



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-BA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BIANKA SOUSA MARTINS SILVA

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

FEIRA DE SANTANA-BA

2015

BIANKA SOUSA MARTINS SILVA

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr^a Maura Maria Guimarães Almeida

FEIRA DE SANTANA-BA

2015

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade Estadual de Feira de Santana como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Feira de Santana, 21 de março de 2014

Banca Examinadora

Prof^a Dr. Adriana Alves Nery
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof^a Dr. Edna Maria de Araújo
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Prof^a Dr. Maura Maria Guimarães Almeida
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Nenhum país, nenhuma cidade,
nenhuma comunidade está imune à
violência, mas, também não estamos
impotentes diante dela
Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Escrever uma dissertação de Mestrado é uma experiência enriquecedora e de plena superação. Modificamo-nos a cada tentativa de buscar respostas às nossas aflições de ‘pesquisador’. Para aqueles que compartilham conosco desse momento, parece uma tarefa interminável e enigmática que só se torna realizável graças a muitas pessoas que participam, direta ou indiretamente, mesmo sem saber realmente o que e para que nos envolvemos em pesquisa. E é a essas pessoas que gostaria de agradecer:

Preliminarmente, agradeço a Deus por iluminar e abençoar minha trajetória.

À alma gêmea de minha alma, Herbson, pelo apoio e paciência nos momentos de inquietação e cansaço. Com você exercito o amor...

Às minhas filhas pela paciência, incentivo e amor.

Aos meus guias espirituais pela inspiração.

À Prof^a Maura Maria Guimarães Almeida pelos ensinamentos e pela confiança depositada em meu trabalho, esperando-o pacientemente mesmo quando eu demorava a mostrar novos resultados. Mas também, e principalmente, por ter exigido maiores aperfeiçoamentos, quando necessários.

À Prof^a Tânia Araújo por mostrar os encantos da epidemiologia e pelos ensinamentos. Por me receber em seu núcleo de portas abertas e sempre estar à disposição, esclarecendo minhas dúvidas.

Agradecimento a Prof^a Kionna Bernardes pelo incentivo. Sua paixão pelo que faz serviu-me de inspiração para continuar seguindo minha trajetória.

Ao amigo Thales pelos ensinamentos estatísticos, orientações e amizade. A você, minhas manifestações de admiração, respeito e carinho.

As Professoras Doutoras: Judith Sena e Adriana Nery, pela participação em minha Banca de Qualificação. Obrigada pelas considerações realizadas que contribuíram, significativamente, na elaboração desta dissertação.

A Prof^a Edna Maria de Araújo pela participação na minha banca de defesa e, mais uma vez, agradeço a Prof^a Ana Nery, por estar novamente, abrilhantando esse momento com sua presença e ensinamentos.

A todos os demais professores do MESAUCO-UEFS pela competência e disposição em compartilhar experiências.

Agradeço aos secretários do mestrado, Jorge e Goreth por serem tão especiais, dedicados e amorosos!!

Agradeço aos amigos, Irá, Magnólio e Felipe pela amizade e pelo grande incentivo!!! Vocês tornaram meus dias mais engraçados e alegres...

Ao Profº Carlos Teles pelos ensinamentos e aulas que me despertaram o gosto pela análise de dados estatísticos.

Ao Profº Davi Félix por ser sempre solícito e por partilhar de seus conhecimentos. Usufruir desta troca foi um privilégio.

À UEFS e a CAPES pelo auxílio e apoio concedido que foi de fundamental importância para o desenvolvimento deste trabalho.

E, por fim, a todos aqueles que por um lapso não mencionei, mas que colaboraram para esta pesquisa: abraços fraternos a todos!

A mente que se abre a uma nova idéia jamais
voltará a seu tamanho original
Albert Einstein

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores relacionados à ocorrência da violência de gênero em uma população do nordeste da Bahia no ano de 2007 e identificar os comportamentos de risco de mulheres que presenciaram violência na família durante sua infância e foram vítimas de violência na vida adulta. **Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal realizado com 4170 indivíduos, de ambos os sexos, com idade acima de 15 anos e residentes no município de Feira de Santana-BA. Foi utilizada uma amostra probabilística de conglomerados derivados de setores censitários. Os dados foram coletados em visitas domiciliares com uso de ficha domiciliar e questionário individual. Foram realizadas análises bivariadas e Teste do Qui Quadrado de Pearson, considerando IC95% e $p \leq 0,05$ para associação estatisticamente significativa. Para verificar os fatores associados à violência, empregou-se a análise de regressão logística hierarquizada. **Resultados:** A prevalência de violência física e/ou emocional foi de 18,63%. Em relação à história de violência na infância a prevalência foi igual a 12,14%. As mulheres apresentaram prevalência superior (19,7%) aos homens (16,5%) com prevalência 1,31 vezes maior de vitimização. Foi possível observar que mulheres que nunca foram à escola (15,08%), não brancas (12,61%) e que tinham renda de até 1 salário mínimo (14,17%) apresentaram maior ocorrência de violência física na infância. As mulheres etilistas tiveram prevalência 1,43 vezes maior de ter sofrido violência na infância e, em relação ao hábito de fumar, esta prevalência aumentou para 1,56. A análise ajustada por regressão logística hierarquizada mostrou uma associação positiva entre a mulher sofrer violência física e/ou emocional com tipo de domicílio (RP = 1,28; IC95%: 1,10; 1,54), tipo de edificação (RP = 1,66; IC95%: 1,14; 2,41), tabagismo (RP = 1,36; IC95%: 1,10; 1,70) e violência na infância (RP = 2,13; IC95%: 1,79; 2,53). **Conclusões:** A violência de gênero é um problema complexo com raízes sociais e que merece ser abordada como um problema de saúde pública. Assim, urge medidas políticas para o combate da pobreza, conflitos interpessoais, sobretudo os oriundos do interior do sistema familiar, ao consumo de substâncias, principalmente o álcool, bem como o preparo no atendimento das vítimas de violência e a implantação de um serviço de proteção às mulheres vitimizadas, pois muitas se calam por medo de sofrer represálias por parte de seus agressores.

Palavras chaves: Violência de Gênero; Análise transversal; Modelo Hierarquizado

ABSTRACT

Objective: To assess factors related to the occurrence of gender violence in a population of northeastern Bahia in 2007 and identify risk behaviors in women who have witnessed family violence during their childhood and were victims of violence in adulthood. **Methods:** This was a cross-sectional study conducted with 4170 individuals, of both sexes, aged 15 years and living in the city of Feira de Santana, Bahia. A probabilistic sample of clusters derived from census tracts was used. Data were collected during home visits with use of household and individual questionnaire record. Bivariate and the Chi square test analyzes were performed considering IC95 % and $p \leq 0.05$ for statistically significant association. To verify the factors associated with violence, we used a hierarchical logistic regression analysis. **Results:** The prevalence of physical and / or emotional violence was 18,63%. Regarding the history of violence in childhood prevalence was equal to 12,14%. Women had a higher prevalence (19,7%) than men (16,5%) with 1,31 times higher prevalence of victimization. It was observed that women who have never been to school (15,08%), non-white (12,61%) and had an income of up to 1 minimum wage (14,17%) had a higher incidence of physical violence in childhood. The women drinkers had 1,43 times higher prevalence of experiencing violence in childhood and, in relation to smoking, this prevalence increased to 1,56. Adjusted by hierarchical logistic regression analysis showed a positive association between women suffer physical and / or emotional violence with household type (RP = 1,28; IC95%: 1,10; 1,54), type of building (RP = 1,66; IC95%: 1,14; 2,41), smoking (RP = 1,36; IC95%: 1,10; 1,70) and violence in childhood (RP = 2,13; IC95%: 1,79; 2,53). **Conclusions:** Gender violence is a complex problem with social roots and that deserves to be addressed as a public health problem. Thus, it is urgent policies to combat poverty, interpersonal conflicts, especially those from the interior of the family system, substance use, particularly alcohol measures as well as preparation in the care of victims of violence and the deployment of a service to protect women victimized because many remain silent for fear of reprisals from their attackers.

Key Words: Gender violence; Cross-sectional analysis; Hierarchical model.

LISTA DE TABELAS

Artigo I

Tabela 1. Características sociodemográficas dos residentes de áreas urbanas em Feira de Santana (BA), 2007

Tabela 2. Prevalência de violência física e/ou emocional, Razões de Prevalência e seus respectivos Intervalos de Confiança segundo fatores sociodemográficos em Feira de Santana (BA), 2007

Tabela 3. Prevalência de violência física e/ou emocional, Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança segundo fatores ambientais em Feira de Santana (BA), 2007

Tabela 4. Prevalência de violência física e/ou emocional, Razões de Prevalência e seus respectivos Intervalos de Confiança segundo fatores relacionais, comportamentais e histórico de violência na infância em Feira de Santana (BA), 2007

Tabela 5. Razões de Prevalência da violência física e/ou emocional estratificada por sexo segundo Regressão de Poisson, município de Feira de Santana-BA, 2007

Artigo II

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e econômico das mulheres com histórico de violência, no município de Feira de Santana, 2007

Tabela 2. Frequência de mulheres com histórico de violência familiar na infância segundo fatores sociodemográficos e econômicos no município de Feira de Santana, 2007

Tabela 3. Distribuição de frequência de mulheres vitimizadas com histórico de violência familiar na infância e comportamentos de risco, no município de Feira de Santana, 2007

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAGE	<i>Cut down Anonoyed Guilt Eyeopener</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESAD	Espaço de Saúde do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LENAD	Levantamento Nacional Álcool e Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan Americana de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar
RP	Razão de Prevalência
SPSS	<i>Statistic Package for Social Sciences</i>
STATA	<i>Stata Corporation Colege Station</i>
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
VIVA	Sistema de Informação em Violência e Acidente

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

- Figura 1** Processos episódicos do modelo geral de agressão, traduzido de Anderson e Bushman
- Figura 2** Modelo ecológico para compreender a violência
- Figura 3** Diagrama do modelo preditivo dos fatores associados à violência estruturados em blocos hierarquizados

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2	OBJETIVOS	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE A VIOLÊNCIA	18
3.2	VIOLÊNCIA DE GÊNERO	29
3.2.1	Gênero como categoria de análise	29
3.2.2	Violência de gênero: a dominação patriarcal	31
3.2.3	Teorias sobre a violência de gênero	33
3.2.4	Violência de gênero no cenário brasileiro	35
3.3	IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE	37
3.4	MODELO TEÓRICO ECOLÓGICO	38
4	MATERIAIS E MÉTODOS	41
4.1	TIPO DE ESTUDO	41
4.2	ÁREA DE ESTUDO	41
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	42
4.4	PLANO AMOSTRAL	43
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	43
4.6	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	44
4.6.1	Variável Desfecho	45
4.6.2	Variáveis de Exposição	45
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	45
4.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	48
5	RESULTADOS	49
5.1	ARTIGO I: Fatores associados à ocorrência da violência de gênero	49
5.2	ARTIGO II: Histórico de violência na infância e vulnerabilidades entre mulheres	68
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	80
	ANEXO	87

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A violência tem presença marcante na construção histórica da humanidade em seus vários momentos. Trata-se de um processo complexo, multicausal e de difícil conceituação, sendo necessário buscar suas raízes nas diferentes épocas porque são histórica e culturalmente construídas. A problemática da violência social vem sendo cada vez mais discutida na atualidade e investigada no contexto acadêmico. Este fenômeno passa a ser reconhecido como parte da agenda da Saúde Pública a partir dos anos 90, fundamentalmente, pelo crescente número de mortes e traumas que provoca na sociedade. Este reconhecimento também se observa no caso da violência de gênero no âmbito doméstico (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1994).

Segundo Morgado (2008), a violência de gênero não é um fenômeno recente, estando em todas as sociedades, compondo um conjunto de relações sociais que tornam complexa sua compreensão. Apesar de tratar-se de uma problemática antiga, a violência conjugal foi pouco visualizada ao longo do tempo, adquirindo maior atenção na atualidade. Na realidade, este problema ainda permanece invisível em muitos espaços socioculturais contemporâneos (CANTERA, 2007).

A maioria das pessoas considera a violência de gênero como uma questão privada e individual, tornando o fenômeno natural e banalizado pela tradição social, marcada pelas relações hierárquicas de poder. Sendo assim, torna-se difícil precisar a magnitude deste problema, seja pela carência de estudos em nível nacional que informem sobre este tipo de violência ou devido à ineficiência do sistema de informações sobre mortalidade para estimar a incidência da violência de gênero.

É uma realidade que perpassa todas as classes sociais, os grupos étnico-raciais e as diferentes culturas. Nesse sentido, Saffioti e Almeida (1995) afirmam que se trata de fenômeno democraticamente distribuído, ao contrário, do que acontece com a distribuição da riqueza. No entanto, diversos estudiosos no campo das ciências sociais e da saúde demonstram a relevância deste fenômeno, que se expressa no cotidiano de um grande número de famílias brasileiras (TUESTA, 1997).

