mais do que 7 vezes maior (OR: 7,11 CI: 2,02-25,08) enquanto que a chance de pensamentos suicidas para as mulheres foi mais do que duplicada (OR: 2,49 CI: 1,10-5,61). Além disso, a associação entre tentativa de suicídio e mulheres agressoras em episódios

de VPI foi bastante significante, sendo a probabilidade quase 4 vezes maior do que na população geral (OR:3,82 CI: 1,68-8,68), o mesmo ocorrendo para a relação com a amostra total, mas não resultou numa associação significativa para homens (Tabela 7).

Falta de suporte social não foi associado significativamente com VPI para agressores homens ou mulheres isoladamente, mas foi significante para a amostra total (OR: 1,90 CI: 1,18-3,06) e DST/HIV positivo não se mostrou como um fator associado aos agressores (Tabela 7).

- ✓ ***Violência entre Parceiros Íntimos Bidirecional***

A Violência bidirecional entre parceiros íntimos resultou numa associação relevante com indicação de depressão em homens e mulheres, mais do que triplicando as chances, em relação à população geral (OR: 3,01 CI: 1,69-5,37 entre mulheres e OR: 3,68 CI: 1,63-8,29 entre homens). As associações de ideação suicida foram significantes também para indivíduos mutuamente violentos, quadruplicando a chance entre mulheres (OR: 4,09 CI: 2,21-7,56) e mais do que triplicando entre homens (OR: 3,16 CI: 1,16-8,61). Além disto, a violência mútua aumentou em cinco vezes a probabilidade de tentativa de suicídio entre mulheres (OR: 5,15 CI: 2,61-10,18) e dobrou as chances entre homens (OR: 2,60 CI: 1,10-6,15), revelando associação fortemente significante. (Tabela 7)

Por outro lado, falta de suporte social não se mostrou associada com violência mútua entre homens e nem entre mulheres. Auto-relato de contaminação com DST/HIV também não foi associada à violência mútua entre homens mas foi significativamente associada entre mulheres (OR: 10,23 CI: 2,47-42,28) e na amostra total (OR: 6,08 CI: 1,83-20,25) (Tabela 7).

5. DISCUSSÃO

A violência entre parceiros íntimos (VPI) tem sido cada vez mais reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública e de transgressão aos direitos humanos, atingindo as mais diversas populações globais, transpondo diferenças econômicas, religiosas ou culturais. Resultados recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que a prevalência varia entre 20 e 40% para as diferentes regiões ao redor do mundo e é estimada em cerca de 30% para as Américas.

As duas ondas do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENADI e II) conduzidos em 2006 e 2012 entrevistaram amostras domiciliares quanto a diversos indicadores comumente associados ao consumo de substâncias, incluindo VPI gerando dados comparáveis do período imediatamente anterior e 6 anos após a promulgação de uma nova e importante ação legislativa para VPI no Brasil, a Lei “Maria da Penha”.

5.1 Resultados Descritivos

Os resultados apresentados neste estudo revelam que, apesar de ter sido observada uma diminuição, as prevalências de indivíduos, de ambos os sexos que ainda vivenciam VPI continuam altas. Mais do que 10% dos brasileiros casados ou coabitando relataram ter agredido seu(sua) parceiro(a) íntimo(a) através de, pelo menos uma forma de VPI em 2006, em comparação com pouco mais de 8% em 2012, indicando uma redução significativa no período de 6 anos, especialmente entre homens. O mesmo foi detectado para as vítimas de VPI nas duas ondas, com redução significativa de 7,8% em 2006 a 6% em 2012. Essa queda foi ainda mais acentuada entre as mulheres que sofreram pelo menos um tipo de violência, com redução de 28,4% (de 8,8% para 6,3%). Contudo, não houve redução significativa nas taxas de vitimização da VPI entre os homens entre 2006 e 2012. A violência bidirecional também diminuiu no período de 6 anos, tanto entre homens quanto entre mulheres.

O presente estudo mostrou que, apesar de detectadas reduções significativas dos índices de VPI, a prevalência da maioria dos indicadores se mantém notavelmente alta em 2012. Em relação à vitimização na VPI, a comparação entre as ondas de 2006 e 2012 constatou que 6% dos participantes referem ter sofrido pelo menos um evento violento em 2012, em comparação com cerca de 8% em 2006. A atenuação de mais de 28% na vitimização entre as mulheres foi talvez o resultado de prevalência mais importante deste estudo (8,8% em

2006 vs. 6,3% em 2012). Este dado é apoiado também por diminuição semelhante (mais do que 30%) nas taxas de agressão pelos homens entrevistados.

Combinados, estes resultados contribuem a favor da hipótese de que a Lei Maria da Penha possa ter desempenhado um papel nesta mudança. Observa-se que grande parte das campanhas e *advocacy* focadas em violência doméstica realizadas no país tiveram como tema "violência contra a mulher" desconsiderando a violência perpetrada por mulheres contra seus(suas) parceiros(as). Estudos anteriores relataram um impacto da implementação da lei, destacando, entre os aspectos positivos, que favoreceria a redução dos índices de violência contra a mulher.

Por outro lado, nota-se que, de modo geral, as taxas de VPI entre mulheres na condição de agressoras são mais elevadas do que entre homens, e que estes índices não reduziram significativamente no período de 2006 a 2012 (3,3% para 2,6%) e também que mulheres apresentam taxas mais elevadas de violência bidirecional em comparação aos homens nas duas ondas da pesquisa. Como vimos anteriormente, estudos recentes de VPI têm se concentrado também em investigar o agressor (homens e mulheres) e a violência bidirecional, numa tentativa de compreender melhor a VPI em toda a sua complexidade. Tais estudos têm sugerido que as mulheres apresentam chances iguais ou maiores que eles de serem agressoras na VPI. Portanto, alguns autores inferem que os homens têm igual ou maior probabilidade que elas de serem vítimas de VPI (Caetano, Ramisetty-Mikler, & Field, 2005; Carney, 2007; Costa et al., 2015; Gass et al., 2011; Heslop & Banda, 2013; Testa et al., 2011; Ulloa & Hammett, 2014) o que está em concordância com os achados do presente estudo. De acordo com Fanslow et al., uma proporção substancial de mulheres relata que reage e luta quando é atacada, o que poderia ajudar a explicar as altas taxas de agressão por parte das mulheres. Em contrapartida, vários estudos avaliaram a violência unidirecional de ambos os sexos e sugerem que a mulher pode se tornar agressora, independentemente da iniciativa masculina (Andrade, Araujo, Dourado, Miranda, & Reis, 2016; Costa et al., 2015; Fanslow, Gulliver, Dixon, & Ayallo, 2014b; Lovestad & Krantz, 2012). Este evento foi confirmado em uma pesquisa representativa domiciliar que estudou 845 mulheres na Nova Zelândia que sofreram VPI como vítimas. Fanslow e col. declararam que 19% destas mulheres relataram ter iniciado o episódio de violência física contra seus parceiros. Todavia é importante considerar que o tipo de agressão perpetrado pela mulher contra o parceiro tende a ser menos grave quando comparada a perpetração entre homens. Thureau et al confirmam esta hipótese e afirmam que os homens apresentam mais frequentemente lesões menos graves em comparação com as observadas em mulheres

em casos de ocorrência de VPI (Thureau et al., 2015). A este respeito, nossos achados mostram equivalência nas taxas para tipos de violência leve, moderada e grave entre homens e mulheres. Caetano e colaboradores (2005) corroboram estes resultados e outros estudos mostram que esta equidade entre os gêneros também ocorre em relação à gravidade dos danos e sequelas provocadas nos atos de violência íntima entre os parceiros, (Caetano et al., 2005; Swan, Gambone, Caldwell, Sullivan, & Snow, 2008).

Embora os resultados do presente estudo mostrem uma diminuição em muitos indicadores de VPI, camadas mais jovens e menos instruídas da população ainda têm as maiores taxas de VPI, o que está em concordância com estudos prévios (DataSenado, 2013; Stockman et al., 2014). Este achado sugere que as esparsas iniciativas de prevenção da VPI no país possivelmente tiveram menos impacto sobre este setor da sociedade. No que diz respeito à distribuição dos episódios de VPI entre as regiões brasileiras, nossos resultados revelaram um significativo declínio dos que se declararam agressores da região Sul do país (de 13,8% para 3,5%). Na busca por entender estes dados, foram investigadas mudanças nas políticas e ações nos Estados da região Sul em relação a este tema, entre 2006 e 2012. Constatou-se que o Rio Grande do Sul (o estado mais populoso da região Sul), recentemente desenvolveu e lançou um centro de monitoramento para combater a violência contra as mulheres, bem como a implementação de estratégias de prevenção e de apoio às vítimas (CCDH, 2013). Tais iniciativas podem ter contribuído para reduções regionais importantes na VPI. Embora os resultados deste programa tenham sido lançados no mesmo ano da segunda onda do LENAD (2012), algumas ações importantes deste programa foram realmente colocadas em prática em maio de 2011. Sendo assim, os dados coletados na segunda onda em 2012 poderiam ter detectado o impacto destas ações, uma vez que a avaliação focou em eventos que ocorreram nos 12 meses anteriores à entrevista, o que seria durante o ano de 2011.

A comparação das taxas de prevalência entre os diferentes países ou mesmo entre outras pesquisas brasileiras é um grande desafio. Metodologias divergentes, bem como avaliações de diferentes tipos e gravidade da violência, diferentes métodos de coleta de dados (por telefone, individual ou em casal) e intervalos de tempo distintos dificultam ou impossibilitam comparações (McLaughlin, O'Carroll, & O'Connor, 2012). Sendo assim, encontramos grandes divergências nas taxas de VPI ao comparar os resultados deste estudo com aqueles de pesquisas recentes realizadas no país. Relatórios anteriores demonstraram taxas de vitimização da VPI variando de 18% a 44% no Brasil, com taxas de agressão estimadas em até 16% na população masculina, (DataSenado, 2013; Instituto

Avon & Popular, 2014; McLaughlin et al., 2012) prevalências mais altas do que as encontradas neste estudo. Tais diferenças podem ser decorrentes das discrepâncias citadas entre as pesquisas.

5.2 Resultados Analíticos

Em relação ao uso de substâncias, este estudo desvelou que a VPI é fortemente associada ao uso nocivo do álcool (medida pelo beber em *binge* e TRA) em homens (vítima, agressor e bidirecional) e em mulheres (no papel de agressora e na VPI bidirecional). Ademais, constatou-se associações ainda maiores entre homens, o que está de acordo com estudos anteriores que mostram evidências de que o uso de álcool por um ou ambos os parceiros contribui para aumentar o risco e a gravidade da VPI (Caetano, Cunradi, Clark, & Schafer, 2000; Cunradi, 2007). Esse achado reforça os resultados do artigo publicado anteriormente baseado nos dados advindos da primeira onda do LENAD (Zaleski et al., 2010). Além disso, a violência contra a mulher na VPI tem sido constantemente relacionada ao beber pesado nos homens (Bazargan-Hejazi et al., 2014) e TRA (Testa et al., 2012; Wilsnack, Wilsnack, & Kantor, 2013).

Foi demonstrado que alguns dos principais preditores de agressão na VPI é o uso do álcool e de substâncias ilícitas, sendo estes fatores de risco importantes para ambos os sexos, resultados amplamente observados em estudos prévios (Crane, Godleski, Przybyla, Schlauch, & Testa, 2016; Gass et al., 2011). Outro aspecto importante que tem recebido atenção durante as últimas décadas e que vale enfatizar neste estudo é a coexistência da vitimização com a agressão. Esse estudo revelou que 2,4% da população brasileira relataram ter sido vítimas e agressores da VPI em 2012, com uma redução em relação a 2006 (3,2 em 2006 vs. 2,4% em 2012). Em concordância com estudos prévios (Afifi, Henriksen, Asmundson, & Sareen, 2012; Cunradi, 2007), é possível afirmar que as substâncias psicoativas investigadas como fatores de risco neste estudo foram fortemente associadas à violência bidirecional: tabagismo, problemas com o uso do álcool, uso de sedativos e uso de drogas ilegais.

Em relação aos transtornos depressivos e VPI, há inúmeras pesquisas que revelam a forte associação entre as duas condições, especialmente em mulheres (Beydoun, Beydoun, Kaufman, Lo, & Zonderman, 2012; Decker et al., 2014; Ulloa & Hammett, 2014). Por outro lado, este é o primeiro estudo nacionalmente representativo que investiga sintomas

depressivos e outros fatores correlatos como a ideação suicida e histórico de tentativa de suicídio nos principais subgrupos que compõem a VPI, ou seja, em vítimas, agressores, envolvidos em violência bidirecional, homens e mulheres no Brasil. Estudos prévios (Ulloa & Hammett, 2014; Umubyeyi, Mogren, Ntaganira, & Krantz, 2014), confirmam os achados de associação entre sintomas depressivos e VPI.

Vítimas e agressores do sexo masculino tiveram as chances de tentativa de suicídio quase seis vezes maiores do que na população geral no presente estudo. Homens agressores também apresentaram probabilidade quase seis vezes maior para indicação de depressão e mais do que sete vezes para ideação suicida e mulheres em VPI bidirecional, com chances mais do que cinco vezes maiores para tentativa de suicídio. Estes dados estão em concordância com estudos anteriores (Dufort, Stenbacka, & Gumpert, 2014; Ulloa & Hammett, 2014). Tendo em vista este ser um estudo com desenho transversal, não é possível inferir causalidade entre os fatores estudados. Sendo assim, não se pode inferir que os eventos de VPI precedam sintomas depressivos e comportamentos suicidas. Todavia, tal sequencia temporal foi recentemente demonstrada por um estudo longitudinal (Chuang et al., 2012). Por outro lado, Devries e col. sugerem um relacionamento mais complexo entre estas condições e propõem três modos de associação que são possíveis em qualquer combinação: (1) exposição à VPI causa depressão e tentativas de suicídio, (2) depressão e/ou tentativas de suicídio causam episódios de VPI e (3) há fatores de risco em comum para estas condições, VPI, depressão e tentativas de suicídio, que explicariam a associação entre eles (Devries et al., 2013).(Dufort et al., 2014).Estudos prévios contribuíram para a compreensão da associação da VPI com suicidalidade. Uma revisão recente revelou que angústia, desamparo e uso de substâncias psicoativas funcionaram como mediadores entre a VPI e o histórico de suicídio e que a falta de suporte social foi um moderador nesta relação (McLaughlin et al., 2012). Os mesmos autores informam também que há uma relação positiva entre a gravidade dos danos da VPI e o risco de suicídio, alertando para a necessidade de investigar-se clinicamente a severidade do episódio de VPI com foco também na avaliação do risco de suicídio. Ademais, outros estudos apontaram a falta de competência para enfrentamento como fator-chave na relação entre VPI e tentativa de suicídio (Kaslow et al., 2002; McLaughlin et al., 2012; Reviere et al., 2007). Vale ressaltar que todos os desfechos aqui estudados, com exceção do suporte social, tiveram altas associações com violência bidirecional, corroborando com estudos prévios (Bazargan-Hejazi et al., 2014; Ulloa & Hammett, 2014).

Existem poucos estudos investigando a relação entre suporte social e VPI. Na sua maioria investigam mulheres migrantes ou imigrantes (Godoy-Ruiz et al., 2014; Teng, Hall, & Li, 2014). Esse estudo revelou associação entre falta de suporte social e envolvimento em VPI como agressor e não com vítimas, como esperado. Inferimos que, possivelmente, diferenças culturais entre os países possam explicar tal achado como, por exemplo, a tendência do estilo mais relacional do comportamento do povo brasileiro, em relação aos outros existentes.

Ao investigar o relacionamento da VPI com a contaminação de DST/HIV, observamos que as prevalências foram maiores para os subgrupos de vítimas e de envolvidos em violência mútua, bem como são significativas as associações destas condições entre mulheres vítimas e envolvidas com violência bidirecional. Estudos prévios revelaram que mulheres são mais vulneráveis para contrair DST/HIV do que homens (Lin, McElmurry, & Christiansen, 2007) e também existem evidências de que VPI está associado com um aumento significante no risco de adquirir infecção por HIV em mulheres e homens (Durevall & Lindskog, 2015; Siemieniuk, Krentz, Gish, & Gill, 2010). Siemieniuk et al, após enfatizar a forte associação da VPI com contaminação por HIV, realçou a importância de dar atenção especial à VPI por ser potencialmente geradora de outros transtornos mentais e reduzir o acesso aos cuidados de saúde, como perdas de consultas marcadas para o tratamento do HIV. Uma meta-análise recente que revisou a relação da VPI com HIV entre mulheres, revelou que a violência sexual foi o relato mais frequente como fator de risco independente ou em conjunto, comparado aos outros tipos de VPI (Li et al., 2014). Estes autores destacam que, especialmente em países de média e baixa renda, há fatores culturais que levam à subnotificação de casos de mulheres cujos parceiros íntimos insistem e usam de coerção para ter relações sexuais com elas contra a própria vontade. Esclarecem ainda que estas mulheres não costumam buscar ajuda para este tipo de experiência, o que pode aumentar o risco para infecções por HIV (Li et al., 2014). Uma revisão sistemática também ofereceu inferências sobre os vários mecanismos que explicam a relação entre VPI e HIV (Kouyoumdjian, Findlay, Schwandt, & Calzavara, 2013), onde os autores explicam que tal relação pode ser: (1) causal, isto é, VPI pode causar HIV através da violência sexual, traumatizando a mucosa vaginal ou anal; ou HIV pode causar VPI; (2) não causal, ou seja, VPI e HIV podem estar correlacionados, por exemplo, uma pessoa que vive a VPI pode, voluntariamente, ter comportamentos sexuais de risco como sexo sem proteção, múltiplos parceiros, uso de substâncias como álcool e outras drogas logo antes do intercurso sexual (Chakraborty, Patted, Gan, Islam, & Revankar, 2014; Seth, DiClemente, & Lovvorn, 2013).

Os autores sugerem ainda uma terceira hipótese, de pessoas vivenciando VPI que podem ter disfunção imunológica relativa (supressão), o que poderia aumentar a sua susceptibilidade à contaminação por HIV após exposição (Kouyoumdjian et al., 2013).

A relação causal entre DST/HIV e VPI foi previamente investigada por pesquisadores brasileiros em serviços de referência para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis em Fortaleza, CE em 2012. O estudo verificou como foi a reação do companheiro, quando informado sobre o diagnóstico de HIV do paciente. A amostra foi composta por 40,3% de homens e 59,7% de mulheres. O estudo concluiu que em cerca de 30% dos casos houve uma reação violenta do parceiro (homem ou mulher). As hipóteses para explicar esta violência referem-se, principalmente, à revelação da infidelidade, mas em outros casos, ao uso abusivo de álcool ou histórico de violência mesmo antes do diagnóstico (Andrade et al., 2016).

5.3 Violência Bidirecional

Também merece atenção a notável tendência atual de publicações que investigam a questão da violência bidirecional entre os parceiros íntimos. Como este estudo, aquelas revelaram prevalências altas e similares entre os gêneros (Cunradi, Ames, & Duke, 2011; Langhinrichsen-Rohling, 2012; Prospero & Kim, 2009). Por outro lado, Capaldi et Al. constatou que a maioria dos estudos em VPI investiga a agressão do homem para a mulher e da mulher para o homem e pouco mais da metade destes também abarcam a violência bidirecional (Capaldi et al., 2012). Tomados em conjunto, os resultados deste estudo, em concordância com a literatura sobre VPI bidirecional indicam que os indivíduos afetados pela violência bidirecional tendem a sofrer maiores danos físicos e mentais do que os grupos de VPI unidirecional (Bazargan-Hejazi et al., 2014; Fanslow, Gulliver, Dixon, & Ayallo, 2014a; Satyanarayana, Chandra, & Vaddiparti, 2015; Ulloa & Hammett, 2014).

6. Limitações e Vantagens dos Estudos

O presente estudo possui algumas limitações. Em primeiro lugar, o fato de que este é um estudo baseado em dados secundários, uma vez que, originalmente, o foco das pesquisas LENAD foi avaliar o consumo de drogas e, assim, métodos específicos para investigar a violência por parceiro interpessoal não foram aplicados, tais como entrevistar ambos indivíduos do casal, Sabe-se que na ausência do parceiro, o respondente pode negar os incidentes de VPI, o que pode levar à subnotificação de VPI (Caetano, Field, Ramisetty-Mikler, & Lipsky, 2009). Um aspecto positivo a ser destacado é o fato de o questionário cobrir eventos relacionados à vitimização e à agressão, em comparação a um modelo que questiona apenas uma das duas situações, o que tenderia à subnotificação. Uma segunda limitação é a utilização do questionário CTS2, que não compreende a magnitude de possíveis formas de violência cometidas entre parceiros íntimos.

Outra limitação a ser mencionada é o tamanho da amostra. Embora as análises de associação das principais variáveis não tenham apresentado intervalos de confiança demasiadamente grandes, as estimativas referentes a eventos pouco prevalentes foram certamente impactadas. Finalmente, apesar de nos beneficiarmos de análises com dados nacionalmente representativos advindos de uma amostragem probabilística, é importante destacar que se trata de um estudo transversal repetitivo, o que impede inferências de causalidade.

7. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O tema violência entre parceiros íntimos coloca o Brasil entre os cinco países mais violentos do mundo (Waiselfisz, 2015). Conhecer a dimensão da VPI no Brasil bem como os fatores associados a este grave problema de saúde pública pode contribuir para o desenvolvimento de iniciativas de prevenção bem como de intervenções baseadas em evidências. Todavia, embora as evidências apontem para uma melhora no que diz respeito à redução dos índices de violência contra a mulher no país, talvez as iniciativas tenham perdido uma oportunidade de reverter as taxas igualmente altas de agressão por parte das mulheres. VPI é um tema que vai além das diferenças de gênero e do estigma da mulher-vítima-homem-agressor. Isto significa que podemos considerar homens e mulheres igualmente e potencialmente vítimas e agressores na VPI. Portanto, sugerimos firmemente que futuras iniciativas transcendam a premissa da "violência do homem-contra-a-mulher" ampliando iniciativas voltadas para a prevenção de violência entre parceiros íntimos de forma geral.

Os resultados aqui apresentados mostram que estamos diante de uma "guerra sigilosa entre quatro paredes" onde cada parceiro envolvido sai perdedor, como os números demonstram claramente. Ao contrário do que se pode inferir num olhar superficial sobre este tópico, os achados desvelam que agressores não são mais saudáveis do que vítimas. Todos os envolvidos precisam de ajuda especializada para prevenir este ciclo de hetero e autodestruição.

Enfim, sugerimos que as ações focalizem na melhora e qualificação dos profissionais que lidam com o manejo de eventos de VPI e que se desenvolva uma rede de assistência articulada, que inclua o uso dos serviços de saúde primários e assistência de médio e longo prazo para as vítimas, os agressores e os familiares envolvidos. Ademais, é fundamental que profissionais envolvidos com a assistência mental sejam treinados na identificação e manejo de tais eventos, provendo apoio de base social comunitária no longo prazo. Estas ações podem ser complementadas através da criação de grupos de ajuda mútua, para prover uma nova rede social aos envolvidos em VPI, para a recuperação dos traumas e consequências vividas e para o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento.

8. **REFERÊNCIAS**

Adinkrah, M. (2014). Intimate partner femicide-suicides in Ghana: victims, offenders, and incident characteristics. *Violence Against Women, 20*(9), 1078-1096. doi: 10.1177/1077801214549637

Afifi, T. O., Henriksen, C. A., Asmundson, G. J., & Sareen, J. (2012). Victimization and perpetration of intimate partner violence and substance use disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis, 200*(8), 684-691. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182613f64

Al-Modallal, H. (2012). Patterns of coping with partner violence: experiences of refugee women in Jordan. *Public Health Nurs, 29*(5), 403-411. doi: 10.1111/j.1525-1446.2012.01018.x

Andrade, R. F., Araujo, M. A., Dourado, M. I., Miranda, A. B., & Reis, C. B. (2016). [Prevalence of intimate partner violence and associated factors after disclosing the diagnosis of a sexually transmissible disease]. *Cad Saude Publica, 32*(7). doi: 10.1590/0102-311X00008715

Batistoni, S. S., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. (2007). [Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly]. *Rev Saude Publica, 41*(4), 598-605.

Bazargan-Hejazi, S., Kim, E., Lin, J., Ahmadi, A., Khamesi, M. T., & Teruya, S. (2014). Risk factors associated with different types of intimate partner violence (IPV): an emergency department study. *J Emerg Med, 47*(6), 710-720. doi: 10.1016/j.jemermed.2014.07.036

Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. (2012). 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, 75*(6), 959-975. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.025

Bradley, K. L., Bagnell, A. L., & Brannen, C. L. (2010). Factorial validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in adolescents. *Issues Ment Health Nurs, 31*(6), 408-412. doi: 10.3109/01612840903484105

Caetano, R., Cunradi, C. B., Clark, C. L., & Schafer, J. (2000). Intimate partner violence and drinking patterns among white, black, and Hispanic couples in the U.S. *J Subst Abuse, 11*(2), 123-138.

Caetano, R., Field, C., Ramisetty-Mikler, S., & Lipsky, S. (2009). Agreement on reporting of physical, psychological, and sexual violence among white, black, and Hispanic couples in the United States. *J Interpers Violence, 24*(8), 1318-1337. doi: 10.1177/0886260508322181

Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., & Field, C. A. (2005). Unidirectional and bidirectional intimate partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States. *Violence Vict, 20*(4), 393-406.

Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., & Rodriguez, L. A. (2009). The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): the association between birthplace, acculturation and alcohol abuse and dependence across Hispanic national groups. *Drug Alcohol Depend, 99*(1-3), 215-221. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.08.011

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet, 359*(9314), 1331-1336. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse, 3*(2), 231-280. doi: 10.1891/1946-6560.3.2.231

Carney, M. B., F.; Dutton, D. (2007). Women who perpetrate intimate partner violence: A review of the literature with recommendations for treatment. *Aggress Violent Behav, 12*, 108-115.

Carrasco-Portino, M., Vives-Cases, C., Gil-Gonzalez, D., & Alvarez-Dardet, C. (2007). [What do we know about men who abuse their female partner? A systematic review]. *Rev Panam Salud Publica, 22*(1), 55-63.

CCDH, C. d. C. e. D. H.-. (2013). Relatório Lilás: Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul.