Entre 10 a 50% das mulheres em todo o mundo sofreram alguma forma de violência física, perpetrada por seus parceiros íntimos em algum momento de suas vidas (HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999). Comparativamente, o risco de uma mulher ser

agredida por seu companheiro, dentro de seu lar, é quase nove vezes o risco de ser vítima de violência na rua (BRASIL, 2002).

Silva (2003) em estudo de corte transversal realizado na Região Nordeste, utilizando amostra por conglomerado, em serviço de referência em urgência e emergência na cidade de Salvador/BA, encontrou 46% de violência geral, 36,5% de violência física e 18,5% de violência sexual, sofridas na vida. Estudo realizado com mulheres em 187 municípios de 24 Estados brasileiros mostrou que 19% das mulheres referiram espontaneamente ter sofrido violência por parte de algum homem, percentual que subiu para 43% (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

A pesquisa intitulada “Violência por parceiro íntimo em mulheres na cidade de Salvador: repercussões físicas” revelou que 54,5% das mulheres sofreram violência psicológica, 45% foram vítimas de agressão física, e 0,5% sofreram violência sexual (SANTOS, 2010). Estes dados só corroboram para a confirmação de que a violência tem crescido ao longo dos anos.

Diversos fatores, além dos sociais, estão relacionados à ocorrência da violência de gênero, tais como: referentes à questão da condição feminina; fatores ideológicos e históricos, como o machismo, que legitima o padrão de dominação do homem sobre a mulher e o uso da força física sobre esta; fatores institucionais, do qual remetem a questão da família patriarcal; e fatores pedagógicos, relacionados à educação e ao modo como são ensinadas essas questões da individualidade masculina e feminina (AZEVEDO, 1985).

Em função do crescimento da violência, da relativa inconsistência dos dados e na dificuldade de determinação dos fatores de risco associados à violência, têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, objetivando a vigilância deste agravo (BRASIL, 2010). Assim, o Sistema de Informação em Violência e Acidentes (VIVA) está baseado no monitoramento dos dados do Sistema de Informações de Mortalidade, que permite o conhecimento dos principais tipos de causas externas que determinam a mortes (BRASIL, 2005b).

Diante dessas ponderações não se pode reduzir a violência apenas ao plano físico, deve-se atentar para os aspectos psíquicos, morais e socioculturais, pois o indivíduo deve ser analisado em sua integralidade. Sendo assim, torna-se importante contribuir com a temática através de sua discussão no meio científico e nas diversas instâncias sociais, haja vista que o fenômeno cresce de forma vertiginosa e traz consequências sérias para todos os envolvidos,

desde lesões físicas como, também, traumas psicológicos que dependendo do indivíduo afetado, podem ou não serem superados.

A dissertação adota dois focos de análise para o problema: busca analisar quais os fatores associados à ocorrência da violência de gênero e descrever o perfil da violência de gênero segundo fatores sociodemográficos, comportamentais e área geográfica. O referencial aborda os aspectos referentes ao objeto de estudo e as duas vertentes abordadas. Também são apresentados informações sobre o Modelo Teórico Ecológico, que serve como base teórica de fundamentação da análise de dados.

A metodologia responde aos dois focos de análise e os resultados da dissertação serão apresentados no formato de artigo. Serão dois produtos:

- **Artigo I:** Fatores associados à ocorrência da violência de gênero.
- **Artigo II:** Histórico de violência na infância e vulnerabilidades entre mulheres.

O interesse pela temática provém da relevância do problema no Brasil tanto em termos quantitativos, porque afeta um número significativo de mulheres, assim como também porque é um fenômeno que alerta sobre os conflitos sociais. Somado a isso, a afinidade pela temática da violência teve início a partir da experiência no Espaço de Saúde do Adolescente (ESAD) durante as atividades práticas da disciplina Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Estas experiências revelaram a violência como um grave problema social que repercute negativamente na saúde dos envolvidos.

A violência é o resultado de uma extensa cadeia de fatores determinantes. Assim, o conhecimento dos fatores associados à violência possibilita planejar intervenções mais adequadas às necessidades dos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade. Por esta razão, surge como problema de pesquisa neste estudo: Quais os fatores relacionados à ocorrência da violência em uma população do nordeste da Bahia em 2007? Qual o perfil das vítimas de violência de gênero segundo os fatores sócio-demográficos, comportamentais e área geográfica? Quais os comportamentos de risco de mulheres que presenciaram violência na família durante sua infância?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

*Analisar fatores relacionados à ocorrência da violência em uma população do nordeste da Bahia em 2007.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

*Descrever o perfil das vítimas de violência segundo os fatores sócio-demográficos e área geográfica;

*Comparar a prevalência da violência entre homens e mulheres de acordo com as condições socioeconômicas, demográficas e área geográfica;

*Identificar os comportamentos de risco das mulheres com histórico de violência na infância.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A finalidade da pesquisa científica não é somente fazer o levantamento de fatos colhidos empiricamente, mas sim desenvolver um caráter interpretativo desses dados. Para tal, é imprescindível correlacionar a pesquisa com o universo teórico, optando-se por um modelo que serve de embasamento à interpretação do significado dos dados e fatos colhidos ou levantados (SILVA, 2004, p. 16).

3.1 CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE A VIOLÊNCIA

Etimologicamente, a palavra violência vem do latim *violentia*, que está associado ao ato de forçar, desrespeitar, constranger (FERREIRA, 2010). O termo geralmente faz referência ao uso da força, mas essa definição extrapola o plano físico e perpassa, também, o aspecto psicológico.

Conceituar violência não é uma tarefa fácil por tratar-se de um processo amplo, complexo e pluricausal que sofre influências sociais, econômicas e políticas. No transcorrer do tempo transformou-se em objeto de estudo e investigação de diversas áreas do conhecimento. Sendo assim, a compreensão deste fenômeno requer uma análise histórica, sociológica e antropológica, considerando as interfaces das questões sociais, morais, econômicas, psicológicas e institucionais (MINAYO, 1994).

O Dicionário de Filosofia, de Abbagnano (2000, p. 1002-1003), particulariza dois enfoques, definindo violência como “ação contrária à ordem moral, jurídica ou política”. Para o Dicionário Houaiss (2009, p. 772), violência é a “ação ou efeito de violentar, de empregar força física (contra alguém ou algo) ou intimidação moral contra (alguém); ato violento, crueldade, força”. No aspecto jurídico, o mesmo dicionário define o termo como o “constrangimento físico ou moral exercido sobre alguém, para obrigá-lo a submeter-se à vontade de outrem; coação”.

Na comunidade internacional de direitos humanos, a violência é compreendida como todas as violações dos direitos civis (vida, propriedade, liberdade de ir e vir, de consciência e de culto); políticos (direito a votar e a ser votado, ter participação política); sociais (habitação, saúde, educação, segurança); econômicos (emprego e salário) e culturais (direito de manter e manifestar sua própria cultura) (GUIA SERASA DE ORIENTAÇÃO AO CIDADÃO, 2002).

Do ponto de vista histórico, Silva e Silva (2005) em seu Dicionário de Conceitos Históricos definem a violência enquanto dominação, demonstrando principalmente a sua existência no momento em que se instala qualquer tipo e relação na qual um indivíduo tenta impor sua vontade ao outro: trata-se de um fenômeno social presente no cotidiano de todas as sociedades sob várias formas.

Neste âmbito perpassa a noção de poder. E essa ligação estreita com o exercício do poder caracteriza de certa forma, as relações violentas (ALMENDRA; BAIERL, 2007). Embora a força exista em si e para si, é sempre usada a serviço do poder. Não somente o “macropoder” (como é o caso do Estado), como também o mais discreto e sutil “micropoder”, que é expresso no grupo familiar, institucional e redes regionais (AGUDELO, 1992). Mas, há uma distinção entre violência e poder. Arendt (1994) assevera que são fenômenos opostos: onde um domina absolutamente, o outro está ausente, por isso a forma extrema de violência é um contra todos. “Na obra de Engels, *Anti-Dühring*, há a ligação da violência com o exercício do poder de uma classe social sobre a outra, consequência de uma desigual distribuição da riqueza, que se materializa em uma sociedade” (ALMENDRA; BAIERL, 2007, p. 268-9). Essa é a violência estrutural típica das sociedades capitalistas.

No sentido antropológico, trata-se de um problema especificamente humano, o que implica que os termos “violência” e “agressividade” referem-se a fenômenos que se recobrem apenas parcialmente, mas não são idênticos. Assim, pode-se dizer que não há propriamente violência na natureza, mas apenas no mundo humano; apenas os seres humanos são realmente violentos (ROSÁRIO; NETO; MOREIRA, 2011). Isso implicaria dizer que o homem é um ser violento e com uma agressividade inata, visto que usa essa força destrutiva de forma intencional, enquanto que os animais a expressam como forma de adaptação ao meio ambiente que os cercam. Contudo, este instinto agressivo é controlado pelas regras sociais através das normas e leis.

Na dimensão sociológica, Santos (1986, p. 53) diz ser “um estado de fratura nas relações de solidariedade social e em relação às normas sociais e jurídicas vigentes em dada sociedade”. Também aponta a atuação dos conflitos nas relações de dominação, como “um ato de excesso, qualitativamente distinto, que se verifica no exercício de cada relação de poder presente nas relações sociais de produção social”. As abordagens sociológicas consideram a complexidade das questões sociais. Wieviorka (1997), sociólogo francês conhecido por seus trabalhos sobre violência, elabora uma hipótese interessante: há relação entre a fragmentação dos espaços públicos e a distorção do espectro geral da violência a partir

de suas dimensões políticas. As discussões sobre violência devem permear uma integração entre Estado e sociedade, pois o enfraquecimento desta relação abre espaço para a ocorrência da violência. Além disso, é necessário o reconhecimento deste fenômeno por parte da população.

A violência, portanto apresenta-se possuindo uma dimensão social com raízes macroestruturais. Apresenta várias formas e faces e encontra-se diluída na sociedade sob forma das diversas manifestações que se interligam, interagem, alimentam e fortalecem, e desta forma, permanece presente historicamente na sociedade (MINAYO, 2005). No campo da ciência psicológica, Bock, Furtado e Teixeira (1995), definem violência como o uso desejado da agressividade, com fins destrutivos, podendo ser voluntário (intencional), racional e consciente (premeditado e com objeto "adequado" da agressividade) ou involuntário, irracional (a violência destina-se a um objeto substituto, por exemplo, por ódio ao chefe, o indivíduo bate no filho) e inconsciente.

No campo da saúde a violência tornou-se assunto de pauta porque afeta a saúde individual e coletiva. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência constitui “o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p. 5).

Quando a OMS divulgou essa definição em 2002, o Ministério da Saúde do Brasil já havia publicado oficialmente um documento denominado “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” introduzindo um conceito semelhante ao da OMS: “consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (BRASIL, 2001, p. 7). Nos dois textos está implícito o caráter intencional da violência.

Os estudos contemporâneos, de modo geral, sugerem que a violência tem um profundo enraizamento nas questões sociais, políticas e econômicas ocasionando prejuízos individuais e coletivos. Entretanto, muitas são as tentativas de explicação para este fenômeno multicausal e controverso. Para entender a dinâmica da violência é necessário compreender a visão que a sociedade projeta sobre o tema, recorrendo-se ao senso comum e ao conhecimento científico, pois todos os comportamentos passam pelo julgamento moral da sociedade que os classificam como violentos ou não. No senso comum as pessoas associam violência ao crime, corrupção,

miséria e/ou pecado. Este tipo de fenômeno não é tolerado socialmente porque além de provocar danos físicos, fere a moral de todas as culturas.

Na visão erudita, a violência se expressa através da negação de direitos e como instrumento de poder. Domenach (1981) sublinha a idéia de que a violência está inscrita e arraigada não só nas relações sociais, mas principalmente, é construída no interior das consciências e das subjetividades. Portanto, esse fenômeno não pode ser tratado apenas como uma força exterior aos indivíduos e aos grupos. Sua visão se projeta na direção contrária ao senso comum que costuma colocá-la como um fenômeno sempre produzido pelo “outro”.

Torna-se, cada vez mais pertinente distinguir a diferença entre violência, agressão e agressividade, já que são expressões distintas, mas que causam confusões no senso comum. Conforme Charlot (2002) a agressividade é uma disposição biopsíquica reacional: a frustração leva à angústia e à agressividade. A agressão é um ato que implica uma brutalidade física ou verbal. A violência remete a uma característica desse ato, enfatiza o uso da força, do poder, da dominação. A violência é um fenômeno antigo e existem muitas teorias que tentam explicar a sua origem. Minayo (1990) classifica as abordagens teóricas sobre a violência, na realidade brasileira, em cinco correntes de pensamento, a saber: corrente psicobiologicista, das classes vulneráveis, da revolta dos despossuídos, da falta de autoridade do estado e a rede de causalidade.

A **Teoria Psicobiologicista** trabalha com a ideia central de que os homens são dotados de um instinto agressivo e inato que pertence à natureza do indivíduo (MINAYO, 1990). Nesta teoria destaca-se Freud (1997), o qual recorre à ideia de que o ser humano já nasce violento e só não realiza de forma brutal essa tendência primitiva porque renuncia aos instintos agressivos sob influência do superego. Esta teoria subtrai o caráter social da violência, já que responsabiliza unicamente o indivíduo como fonte primária de violência. Ou seja, “reduz os fenômenos e processos sociais à conduta individual e tratam problemas sociopolíticos complexos como sendo problemas psicológicos” (SOUZA, 1993, p. 49).

A **Teoria das Classes Vulneráveis** refere-se à raiz social da violência provocada pela industrialização e urbanização. Seus teóricos – principalmente Merton (1968) e Huntington (1968) – fundamentam-se em análises de transições sociais e sustentam, basicamente, a idéia de que os movimentos de industrialização provocam fortes correntes migratórias com destino às periferias dos grandes centros urbanos, onde as populações passam a viver sob condições de extrema pobreza, desorganização social, expostos a novos comportamentos e sem condições econômicas de realizarem suas aspirações.

O surgimento de subculturas à margem das leis e normas sociais (as denominadas “classes perigosas”), cujas aspirações criadas estão dissociadas das realizações, seria o foco gerador e explicativo da criminalidade nas grandes cidades (PAIXÃO, 1982). Dessa forma, as grandes metrópoles exerceriam uma força de atração sobre a violência, não se constituindo como um foco gerador, mas sim, como um espaço privilegiado para a manifestação de atos violentos. Esta teoria também foi criticada, pois de acordo com Minayo (1998), esta concepção de “violência da transição” ignora a violência estrutural, a do estado e a cultural, colocando como “criminosa potencial” a população imigrante-pobre das classes trabalhadoras.

O terceiro grupo de teorias – **Revolta dos Despossuídos** – tende a compreender os processos e as condutas violentas como estratégias de sobrevivência das camadas populares vitimadas pelas contradições gritantes do capitalismo no país. Esta teoria coloca a violência como uma estratégia de sobrevivência dos excluídos. Aqui, “a violência é vista ora como a revolta dos despossuídos, ora como o nível elementar da luta de classes, onde as razões econômicas são privilegiadas como explicativas da violência” (SOUZA, 1993, p. 49). É uma tentativa de minimizar as desigualdades sociais e as poucas oportunidades de emprego, ascensão social e remunerações indignas. Em resumo, não são apenas os problemas de natureza econômica, como a pobreza, que explicam a violência social, embora eles sejam frutos, causa e efeito e, ainda, elemento fundamental de uma violência maior que é o próprio medo organizativo-cultural de determinado povo (MINAYO, 1998).

A **Teoria da Falta de Autoridade do Estado** tende a omitir o papel da violência como importante instrumento de domínio econômico e político das classes dominantes. Veicula a crença num Estado neutro, árbitro dos conflitos e mantenedor da ordem em benefício de todos, à margem da questão das classes, dos interesses econômicos e políticos, Estado meramente funcional em relação ao bem estar social. As críticas a esta linha de pensamento mostram a sua tendência a omitir o papel da violência como instrumento de dominação econômica e política das classes dominantes (SOUZA, 1993).

A **Teoria da Rede de Causalidade**, a quinta corrente de pensamento desenvolvida por Minayo (1990) analisa a violência como um fenômeno que se articula numa “rede de causalidade”. Busca entender a violência como fenômeno estrutural no qual se engendram as desigualdades sócio-econômicas reveladas através da fome, das doenças próprias da pobreza e dificuldades de acesso à educação, à saúde e ao trabalho por alguns grupos sociais (MINAYO, 1990).

“A violência, portanto, vista a partir destes pressupostos, não pode deixar de ser abordada cientificamente senão na totalidade do social em constante movimento, nem deixar de ser entendida como um processo social que se realiza em cadeia e especificamente” (SOUZA, 1993, p. 50). Entendê-la assim é admitir a magnitude de um fenômeno complexo e pluricausal que varia de acordo com os diversos tipos de sociedade ou cultura em que o indivíduo pertence.

Tendo presente que o estudo da violência é complexo, as teorias para a sua explicação podem, ainda, ser divididas em dois grandes grupos: 1. Teorias Biológicas Inatas (Psicobiológica, Biológica e Psicológicas de Personalidade); 2. Teorias Psicossociais (Aprendizagem Social, Cognitivismo Neo-associacionista, Processamento da Informação Social, Interacionismo Social e Modelo Geral da Agressão baseado em estruturas do conhecimento) (ANDERSON; BUSHMAN, 2002; MENDO; RODRIGUES; MACIAS, 2004; MOSER, 1991).

As teorias de natureza biológica e psicobiológica descaram o peso de outros fatores como sejam a personalidade, a aprendizagem ou a interação com os outros e o ambiente. Embora as teorias baseadas em aspectos individuais apontem fatores que contribuem para a ação violenta, não se pode dizer que estes aspectos sejam os determinantes únicos (ANDERSON; BUSHMAN, 2002; DODGE; COIE, 1987; MENDO; RODRIGUEZ; MACIAS, 2004; TEDESCHI; FELSON, 1994)

Dentre as **Teorias Biológicas Inatas** destacamos a teoria do instinto e a da frustração-agressão. Originalmente propostas por Freud, a teoria do instinto assume que a agressão é inata ao homem e que uma quota de agressividade é usada como uma forma de defesa contra a exploração do indivíduo. O conceito de frustração levando a uma reação de agressividade foi estudado e desenvolvido por um grupo de psicólogos de Yale – Dollard, Doob, Miller, Mowrer e Sears que consideram a agressão,

“um comportamento reativo, isto é, dependente de condições situacionais particulares que provoquem este comportamento e, enunciam a seguinte hipótese: toda agressão é uma consequência da frustração e toda frustração origina uma forma de agressão” (MOSER, 1991, p. 63).

De um modo diferente das anteriormente descritas, as teorias psicossociais postulam que o contexto social e ambiental determina em grande medida as condutas violentas dos sujeitos (RIBEIRO; SANI, 2009). Num trabalho anterior sobre Psicologia da Violência,

Vethencourt (1990) envereda por esta vertente e analisa como a cronificação da miséria, a reprodução da falta de expectativa social e econômica vão gerando um tipo de “sociedade humana” onde os valores considerados nobres nem conseguem ser vislumbrados.

Daí, a delinquência não pode ser considerada, como querem alguns, como determinação da natureza humana e fatalidade genética de determinados grupos sociais. É uma das construções sociais cuja raiz está na própria violência social, que se reproduz, sobretudo nos grandes centros urbanos onde os contrastes são mais gritantes (VETHENCOURT, 1990).

Para Brandura a agressão resulta de uma **Aprendizagem Social**, isto é, da observação de comportamentos agressivos, essencialmente de nossos pares. Não concorda com a existência de um impulso inato de agressão diante de um estímulo aversivo (TEDESCHI; FELSON, 1994). Esta teoria atribui um papel secundário aos aspectos biológicos. O ponto é que essa aprendizagem “só pode ser compreendida em um contexto social, e baseia-se na crença da importância causal da cognição” (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 1998, p. 460). O comportamento, nesse caso, é determinado pelas influências pessoais e ambientais.

Alguns estudos têm demonstrado que crianças muito jovens podem adquirir uma vasta gama de comportamentos simplesmente observando e repetindo ações dos outros (BARR; HAYNE, 2003). Neste estudo, crianças de 12 a 18 meses aprenderam de um a dois novos comportamentos por dia, simplesmente imitando comportamentos. O comportamento agressivo é aprendido por observação e imitação de modelos, como pais, professores e sociedade (SILVA, 2009).

Ainda dentro da Teoria Psicossocial, temos a perspectiva **Neo-associacionista**, que procura explicar o potencial de agressividade a partir do Modelo de Berkowitz. Este afirma que a frustração não é mais do que uma condição ou um facilitador que necessita estímulos externos para provocar uma reação agressiva. Ele nega a relação automática e simples entre frustração e agressão (MOSER, 1991).

Berkowitz (1993) propôs que acontecimentos aversivos como frustrações, provocações, barulhos altos, temperaturas desconfortáveis e odores desagradáveis produzem afetos negativos. “Estes estimulam automaticamente vários pensamentos, memórias, reações motoras expressivas e respostas fisiológicas associadas com as tendências de luta e fuga” (RIBEIRO; SANI, 2009, p. 99). Esta concepção traz a influência dos fatores externos como incitadores dos atos violentos e descarta o processo de frustração como condição suficiente para a ocorrência da agressão, o que contraria os pensadores da Teoria Biológica Inata.

Para Chaves (2006), a agressão é classificada de acordo com duas perspectivas: 1) agressão reativa (ou afetiva) – diz respeito a reações agressivas que são provocadas por estímulos aversivos indicando que haveria uma propensão inata de atacar impulsivamente a fonte do estímulo aversivo ou mesmo um outro alvo qualquer; 2) agressão instrumental – por sua vez, não se trata de uma reação, mas de um comportamento apreendido com o objetivo de alcançar recompensas e evitar punições.

A utilização de **Modelos de Processamento de Informação** na explicação do comportamento social foi sobretudo apresentada por Dodge, Coie e Huesmann que formularam, inicialmente, uma abordagem tendo em vista o ajustamento social em crianças a partir de quatro processos mentais: a) codificação das dicas situacionais, b) representação e interpretação dessas dicas, c) busca mental por possíveis respostas à situação e d) seleção de uma resposta (DODGE; COIE, 1987).

Os mesmos autores, apoiados em reformulações na própria ciência cognitiva desenvolveram um modelo com estrutura cíclica, procurando representar o processamento da informação em paralelo (KRISTENSEN et al., 2003, p. 179-80). O caráter cíclico do modelo ocorre quando a criança recebe um retorno do seu comportamento no estágio seis e este retorno contribui para a codificação do estímulo (ou dicas) no início da sequência. Sendo assim, dependendo da interação entre o indivíduo e o ambiente este comportamento agressivo pode ser atribuído a seus pares (KRISTENSEN et al., 2003).

As abordagens mais detalhadas e específicas do processamento da informação social sugerem que quando as crianças observam a violência aprendem *scripts* mentais agressivos. Uma vez aprendido o *script*, ele pode ser recuperado a qualquer altura e utilizado como indicador do comportamento (RIBEIRO; SANI, 2009). O modelo unificado de Huesmann, conforme Kristensen e colaboradores (2003), envolve quatro etapas: a) percepção da hostilidade frente a situações ambíguas; b) aquisição, permanência e recuperação de *scripts* e esquemas mentais para o comportamento social; c) avaliação e seleção de *scripts*, o qual uma vez ativado, poderá ser ou não utilizado, caso seja avaliado negativamente e d) interpretação que o indivíduo faz das respostas oferecidas pelo ambiente à suas ações, que influenciará a permanência ou não do *script*.

Na perspectiva **do Interacionismo Social** desenvolvida por Tedeschi e Felson (1994), a principal questão é compreender porque os indivíduos escolhem realizar comportamentos agressivos (ou, na terminologia dos autores, ações coercivas) (ANDERSON; BUSHMAN, 2002). Os autores não adotam os termos “sujeito” e “comportamento agressivo”, preferem a

utilização das terminologias “ator” e “ação coercitiva”, pois acreditam que estes termos possuem uma maior identificação com a literatura sobre poder, conflito, justiça e identidades sociais (CHAVES, 2006). Esta escolha remonta às afinidades teóricas dos autores e na visão de Tedeschi e Felson (1994), o emprego de termos como agressão direciona a análise para aspectos internos, como processos psicológicos e biológicos, tendendo a ignorar os objetivos sociais dos atores na utilização da coerção (KRISTENSEN et al., 2003).

Usualmente, conforme mencionado define-se agressão como a intenção de causar dano, mas “intenção” é um termo bastante impreciso. Nesta abordagem, intenção é definida no contexto de tomada de decisões, referindo-se a um valor associado à ação escolhida. Logo, temos um objetivo (ou resultado imediato) que é a submissão; relacionado a outro objetivo final, denominado de motivo (ANDERSON; BUSHMAN, 2002). Este modelo tem um foco mais individual uma vez que as postulações baseiam-se na decisão do ator agir ou não de forma coercitiva. Por outro lado, a agressão hostil pode ter algum objetivo racional por detrás, como seja punir o provocador de forma a reduzir a probabilidade de provocações futuras (MENDO; RODRIGUEZ; MACIAS, 2004).