Chakraborty, H., Patted, S., Gan, A., Islam, F., & Revankar, A. (2014). Determinants of Intimate Partner Violence Among HIV-Positive and HIV-Negative Women in India. *J Interpers Violence*. doi: 10.1177/0886260514555867

Cheung, M. L., P.;Tsui, V. (2009, 19 May 2009). Asian Male Domestic Violence victims: Services Exclusive for Men. *Journal Family Violence*.

Cho, H., Velez-Ortiz, D., & Parra-Cardona, J. R. (2014). Prevalence of intimate partner violence and associated risk factors among Latinos/as: an exploratory study with three Latino subpopulations. *Violence Against Women, 20*(9), 1041-1058. doi: 10.1177/1077801214549636

Chuang, C. H., Cattoi, A. L., McCall-Hosenfeld, J. S., Camacho, F., Dyer, A. M., & Weisman, C. S. (2012). Longitudinal association of intimate partner violence and depressive symptoms. *Ment Health Fam Med, 9*(2), 107-114.

Costa, D., Soares, J., Lindert, J., Hatzidimitriadou, E., Sundin, O., Toth, O., . . . Barros, H. (2015). Intimate partner violence: a study in men and women from six European countries. *Int J Public Health*. doi: 10.1007/s00038-015-0663-1

Crane, C. A., Godleski, S. A., Przybyla, S. M., Schlauch, R. C., & Testa, M. (2016). The Proximal Effects of Acute Alcohol Consumption on Male-to-Female Aggression: A Meta-Analytic Review of the Experimental Literature. *Trauma Violence Abuse, 17*(5), 520-531. doi: 10.1177/1524838015584374

Cunradi, C. B. (2007). Drinking level, neighborhood social disorder, and mutual intimate partner violence. *Alcohol Clin Exp Res, 31*(6), 1012-1019. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00382.x

Cunradi, C. B., Ames, G. M., & Duke, M. (2011). The relationship of alcohol problems to the risk for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among a sample of blue-collar couples. *Violence Vict, 26*(2), 147-158.

DataSenado, S. d. T. (2013). Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Brasília, DF: Secretaria de Transparência/DataSenado.

Decker, M. R., Peitzmeier, S., Olumide, A., Acharya, R., Ojengbede, O., Covarrubias, L., . . . Brahmbhatt, H. (2014). Prevalence and Health Impact of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence Among Female Adolescents Aged 15-19 Years in Vulnerable Urban Environments: A Multi-Country Study. *J Adolesc Health, 55*(6 Suppl), S58-67. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.08.022

Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., . . . Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med, 10*(5), e1001439. doi: 10.1371/journal.pmed.1001439

Douge, N., Lehman, E. B., & McCall-Hosenfeld, J. S. (2014). Social support and employment status modify the effect of intimate partner violence on depression symptom severity in women: results from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey. *Womens Health Issues, 24*(4), e425-434. doi: 10.1016/j.whi.2014.03.006

Dufort, M., Stenbacka, M., & Gumpert, C. H. (2014). Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. *Eur J Public Health*. doi: 10.1093/eurpub/cku198

Durevall, D., & Lindskog, A. (2015). Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us? *Lancet Glob Health, 3*(1), e34-43. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70343-2

Fanslow, J. L., Gulliver, P., Dixon, R., & Ayallo, I. (2014a). Hitting Back: Women's Use of Physical Violence Against Violent Male Partners, in the Context of a Violent Episode. *J Interpers Violence*. doi: 10.1177/0886260514555010

Fanslow, J. L., Gulliver, P., Dixon, R., & Ayallo, I. (2014b). Women's Initiation of Physical Violence Against an Abusive Partner Outside of a Violent Episode. *J Interpers Violence*. doi: 10.1177/0886260514553632

Fernbrant, C., Emmelin, M., Essen, B., Ostergren, P. O., & Cantor-Graae, E. (2014). Intimate partner violence and poor mental health among Thai women residing in Sweden. *Glob Health Action, 7*, 24991. doi: 10.3402/gha.v7.24991

Ferri, C. P. M., J.; de Araújo, M.; Laranjeira, R. & Gossop, M. (2000). Validity and Reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug Alcohol Rev, 19(4)*, 451-455.

Frank, S. C., EBS, Boing, AF. . (2010). Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. *Rev Panam Salud Publica, 27*, 376-381.

Gass, J. D., Stein, D. J., Williams, D. R., & Seedat, S. (2011). Gender differences in risk for intimate partner violence among South African adults. *J Interpers Violence, 26*(14), 2764-2789. doi: 10.1177/0886260510390960

Godoy-Ruiz, P., Toner, B., Mason, R., Vidal, C., & McKenzie, K. (2014). Intimate Partner Violence and Depression Among Latin American Women in Toronto. *J Immigr Minor Health*. doi: 10.1007/s10903-014-0145-1

Graham, K., Bernards, S., Wilsnack, S. C., & Gmel, G. (2011). Alcohol may not cause partner violence but it seems to make it worse: a cross national comparison of the relationship between alcohol and severity of partner violence. *J Interpers Violence, 26*(8), 1503-1523. doi: 10.1177/0886260510370596

Hajian, S., Vakilian, K., Mirzaii Najm-abadi, K., Hajian, P., & Jalalian, M. (2014). Violence against women by their intimate partners in Shahroud in northeastern region of Iran. *Glob J Health Sci, 6*(3), 117-130. doi: 10.5539/gjhs.v6n3p117

Heslop, J., & Banda, R. (2013). Moving beyond the "male perpetrator, female victim" discourse in addressing sex and relationships for HIV prevention: peer research in Eastern Zambia. *Reprod Health Matters, 21*(41), 225-233. doi: 10.1016/S0968-8080(13)41697-X

Hunt, D. M. (1990). Spouse abuse. Care goes beyond the office door. *Postgrad Med, 87*(2), 130-135.

Instituto Avon, & Popular, D. (2014). Percepções dos homens sobre a violência doméstica contra a mulher: Instituto Avon/Data Popular.

Investigators, P., Sprague, S., Bhandari, M., Della Rocca, G. J., Goslings, J. C., Poolman, R. W., . . . Schemitsch, E. H. (2013). Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *Lancet, 382*(9895), 866-876. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61205-2

Iskandar, L., Braun, K. L., & Katz, A. R. (2015). Testing the woman abuse screening tool to identify intimate partner violence in Indonesia. *J Interpers Violence, 30*(7), 1208-1225. doi: 10.1177/0886260514539844

Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Okun, A., Price, A., Young, S., Bender, M., . . . Parker, R. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *J Consult Clin Psychol, 70*(2), 311-319.

Kawakami, N., Takatsuka, N., Inaba, S., & Shimizu, H. (1999). Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. *Addict Behav, 24*(2), 155-166.

Kaye, S., & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction, 97*(6), 727-731.

Kouyoumdjian, F. G., Findlay, N., Schwandt, M., & Calzavara, L. M. (2013). A systematic review of the relationships between intimate partner violence and HIV/AIDS. *PLoS One, 8*(11), e81044. doi: 10.1371/journal.pone.0081044

Kyriacou, D. N., Anglin, D., Taliaferro, E., Stone, S., Tubb, T., Linden, J. A., . . . Kraus, J. F. (1999). Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *N Engl J Med, 341*(25), 1892-1898. doi: 10.1056/NEJM199912163412505

Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol, 5*. doi: 10.3402/ejpt.v5.24794

Langhinrichsen-Rohling, J. M., T. A.; Selwyn, C.; Rohling, M. L. (2012). Rates of Bidirectional Versus Unidirectional Intimate Partner Violence Across Samples, Sexual Orientations, and Race/Ethnicities: A Comprehensive Reviw. *Partner Abuse, 3*(2).

Li, Y., Marshall, C. M., Rees, H. C., Nunez, A., Ezeanolue, E. E., & Ehiri, J. E. (2014). Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc, 17*, 18845. doi: 10.7448/IAS.17.1.18845

Lin, K., McElmurry, B. J., & Christiansen, C. (2007). Women and HIV/AIDS in China: gender and vulnerability. *Health Care Women Int, 28*(8), 680-699. doi: 10.1080/07399330701465010

Lovestad, S., & Krantz, G. (2012). Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden. *BMC Public Health, 12*, 945. doi: 10.1186/1471-2458-12-945

Mason, R., & O'Rinn, S. E. (2014). Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: a scoping review. *Glob Health Action, 7*, 24815. doi: 10.3402/gha.v7.24815

McLaughlin, J., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2012). Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. *Clin Psychol Rev, 32*(8), 677-689. doi: 10.1016/j.cpr.2012.08.002

Meneghel, S. N., Mueller, B., Collaziol, M. E., & de Quadros, M. M. (2013). [Repercussions of the Maria da Penha law in tackling gender violence]. *Cien Saude Colet, 18*(3), 691-700.

Montesanti, S. R., & Thurston, W. E. (2015). Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy. *BMC Womens Health, 15*, 100. doi: 10.1186/s12905-015-0256-4

Moraes, C. L., Hasselmann, M. H., & Reichenheim, M. E. (2002). [Portuguese-language cross-cultural adaptation of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), an instrument used to identify violence in couples]. *Cad Saude Publica, 18*(1), 163-176.

Nguyen, Q. P., Flynn, N., Kitua, M., Muthumbi, E. M., Mutonga, D. M., Rajab, J., & Miller, E. (2016). The Health Care Sector Response to Intimate Partner Violence in Kenya: Exploring Health Care Providers' Perceptions of Care for Victims. *Violence Vict*. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-13-00146

NIAAA, N. I. o. A. A. a. A.-. (2004).

Okuda, M., Olfson, M., Wang, S., Rubio, J. M., Xu, Y., & Blanco, C. (2015). Correlates of Intimate Partner Violence Perpetration: Results From a National Epidemiologic Survey. *J Trauma Stress*. doi: 10.1002/jts.21986

Oliveira, R. N., Gessner, R., Brancaglioni Bde, C., Fonseca, R. M., & Egry, E. Y. (2016). [Preventing violence by intimate partners in adolescence: an integrative review]. *Rev Esc Enferm USP, 50*(1), 137-147. doi: 10.1590/S0080-623420160000100018

Overup, C. S., DiBello, A. M., Brunson, J. A., Acitelli, L. K., & Neighbors, C. (2015). Drowning the pain: intimate partner violence and drinking to cope prospectively predict problem drinking. *Addict Behav, 41*, 152-161. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.10.006

Piper, M. E., McCarthy, D. E., & Baker, T. B. (2006). Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotine Tob Res, 8*(3), 339-351. doi: 10.1080/14622200600672765

Pontecorvo, C., Mejia, R., Aleman, M., Vidal, A., Majdalani, M. P., Fayanas, R., . . . Perez Stable, E. J. (2004). [Detection of domestic violence against women. Survey in a primary health care clinic]. *Medicina (B Aires), 64*(6), 492-496.

Prospero, M., & Kim, M. (2009). Mutual partner violence: mental health symptoms among female and male victims in four racial/ethnic groups. *J Interpers Violence, 24*(12), 2039-2056. doi: 10.1177/0886260508327705

Raj, A., & Silverman, J. G. (2003). Immigrant South Asian women at greater risk for injury from intimate partner violence. *Am J Public Health, 93*(3), 435-437.

Reviere, S. L., Farber, E. W., Twomey, H., Okun, A., Jackson, E., Zanville, H., & Kaslow, N. J. (2007). Intimate partner violence and suicidality in low-income African American women: a multimethod assessment of coping factors. *Violence Against Women, 13*(11), 1113-1129. doi: 10.1177/1077801207307798

Roberts, G. L., Williams, G. M., Lawrence, J. M., & Raphael, B. (1998). How does domestic violence affect women's mental health? *Women Health, 28*(1), 117-129.

Roh, S., Burnette, C. E., Lee, K. H., Lee, Y. S., & Easton, S. D. (2016). Risk and Protective Factors for Depressive Symptoms Among Indigenous Older Adults: Intimate Partner Violence (IPV) and Social Support. *J Gerontol Soc Work*, 1-16. doi: 10.1080/01634372.2016.1214659

Satyanarayana, V. A., Chandra, P. S., & Vaddiparti, K. (2015). Mental health consequences of violence against women and girls. *Curr Opin Psychiatry, 28*(5), 350-356. doi: 10.1097/YCO.0000000000000182

Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F., Franca Junior, I., & Grupo de Estudos em Populacao, S. e. A. (2008). [Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005]. *Rev Saude Publica, 42 Suppl 1*, 127-137.

Seedat, S., Stein, M. B., & Forde, D. R. (2005). Association between physical partner violence, posttraumatic stress, childhood trauma, and suicide attempts in a community sample of women. *Violence Vict, 20*(1), 87-98.

Semahegn, A., & Mengistie, B. (2015). Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. *Reprod Health, 12*, 78. doi: 10.1186/s12978-015-0072-1

Seth, P., DiClemente, R. J., & Lovvorn, A. E. (2013). State of the evidence: intimate partner violence and HIV/STI risk among adolescents. *Curr HIV Res, 11*(7), 528-535.

Siemieniuk, R. A., Krentz, H. B., Gish, J. A., & Gill, M. J. (2010). Domestic violence screening: prevalence and outcomes in a Canadian HIV population. *AIDS Patient Care STDS, 24*(12), 763-770. doi: 10.1089/apc.2010.0235

Simmons, S. B., Knight, K. E., & Menard, S. (2015). Long-Term Consequences of Intimate Partner Abuse on Physical Health, Emotional Well-Being, and Problem Behaviors. *J Interpers Violence*. doi: 10.1177/0886260515609582

Simmons, S. B. K., K. E.; Menard, S. (2015). Consequences of Intimate Partner Violence on Substance Use and Depression for Women and Men. *J Fam Violence, 30*, 351-361.

Slep, A. M., Foran, H. M., Heyman, R. E., Snarr, J. D., & Usaf Family Advocacy Research, P. (2014). Identifying unique and shared risk factors for physical intimate partner violence and clinically-significant physical intimate partner violence. *Aggress Behav*. doi: 10.1002/AB.21565

Smith, P. H., Homish, G. G., Leonard, K. E., & Cornelius, J. R. (2012). Intimate partner violence and specific substance use disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Addict Behav, 26*(2), 236-245. doi: 10.1037/a0024855

Stene, L. E., Dyb, G., Jacobsen, G. W., & Schei, B. (2010). Psychotropic drug use among women exposed to intimate partner violence: A population-based study. *Scand J Public Health, 38*(5 Suppl), 88-95. doi: 10.1177/1403494810382815

Stockl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet, 382*(9895), 859-865. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61030-2

Stockman, J. K., Hayashi, H., & Campbell, J. C. (2015). Intimate Partner Violence and Its Health Impact on Disproportionately Affected Populations, Including Minorities and Impoverished Groups. *J Womens Health (Larchmt), 24*(1), 62-79. doi: 10.1089/jwh.2014.4879

Stockman, J. K., Lucea, M. B., Bolyard, R., Bertand, D., Callwood, G. B., Sharps, P. W., . . . Campbell, J. C. (2014). Intimate partner violence among African American and African Caribbean women: prevalence, risk factors, and the influence of cultural attitudes. *Glob Health Action, 7*, 24772. doi: 10.3402/gha.v7.24772

Swan, S. C., Gambone, L. J., Caldwell, J. E., Sullivan, T. P., & Snow, D. L. (2008). A review of research on women's use of violence with male intimate partners. *Violence Vict, 23*(3), 301-314.

Sylaska, K. M., & Edwards, K. M. (2014). Disclosure of intimate partner violence to informal social support network members: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse, 15*(1), 3-21. doi: 10.1177/1524838013496335

Teng, P., Hall, B. J., & Li, L. (2014). The association between social resources and depression among female migrants affected by domestic violence. *Eur J Psychotraumatol, 5*, 26528. doi: 10.3402/ejpt.v5.26528

Testa, M., Hoffman, J. H., & Leonard, K. E. (2011). Female intimate partner violence perpetration: stability and predictors of mutual and nonmutual aggression across the first year of college. *Aggress Behav, 37*(4), 362-373. doi: 10.1002/ab.20391

Testa, M., Kubiak, A., Quigley, B. M., Houston, R. J., Derrick, J. L., Levitt, A., . . . Leonard, K. E. (2012). Husband and wife alcohol use as independent or interactive predictors of intimate partner violence. *J Stud Alcohol Drugs, 73*(2), 268-276.

Thureau, S., Le Blanc-Louvry, I., Thureau, S., Gricourt, C., & Proust, B. (2015). Conjugal violence: A comparison of violence against men by women and women by men. *J Forensic Leg Med, 31*, 42-46. doi: 10.1016/j.jflm.2014.12.014

Ulloa, E. C., & Hammett, J. F. (2014). The Effect of Gender and Perpetrator-Victim Role on Mental Health Outcomes and Risk Behaviors Associated With Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence*. doi: 10.1177/0886260514564163

Umubyeyi, A., Mogren, I., Ntaganira, J., & Krantz, G. (2014). Intimate partner violence and its contribution to mental disorders in men and women in the post genocide Rwanda: findings from a population based study. *BMC Psychiatry, 14*, 315. doi: 10.1186/s12888-014-0315-7

Unit, J. H. S. (1997). *Health Survey for England 1997*. London: Stationery Office.

Waiselfisz, J. J. (2015). Mapa da Violência 2015 Homicídio de Mulheres no Brasil (1a. ed.). Brasília - DF: Organização Pan-Americana da Saúde - Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS,.

Waiselfisz, J. J., & Ribeiro, C. (2012). Mapa da violência 2012, Caderno complementar 1: Homicídio de mulheres no Brasil: Centro Brasileiro de Estudos Latino-americanos/Flacso Brasil.

Weiss, N. H., Duke, A. A., & Sullivan, T. P. (2014). Probable posttraumatic stress disorder and women's use of aggression in intimate relationships: the moderating role of alcohol dependence. *J Trauma Stress, 27*(5), 550-557. doi: 10.1002/jts.21960

Whitaker, D. J., Haileyesus, T., Swahn, M., & Saltzman, L. S. (2007). Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *Am J Public Health, 97*(5), 941-947. doi: 10.2105/AJPH.2005.079020

WHO. (2002). World report on violence and health. In E. e. a. Krug (Ed.). Geneva: World Health Organization.

WHO. (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization: World Health Organization London school of Hygiene and Tropical Medicine.

WHO. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization

London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council

Wilsnack, S. C., Wilsnack, R. W., & Kantor, L. W. (2013). Focus on: women and the costs of alcohol use. *Alcohol Res, 35*(2), 219-228.

World Healt Organization, & Medicine, L. S. o. H. a. T. (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization.

Zaha, R., Helm, S., Baker, C., & Hayes, D. (2013). Intimate partner violence and substance use among Hawai'i youth: an analysis of recent data from the Hawai'i Youth Risk Behavior Survey. *Subst Use Misuse, 48*(1-2), 11-20. doi: 10.3109/10826084.2012.720334

Zaleski, M., Pinsky, I., Laranjeira, R., Ramisetty-Mikler, S., & Caetano, R. (2010). Intimate partner violence and alcohol consumption. *Rev Saude Publica, 44*(1), 53-59.

9. ANEXOS

Anexo 1 - Artigo publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria

Seguro | https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27304756

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed | Advanced

Format: Abstract | Send to

Rev Bras Psiquiatr. 2016 Apr-Jun;38(2):98-105. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1798.

Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey.

Ally EZ[1], Laranjeira R[1], Viana MC[1,2], Pinsky I[1], Caetano R[3], Mitsuhiro S[1], Madruga CS[1].

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVE: To compare intimate partner violence (IPV) prevalence rates in 2006 and 2012 in a nationally representative household sample in Brazil. The associations between IPV and substance use were also investigated.

METHODS: IPV was assessed using the Conflict Tactic Scale-R in two waves (2006/2012) of the Brazilian Alcohol and Drugs Survey. Weighted prevalence rates and adjusted logistic regression models were calculated.

RESULTS: Prevalence rates of IPV victimization decreased significantly, especially among women (8.8 to 6.3%). The rates of IPV perpetration also decreased significantly (10.6 to 8.4% for the overall sample and 9.2 to 6.1% in men), as well as the rates of bidirectional violence (by individuals who were simultaneously victims and perpetrators of violence) (3.2 to 2.4% for the overall sample). Alcohol increased the likelihood of being a victim (odds ratio [OR] = 1.6) and perpetrator (OR = 2.4) of IPV. Use of illicit drugs increased up to 4.5 times the likelihood of being a perpetrator.

CONCLUSIONS: In spite of the significant reduction in most types of IPV between 2006 and 2012, violence perpetrated by women was not significantly reduced, and the current national rates are still high. Further, this study suggests that use of alcohol and other psychoactive drugs plays a major role in IPV. Prevention initiatives must take drug misuse into consideration.

PMID: 27304756 DOI: 10.1590/1516-4446-2015-1798

[Indexed for MEDLINE] Free full text

UNIAD

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Ipsos

Prezado Morador

A **Universidade Federal de São Paulo**, ligada ao Ministério da Educação, e a **Ipsos** estão conduzindo um importante estudo sobre saúde pública em todo o Brasil e precisamos contar com a sua colaboração.

Esse estudo segue as mais *rígidas normas internacionais* para estudos de saúde pública e, seguindo critérios totalmente científicos, o seu domicílio foi sorteado para participar dessa pesquisa. A pessoa sorteada é selecionada da seguinte forma: 1º) é feito um sorteio de cidades; 2º) em cada cidade são sorteados bairros e quarteirões e 3º) em cada quarteirão são sorteadas as casa que participarão da pesquisa.

Segundo esses critérios, para que a pesquisa seja validada na comunidade científica internacional, uma vez sorteado um domicílio ele *não pode ser substituído*.

As equipes da **Universidade Federal de São Paulo** e da **Ipsos** estão à sua disposição para prestar todos os esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, as metodologias utilizadas e a importância dos resultados para o Brasil.

O principal pesquisador é o Professor Dr. Ronaldo Laranjeira – que pode ser encontrado no endereço: R. Botucatu, 390, São Paulo-SP, Tel.: (11) 5575-1708. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – Cj. 14, São Paulo – SP, (11) 5571-1062, e- mail: cepunifesp@epm.br . Você pode também acessar o site da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas): http://www.uniad.org.br. Na Ipsos a coordenação está a cargo da Estatista Livia Cruz (11 – 2159-8577 e-mail: livia.cruz@ipsos.com).

Nesse trabalho estamos levantando dados sobre hábitos ligados a diversos aspectos da vida dos brasileiros e que podem influenciar em sua saúde, como: padrões de vida, estrutura familiar, consumo de bebidas e vários outros temas. Esse levantamento é **anônimo e absolutamente sigiloso** e as informações coletadas serão analisadas somente em grandes grupos e nunca individualizadas.

Em breve um pesquisador da Ipsos entrará em contato para prestar maiores esclarecimentos e consultar sobre sua disponibilidade.

Desde já agradecemos sua colaboração para melhorar a saúde em nosso país.

Universidade Federal de São Paulo/Uniad | **Ipsos Brasil**

Projeto Questionário Nº ..... : ____ ____ ____ ____ (#)

Ipsos Public Affairs

Padrões de consumo

JOB – 10-043802

de álcool II Data da Entrevista ..: ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ (#)

(APRESENTAÇÃO:) Bom dia / Boa tarde / Boa noite. Meu nome é... **(DIGA NOME)**. Eu sou entrevistador(a) da Ipsos, uma empresa especializada em pesquisa. Nós estamos realizando um estudo para a **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/ Escola Paulista de Medicina** sobre a saúde da população brasileira e sua casa foi sorteada através de um sistema totalmente aleatório para participar da pesquisa.

Os resultados deste estudo ajudarão os professores e pesquisadores da Universidade a entender melhor algumas doenças e a reduzir os problemas associados a elas. Todas as respostas dadas a este estudo são totalmente confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso ao que cada pessoa respondeu. Os dados serão analisados apenas pelo total das respostas em grandes grupos, por exemplo: o que os homens acham, o que as mulheres do nordeste acham e assim por diante e o nome de cada entrevistado nunca será revelado.

TENHA CERTEZA QUE TODA A INFORMAÇAO DADA SERÁ COMPLETAMENTE SIGILOSA.

Para começar gostaria de fazer algumas perguntas sobre as pessoas que moram em sua casa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Via do entrevistador

O Objetivo geral desse estudo é detectar os hábitos e atitudes da população brasileira em relação ao consumo de bebida alcoólica, levantando informações sobre os fatores que estimulam e reduzem esse consumo, os locais e os tipos de bebidas mais consumidas, frequência de consumo, e outros fatores associados. Serão entrevistadas cerca de 4000 pessoas no Brasil inteiro. A escolha dos participantes deu-se ao acaso, através de procedimentos amostrais. A participação é anônima e voluntária. A aplicação do questionário dura cerca de 1 hora. Em qualquer momento da entrevista, se você não quiser responder certa questão ou quiser parar, apenas precisa comunicar ao entrevistador.

Sua participação é muito importante porque suas respostas trarão informações centrais para a elaboração de políticas públicas em relação às bebidas alcoólicas em nosso país. A partir de suas informações, e dos outros participantes, as autoridades nacionais poderão decidir como lidar com questões relacionadas, por exemplo, à prevenção e ao tratamento de bebidas alcoólicas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é o Professor Dr. Ronaldo Laranjeira – que pode ser encontrado no endereço: R. Botucatu, 390, São Paulo-SP, Tel.: (11) 5575-1708. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – Cj. 14, São Paulo – SP, (11) 5571-1062, e-mail: cepunifesp@epm.br.

Você pode também acessar o site da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas): www.uniad.org.br .

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **"II Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira"**. Ficaram claros para mim quais são os propósitos dos procedimentos a serem realizados e seus desconfortos. Concordo voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

ENTREVISTADO:			
ENDERECO:			
BAIRRO:			CEP: (#)
TEM TELEFONE:	(#)	1 - Sim	SE SIM (____ ____) ____ ____ ____ ____ - ____ ____ ____

Assinatura do entrevistado:

Assinatura do responsável

(se menor de 18 anos):

(AGRADEÇA E ENCERRE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Via do entrevistado

O Objetivo geral desse estudo é detectar os hábitos e atitudes da população brasileira em relação ao consumo de bebida alcoólica, levantando informações sobre os fatores que estimulam e reduzem esse consumo, os locais e os tipos de bebidas mais consumidas, frequência de consumo, e outros fatores associados. Serão entrevistadas cerca de 4000 pessoas no Brasil inteiro. A escolha dos participantes deu-se ao acaso, através de procedimentos amostrais. A participação é anônima e voluntária. A aplicação do questionário dura cerca de 1 hora. Em qualquer momento da entrevista, se você não quiser responder certa questão ou quiser parar, apenas precisa comunicar ao entrevistador.