No Interacionismo Social, conforme Chaves (2006, p. 40), “parte-se de uma análise baseada num modelo de decisão de acordo com o qual o ator examina quais são os meios alternativos para chegar a um dos três objetivos seguintes: 1) controlar o comportamento de outros atores; 2) restaurar a justiça; e 3) assegurar e proteger identidades”. Na tentativa de atingir estes objetivos as escolhas dos atores são movidas pelas recompensas futuras. De acordo com Anderson e Bushman (2002) esta teoria fornece um instrumento para a compreensão das recentes descobertas que dão conta que a violência surge nos indivíduos que têm uma auto-estima elevada, pessoas com conceitos muito positivas delas mesmas as quais, em certas circunstâncias, são mais propensas a cometer atos de violência que aqueles que têm auto-conceitos moderados ou negativos.

A última Teoria Psicossocial é o **Modelo Geral de Agressão**, proposto pelo grupo de Anderson e Bushman, procura verificar os efeitos da mídia violenta no comportamento agressivo, principalmente através de pesquisas experimentais representa uma das mais recentes tentativas de integração teórica sobre a agressão humana (ANDERSON; BUSHMAN, 2002). Nos fundamentos deste modelo (Figura 1) encontramos estruturas de conhecimento para percepção, interpretação, tomada de decisão e ação. São enfatizados especificamente três subtipos de estruturas: esquemas perceptuais, esquemas pessoais e *scripts* comportamentais. Estas estruturas, que se desenvolvem a partir da experiência dos

sujeitos, acabam por influenciar as percepções em diferentes níveis (ANDERSON; BUSHMAN, 2002).

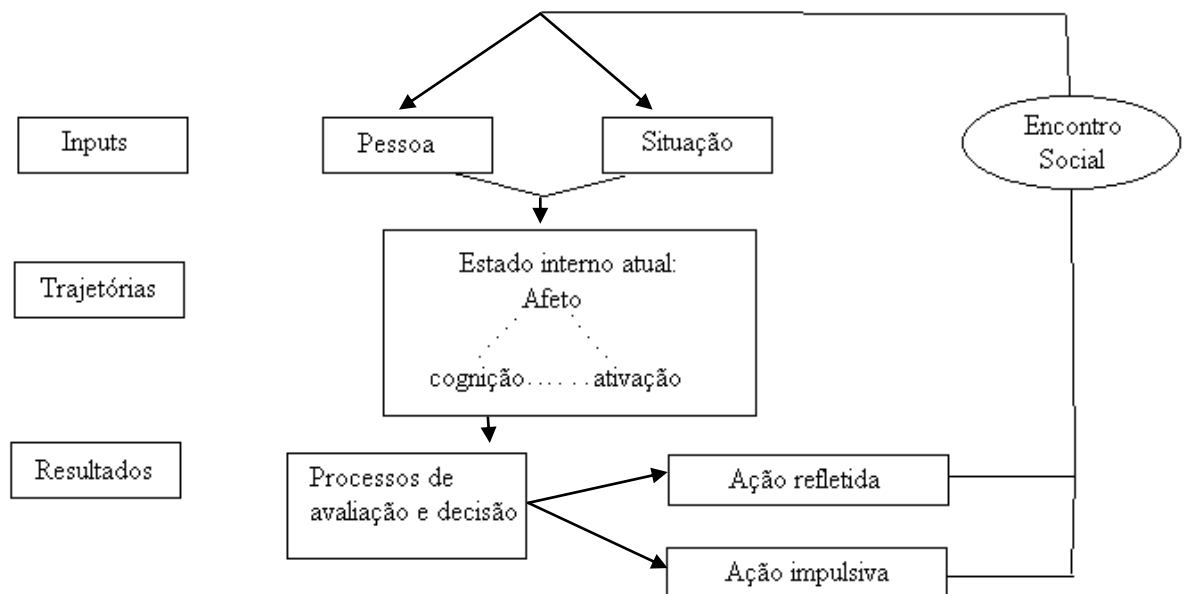


Figura 1 – Processos episódicos do modelo geral de agressão, traduzido de Anderson e Bushman (2002)

São percebidos três aspectos centrais neste modelo: a) *inputs* referentes às pessoas (traços, gêneros, crenças, atitudes, valores, objetivos e *scripts*) e à situação (‘deixas’ agressivas, incentivos, frustração, provocação, drogas, e dor e desconforto), b) trajetórias do estado interno atual (afeto, cognição e ativação) e c) resultados decorrentes dos processos de avaliação (imediate ou automática e secundária ou controlada) e decisão. Esse modelo assume um caráter cíclico evidente no fato de os resultados finais do processo de decisão servirem de *inputs* a um próximo episódio (RIBEIRO; SANI, 2009, p. 102-3).

Ainda existe muita controvérsia nos meios científicos quanto à origem da violência. Sociólogos e antropólogos, assim como os demais cientistas sociais, procuram definir condições sociais, culturais e educacionais para o desencadeamento dos atos violentos. Biólogos e neurologistas procuram encontrar na anatomia e na fisiologia humanas pistas para definir tendências genéticas de violência nos indivíduos (ALMENDRA; BAIERL, 2007).

Flores (2002) retomou o assunto da determinação biológica do comportamento violento, à luz dos avanços da genética e questiona o repúdio dos pesquisadores da área de Saúde coletiva em reconhecer as teorias biológicas como explicação para a violência. O autor parte do princípio de que a contribuição da biologia, da genética do comportamento e da

psicologia evolutiva não tem sido bem compreendida pelos cientistas sociais que analisam o fenômeno. Diz ele:

genes não são a matéria bruta da evolução; comportamentos, por serem fenótipos, o são. Comportamentos selecionam genes e não o contrário. É um equívoco assumir que a teoria evolutiva enfatiza o controle biológico do comportamento. Ao contrário, ela explica como os fatores ambientais e culturais moldam, não só a evolução do cérebro, mas também o seu desenvolvimento em cada indivíduo (FLORES, 2002, p. 198).

O autor relaciona a genética à criminalidade violenta pela mediação do conceito de transtorno de personalidade anti-social. Esse tipo de transtorno, para Flores seria “um problema crônico, que tem início na segunda década da vida, caracterizado, em sua versão mais profunda, por ausência de culpa, vergonha, remorso, pobreza de relações afetivas, incapacidade de aprender com a experiência e insensibilidade social” (BRASIL, 2005, p. 23).

Entretanto, a maneira de reagir frente à agressividade varia de acordo com os diversos tipos de sociedade ou cultura a qual o indivíduo pertence, pois cada grupo social tem suas normas, regras de convivência, valores e tradições, assim sendo, algumas manifestações agressivas são aceitas e outras podem ser proibidas (CORSINI, 2004). Nas sociedades ocidentais, por exemplo, por ter como uma de suas características a competição, a agressividade costuma ser tolerada e receber estímulos, quando esta vale como sinônimo de determinação, ambição, ou coragem. Mas é impedida, reprimida ou punida quando identificada como atitude de hostilidade ou sentimento de cólera (CORSINI, 2004).

Numa sociedade onde a violência é valorizada os indivíduos tendem a ser mais agressivos. As notícias, a banalidade com que se exibem armas, a falta de realismo ao retratar o sofrimento das vítimas, filmes e séries violentas são fatores que influenciam comportamentos agressivos (SILVA, 2009). Há uma naturalização da violência, o que Geertz (1989) chamou de cultura da violência, entendida a cultura como uma prática social de significados, tecida pelo homem e na qual ele se enreda. Além do mais, estas relações podem ser intensificadas pela cultura, que determina a forma como os indivíduos se relacionarão de acordo com a distribuição de poder.

3.2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A violência de gênero é um fenômeno relevante e que permanece invisível em muitos espaços socioculturais contemporâneos. Para entendê-la é preciso buscar sua origem que se constitui do poder existente entre homens e mulheres.

3.2.1 Gênero como categoria de análise

O termo gênero surgiu a partir dos estudos realizados por mulheres (e sobre as mulheres), impulsionados pelo movimento feminista (MEYER, 2003) que queria insistir no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. O gênero também sublinhava o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade (SCOTT, 1990).

Conforme Torrão Filho (2005, p. 129), este aspecto relacional vinha da preocupação de alguns de que os estudos femininos se centravam sobre as mulheres de maneira demasiado estreita, assim a noção de gênero daria conta de que as mulheres e os homens eram definidos em termos recíprocos e não poderiam ser entendidos separadamente. De acordo com Nathalie Davis (1975, p. 90) é preciso um interesse na história tanto dos homens quanto das mulheres, e não apenas o sexo oprimido. O objetivo é entender a importância dos sexos dos grupos de gênero no passado histórico.

Ademais, as feministas acreditavam que o estudo das mulheres poderia causar uma reavaliação crítica das ideologias existentes. Contudo, na sua maioria, as tentativas das (os) historiadoras (es) de teorizar sobre gênero não fugiram dos quadros tradicionais das ciências sociais: elas(es) utilizaram as formulações antigas que propõem explicações causais universais e com um caráter limitado (SCOTT, 1983). No período que antecede o feminismo, os temas considerados marginalizados na academia, na literatura, na política, eram temas relacionados às mulheres e a toda a esfera de atuação feminina. Os temas considerados relevantes para a época referiam-se à política, à economia e à vida social de homens, discutidos e escritos a partir da visão masculina. Do mesmo modo, os temas atuais continuam

a sugerir que lugar de mulher é em casa e sua função natural é cuidar do lar e da família (SANFELICE, 2011).

Meyer (2003) menciona que os primeiros objetos de investigação dos estudos sobre mulheres se referiram aos modos de organização, ou seja, “*aos trabalhos de mulher*”, os quais colocaram em evidência seus interesses, necessidades e dificuldades. De acordo com a autora, estes estudos foram de suma importância para a história das mulheres, pois trouxeram para debate informações inexistentes sobre silêncios nos registros oficiais, sexismo e opressão nas relações de trabalho e na educação.

As preocupações teóricas relativas ao gênero como categoria de análise só aparecem no final do século XX. De fato, algumas dessas teorias construíram a sua lógica sob analogias com a oposição masculino/feminino, outras reconheceram uma “questão feminina”, outras ainda preocuparam-se com a formação da identidade sexual subjetiva, mas o gênero, como o meio de falar de sistemas de relações sociais ou entre sexos, não tinha aparecido (SCOTT, 1990).

A partir da década de 70, um grupo de estudiosas anglo-saxãs começou a utilizar o termo *gender*, traduzido para o português como gênero. A historiadora americana Joan Scott (1990) através de seu artigo intitulado *Gênero: Uma Categoria Útil para Análise Histórica*, publicado em 1986 e traduzido no Brasil em 1990, contribuiu significativamente para o desenvolvimento dos estudos de gênero. A autora formula sua definição de gênero como um conceito mutante e polissêmico, concebido de forma geral, como “forma de organização social da diferença sexual”.

A “violência de gênero” é uma expressão introduzida pelo movimento feminista para atribuir nome as agressões masculinas praticadas contra a população feminina, apesar do termo não ser sinônimo, necessariamente, de violência entre homens e mulheres. Assim, gênero é um constructo social, significa a distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos e a dimensão biológica dos seres (HEILBORN, 1994). Segundo Saffiotti (1999), gênero refere-se a um conjunto de condutas e normas modeladoras dos seres humanos em homem e em mulher e relaciona-se ao desempenho de papéis e responsabilidades culturalmente atribuídos ao sexo antes mesmo do nascimento.

Na busca de entendimentos e reflexões acerca deste fenômeno, o *olhar de gênero* auxilia na compreensão da violência conjugal. Através desta perspectiva, não se compreende a violência no casal como um fenômeno naturalizado, derivado da questão sexual das relações

entre macho e fêmea, mas como um processo histórico, o qual é produzido e reproduzido pelas estruturas sociais de dominação e pelo contexto patriarcal (CANTERA, 2007).

Morgado (2008) também considera que a perspectiva de análise das relações de gênero, associada aos demais campos de conhecimento, traz subsídios importantes para a compreensão e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher. Neste sentido, considerar o gênero enquanto categoria de análise permite um maior aprofundamento na temática da violência e o desvelamento de um fenômeno que até então, permanecia invisível no ambiente privado.

3.2.2 Violência de gênero: a dominação patriarcal

A história da humanidade traz, desde o início de sua constituição, o traço da violência, forjada por meio da subjugação e da exploração homem pelo homem, transformando as relações de gênero, afetivas e sociais, através de dispositivos de poder e de submissão (SILVA, 2011). Falar em relações de Gênero remete ao termo poder. À medida que as relações existentes entre masculino e feminino são relações desiguais, assimétricas, mantêm a mulher subjugada ao homem e ao domínio patriarcal (COSTA, 2008).