Sua participação é muito importante porque suas respostas trarão informações centrais para a elaboração de políticas públicas em relação às bebidas alcoólicas em nosso país. A partir de suas informações, e dos outros participantes, as autoridades nacionais poderão decidir como lidar com questões relacionadas, por exemplo, à prevenção e ao tratamento de bebidas alcoólicas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é o Professor Dr. Ronaldo Laranjeira – que pode ser encontrado no endereço: R. Botucatu, 390, São Paulo-SP, Tel.: (11) 5575-1708. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – Cj. 14, São Paulo – SP, (11) 5571-1062, e-mail: cepunifesp@epm.br .

Você pode também acessar o site da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas): www.uniad.org.br .

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **"II Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira"**. Ficaram claros para mim quais são os propósitos dos procedimentos a serem realizados e seus desconfortos. Concordo voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

ENTREVISTADO:			
ENDERECO:			
BAIRRO:		CEP:	(#)
TEM TELEFONE:	(#)	1 - Sim	SE SIM (____ ____) ____ ____ ____ ____ - ____ ____ ____

Assinatura do entrevistado:

Assinatura do responsável

(se menor de 18 anos):

(AGRADEÇA MUITO E ENCERRE)

Informações relevantes: esta pesquisa de opinião pública está sendo realizada sem a finalidade de divulgação dos seus resultados através dos meios de comunicação.

A pesquisa está sendo conduzida rigorosamente de acordo com o código de ética da ABEP (Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa) e da ESOMAR (European Society of Opinion and Market Research) destinando-se exclusivamente à coleta de informações, desta forma:

- O entrevistador deve coletar as informações dadas pelo entrevistado sem realizar qualquer ato de venda ou de convencimento.
- 20% do material será verificado em campo por equipe independente para controle de qualidade e autenticidade das informações coletadas
- As instruções de amostragem devem ser seguidas rigorosamente para que o Universo pesquisado seja adequadamente representado
- O questionário e os resultados da pesquisa são de propriedade do contratante, sendo vedada sua divulgação ou reprodução sem a sua autorização

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ENTREVISTADOR - Declaro que as informações por mim coletadas atendem ao padrão de qualidade exigido pela D'FATTO e pela IPSOS, ou seja:

- **o entrevistado enquadrou-se dentro do perfil exigido pelas cotas**
- **as informações são verdadeiras e foram corretamente anotadas no questionário**
- **o questionário foi revisado cuidadosamente e todos os campos estão devidamente preenchidos**
- **tenho conhecimento que pelo menos 20% do material por mim coletado será verificado em campo para controle de qualidade**
- **Estou ciente das informações incluídas acima sob a denominação de informação relevante**

Ass. do entrevistador: _____ **RG:** _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE CIÊNCIA DE RESPONSÁVEL POR MENOR (PAI E/OU MÃE)

NOME COMPLETO (responsável): _____
NOME COMPLETO (menor): _____
ENDEREÇO: _____ RG:
TEL. DE CONTATO: _____

ESTUDO: PESQUISA JOB Nº 10-043802

Sua participação neste estudo que envolve pesquisa e/ou teste é voluntária e você poderá requerer seu desligamento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo. Antes de expressar a sua concordância em participar do estudo e assinar este termo, certifique-se de que leu, compreendeu claramente o seu conteúdo e ACEITOU o conteúdo na íntegra. Em caso de dúvidas não hesite em solicitar os esclarecimentos necessários.

Esta pesquisa deverá ter duração de 1h.

Somos um instituto que atua no ramo de pesquisa de mercado e opinião, de notória idoneidade e prestígio, atuante em diversos países do mundo, incluindo o Brasil. Estamos realizando mais um de nossos estudos com o fim de colaborar no desenvolvimento, melhorias de serviços e/ou ideias junto aos nossos clientes, o que, em breve, será revertido em benefício a população.

E, é nesse sentido que agradecemos o seu consentimento para participação de seu filho(a) neste estudo da UNIFESP (Escola Paulista de Medicina), durante o qual ele(a) será solicitado a responder algumas perguntas sobre saúde. O objetivo geral desse estudo é detectar os hábitos e atitudes da população brasileira em relação ao consumo de bebidas alcoólicas e uso de outras substâncias. Serão entrevistadas 4200 pessoas no Brasil inteiro. A escolha dos participantes deu-se ao acaso, através de procedimentos amostrais totalmente aleatórios. A participação é anônima e voluntária. A aplicação do questionário dura cerca de 1 hora. Em qualquer momento da entrevista, se seu filho(a) não quiser responder certa questão ou quiser parar, apenas precisa comunicar ao entrevistador.

A participação do(a) seu filho(a) é muito importante porque suas respostas trarão informações centrais para a elaboração de políticas públicas em relação às bebidas alcoólicas em nosso país. A partir destas informações, e dos outros participantes, as autoridades nacionais poderão decidir como lidar com questões relacionadas, por exemplo, à prevenção e ao tratamento de bebidas alcoólicas. As informações coletadas não irão ser utilizadas individualmente, mas na construção de estatísticas nacionais.

O Sr(a) poderá ter acesso ao questionário em branco que seu filho(a) responderá, mas recomendamos que ele(a)

responda sozinho(a) às perguntas do entrevistador.

Esclarecemos, desde já, que a IPSOS obedece rigorosamente as normas internacionais do Código de Ética da ICC/ESOMAR, motivo pelo qual tem o dever de zelar pela integridade, saúde e segurança de todos os seus entrevistados, e, em especial, de seu filho(a). Deste modo, o sigilo das informações passadas por ele(a) deverá ser preservado, por isso suas respostas não poderão ser disponibilizadas para V. Sa e nunca serão tratadas isoladamente, sempre em conjunto às respostas dos demais participantes do estudo.

Ainda, cumpre à IPSOS informar que a participação de seu filho(a) nesta pesquisa é voluntária e pode ser encerrada a qualquer momento e por qualquer razão, se assim seu filho(a) e/ou V. Sa. desejar(em).

Para efetivar a participação de seu filho(a) nesse estudo, V. Sa. neste ato:

1. Declara ter lido, compreendido e estar de pleno acordo com as condições expostas neste formulário e dá seu expresso consentimento para que seu filho(a) participe desta pesquisa. As condições de realização da pesquisa foram explicadas com clareza e foi dada a oportunidade de V.Sa discutir todos os aspectos e de fazer os questionamentos necessários.

2. Está ciente e concorda com a participação de seu filho(a) nesta pesquisa sobre saúde e consumo de bebida alcoólica.

Em razão do exposto acima, eu, abaixo firmado, no exercício de minha capacidade legal, voluntariamente expresso minha concordância e autorização em relação aos pontos acima..

_____

Assinatura Data:_____/____/_____

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Epidemilogia do Consumo de Substâncias Psicoativas no Brasil: Dados de duas ondas do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)

Pesquisador: Clarice Sandi Madruga

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61909615.0.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.833.235

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:1553/2016

O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas é um estudo transversal repetitivo realizado em 2006 e novamente em 2012. As duas ondas dos levantamentos domiciliares utilizaram amostras probabilísticas representativas da população brasileira e investigaram não só o padrão de consumo das mais diversas substâncias psicoativas mas também um amplo espectro de possíveis fatores associados ao desenvolvimento da dependência química. As estimativas do consumo destas substâncias no Brasil já foram amplamente divulgadas tanto para a comunidade científica quanto para a sociedade. Todavia, análises estatísticas mais sofisticadas aprofundarão a compreensão do fenômeno da dependência química no Brasil e no mundo, identificando de forma mais precisa os fatores de risco para o consumo abusivo e problemático, permitindo o estabelecimento de estratégias de tratamento mais eficazes e também embasando iniciativas de prevenção e políticas públicas. Desta forma, este projeto tem por objetivo realizar análises estatísticas complexas deste banco de dados através de estudos distintos: 1) Verificar tendências nas prevalências de abuso físico na infância entre 2006 e 2012; 2) Estimar as prevalências de uso de Psicoativos entre Mulheres Brasileiras e Associações com Comportamentos de Risco; 3) Estimar as prevalências de uso de Crack e Cocaína e avaliar associações com violência urbana; 4) Comparar os índices de violência entre parceiros íntimos no Brasil entre 2006 e 2012 e investigar os fatores associados à exposição a violência doméstica; 5) Estimar as prevalências de uso de Benzodiazepínicos em uma amostra representativa da população Brasileira e determinar os fatores associados ao uso; 6) Validação da Escala de Eventos Adversos Recentes na população Brasileira. O aprofundamento das análises do LENAD I e II será realizada por 5 alunos de pós-graduação no instituto de psiquiatria da UNIFESP, e servirá como base para a publicação de manuscritos em revistas com revisão por pares para a obtenção dos títulos de mestrado e doutorado. Espera-se que este conhecimento sirva de alicerce para mudanças necessárias no nosso país tanto no setor de tratamento como na elaboração de políticas públicas em saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

- Hipótese: Por ser um estudo epidemiológico transversal observacional, as análises secundárias são de natureza descritiva.

-Objetivo Primário: Realizar análises estatísticas utilizando os bancos de dados do I e II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD).

-Objetivo Secundário: 1) Verificar as prevalências do uso de Substâncias Psicotrópicas entre Mulheres bem como comportamentos associados. 2) Estimar as prevalências de uso de Crack e Cocaína e avaliar associações com violência urbana; 3) Comparar os índices de violência entre parceiros íntimos no Brasil entre 2006 e 2012 e investigar os fatores associados à exposição a violência doméstica; 4) Validação da Escala de Eventos Adversos Recentes na população Brasileira

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-Riscos: Risco Mínimo: A equipe de pesquisadores do INPAD garante o sigilo e confidencialidade dos dados analisados. Todas as variáveis analisadas neste projeto já foram coletadas no levantamento, não havendo a necessidade de recontatar os participantes. Os estudos descritos já eram previstos na versão original do projeto, aprovada anterior à Plataforma Brasil.

-Benefícios: O aprofundamento das análises do LENAD I e II será realizada por alunos de pós-graduação no instituto de psiquiatria da UNIFESP, e servirá como base para a publicação dos manuscritos em revistas de alto impacto para a obtenção dos títulos de mestrado e doutorado. Espera-se que este conhecimento sirva de alicerce para mudanças necessárias no nosso país tanto no setor de tratamento como na elaboração de políticas públicas em saúde mental

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo de pós-doutorado, da aluna Clarice Sandi Madruga. Participarão do estudo os alunos: Luciana Massaro – Consumo de Substâncias Psicotrópicas entre Mulheres – Prevalência do uso de estimulantes, o beber abusivo e o envolvimento em comportamentos de risco. 2. Elizabeth Zamerul – Violência entre Parceiros Íntimos – Prevalências de 2006 e 2012 e associação com consumo de

substâncias psicotrópicas. 3. Patrícia Bernadete – Adaptação transcultural e validação da Lista de Eventos Adversos

Recentes. 4. Renata Abdalla – Consumo de Álcool, Cocaína e Crack no Brasil e Associações com Violência Urbana.

PROCEDIMENTOS:

O presente projeto é composto por 9 estudos baseados em análises secundárias do banco de dados gerado nas duas ondas do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas realizado em 2006 e 2012. Todos estudos serão baseados em análises do levantamento que tem desenho transversal repetitivo. As análises serão compostass, de forma geral, por estimativas descritivas de prevalências nacionais de consumo de substâncias e fatores de risco/ comportamentos associados à dependência química. Os estudos também trarão investigações analíticas (Análises Multivariadas e de Mediação) na busca de fatores de risco de proteção para os comportamentos adictivos. Pretende-se também utilizar modelagens de equações estruturais (MEE) para investigar os efeitos diretos e indiretos para os desfechos de consumo de substâncias. Análises Estatísticas As analises estatísticas de todos os estudos serão realizadas com o auxilio do pacote estatístico Stata13. Tendo em vista o design probabilístico utilizado todas as analises serão pesadas para levar em consideração as diferentes probabilidades de seleção de cada estagio da coleta de dados usando o comando svy para amostras complexas. Os modelos de associações entre variáveis serão calculados utilizando diferentes tipos de regressões (Regressão Multinomial, Logística e Poisson) utilizando-se os comandos específicos para gerar valores robustos de erro-padrão e razão de chance com intervalos de confiança de 95%. Adicionalmente, para a realização das validações dos instrumentos, pretende-se empregar analise de classe latente utilizando-se o programa M-Plus.

Também será utilizada modelagem de equações estruturais (MEE) para medir os efeitos diretos e indiretos das exposições em relação ao desfecho

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; Orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente;

2- TCLE: modelos dos TCLEs que foram apresentados quando da realização do estudo CEP

1672/04

3- outros documentos importantes anexados

na PB:

a)-carta de ciência de pesquisador responsável pelo projeto original CEP 1672/04, Dr. Ronaldo Laranjeira, permitindo o uso dos dados (Pasta: Outros- Submissão 4; Documento: Carta CienciaRonaldoLaranjeira.pdf)

b)-solicitação para cadastro deste projeto e do projeto maior, anterior à Plataforma Brasil (CEP 1672/04), (Pasta: Outros- Submissão 4; Documento: Cartaesclarecimento.pdf)

c)-declaração, assinada pela pesquisadora, de que para este projeto serão usados dados já coletados em projeto anterior sendo que para o presente projeto vários alunos participarão da análise dos dados: Luciana Massaro – Consumo de Substâncias Psicotrópicas entre Mulheres – Prevalência do uso de estimulantes, o beber abusivo e o envolvimento em comportamentos de risco. 2. Elizabeth Zamerul – Violência entre Parceiros Íntimos – Prevalências de 2006 e 2012 e associação com consumo de substâncias psicotrópicas.