A desigualdade entre homens e mulheres desdobra-se e culmina nas diversas práticas violentas contra as mulheres. Conforme Marcondes Filho (2001), do ponto de vista histórico brasileiro, é herdeira de uma cultura com raízes em uma sociedade escravocrata, construída a partir de um modelo colonizador que aqui se instalou. Acrescem-se também os diversos mitos propagados pela Igreja, consolidados ao longo do tempo e internalizados como resposta a esta imposição ideológica. Segundo Muraro (1992, p. 70), o “mito judaico-cristão é a base da nossa civilização atual” e ilustra bem essa construção. É preciso atentar em alguns parágrafos sobre a história do primeiro livro da Bíblia (Gênesis) para compreender a divisão social dos papéis sexuais, permeada pela relação de poder que resulta na opressão e na subordinação da mulher.

Na Bíblia, Deus criou o homem à sua imagem e semelhança e lhe ofereceu tudo o que havia criado no paraíso chamado Jardim do Éden. O homem vivia livre desfrutando de suas riquezas naturais e com o passar do tempo foi sentindo-se sozinho e triste. Deus percebe a tristeza de sua criação e resolve presenteá-lo; pegou uma de suas costelas e modelou a mulher, sendo este seu presente. Assim, a mulher nasce com a função de fazer companhia ao homem.

Assim, a mulher veio cumprir seu papel de companheira, de alento para os dias difíceis do homem; já nasceu dependente dele, veio da sua costela não como sujeito individual que pudesse ter idéias próprias, decidir, ser autônoma, mas com a doçura e a candura de quem está pronta para servir ao seu senhor (LOPES, 2010, p.98).

A mulher, Eva, cansada da mesmice do lugar resolve explorar novos ares e começa a conversar com a serpente que vivia em uma árvore cujo fruto era proibido. A serpente convenceu Eva a comer o fruto. Ela comeu e ofereceu ao homem, que também comeu; a seguir os dois perceberam que estavam nus e sentiram vergonha e medo do castigo de Deus. Ambos foram expulsos do paraíso. Este mito é repassado de geração em geração, sendo responsável pela formação de uma cultura machista e patriarcal que está enraizada na sociedade. Além disso, é responsável por santificar as relações de poder e dividir os papéis sexuais, transformando a interação afetiva entre homem e mulher em disputa de poder.

A autora Saffioti ressalta o papel fundamental das instituições de “poder” em legitimar os estereótipos sexuais. “O papel das doutrinas religiosas, educativas e jurídicas, sempre foi o de afirmar o sentido do masculino e do feminino, construído no interior das relações de poder” (1992, p. 188). Patriarcado é, portanto, segundo Saffioti (2004), uma máquina que tem como base o controle e o medo. Ele não é um ser que tenha vida própria, é, sim, um conjunto de procedimentos sociais, configurados em poderes, criados nas relações desiguais entre as pessoas, subjungando as mulheres e, muitas vezes, as colocando em situações de violência.

Interessante texto intitulado “*Gênero e Patriarcado: violência contra mulheres*” proposto por Saffioti (2004) questiona a quem serve a teoria do gênero em substituição à do patriarcado. Faz-nos refletir sobre quem são os interessados na urgência em situar mulheres e homens em igualdade de condições. A categoria dominada-explorada tem obrigação de liderar o processo de mudança. Os homens também possuem interesse em mudar as relações entre homens e mulheres, visto que não são todos os homens autores de violência. No entanto, é a categoria dominada explorada que conhece minuciosamente a engrenagem patriarcal. Deste modo, não se pode incorrer no erro de recusar ou ignorar o patriarcado.

Partindo-se para o contexto especificamente sobre a perspectiva de gênero, costuma-se associar a identidade feminina a suas características biológicas e comportamentais “típicas”, a exemplo da celebração da maternidade e suas consequências relacionadas. Tal realidade demonstra alto poder persuasivo na conformação do senso comum, podendo ser remontado a uma origem cristã, mas ainda persistente no cotidiano em que se vive (SUAREZ, 2000, p. 2).

3.2.3 Teorias sobre a violência de gênero

Existe uma grande quantidade de pesquisas voltadas para a compreensão do fenômeno da violência de gênero especialmente no campo das Ciências Sociais. Os (as) historiadores (as) feministas utilizaram toda uma série de abordagens nas análises de gênero, que podem ser resumidas em três posições teóricas: 1)As teóricas do patriarcado; 2)Feministas marxistas; 3)Pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas (SCOTT, 1990).

"As teóricas do patriarcado concentram sua atenção na subordinação das mulheres e encontraram a explicação na necessidade do macho dominar as mulheres" (SCOTT, 1990, p. 9). Essa necessidade seria o efeito do desejo dos homens de transcender a sua privação dos meios de reprodução das espécies. Contudo, suas reflexões se assentam nas diferenças corporais entre homens e mulheres, considerando imutáveis e ahistóricas (CONCEIÇÃO, 2009).

As feministas marxistas têm uma abordagem mais histórica e seus primeiros debates giravam em torno dos mesmos problemas: a rejeição do essencialismo daqueles que defendem que "as exigências da reprodução biológica" determinavam a divisão sexual do trabalho pelo capitalismo; o caráter fútil da integração dos "modos de reprodução"; o reconhecimento que os sistemas econômicos não determinam de forma direta as relações de gênero e que de fato a subordinação das mulheres é anterior ao capitalismo e continua sob o socialismo; a busca de uma explicação materialista que exclua as diferenças físicas e naturais (SCOTT, 1990). Nesta perspectiva, o domínio masculino está relacionado ao modelo econômico capitalista e racista, portanto, além de ser um sistema de dominação masculina, confirmado pela ideologia machista, é também um sistema de dominação-exploração.

Conforme Torção Filho (2005), a terceira abordagem teórica se divide entre o pós-estruturalismo francês e as teorias de relação do objeto, inspira-se em diversas escolas da psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero do sujeito. Os pós-estruturalistas sublinham o papel central da linguagem na comunicação, interpretação e representação de gênero (ou seja, a linguagem não designa unicamente as palavras, mas os sistemas de significação, as ordens simbólicas que antecedem o domínio da palavra propriamente dita, da leitura e da escrita). Já as teóricas das relações de objeto colocam a ênfase sobre a influência da experiência concreta (a criança vê, ouve, têm relações com as pessoas que cuidam dela e, particularmente, naturalmente, com os seus pais) (SCOTT, 1990).

Cada uma delas tem suas deficiências para esta autora: a teoria do patriarcado não mostra como a desigualdade de gênero estrutura as demais desigualdades, as marxistas estão muito presas à causalidade econômica e não explicam como o patriarcado se desenvolve fora do capitalismo, além de haver, por parte do marxismo, uma tendência a considerar o gênero um subproduto das estruturas econômicas cambiantes (TORRÃO FILHO, 2005, p. 132). E algumas teorias pós-estruturalistas, ou a teoria de relação de objeto, mais especificamente, fazem depender a produção da identidade de gênero e a gênese da transformação de estruturas de interação relativamente pequenas, além de limitar o conceito de gênero à esfera doméstica e da família (TORRÃO FILHO, 2005).

Santos e Izumino (2005) identificaram três correntes teóricas que fundamentam os estudos que se tornaram referência sobre a violência contra a mulher e a violência de gênero: Dominação Masculina, Dominação Patriarcal e Teoria Relacional. A primeira corrente teórica, chamada de dominação masculina, de acordo com Gomes, Cordeiro e Rodrigues (2010), compreende a violência como expressão da dominação do homem sobre a mulher, a qual tem sua autonomia anulada. A mulher é concebida tanto como vítima quanto como cúmplice desta dominação exercida pelo homem.

A segunda corrente teórica denominada Dominação patriarcal se insere na perspectiva feminista marxista e entende a mulher como autônoma e que mesmo sendo dominada pelo homem, tem a possibilidade de prover mudanças. E os homens também são vitimizados pelos diferenciais de gênero (SANTOS, IZUMINO, 2005). Assim, a violência é uma expressão do patriarcado onde a mulher pode assumir diferentes papéis. A terceira corrente é nomeada como Relacional e nesta, as noções de dominação masculina e vitimização feminina são relativizadas, a partir do momento em que predomina a concepção da violência como um jogo onde a mulher não é vítima, mas cúmplice (GOMES; CORDEIRO; RODRIGUES, 2010). Nesta perspectiva a violência resulta das relações de poder existente homens e mulheres, sendo ambos responsáveis pela manutenção dessas relações desiguais.

Safiotti (2004) discorda da Teoria Relacional quando essa propõe que a mulher está socialmente em posição inferior ao homem e que não possui autonomia suficiente a ponto de romper com relações violentas. Pois, as relações violentas são fundamentadas nas diferenças entre o masculino e o feminino, as quais são historicamente e culturalmente transformadas em desigualdades.

3.2.4 A violência de gênero no cenário brasileiro

A sociedade brasileira tem lidado com o fenômeno da violência contra a mulher como se ela pertencesse a uma esfera exclusivamente privada e somente a partir dos anos 1970 é que o tema foi agendado politicamente pelas organizações internacionais e posteriormente pelas nacionais que trabalham na defesa dos direitos da mulher (MOURA, 2012, p. 761).

No Brasil, estudos têm relatado uma acentuada prevalência da violência contra a mulher com altos números para violência física, sexual e psicológica (PALAZZO *et al.*, 2008). O primeiro levantamento nacional sobre violência foi elaborado em 1988 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no âmbito da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), que incluiu um Suplemento sobre Justiça e Vitimização:

As grandes diferenças entre vítimas mulheres e homens desse tipo de delito diziam respeito ao autor e ao local de ocorrência da agressão. No conjunto das vítimas de agressões físicas (lesões corporais), 44,77% eram mulheres. Quanto ao local, em 55% dos casos o ato havia ocorrido dentro de casa. Do conjunto das vítimas de violência no espaço doméstico, 63% eram mulheres, e em 70% dos casos o agressor era o marido ou companheiro. Em relação aos homens, 83% das agressões tinham sido praticadas na rua, majoritariamente por conhecidos e estranhos.

Essa pesquisa demonstra a existência de diferenças entre os sexos na ocorrência da violência e evidencia a mulher como principal vítima. Em 1992, dados relativos ao período de janeiro de 1991 e agosto de 1992, divulgados no documento do Grupo Parlamentário Interamericano sobre Población y Desarrollo (1997), demonstraram que foram registradas 205.219 agressões nas Delegacias da Mulher em todo o país. Segundo esses números, os crimes mais frequentemente denunciados eram as lesões corporais (26,2%), seguidos pelos de ameaça (16,4%). As denúncias de crimes sexuais respondiam por 51,1% do total das agressões.

A pesquisa nacional inédita sobre mulheres, realizada em 2001 pelo Núcleo de Opinião Pública da Fundação Perseu Abramo, expôs a realidade brasileira. Em algumas regiões o problema da violência de gênero contra a mulher ainda é tratado como um problema relativo ao âmbito privado. Destaca-se que uma a cada cinco mulheres brasileiras declara ter sofrido algum tipo de violência por parte de algum homem. Segundo o universo investigado,

pelo menos 6,8 milhões de brasileiras já foram espancadas ao menos uma vez por seus companheiros.

Esta pesquisa revela estatísticas da violência contra as mulheres no Brasil, sendo que mais de 2 milhões de mulheres são espancadas por ano no país, porém apenas 40% denunciam; 175 mil por mês, quase 6 mil por dia, 243 por hora, 4 a cada minuto e 1 a cada 15 segundos (SAFFIOTI, 2004). Estes números são considerados exorbitantes, além de refletir a dimensão das relações de violência entre homens e mulheres.

Contudo, estes dados não refletem a totalidade das mulheres vitimizadas, pois muitas vezes elas preferem não denunciar e calam-se por medo de retaliações ou por dependência financeira do cônjuge. Outra pesquisa realizada pelo Ibope/Instituto Avon (2009) corrobora com os dados acima quando apresentam as percepções e as reações da sociedade sobre a violência contra a mulher e nelas vê-se que entre 2006 e 2009 aumentou de 51% para 55% o número de entrevistados que declararam conhecer ao menos uma mulher que já sofreu ou sofre agressões de seu parceiro ou ex- parceiro. Este percentual confirma a tendência de crescimento (ou visibilidade) observada nos últimos levantamentos e indica que é contínuo o avanço da violência doméstica na sociedade.

A pesquisa do DataSenado (2009) que ouviu as entrevistadas quanto à violência doméstica e familiar também aponta dados alarmantes. Na percepção de 60% delas, esse tipo de violência aumentou nos últimos anos, sendo que para 25% das pessoas ouvidas, a violência continua igual, e apenas 14% acham que a violência diminuiu. Outro índice reforça o aumento da percepção: 62% das entrevistadas disseram conhecer mulheres que já sofreram violência doméstica e familiar e dentre os tipos de violência sofrida, as mais citadas foram: a física (55%), a moral (16%) e a psicológica (15%) (PESQUISA DATASENADO, 2009).

Com o intuito de implementar mecanismos visando o combate à violência de gênero, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, no ano de 2006, a Lei 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha. A violência doméstica e familiar contra a mulher passou a ser definida, a partir desta legislação, como um crime específico, gerando amplo interesse no debate público e significativas transformações no entendimento do conceito de violência de gênero, a qual deixa definitivamente de ser considerado crime de menor potencial ofensivo (MEDRADO; MÉLLO, 2008).