3. Patrícia Bernadete – Adaptação transcultural e validação da Lista de Eventos Adversos Recentes. 4. Renata Abdalla – Consumo de Álcool, Cocaína e Crack no Brasil e Associações com Violência Urbana.

. (Pasta: Outros- Submissão 4; Documento:

declaracao.pdf)

d)-carta de aprovação CEP/UNIFESP 1672:04 (Pasta: Parecer Anterior- Submissão 4; Documento:

Parecer

e)- carta de aprovação CEP/UNIFESP de emenda ao projeto 1672:04 (Pasta: Parecer Anterior-

Submissão

4; Documento:)

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir da data de aprovação final, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_525471.pdf	09/11/2016 19:49:02		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	09/11/2016 19:43:19	Clarice Sandi Madruga	Aceito
Outros	declaracao.pdf	27/09/2016 13:19:43	Clarice Sandi Madruga	Aceito
Outros	Cartaesclarecimento.pdf	29/08/2016 11:43:56	Clarice Sandi Madruga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_LENAD2.pdf	27/05/2015 02:47:40		Aceito
Outros	Carta Ciencia RonaldoLaranjeira.pdf	27/05/2015 02:43:06		Aceito
Parecer Anterior	Parecer CEP_LENAD 1672:04_11.pdf	27/05/2015 02:42:46		Aceito
Parecer Anterior	Parecer CEP LENAD 1672:04_05.pdf	27/05/2015 02:42:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_AnaliseBanco LENAD2.pdf	27/05/2015 02:42:17		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 23 de Novembro de 2016

Assinado por:

Miguel Roberto Jorge

(Coordenador)

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

UNIAD
Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas

INPAD
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas

II LENAD
Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

Questionário Original

Equipe LENAD:

Ronaldo Laranjeira

Clarice Sandi Madruga
Ilana Pinsky

Sandro Mitsuhiro

Ipsos Public Affairs

FAPESP

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

A. VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

A1. Sexo do respondente (anotar sem perguntar) **(RU)**

Masculino	1
Feminino	2

A2. Qual a sua idade? (#) _____ **(RU)**

A3. Qual o seu grau de instrução? **(RU)**

1	Analfabeto
2	Até Pré-primário incompleto
3	Pré-primário completo
4	Primário Incompleto (1ª a 4ª série) / Fundamental 1 Incompleto (1º ao 5º ano)
5	Primário Completo (1ª a 4ª série)/ Fundamental 1 completo (1º ao 5º ano)
6	Ginásio incompleto (5ª a 8ª série)/ Fundamental 2 incompleto (6º ao 9º ano)
7	Ginásio (5ª a 8ª série)/Fundamental 2 completo (6º ao 9º ano)
8	Ensino Médio/Colegial incompleto (1º a 3º colegial)
9	Ensino Médio/Colegial completo (1º a 3º colegial)
10	Curso Técnico
11	Ensino Superior/Universitário Incompleto
12	Ensino Superior/Universitário completo ou mais

A3a. Em toda sua vida, quantos anos você estudou? (#) _____ **(RU)**

A3b. Atualmente você está estudando? **(RU)**

Sim	1
Não	2

A4. Qual é o seu estado civil? **(RU)**

Solteiro(a)	1
Casado(a) ou morando junto(a)	2
Viúvo(a)	3
Desquitado(a) ou Divorciado(a)	4
Separado(a)	5

A5. Enquadramento profissional:

PE1. O(A) Sr(a) poderia me dizer se trabalha, mesmo que não tenha carteira assinada, ou mesmo que o pagamento não seja em dinheiro? *(**SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 1 ABAIXO**)*

PE2. *(**SE NÃO**)* Mas o(a) Sr(a) por acaso trabalha, mesmo sem receber pagamento, pelo menos 15 hora por semana, em alguma instituição religiosa, beneficente, de cooperativismo, ou então como aprendiz, ou mesmo ajudando em algum negócio da sua família? *(**SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 2 ABAIXO**)*

PE3. *(**SE NÃO**)* E o(a) Sr(a) chegou a trabalhar em algum momento durante a última semana, ou chegou a tomar alguma providência para conseguir trabalho na última semana? *(**SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 3 ABAIXO**)*

PE4. *(**SE NÃO, LEIA OS ITENS A SEGUIR QUE SE APLIQUEM**)* E o(a) Sr(a) é... [desempregado(a) / dona de casa / aposentado(a) / estudante] ou o quê? *(**CIRCULE CÓDIGO ABAIXO, DE 4 A 7, CONFORME A RESPOSTA**)*

1	Trabalha, mesmo sem carteira assinada **(PEA)**		4	Desempregado(a)	**(NÃO**
2	Trabalha como aprendiz, ajudante, etc. **(PEA)**		5	Dona de casa que não trabalha	**(NÃO**
3	Trabalhou ou tentou na última semana **(PEA)**		6	Aposentado(a) / no seguro	**(NÃO**
			7	Estudante que não trabalha	**(NÃO**

A6. Atualmente o(a) Sr(a)./você trabalha com carteira assinada? **(RU – ESTIMULADA)**

Sim	1
Não	2

A7. Qual seu trabalho atual mais recente? **(RU)**

Especifique:

A8. Você recebe algum benefício do governo, como aposentadoria, auxílio-doença, bolsa-família etc? **(RU)**

Sim	1	
Não	2	**PULA PARA A9**

A8a. Que tipo? **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

	SIM	NÃO	Recusa
Aposentadoria	1	2	98
Auxílo-doença	1	2	98
Auxílio-reclusão	1	2	98
Pensão	1	2	98
Bolsa Família	1	2	98
Outro Especifique:	1	2	98

A9. Você poderia me dizer qual é aproximadamente a sua renda mensal pessoal? **(SE NÃO RESPONDER ESPONTANEAMENTE, APRESENTE O CARTÃO DE RENDA)**			**A9a.** Você poderia me dizer qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos os membros do seu domicílio? **(SE NÃO RESPONDER ESPONTANEAMENTE, APRESENTE O CARTÃO DE RENDA)**	
(#)	Anote o valor: (#) |___|___| . |___|___|___| , 00		(#)	Anote o valor: (#) |___|___| . |___|___|___| , 00
1	Até R$545,00 (1 SM)		1	Até R$545,00 (1 SM)
2	Mais de R$545,01 (1 SM) a R$1.090,00 (2 SM)		2	Mais de R$545,00 (1 SM) a R$1.090,00 (2 SM)
3	Mais de R$1.090,01 (2 SM) a R$1.635,00 (3 SM)		3	Mais de R$1.090,00 (2 SM) a R$1.635,00 (3 SM)
4	Mais de R$1.635,01 (3 SM) a R$2.725,00 (5 SM)		4	Mais de R$1.635,00 (3 SM) a R$2.725,00 (5 SM)
5	Mais de R$2.725,01 (5 SM) a R$5.450 (10 SM)		5	Mais de R$2.725,00 (5 SM) a R$5.450 (10 SM)
6	Mais de R$5.450,01 (10 SM) a R$10.900,00 (20 SM)		6	Mais de R$5.450,01 (10 SM) a R$10.900,00 (20 SM)
7	Mais de R$10.900,01 (20 SM) a R$16.350,00 (30 SM)		7	Mais de R$10.900,01 (20 SM) a R$16.350,00 (30 SM)
8	Mais de R$16.350,01 (30SM)		8	Mais de R$16.350,01 (30SM)
10	Não sei/Não respondeu		10	Não sei/Não respondeu

A10. Você tem filhos? **(CONSIDERE ADOTADOS) (RU)**

Sim	1	
Não	2	**PULE PARA A11**

A10a. Quantos? (#) _____ **(RU)**

A11. Você foi adotado por seus pais? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

A12. Você possui carteira de habilitação valida? **(RU)**

Sim	1
Não	2

A13. Qual a cidade e o estado onde o(a) Sr(a). nasceu (SE ESTRANGEIRO ANOTAR O PAÍS E A CIDADE): Cidade:_____ Estado: |____|____|

A14. Há quanto anos você vive aqui nessa cidade? **(RU)**

|____|____| anos - 98 Não lembra/Não sei - 99 - NR

A15. Você já viveu em outra(s) cidade(s) aqui ou fora do Brasil, diferente do seu local de nascimento? **(RU)** (SE SIM) Quais foram as cidades e quanto tempo o(a) Sr(a). viveu em cada uma delas **(ENTREVISTADOR, PEÇA TAMBÉM PARA INFORMAR QUAL O ESTADO E PAÍS)**

Sim	1	Em quantas cidades? |___|___| **(ANOTAR E DETALHAR ABAIXO. SE MAIS DE 5 ANOTAR AS CINCO ÚLTIMAS – MAIS RECENTES)**
Não	2	

Cidade:_____ Estado: |____|____| Tempo: |____|____| anos Pais: _____

Cidade:_____ Estado: |____|____| Tempo: |____|____| anos Pais: _____

A16. Você poderia me dizer qual a sua altura? **(RU)**

ESPECIFICAR: I___I , I__ _I___I - 9.99 - NÃO SABE/ NR

A17. Você poderia me dizer qual o seu peso? **(RU)**

ESPECIFICAR: I___I___I___I,I__ _I___I___I - 999.999 - NÃO SABE/ NR

A18. Você diria que você é: **LER CATEGORIAS (RU – ESTIMULADA)**

Branco	1
Negro	2
Pardo	3
Amarelo	4
Indígena	5
Recusa	99

MOSTRAR CARTAO A19

A19. Eu vou listar tipos diferentes de famílias. Gostaria que você dissesse qual a que mais se identifica com a sua família durante a maior parte da sua infância ou adolescência: **(RU – ESTIMULADA)**

A20. Você considera que o ambiente da sua casa foi de forma geral agradável? **(RU)**

	A 1		**A20**	
			SIM	NÃO
A	Vivi com ambos os pais na mesma casa	1	1	2
B	Meus pais eram separados e vivi com apenas um deles (sem padrasto/madrasta)	2		
C	Meus pais eram separados e vivi com um deles e um padrasto/madrasta	3		
D	Meus pais eram separados e vivi um pouco com cada um deles-	4		
E	Vivi com outros membros da minha família	5		
F	Vivi em uma instituição	6		
	Outro Especifique:	7		

B. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

B1. Alguém na sua família já teve problema com álcool a ponto de precisar de tratamento? **(RU)**

Sim	1	CONTINUE
Não	2	PULE PARA B3
Não sei	98	
Recuso dizer	99	

B2. Qual era o grau de parentesco? **(RM – ESPONTÂNEA)**

		Sim	Não
A	Mãe	1	2
B	Pai	1	2
C	Irmão	1	2
D	Quantos?		
E	Avô materno	1	2
F	Avô paterno	1	2
G	Avó materna	1	2
H	Avó paterna	1	2
I	Parentes de segundo grau (tio/tia/primos) materno	1	2
J	Parentes de segundo grau (tio/tia, primos) paterno	1	2
K	Outro Especifique:	1	2

B3. Você consumiu qualquer bebida contendo álcool nos últimos 12 meses? **(RU)**

Sim	1	**PULE PARA B5**
Não	2	**SEGUE PARA B4**

B4. Você já bebeu álcool antes disso (na sua vida)? **(RU)**

Sim	1	**(EX-BEBEDOR) IR PARA B4a E B4b**
Não	2	**(ABSTÊMIO) IR PARA A F4 – SEÇÃO F**

MOSTRAR CARTÕES DOSES 1 & 2

B4a. Na época da sua vida em que você bebia, quantas doses de álcool você bebia em um único dia? **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

|____|____| **N DE DOSES**

MOSTRAR CARTÃO DE FREQUÊNCIA 1

B4b. Com que freqüência você bebia esta quantidade? **(RU – ESTIMULADA)**

A	Todos os dias	1
B	5 a 6 vezes por semana	2
C	3 a 4 vezes por semana	3
D	1 a 2 vezes por semana	4
E	2 a 3 vezes por mês	5
F	uma vez ao mês	6
G	Menos que uma vez por mês	7
H	Não sei	98

EX-BEBEDOR (B4 = 1 = SIM) PULE PARA B10 (ALCOOL ONSET pág 11)

MOSTRAR CARTÕES DOSES 1 & 2

B5. Nos últimos 12 meses, num dia normal em que você bebe, quantas doses de álcool você ingere? Incluindo **qualquer bebida alcoólica:** cerveja, vinho, destilados, bebidas "ice" ou qualquer outra bebida contendo álcool?
[RU espontânea]

|___|____| **N DE DOSES**

MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 1

B6. Com qual a freqüência que você bebe esta quantidade? **(RU – ESTIMULADA)**

A	Todos os dias	1
B	5 a 6 vezes por semana	2
C	3 a 4 vezes por semana	3
D	1 a 2 vezes por semana	4
E	2 a 3 vezes por mês	5
F	uma vez ao mês	6
G	Menos que uma vez por mês	7
H	Não sei	98

MOSTRAR CARTÃO DE DOSES 1 & 2

B7. Nos últimos 12 meses, num dia em que você bebe mais que o normal (finais de semana, ocasiões especiais), quantas doses de álcool você bebe? Incluindo **qualquer bebida alcoólica:** cerveja, vinho, destilados, bebidas "ice" ou qualquer outra bebida contendo álcool?
[**RU – ESPONTANEA]**

|___|____| **N DE DOSES**

MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 1

B8. Com qual freqüência que você bebe esta quantidade? Diga a letra correspondente **(RU – ESTIMULADA)**

A	Todos os dias	1
B	5 a 6 vezes por semana	2
C	3 a 4 vezes por semana	3
D	1 a 2 vezes por semana	4
E	2 a 3 vezes por mês	5
F	uma vez ao mês	6
G	Menos que uma vez por mês	7
H	Não sei	98

BINGE

B24. Durante os últimos 12 meses você bebeu (SE HOMEM: cinco ou mais doses MULHER: quatro ou mais doses) de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião, **durante cerca de 2 horas? (RU)**

Sim	1	
Não	2	**PULE PARA SESSAO C**
Não sei	98	
Recuso dizer	99	

MOSTRAR CARTAO FREQUÊNCIA 1

B25. Qual a freqüência que isso aconteceu?
(NOTA AO ENTREVISTADOR: COMO ESSE PERGUNTA É UMA "INVESTIGAÇÃO", LEIA AS CATEGORIAS AO INDIVÍDUO AO INVÉS DE MOSTRAR O CARTÃO). (RU – ESTIMULADA-LEIA)

A	Todos os dias	1
B	5 a 6 vezes por semana	2
C	3 a 4 vezes por semana	3
D	1 a 2 vezes por semana	4
E	2 a 3 vezes por mês	5
F	uma vez ao mês	6
G	Menos que uma vez por mês	7
H	Não sei	98

MOSTRAR CARTÃO TIPO DE BEBIDA

B26. Que tipo de bebida você geralmente consome nessas ocasiões: **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

		Não usa	1ª	2ª	3ª
A	Cerveja	0	1	2	3
B	Vinho	0	1	2	3
C	Bebidas Ice **["Aice"]**	0	1	2	3
D	Cachaça	0	1	2	3
E	Outros destilados	0	1	2	3
F	Cocktails (caipirinha, etc)	0	1	2	3
G	Outra Especifique:	0	1	2	3
H	Não sei	98	98	98	98
I	Recusa	99	99	99	99

RECOLHER CARTÃO DE DOSES

D. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL - CIDI

(CASO SUA CONDIÇÃO PARA BEBER SEJA EX-BEBEDOR [B4=1], VÁ PARA A F4 – SEÇÃO F)

	RU POR	Sim	Não	Não sabe	Recusa
D1	Nos últimos 12 meses, houve uma época em que beber ou estar de ressaca interferiu com freqüência em seu trabalho/escola, emprego ou em casa?	1	2	98	99
D2	Nos últimos 12 meses, você frequentemente se envolveu em brigas físicas ao Beber?	1	2	98	99
D3	Nos últimos 12 meses, beber freqüentemente causou problemas entre você e um membro da família ou amigo?	1	2	98	99
			(VÁ PARA D5)		
D4	Você continuou a beber após ter conhecimento de que estava lhe causando problemas para se relacionar com outras pessoas?	1	2	98	99
D5	Nos últimos 12 meses, você foi preso por perturbar a paz ou dirigir sob a influência do álcool?	1	2	98	99
D6	Nos últimos 12 meses, você esteve sob a influência do álcool em situações em que você poderia se ferir, como por exemplo ao andar de bicicleta, dirigir, operar uma máquina ou outra situação ?	1	2	98	99
D7	Houve alguma situação nos últimos 12 meses em que sentiu que teve que beber muito mais do que costumava para obter o efeito que desejava?	1 **(VÁ PARA D9)**	2	98	99
D8	Nos últimos 12 meses, você achou que a mesma quantidade de álcool teve menos efeito sobre você do que tinha antes?	1	2	98	99
D9	Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que você sentiu um desejo tão forte ou necessidade de beber que você não pôde deixar de beber?	1 **(VÁ PARA D11)**	2	98	99
D10	Nos últimos 12 meses, alguma vez você sentiu que desejou tanto beber que não conseguia pensar em mais nada?	1	2	98	99
D11	Nos últimos 12 meses, alguma vez você sentiu que bebeu mais do que pretendia?	1 **(VÁ PARA D13)**	2	98	99
D12	Nos últimos 12 meses, alguma vez você sentiu que continuou bebendo muito mais do que pretendia?	1	2	98	99
D13	Nos últimos 12 meses, alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	1	2	98	99
D14	Nos últimos 12 meses, por mais de uma vez você sentiu que deveria parar de beber ou beber menos, mas não conseguiu?	1	2	98	99
			PULE PARA D19		
D15	Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que você sentiu que gastou muito tempo bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	1	2	98	99
D16	Nos últimos 12 meses, você sentiu que beber fez com que desistisse ou reduzisse consideravelmente atividades importantes – como participar de esportes, ir à escola ou trabalho ou manter contato com amigos ou parentes?	1	2	98	99

D17. Vou lhe perguntar sobre alguns problemas que você pode ter tido, nos últimos 12 meses, caso tenha TENTADO PARAR DE BEBER ou REDUZIR A QUANTIDADE DE BEBIDA.

	RU POR LINHA	Sim	Não	Nunca parei ou reduzi	Não sei	Recusa
A	Você teve tremores nas mãos?	1	2	3	98	99
B	Você teve mais problemas para dormir do que de costume?	1	2	3	98	99
C	Você ficou mais nervoso do que costuma ser?	1	2	3	98	99
D	Você se sentiu mais inquieto, agitado, do que o habitual?	1	2	3	98	99
E	Você suou além do normal?	1	2	3	98	99
F	Você sentiu seu coração batendo mais rápido do que o normal?	1	2	3	98	99
G	Você teve náuseas ou vômitos?	1	2	3	98	99
H	Você teve dores de cabeça?	1	2	3	98	99
I	Você se sentiu fraco?	1	2	3	98	99
J	Você viu, ouviu ou sentiu coisas estranhas, que os outros não conseguiam ou percebiam?	1	2	3	98	99
K	Você teve um ataque epilético/convulsão	1	2	3	98	99

(SE NENHUM DOS ÍTENS DE D17a ATÉ D17k TENHAM SIDO RESPONDIDOS AFIRMATIVAMENTE (CÓD 1 = SIM), VÁ PARA D19.)

D18 Nos últimos 12 meses, você bebeu para não ter estes problemas **ou bebeu para fazê-los acabar? (RU)**

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

D19. Beber já lhe causou algum dos seguintes problemas médicos, tais como:

		Sim	Não	Não sabe	Recusa
A	Doenças do fígado ou hepatite?	1	2	98	99
B	Doenças de estômago ou vômitos com sangue?	1	2	98	99
C	Formigamento nos pés ou dormência?	1	2	98	99
D	Pancreatite?	1	2	98	99
E	Problemas de memória, esquecimentos, mesmo quando não estava bebendo?	1	2	98	99
F	Qualquer outra doença? (ESPECIFICAR):	1	2	98	99

(SE NENHUM DOS ÍTENS DE D19A ATE D19F TENHAM SIDO RESPONDIDOS AFIRMATIVAMENTE (CÓD 1 = SIM), VÁ PARA D22)

		Sim	Não	Não sabe	Recusa
D20	Nos últimos 12 meses, você continuou a beber após ter conhecimento de que estava tendo um problema médico?	1	2	98	99
D21	Nos últimos 12 meses, você continuou a beber quando teve conhecimento de que tinha qualquer (outra) doença física grave que piorou, foi agravada, devido à bebida?	1	2	98	99

D22. O álcool já lhe causou qualquer problema emocional ou psicológico, como por exemplo:

	RU POR LINHA	Sim	Não	Não sabe	Recusa
A	Perder o interesse em suas atividades habituais?	1	2	98	99
B	Ficar deprimido?	1	2	98	99
C	Suspeitar ou desconfiar dos outros?	1	2	98	99
D	Ter pensamentos estranhos?	1	2	98	99

(SE NENHUM DOS ÍTENS DA D22 TENHAM SIDO RESPONDIDOS AFIRMATIVAMENTE (CÓD 1 = SIM), VÁ PARA MÓDULO E)

D23. Nos últimos doze meses, você continuou a beber após saber que a bebida alcoólica estava lhe causando problemas emocionais ou psicológicos? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

H. CONSUMO DE TABACO

Vou lhe fazer perguntas sobre o hábito de fumar.

H1.Para cada lugar citado abaixo, diga sua opinião sobre se fumar cigarro deveria ser permitido em todas as áreas fechadas, algumas áreas fechadas ou se não deveria ser permitido em nenhuma área fechada. **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

	Em todas áreas fechadas	Em algumas áreas fechadas	Em nenhuma área fechada	Não Sei	Recusa
Hospitais	1	2	3	98	99
Locais de trabalho	1	2	3	98	99
Bares	1	2	3	98	99
Restaurantes e cafés	1	2	3	98	99
Lojas	1	2	3	98	99
Escolas	1	2	3	98	99
Shopping Centres	1	2	3	98	99

H2. Seus pais fumam cigarro atualmente? **(RU - ESPONTÂNEA)**
H3. Seus pais já fumaram cigarro no passado? **(RU - ESPONTÂNEA)**

	H2	**H3**
Nenhum dos dois	1	1
Ambos	2	2
Somente o pai	3	3
Somente a mãe	4	4
Não sei	98	98
Recusa	99	99

H4. Alguma vez o você já tentou ou experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas? **(RU)**

Sim	1	
Não	2	**PULE PARA SEÇÃO I**
Não Sei	98	
Recusa	99	

H5. Quantos anos você tinha quando experimentou um cigarro pela primeira vez? **(RU)**

|___|___| Anos

Não sei	98
Recusa	99

H6. Você fuma ou já fumou cigarros diariamente? **(RU)**

Sim	1	
Não	2	**(NÃO FUMANTE) PULE PARA SEÇÃO I**
Recusa	99	

H7. Atualmente você fuma cigarros? Diga sim mesmo que você fume pouco como por exemplo uma vez por mês: **(RU)**

Sim	1	**PULE PARA H11**
Não	2	**(EX-FUMANTE – SEGUE H8)**
Não Sei	98	
Recusa	99	

H8. Há quanto tempo você parou de fumar? **(RU - ESPONTÂNEA)**

Menos de 3 meses	1
4 a 11 meses	2
1 ano	3
2 anos	4
3 anos	5
4-6 anos	6
Mais de 7 anos	7
Não sei	98
Recusa	99

H9. Por quantos anos você fumou? **(RU)**

___|___ ANOS

H10. Quantos cigarros você fumava por dia? **(RU)**

___|___ CIGARROS POR DIA

Não fumava todo dia	0
Não sei	98
Recusa	99

H11. Quantos anos o você tinha quando você começou a fumar pelo menos uma vez ao mês? **(RU)**

|___|___| Anos

Não sei	98
Recusa	99

H12. Quantos anos o você tinha quando começou a fumar regularmente, isto é, pelo menos 1 cigarro por semana? **(RU)**

|___|___| Anos

Não sei	98
Recusa	99

SE H7 = 2 (EX FUMANTE) PULE PARA H22

H13. Se você fuma todo dia, EM MÉDIA, quantos cigarros você fuma POR DIA? **(RU)**

|___|___| cigarros por dia

SE POSITIVO PULE PARA H16

H14. Se você não fuma todo dia, mas fuma toda semana, EM MÉDIA, quantos cigarros você fuma POR SEMANA? **(RU)**

|___|___|___| cigarros por semana

SE POSITIVO PULE PARA H16

H15. Se você não fuma toda semana, mas fuma todo mês, EM MÉDIA, quantos cigarros você fuma POR MÊS? **(RU)**

|___|___|___| cigarros por mês

H16. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? **(RU - ESPONTÂNEA)**

Antes de 5 minutos	1
De 6 a 30 minutos	2
De 31 a 60 minutos	3
Depois de 1 hora	4

H17. Quão fácil ou difícil você acharia passar um dia inteiro sem fumar? **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

Bem fácil	1
Fácil	2
Difícil	3
Bem difícil	4
Não sabe (ESPONTÂNEA)	5
Recusa	6

H18. No último mês, você fez algum esforço para evitar ver ou pensar sobre as fotos/advertências nos pacotes de cigarro? **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

	Sim	NÃO	Não sabe	Recusa
Cobrindo as fotos/advertências?	1	2	98	9
Deixando o pacote fora de vista?	1	2	98	9
Colocando os cigarros em outro pacote ou cobrindo o pacote?	1	2	98	9
Não comprando pacotes com alguma foto ou advertência em particular?	1	2	98	9 9

H19. Você parou de fumar, por pelo menos um dia, porque estava tentando seriamente parar de vez? **(RU)**

a. Na vida
b. Nos últimos 12 meses

	Na vida	Últimos 12 meses
Sim	1	1
Não	2	2
Não Sei	98	98
Recusa	99	99

ENVELOPE 1

Nesta sessão perguntaremos sobre o uso de drogas. É de extrema importância que você seja sincero(a) pois o conhecimento de uso de substancias na população Brasileira ajudará no desenvolvimento de tratamentos.

Lembre que as informações transmitidas aqui não serão lidas pelo entrevistador e serão tratadas com SIGILO.