Maria da Penha, mãe de três filhas, 60 anos, sofreu calada às agressões do ex-marido, durante muitos anos. O agressor, seu companheiro, professor universitário, continuou agindo violentamente, seguro da impunidade. Tentou matá-la por duas vezes. Na primeira, com um

tiro, e na segunda, por eletrocução e afogamento. Maria sobreviveu, porém em sua vida ficaram marcas que a seguirão para sempre, uma vez que ficou tetraplégica. Da dor, tirou forças para vencer a vergonha e mostrar seu rosto, fazendo ouvir sua voz (SILVA, 2010). Esta lei promoveu rupturas na forma de punir a violência de gênero, que antes eram mais brandas para agressões dessa natureza.

3.3 IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE

Existem várias implicações da violência sobre a saúde das mulheres. Seu impacto é extremamente nocivo e acarreta elevação na procura por serviços de saúde, com vistas à medicalização. De acordo com Minayo (2003), a violência faz parte das grandes questões sociais, sendo o setor da saúde um tambor de ressonância das resultantes desse fenômeno e uma encruzilhada para onde convergem todas as lesões e traumas físicos, emocionais, espirituais produzidos na sociedade.

A mulher que sofre violência de forma contínua tende ao isolamento. Em uma pesquisa elucidativa, foram analisados dados sobre a evolução do estado mental de uma amostra de mulheres violentadas. Observou-se que 82,2% revelaram sentimento de solidão, mesmo com os outros; 69,4% disseram que jamais se sentem perto de alguém; 68,9% têm a ideia de que alguém pode controlar seus pensamentos; e 56% têm a impressão de que os outros estão a par de seus pensamentos íntimos (ALMEIDA, 1999). Há de se notar o estado confusional que essas mulheres se encontram em decorrência da violência sistemática vivenciada.

Lenore Walker desenvolveu o conceito de desamparo aprendido para tentar explicar as consequências desta forma de violência na produção de passividade em decorrência da culpa que é imputada à mulher e por ela assumida e vivenciada. Assim, quando a mulher não é capaz de exprimir sua cólera diante da violência a que é exposta, verifica-se a tendência ao aumento da depressão e ansiedade (ALMEIDA, 1999).

A internalização de sentimentos negativos se manifesta na forma de adoecimentos psíquicos que nem sempre são percebidos e pode ocasionar consequências graves, inclusive a morte. Os reflexos estendem-se à saúde física, sexual/reprodutiva e, podendo, trazer sérias repercussões para a saúde dos filhos. As crianças que vivem em famílias violentas apresentam maior risco de se acidentarem gravemente e sem mencionar, que podem projetar essa conduta

violenta na vida adulta e começar a supervalorizar esta cultura como forma de obtenção de poder. As consequências para a saúde sexual e reprodutiva são: abortos, gravidez não desejada, dificuldades para utilizar métodos contraceptivos, infecções ginecológicas recorrentes, aumento do risco da transmissão de IST e AIDS, dor pélvica crônica, dispareunia, frigidez, dismenorréia, dentre outros

As consequências, sejam quais forem as circunstâncias e formas de violência sofridas, em primeiro lugar, manifestam-se em forma de vergonha e culpabilidade. Vergonha do que sofreram, como invasão de sua intimidade, negação de seu livre arbítrio e de sua integridade. Culpabilidade, por constatar que nunca foram capazes de resistir suficientemente. As marcas desse sofrimento moral aparecem logo no corpo, na saúde, trazendo sequelas não só físicas, mas também evidenciando vários tipos de associação, somatização e prejuízo mental (BRASIL, 2005).

Sendo assim, a construção da masculinidade como fator da violência prejudica tanto a mulher quanto os homens, como mostra o documento *Violência Intrafamiliar: orientação para a prática em serviço* (BRASIL, 2002), chamando a atenção para a necessidade de se rever o mito de que a mulher é o único ser prejudicado pela cultura machista.

3.4 MODELO TEÓRICO ECOLÓGICO

A violência é o resultado da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais e não há um único fator que a explique. Introduzido no fim da década de 1970, foi inicialmente aplicado aos casos de abuso infantil e subsequentemente à violência juvenil (GABARINO, 1978). Mais recentemente, os pesquisadores têm usado este modelo para compreender a violência do parceiro íntimo e abuso de idosos.

O modelo ecológico estuda os fatores que atuam em quatro âmbitos distintos: individual, familiar, comunitário e sociocultural, conforme se observa na Figura 2. Focaliza a violência na interação que se produz entre seus distintos níveis. São níveis de causalidade imbricados onde não existe um só determinante, mas uma interação de fatores que operam, favorecendo a violência ou protegendo o indivíduo contra ela (RAMIREZ, 2001).

O primeiro nível do modelo ecológico procura identificar tanto os fatores biológicos como os da história pessoal que um indivíduo traz para o seu comportamento. Além dos fatores biológicos e demográficos, são levados em consideração fatores como a

impulsividade, o baixo nível educacional, abuso de substância química e história passada de agressão e abuso. Este nível do modelo ecológico focaliza as características do indivíduo que aumentam a probabilidade de ele ser vítima ou agressor (DAHLBERG; KRUG, 2006) e é equivalente ao microsistema.



Figura 2 – Modelo ecológico para compreender a violência. Fonte: OPS/OMS, 2002

O segundo nível do modelo ecológico explora como as relações sociais podem influenciar na ocorrência da violência. Conforme Dahlberg e Krug (2006), estas relações próximas – por exemplo, relações com companheiros, parceiros íntimos e membros da família – aumentam o risco de vitimização ou agressão violenta. Este seria o nível do mesossistema.

O terceiro nível do modelo ecológico, de acordo com Dahlberg; Krug (2006), examina os contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais, tais como escolas, locais de trabalho e bairros, e procura identificar as características dos cenários associados ao fato de serem vítimas ou agressores. O risco pode estar influenciado por fatores como a existência de tráfico de drogas na região, densidade populacional, alto índice de desemprego, isolamento social, áreas de pobreza, dentre outros. Este nível caracteriza o exossistema.

O quarto nível do modelo ecológico aborda os fatores do macrosistema que influenciam as taxas de violência. Estão entre os fatores significativos da sociedade: 1) normas culturais que sustentam a violência como forma aceitável para resolver conflitos; 2) atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência evitável; 3) normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança; 4) normas que fixam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; 5) normas que apóiam o uso excessivo da força pela polícia contra os cidadãos; 6) normas que apóiam o conflito político (DAHLBERG; KRUG, 2007).

O principal ponto do modelo é que ele ajuda a reconhecer e distinguir os inúmeros fatores que influem na violência e, ao mesmo tempo, proporciona um marco para compreender como interatuam seus diferentes elementos. No primeiro Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde tenta-se compreender a natureza polifacetária da violência, através deste modelo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

O presente estudo adotará o Modelo Ecológico como modelo teórico de explicação para a ocorrência da violência, por este enfatizar as suas múltiplas causas e a interação dos fatores associados à sua ocorrência.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O método deriva da metodologia e trata do conjunto de processos pelos quais se torna possível conhecer uma determinada realidade, produzir determinado objeto ou desenvolver certos procedimentos ou comportamentos (OLIVEIRA, 1997). Constitui-se nas escolhas técnico e instrumentais que determinam o caminho que vamos percorrer.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa “Caracterização da situação de saúde mental em Feira de Santana, Bahia, Brasil”, realizado pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana no ano de 2007. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa do tipo exploratório, de corte transversal. Segundo Rouquayrol e Filho (2003) este tipo de estudo produz “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, e também determina indicadores globais de saúde para o grupo investigado.

Conforme Pereira (2008) este estudo tem algumas vantagens, como: simplicidade e baixo custo, rapidez, objetividade na coleta de dados, não há necessidade de seguimento das pessoas, facilidade para obter amostra representativa da população, boa opção para descrever as características dos eventos na população, para identificar casos na comunidade e para detectar grupos de alto risco e é o único tipo de estudo possível de realizar para obter informação relevante em limitação de tempo e de recursos.

4.2 ÁREA DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na zona urbana de Feira de Santana-Ba, cidade comercial, plana, localizada entre o recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do nordeste baiano, à 108 Km da capital Salvador (MORAES, 2004). Possui uma área de 1.344 Km² com população residente de 535.820 habitantes, sendo que cerca de 90% está concentrada na zona urbana totalizando 482.238 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E

ESTATÍSTICA, 2006). Feira de Santana é considerada a segunda maior cidade do Estado, assim como um importante entroncamento rodoviário.

Nas últimas décadas tem apresentado um aumento significativo da população urbana, o que indica a existência de forte corrente migratória. O município é considerado iminentemente formado por classes sociais de condições socioeconômicas desprivilegiadas, sendo ratificado isso através da seguinte situação: dos 44 bairros de Feira de Santana 22 (50,0%) estão classificados como de baixa condição socioeconômica; 09 (20,5%) são de média condição; e apenas 04 bairros pertencem à alta condição. Porém, no interior destes últimos bairros classificados como de alto poder social e econômico, existem concentrações de algumas comunidades desprivilegiadas em relação à situação de vida (ARAÚJO, 2002).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo incluiu todos os indivíduos com 15 anos ou mais residentes em áreas urbanas do município de Feira de Santana-Ba. A seleção das áreas foi feita por amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimento aleatório, a partir de dados censitários do IBGE, tendo o domicílio como unidade amostral. A amostragem foi realizada em etapas múltiplas sucessivas. Foram adotados os seguintes procedimentos para a seleção da amostra:

1. Determinação da representação percentual da população por subdistrito da zona urbana;
2. Definição do percentual na amostra de cada subdistrito, a partir dos dados de população residente em cada subdistrito;
3. Listagem dos setores censitários em cada subdistrito;
4. Seleção aleatória dos setores censitários incluídos na amostra em cada subdistrito;
5. Seleção aleatória das ruas incluídas na amostra em cada setor censitário;
6. Todos os domicílios nas ruas sorteadas foram incluídos na amostra;
7. Todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados indivíduos elegíveis, compondo a amostra a ser estudada.

Desse modo, todos os domicílios das ruas sorteadas foram visitados e todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade foram elegíveis para o estudo e entrevistados por pesquisadores previamente treinados. Para reduzir o percentual de perdas, adotou-se o

procedimento de realizar até três visitas por domicílio, sendo excluídos aqueles que se recusaram a participar do estudo e os indivíduos que não foram encontrados no domicílio até três visitas.

4.4 PLANO AMOSTRAL

No projeto mãe, destinado a avaliar a saúde mental, a amostra foi estimada considerando prevalência e transtornos mentais de 24% (OMS), erro amostral de 3% e intervalo de confiança de 95%. Nesta pesquisa, para o cálculo do tamanho da amostra se assumiu erro amostral de 3%, com 95% de confiança. Foi definida uma amostra de 1920 indivíduos, mas considerando-se o efeito do desenho do estudo (amostragem por conglomerado) dobrou-se o tamanho da amostra. Admitindo-se recusas e perdas em torno de 17%, definiu-se o tamanho da amostra em 3.597 indivíduos. Entretanto, o banco de dados ultrapassou esta quantidade, considerada significativa, e o presente estudo adotou o valor total do banco equivalente a 4.170 indivíduos.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado em duas etapas: uma primeira etapa de triagem e uma segunda etapa para confirmação diagnóstica. Na primeira etapa foram conduzidas entrevistas domiciliares para triagem de suspeitos de portar algum tipo de transtorno mental. Aqui foram utilizados dois instrumentos de pesquisa: uma ficha domiciliar e um questionário individual.

Na segunda etapa foram realizadas entrevistas clínicas para confirmação do diagnóstico obtido na etapa de triagem. Nessa etapa utilizou-se um instrumento de entrevista clínica estruturada. O instrumento usado nesta etapa foi posteriormente definido com base na revisão de literatura e discussão do desempenho dos instrumentos padronizados existentes, já testados em diferentes realidades.

A ficha domiciliar (Apêndice A) incluía informações sobre o domicílio (endereço, número de cômodos, infra-estrutura existente) e sobre os seus residentes (lista de todos os moradores identificando sexo e idade).

O questionário individual (Apêndice B) incluiu os seguintes blocos de questões:

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (idade, situação conjugal, escolaridade, chefia da família, renda, tipo de moradia, migração);
2. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO PROFISSIONAL (profissão, situação profissional, vínculo de trabalho, local de trabalho, carga horária);
3. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO - foram investigados a partir do modelo demanda-controle de Karasek, utilizando-se o Questionário sobre o Conteúdo do Trabalho (KARASEK, 1985). Foram avaliados controle do trabalhador sobre o seu trabalho, demandas psicológicas do trabalho, demanda física, suporte dos colegas e chefia e segurança no trabalho;
4. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DOMÉSTICO (grau de responsabilidade pelas tarefas domésticas, tipos de atividades realizadas, carga horária disponibilizada, apoio na realização das tarefas, participação de parceiros/as na execução das tarefas);
5. SAÚDE REPRODUTIVA (idade de início da vida sexual, gravidez, número de filhos, tipo de parto, aborto, uso de métodos anticoncepcionais, menopausa);
6. AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL - foi conduzida a partir da utilização do SRQ-20 (para detecção de transtornos mentais comuns), CAGE (para triagem de consumo abusivo de álcool), consumo de medicamentos (psico-fármacos), padrões de sono.
7. ATIVIDADES DE LAZER - incluiu questões sobre os principais recursos usados para relaxamento e bem-estar (cinema, conversa com amigos, atividades físicas, jogos variados, TV, rádio, clube) e tempo destinado a essas atividades.
8. ATOS DE VIOLÊNCIA – incluiu questões sobre o tipo de agressão sofrida (física ou emocional, psicológica, sexual, atos de destruição, negligência), quem praticou (esposo, amigo, irmão/irmã, pai, mãe, filho (a), vizinho (a), desconhecido (a), outros), história familiar de violência na infância, histórico de hospitalização devido à agressão nos últimos 24 meses e histórico de acidente de trânsito nos últimos 24 meses.

Nesta pesquisa foram utilizados os blocos referentes às Condições Sociodemográficas, Características do Trabalho Profissional, Atividades de Lazer e Atos de Violência.

4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis foram classificadas em variável desfecho e variáveis de exposição.

4.6.1 VARIÁVEL DESFECHO

A variável desfecho é a violência, que foi identificada através da pergunta: **Você sofreu alguma agressão física ou emocional (psicológica) nos últimos 24 meses?** Foram consideradas vítimas todos os entrevistados que sofreram pelo menos um tipo de violência (física, psicológica e/ou sexual).

4.6.2 VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO

- **Variáveis Sociodemográficas:** Escolaridade, Idade, Renda familiar, Condição na família, Ocupação, Trabalho, Raça/cor.
- **Variáveis Ambientais:** Tipo de domicílio, Tipo de edificação, Nº de pessoas na casa, Local de residência.
- **Variáveis Relacionais:** Situação conjugal, Agressor.
- **Variáveis Comportamentais:** Tabagismo, Hábito alcoólico, Atividades de lazer.
- **Variável Histórico Familiar de Violência**

4.7 ANÁLISE DE DADOS

A análise descritiva incluiu a descrição da população estudada com ênfase nas suas características demográficas, socioeconômicas e local de ocorrência através da estimação da prevalência desta violência entre os grupos. Foram medidas as frequências absoluta e relativa das variáveis de interesse. Para medir a associação entre a variável dependente e as independentes utilizaremos a análise bivariada e multivariada estratificada.

Na análise bivariada foi verificada a distribuição das covariáveis em relação à variável dependente. Foram calculados os intervalos de confiança de 95% e as razões de prevalência das violências de natureza psicológica, física e sexual nos últimos vinte e quatro meses que antecederam a entrevista. Foi aplicado o Teste do Qui-Quadrado e Teste de Fisher, considerando nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) para a associação estatisticamente significativa.

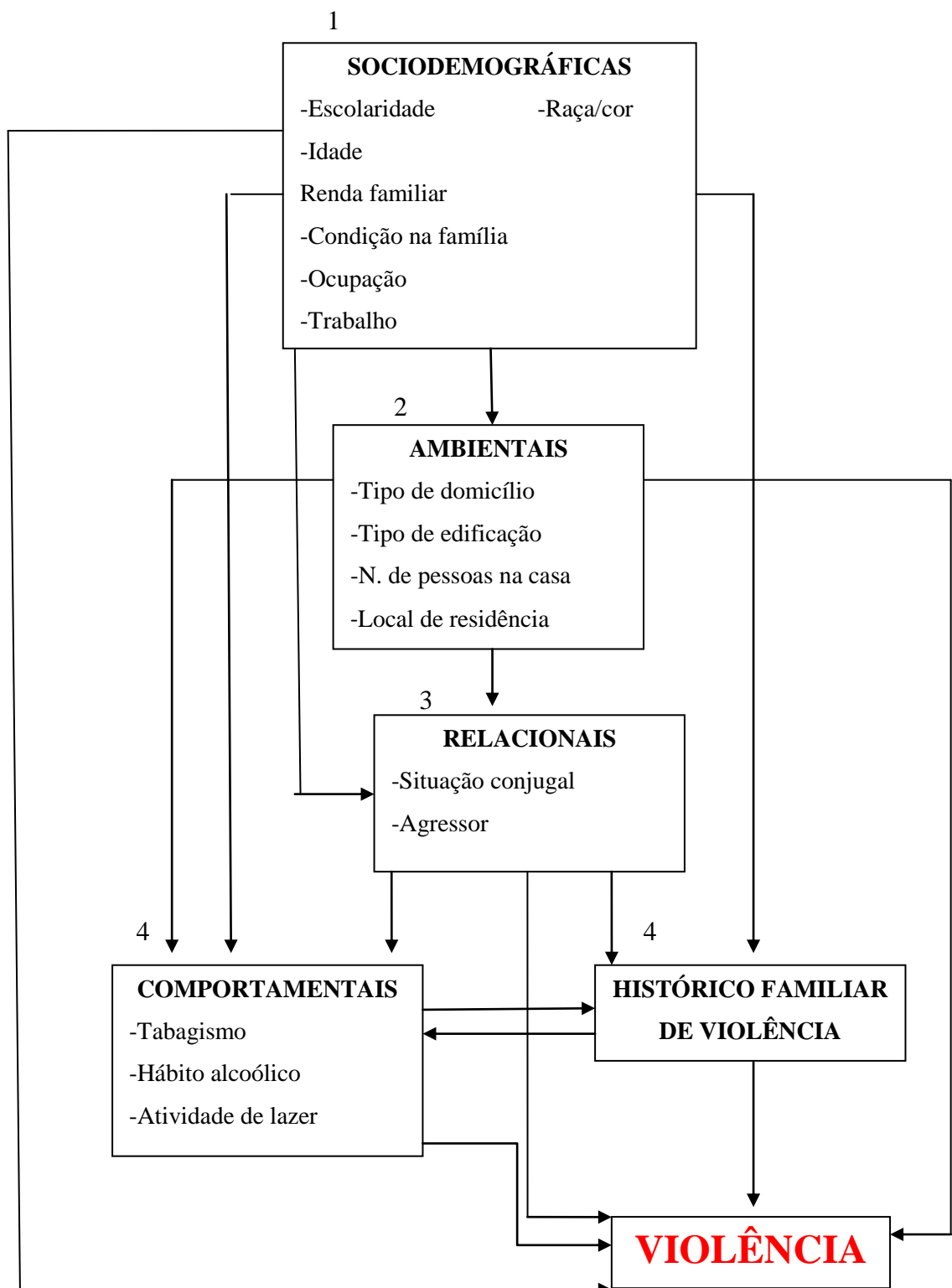
A análise multivariada foi realizada conforme o modelo hierarquizado definido a priori (Figura 3). Neste tipo de análise, a escolha de critérios para a seleção de variáveis de confusão ultrapassa o aspecto puramente estatístico, criticado em alguns processos anteriormente citados (EVANS, 1988). A hierarquização das variáveis independentes foi estabelecida no marco conceitual e mantida durante a análise dos dados permitindo a seleção daquelas mais fortemente associadas com o desfecho de interesse. Assim, gerou-se um modelo com um número de termos necessários para testarem-se as associações, mas não saturado pelo excesso de variáveis (FUCHS; VICTORA; FACHEL, 1996).

No primeiro bloco (nível 1) foram incluídas todas as variáveis sociodemográficas, mesmo aquelas não significativas na análise bivariada. Estas não foram ajustadas para as demais variáveis e passaram a ser consideradas as determinantes distais do evento. As variáveis significantes nesta análise foram conservadas no modelo e entraram no ajuste no próximo bloco, juntamente com as variáveis ambientais (nível 2).

No modelo hierarquizado, cada bloco de variáveis de um determinado nível foi acrescentado na análise e, havendo uma significância estatística ($p \leq 0,10$), estas variáveis permaneciam no modelo. Posteriormente, foi acrescentado o bloco de variáveis do nível seguinte no modelo. Assim, o modelo foi ajustado em sequência passo-a-passo totalizando quatro modelos (1, 2, 3 e 4).

O efeito de cada variável sobre o desfecho foi ajustado para as variáveis pertencentes aos níveis hierarquicamente anteriores (mais distais ou intermediários) e para os efeitos das variáveis que estiveram no mesmo bloco. Aquelas com mais de duas categorias permaneceram no modelo de forma linear ou categórica, dependendo do melhor ajuste no teste de razão de verossimilhanças. As variáveis selecionadas em um determinado nível permaneciam nos modelos subsequentes e foram consideradas como fatores associados à violência, mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, estas perdessem sua significância. Ao final deste procedimento tivemos os modelos com respectivos fatores de risco identificados em cada nível hierárquico. O modelo estatístico aplicado foi a Regressão Logística – que expressou os resultados em termos de *odds ratio* (OR), as quais foram potencialmente maiores que as razões de prevalência (RP), particularmente porque os desfechos estudados eram comuns (prevalências acima de 10%). A OR foi transformada em RP através da Regressão de Poisson.

Figura 3 – Diagrama do Modelo Preditivo dos fatores associados à violência estruturados em blocos hierarquizados



Fonte: Construção do autor segundo o Modelo Teórico Hierarquizado

A bondade do ajuste dos modelos foi mensurada mediante a razão de máxima verossimilhança, que mediu a diferença entre a função desvio (“*deviance*”) do modelo vazio e aquele incluindo a(s) variável(is). Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico *Statistic Package for Social Sciences SPSS 9.0 for Windows*, STATA versão 8.0 (*Stata Corporation Colege Station, Estados Unidos*) e o OpenEpi.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A realização deste projeto obedeceu aos requisitos estabelecidos na Resolução 466/12 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos e recomendações da Comissão Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

O projeto de pesquisa: “Caracterização da situação de saúde mental em Feira de Santana, Bahia, Brasil”, do qual este trabalho é oriundo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS sob Protocolo N.º 046/2006, CAAE 0037.0.059.000-06 e apreciada pelos membros do CEP-UEFS, satisfazendo às exigências da Resolução 466/12. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Plataforma Brasil

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO I

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO*

Factors associated with the occurrence of gender violence

Factores asociados con la presencia de la violencia de género

Bianka Sousa Martins Silva; Maura Maria Guimarães Almeida; Tânia Maria de Araújo

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é analisar os fatores relacionados à ocorrência da violência de gênero em uma população do nordeste da Bahia em 2007. Trata-se de um estudo de corte transversal realizado em Feira de Santana-BA com amostra probabilística de conglomerados. Participaram 4170 indivíduos, de ambos os sexos, com 15 anos ou mais de idade. Os dados foram coletados através de questionário semiestruturado e ficha domiciliar, sendo analisados através de regressão logística hierarquizada. A prevalência de violência física e/ou emocional foi de 18,63%. As mulheres apresentaram prevalência 1,2 vezes maior de vitimização em relação aos homens. A análise multivariada mostrou uma associação positiva entre a mulher sofrer violência física e/ou emocional com idade, tipo de domicílio, tipo de edificação, tabagismo e violência na infância. Os dados revelaram que as mulheres jovens na faixa etária entre 15 a 49 anos, não brancas, fumantes, etilistas, residentes em domicílios alugados ou cedidos e com histórico de violência na infância são as maiores vítimas de violência física e/ou emocional.

Palavras chaves: Violência de gênero; Análise transversal; Modelo hierarquizado

The objective of this research is to analyze the factors related to the occurrence of gender violence in a northeastern Bahia population in 2007. It is a cross-sectional study in Santana-BA Fair with a probabilistic sample of clusters. 4170 individuals participated, of both sexes, aged 15 years or older. Data were collected through semi-structured questionnaire and home record, and analyzed by hierarchical logistic regression. The prevalence of physical and / or emotional violence was 18.63%. Women had 1.2 times higher prevalence of victimization in relation to men. Multivariate analysis showed a positive association between women suffer physical and / or emotional violence with age, type of household, type of building, smoking and violence in childhood. The data revealed that young women aged 15 to 49 years, not white, smokers, alcoholics, living in rented houses or transferred and with a history of violence against children are the main victims of physical and / or emotional.