Na sua vida você alguma vez já usou alguma das substâncias abaixo?
(Marque com um X em cada opção)

L2 **COCAÍNA**

( ) SIM ( ) NÃO ⇨ **PULE PARA L3**

⇩

L2a. Usou nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

L3 **ESTIMULANTES (rebite, speed, bolinha, terma pro, pílulas para emagrecer como**

Inibex, Hipofagin, Dualid, Moderine)

( ) SIM ( ) NÃO ⇨ **PULE PARA L4**

⇩

L3a. Usou nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

L4 **RITALINA ASPIRADA**

( ) SIM ( ) NÃO ⇨ **PULE PARA L5**

⇩

L4a. Usou nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

L5 **CRACK OU MERLA**

( ) SIM ( ) NÃO ⇨ **PULE PARA L6**

⇩

L5a. Usou nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

L6 **OXI**

( ) SIM ( ) NÃO ⇨ **PULE PARA L7**

⇩

L6a. Usou nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

L7 **TRANQUILIZANTES/REMÉDIOS PARA DORMIR**

(Diazepan, Valium, Bromazepan, Lexotan, Somalium, Rivotril)

( ) SIM ( ) NÃO ⇨ **PULE PARA L8**

⇩

L7a. Usou nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

L8 **SOLVENTES (loló, cheirinho, cola de sapateiro, lança perfume, benzina)**

( ) SIM ( ) NÃO ⇨ **PULE PARA L9**

⇩

L8a. Usou nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

L9 **ECSTASY (bala, MDMA)**

( ) SIM ( ) NÃO ⇨ **PULE PARA L10**

⇩

L9a. Usou nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

L10 **MORFINA (dolantina, meperidina)**

( ) SIM ( ) NÃO ⇨ **PULE PARA L11**

⇩

L10a. Usou nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

L11 HEROÍNA

( ) SIM ( ) NÃO ⇨ **PULE PARA L12**

⇩

L11a. Usou nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

L12 ESTERÓIDES ANABOLIZANTES

( ) SIM ( ) NÃO

⇩

L12a. Usou nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

J. AVALIAÇAO DE SAÚDE GERAL

Agora irei fazer algumas perguntas sobre a sua saúde em geral

Qa. NA SUA VIDA você já teve algum dos seguintes problemas de saúde? **(RU POR LINHA) SE POSITIVO, PERGUNTE B E C IMEDIATAMENTE:**

Qb. E nos ÚLTIMOS 12 MESES? **(RU POR LINHA)**

Qc. Você teve esse problema tratado por um profissional da saúde? **(RU POR LINHA)**

	a. Na Vida		b. 12 Meses		c. Tratou		Recusa
	Sim	Nao	Sim	Nao	Sim	Nao	
J1. Câncer	1	2	1	2	1	2	99
J2. Diabetes	1	2	1	2	1	2	99
J3. Epilepsia	1	2	1	2	1	2	99
J4. Enxaqueca	1	2	1	2	1	2	99
J5. Demência ou Alzheimer	1	2	1	2	1	2	99
J6. Ansiedade	1	2	1	2	1	2	99
J7. Depressão	1	2	1	2	1	2	99
J8. Outro problema mental	1	2	1	2	1	2	99
J9. Catarata	1	2	1	2	1	2	99
J10. Problemas de ouvido	1	2	1	2	1	2	99
J11. Derrame	1	2	1	2	1	2	99
J12. Ataque cardíaco	1	2	1	2	1	2	99
J13. Pressão alta	1	2	1	2	1	2	99
J14. Bronquite	1	2	1	2	1	2	99
J15. Asma	1	2	1	2	1	2	99
J16. DST'S (Doenças sexualmente transmissíveis)	1	2	1	2	1	2	99
J17. Alergias	1	2	1	2	1	2	99
J18. Ulcera de estômago	1	2	1	2	1	2	99
J19. Problemas no fígado	1	2	1	2	1	2	99
J20. Problemas no intestino	1	2	1	2	1	2	99
J21. Problemas na bexiga	1	2	1	2	1	2	99
J22. Artrite	1	2	1	2	1	2	99
J23. Problemas no ossos, músculos ou juntas	1	2	1	2	1	2	99
J24. Doença infecciosa	1	2	1	2	1	2	99
J25. Problemas de pele	1	2	1	2	1	2	99
J26. Problemas reprodutivos	1	2	1	2	1	2	99
J27. Outro:	1	2	1	2	1	2	99

N. VIOLÊNCIA DOMESTICA

APENAS INDIVÍDUOS CASADOS OU VIVENDO COM PARCEIRO/A [A4 = 2] DEVEM RESPONDER N1-N18. TODOS OS OUTROS ADULTOS DEVEM PULAR PARA N19. ADOLESCENTES NÃO CASADOS [A4 ≠ 2] PULEM PARA N19.)

Alguns casais têm períodos de crises e discussões, mesmo que eles vivam bem um com o outro. A lista abaixo apresenta algumas das coisas que podem acontecer durante uma discussão ou briga de casais. Responda se:

A. Nos últimos 12 meses, alguma vez você já **(LEIA CADA ITEM) (RU POR LINHA):**
(SE A RESPOSTA FOR SIM, E O INDIVIDUO CONSOME ÁLCOOL, PERGUNTE A QUESTÃO "B" E A QUESTÃO "C" EM SEGUIDA).
B. Você tinha consumido bebidas alcoólicas em ao menos uma vez quando isto aconteceu? **(RU POR LINHA)**

C. Seu (sua) companheiro (a) tinha bebido quando isto aconteceu? **(RU POR LINHA)**

	a. Nos últimos 12 meses?				b. Você estava bebendo?				c. Companheiro(a) estava bebendo?			
	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sab	Recusa
N1. Atirou alguma coisa em seu (sua) companheiro (a)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N2. Empurrou, agarrou ou sacudiu ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N3. Deu tapas nela (nele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N4. Agrediu com chutes ou dentadas (mordidas)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N5. Acertou, ou tentou acertar ela (ele) com alguma coisa?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N6. Queimou ou escaldou ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N7. Forçou ela (ele) a ter relações sexuais com você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N8. Ameaçou ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N9. Atingiu ou tentou atingir ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99

Agora, responda às perguntas abaixo, para as mesmas situações listadas na questão anterior:

	a. Nos últimos 12 meses?				b. Você estava bebendo?				c. Companheiro(a) estava bebendo?			
	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa
N10. Atirou alguma coisa em seu (sua) companheiro (a)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N11. Empurrou, agarrou ou sacudiu ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N12. Deu tapas nela (nele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N13. Agrediu com chutes ou dentadas (mordidas)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N14. Acertou, ou tentou acertar ela (ele) com alguma coisa?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N15. Queimou ou escaldou ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N16. Forçou ela (ele) a ter relações sexuais com você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N17. Ameaçou ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
N18. Atingiu ou tentou atingir ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99

Qa. Nos últimos 12 meses, alguma vez seu companheiro (a), já **(LEIA CADA ÍTEM) (RU POR LINHA):**
(SE A RESPOSTA FOR SIM, E O INDIVIDUO CONSOME ÁLCOOL, PERGUNTE A QUESTÃO "B" E A QUESTÃO "C" EM SEGUIDA).

Qb. Você tinha consumido bebidas alcoólicas ao menos uma vez quando isto aconteceu? **(RU POR LINHA)**

Qc. Seu (sua) companheiro (a), tinha bebido quando isto aconteceu? **(RU POR LINHA)**

P. ESCALA DE DEPRESSÃO – CES-D

Eu vou ler uma lista que inclui o modo como as pessoas freqüentemente se sentem ou se comportam. Por favor, diga-me quantas vezes você se sentiu desta maneira durante ***a semana que passou***. **(LEIA O ITEM).** Baseado neste cartão diga-me a freqüência com que você se sentiu assim. Diga a letra correspondente no cartao.

		Raramente/ Nenhuma vez	As vezes / muito poucas vezes	Ocasional-mente / um número razoável de vezes	Na maioria das vezes / o tempo todo	Não sei	Recuso
		A	B	C	D	E	F
P1	Eu não tive vontade de comer; eu estive sem apetite.	1	2	3	4	98	99
P2	Eu me senti tão desanimado que nem minha família ou amigos podiam ajudar.	1	2	3	4	98	99
P3	Eu senti que eu era tão bom quanto os outros.	1	2	3	4	98	99
P4	Eu tive dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	1	2	3	4	98	99
P5	Eu me incomodei com coisas que normalmente não me incomodariam.	1	2	3	4	98	99
P6	Eu me senti deprimido.	1	2	3	4	98	99
P7	Eu senti que tudo que fiz precisou de esforço.	1	2	3	4	98	99
P8	Eu me senti esperançoso/a quanto ao futuro.	1	2	3	4	98	99
P9	Eu pensei que minha vida é um fracasso..	1	2	3	4	98	99
P10	Eu senti medo.	1	2	3	4	98	99
P11	Meu sono foi agitado.	1	2	3	4	98	99
P12	Eu me senti feliz.	1	2	3	4	98	99
P13	Eu falei menos do que o normal.	1	2	3	4	98	99
P14	Eu me senti sozinho.	1	2	3	4	98	99
P15	Eu achei que as pessoas foram antipáticas/frias.	1	2	3	4	98	99
P16	Eu aproveitei a vida.	1	2	3	4	98	99
P17	Eu tive crises de choro.	1	2	3	4	98	99
P18	Eu me senti triste.	1	2	3	4	98	99
P19	Eu achei que as pessoas não gostavam de mim.	1	2	3	4	98	99
P20	Não tive vontade de fazer nada.	1	2	3	4	98	99

Q. REDE DE SUPORTE SOCIAL

As próximas perguntas são sobre as pessoas que cercam você, sua família, amigos e conhecidos

Existem pessoas na minha família ou amigos que **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

		Discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Q1	Fazem coisas para me deixar feliz	1	2	3
Q2	Fazem eu me sentir amado	1	2	3
Q3	Com quem eu posso contar em qualquer situação	1	2	3
Q4	Que perceberiam se eu precisasse de ajuda	1	2	3
Q5	Que me aceitam do jeito que eu sou	1	2	3
Q6	Que me fazem sentir uma parte importante de suas vidas	1	2	3
Q7	Que me apóiam e me encorajam	1	2	3

Q8. Agora sobre as pessoas que não vivem com você, com quantas você se sente realmente próximo?

(#) _____

Q8a. Com quantas dessas pessoas você se comunicou na ultima semana?

(#) _____

Q9. Sobre as pessoas que vivem com você, com quantas você se sente realmente próximo?

(#) _____

Q9a. Com quantas dessas pessoas você se

comunicou na ultima semana? (#) _____

ENVELOPE 2

Nesta seção perguntaremos questões pessoais que são extremamente importantes para a pesquisa.

Lembre que as informações transmitidas aqui não serão lidas pelo entrevistador e serão tratadas com SIGILO.

Marque com um X a resposta certa

T2. Como você define sua orientação sexual?

1.Heterossexual 2.Homossexual 3.Bissexual

4.Transgênero (fez cirurgia) 5.Transsexual 6.Pansexual (se atrai por qualquer uma das opções anteriores)

As próximas perguntas serão a respeito das suas experiências quando era uma criança ou adolescente (menor de 18 anos de idade).
O entendimento de fatos da sua historia passada é muito importante para essa pesquisa, tente ser o mais sincero possível.

T3. Na sua infância ou adolescência você já foi molestado(a) sexualmente - foi tocado(a) de forma maliciosa, forçado(a) a fazer sexo oral ou teve relações sexuais com alguém mais velho que você?

SIM NÃO PULE PARA T5

Se você respondeu SIM:

T4. Você lembra com quem foi essa experiência?

1. Parente 2. Amigo da família 3. Um estranho

4. Não lembra 5. Outro. Quem? _____

T5. Você já recebeu dinheiro para fazer sexo antes dos 18 anos de idade?

SIM NÃO

Agora algumas perguntas sobre este tipo de experiência na vida adulta:

T6. Você já foi forçado(a) a ter relações sexuais com alguém?

SIM NÃO **PULE PARA T8 (próxima página)**

Se você respondeu SIM:
T7. Com quem foi essa experiência?

1. Parente 2. Amigo da família 3. Um estranho
4. Não lembra 5. Outro. Quem? _____

Por último, algumas perguntas sobre a sua saúde
T8. Você é portador do vírus HIV?

SIM NÃO NÃO SEI

T9. Com que frequência você usa camisinha em suas relações sexuais?

1.Nunca 2.Quase nunca 3.Sempre 4.Quase Sempre

T10. Você já ficou com fome porque você não tinha o que comer?

SIM NÃO **PULE PARA T12** NÃO SEI

Se você respondeu SIM:
T11. Quão frequente isso aconteceu?

1.Nunca 2.Alguns dias 3.Na maioria dos dias 4.Todos dias

T12. Você já pensou em tirar sua própria vida?

SIM NÃO **PULE PARA T15**

Se você respondeu SIM:
T13. Você já tentou tirar sua própria vida?

SIM VÁ PARA T14 NÃO **PULE PARA T15**

T14 Você acredita que isso possa ter alguma relação com o seu uso de álcool?

SIM NÃO

T15. Alguém na sua família (Mãe/Pai/Irmãos) cometeu suicídio?

SIM NÃO

Agora dobre, por favor, esta folha, coloque no envelope, feche e entregue para o entrevistador

Obrigado