Key words: Gender violence; Cross-sectional analysis; Hierarchical model

*Artigo nas normas do Caderno de Saúde Pública

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es analizar los factores relacionados con la aparición de la violencia de género en una población del noreste de Bahía en 2007. Se trata de un estudio transversal en Santana-BA FERIA con una muestra probabilística de conglomerados. 4.170 personas participaron, de ambos sexos, mayores de 15 años o más. Los datos fueron recolectados a través de cuestionario semi-estructurado y record en casa, y se analizaron mediante regresión logística jerárquica. La prevalencia de la violencia física y / o emocional fue 18,63%. Las mujeres tenían 1,2 veces más alta prevalencia de la victimización en relación con los hombres. El análisis multivariado mostró una asociación positiva entre las mujeres sufren violencia física y / o emocional con la edad, tipo de hogar, tipo de edificio, el tabaquismo y la violencia en la infancia. Los datos revelaron que las mujeres jóvenes de 15 a 49 años, no blanco, fumadores, alcohólicos, que viven en casas alquiladas o transferidos y con un historial de violencia contra los niños son las principales víctimas de violencia física y / o emocional.

Palabras clave: La violencia de género; Análisis transversal; Modelo jerárquico

INTRODUÇÃO

A violência é um processo complexo, multicausal e tem um profundo enraizamento nas questões sociais, políticas e econômicas. Trata-se de um fenômeno de difícil conceituação e objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento. Para a Organização Mundial de Saúde, a violência constitui o uso da força física ou do poder real ou em ameaça que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação¹.

Este fenômeno passou a ser reconhecido como parte da agenda da saúde pública, a partir dos anos 90 devido ao crescente do número de mortes e traumas que provoca na sociedade. Este reconhecimento também se observa em relação à violência de gênero². A violência de gênero é um fenômeno antigo, mas que ainda permanece invisível em muitos espaços socioculturais contemporâneos. A violência de gênero é considerada por muitos como uma questão privada e individual, o que torna o fenômeno natural e banalizado pela tradição social, marcado pelas relações hierárquicas de poder. Esta desigualdade entre homens e mulheres desdobra-se e culmina nas diversas práticas violentas contra as mulheres³.

Diversos estudiosos demonstram a relevância deste fenômeno que se expressa no cotidiano de um grande número de famílias brasileiras. “Na forma mais grave, a violência pode levar à morte. Estima-se que 40% a 70% dos homicídios femininos no mundo são cometidos pelo parceiro íntimo”⁴. Entre 10% a 50% das mulheres em todo o mundo sofreram

alguma forma de violência física, perpetrada por seus parceiros íntimos em algum momento de suas vidas ⁵. Comparativamente, o risco de uma mulher ser agredida por seu companheiro, dentro de seu lar, é quase nove vezes o risco de ser vítima de violência na rua ⁶.

Estudo de corte transversal realizado na região Nordeste com mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos em um hospital referência em urgência e emergência na cidade de Salvador/BA, encontrou 46% de violência geral, 36,5% de violência física e 18,5% de violência sexual, sofridas na vida ⁷. Estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo com 2.502 mulheres em 187 municípios de 24 Estados brasileiros mostrou que 19% das mulheres referiram espontaneamente ter sofrido violência por parte de algum homem ⁸.

Estudo transversal de base populacional composto por 1.054 mulheres adultas de 20 a 59 anos, residentes na zona urbana de Lages-SC revelou que a prevalência de violência entre casais para agressão verbal, agressão física menor e agressão física grave foram de 79%, 14,9% e 9,3%, respectivamente. Uma pesquisa para investigar violência contra mulheres por parceiro íntimo, realizada em Salvador, analisou os registros arquivados na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), encontrando que 54,5% das mulheres sofreram violência psicológica, 45% foram vítimas de agressão física, e 0,5% sofreram violência sexual ⁹.

Estes dados indicam que a violência atinge um significativo número de mulheres, envolvendo uma série de implicações sobre a saúde dessas mulheres. Seu impacto é extremamente nocivo e acarreta elevação na procura por serviços de saúde, com vistas à medicalização. A violência faz parte das grandes questões sociais, sendo que o setor da saúde aquele que recebe as resultantes deste fenômeno, como as lesões e traumas físicos, emocionais e psicológicos produzidos na sociedade ¹⁰.

É difícil precisar a magnitude deste problema, seja pela carência de estudos em nível nacional ou devido à ineficiência do sistema de informações sobre mortalidade, para estimar a incidência deste tipo de violência. Neste sentido, este trabalho tem como objetivo analisar os fatores associados à ocorrência da violência de gênero em uma população do nordeste da Bahia em 2007.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal, de natureza exploratória, no município de Feira de Santana-Ba, considerada a segunda maior cidade do Estado, assim como um

importante entroncamento rodoviário. O município está localizado entre o recôncavo e o semiárido do nordeste baiano, a 108 Km da capital Salvador ¹¹.

A seleção das áreas foi feita por amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimento aleatório, a partir de dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo o domicílio como unidade amostral. A amostragem foi realizada em etapas múltiplas sucessivas: determinação do percentual da população por subdistrito; definição do percentual da amostra de cada subdistrito, a partir dos dados de população residente em cada subdistrito; listagem dos setores censitários de cada subdistrito; seleção aleatória dos setores censitários incluídos na amostra de cada subdistrito; seleção aleatória das ruas incluídas na amostra; todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados elegíveis, compondo a amostra do estudo.

Para reduzir o percentual de perdas, adotou-se o procedimento de realizar até três visitas por domicílio, sendo excluídos aqueles que se recusaram a participar do estudo e os indivíduos que não foram encontrados no domicílio após três visitas. A amostra foi estimada considerando prevalência de violência de gênero de 38,1% erro amostral de 3% e intervalo de confiança de 95% ¹². Para o cálculo do tamanho da amostra se assumiu erro amostral de 3% com 95% de confiança. Considerando o efeito do desenho do estudo dobrou-se o tamanho da amostra. Admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%, definiu-se o tamanho da amostra em 1.005 indivíduos.

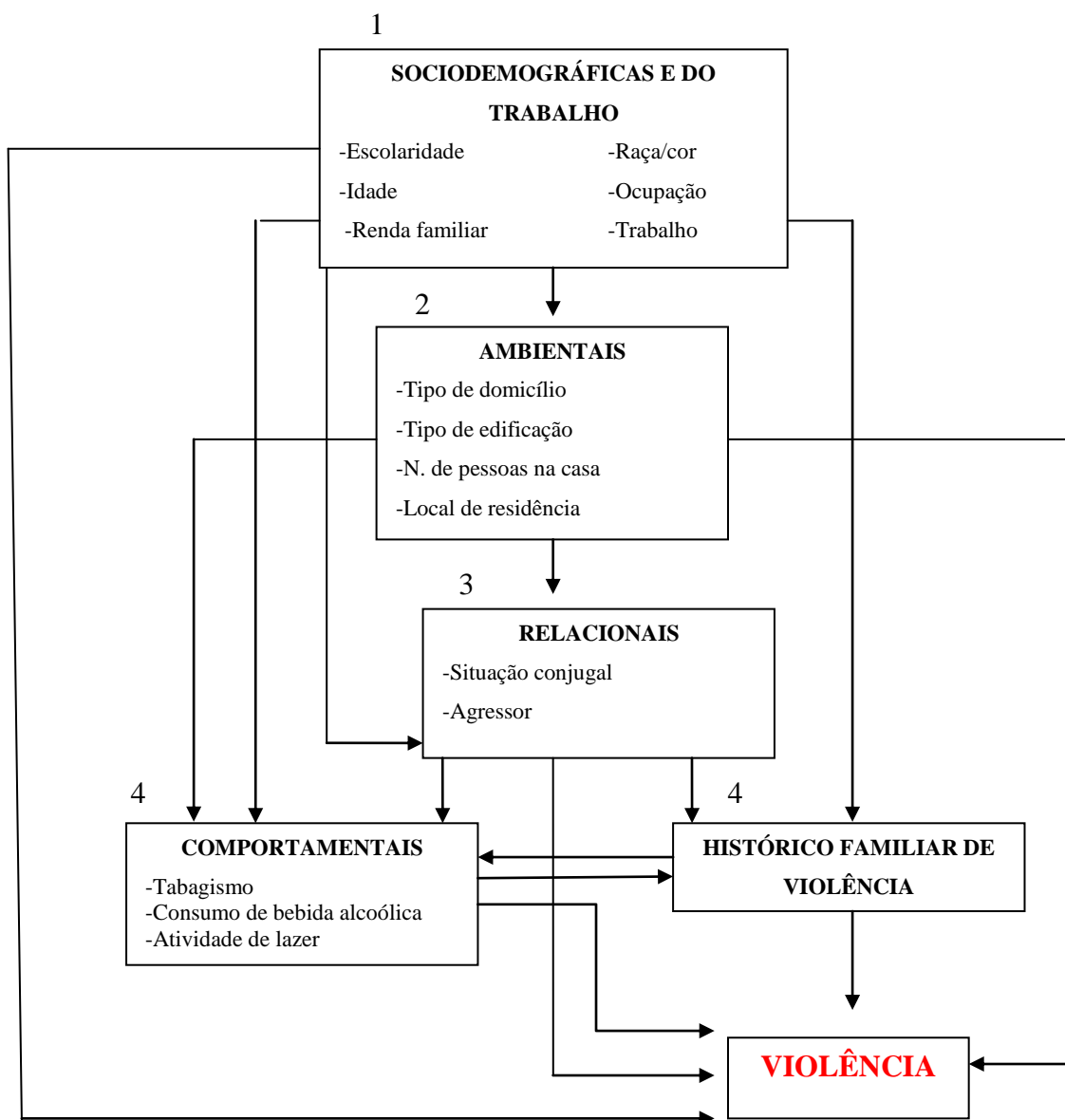
Foram visitados 2.630 e entrevistadas 4.170 pessoas. Os dados foram coletados por meio de formulário aplicado aos moradores dos domicílios sorteados. O instrumento de coleta incluía oito blocos de questões: características sociodemográficas, características do trabalho profissional e doméstico, aspectos psicossociais do trabalho, saúde reprodutiva, avaliação da saúde mental, atividades de lazer e atos de violência.

A variável desfecho (violência física ou psicológica) foi identificada através da pergunta: “você sofreu alguma agressão física ou emocional (psicológica) nos últimos 24 meses?” As variáveis de exposição foram organizadas em blocos, a seguir: sociodemográficas (escolaridade, idade, renda familiar, condição na família, ocupação, trabalho e raça/cor), ambientais (tipo de domicílio, tipo de edificação, nº de pessoas na casa, local de residência), relacionais (situação conjugal, agressor), comportamentais (tabagismo, consumo de bebida alcoólica e atividades de lazer) e histórico familiar de violência. A avaliação do evento de interesse foi feita separadamente para homens e mulheres a fim de verificar os diferenciais de gênero.

Na análise dos dados realizou-se análise descritiva para medir a frequência das variáveis em estudo. Procedendo-se, em seguida, às estimativas de prevalência de violência. Para avaliação da violência e variáveis de interesse, realizou-se análise bivariada utilizando-se Teste de Qui Quadrado de Pearson e Teste de Fisher adotando-se $p \leq 0,05$ para associações estatisticamente significantes.

A análise multivariada foi realizada por meio da regressão logística e obedeceu ao modelo hierarquizado definido a priori (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama do Modelo Preditivo dos fatores associados à violência estruturados em blocos hierarquizados



No modelo hierarquizado, foram incluídas todas as variáveis sociodemográficas no primeiro bloco (nível 1), mesmo aquelas não significantes na análise bivariada. As variáveis deste bloco não foram ajustadas para as demais variáveis e foram consideradas os determinantes distais do evento. As variáveis significantes nesta análise foram conservadas no modelo e entraram no ajuste do próximo bloco no caso, as ambientais (nível 2).

O efeito de cada variável sobre o desfecho foi ajustado para as variáveis pertencentes aos níveis hierarquicamente anteriores (mais distais ou intermediários) e para os efeitos das variáveis que estavam no mesmo bloco. As variáveis selecionadas em um determinado nível permaneceram nos modelos subsequentes e foram consideradas como fatores associados à violência, mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, estas perdessem sua significância.

Para realização da análise multivariada foi utilizada Regressão de Poisson. A bondade do ajuste dos modelos foi mensurada mediante a razão de máxima verossimilhança, que mediu a diferença entre a função desvio do modelo vazio e aquele incluindo a(s) variável(is). Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico *Statistic Package for Social Sciences* SPSS 9.0 *for Windows*, o *OpenEpi* versão 3.01 e o STATA versão 8.0 (*Stata Corporation, Colege Station, Estados Unidos*).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 2.819 pessoas do sexo feminino (67,6%) e 1.351 homens (32,4%). Foi verificada uma maior proporção de indivíduos na faixa etária entre 15 a 49 anos, escolaridade até ensino fundamental (53,6%) e com renda média mensal maior ou igual a um salário mínimo (51,1%). Da população estudada, 37,4% tinham uma atividade laboral remunerada, formal ou informal, sendo que 1.083 entrevistados eram trabalhadores informais (70,4%). Observou-se uma maior frequência de indivíduos não brancos (82,6%) e, no que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, 1198 eram etilistas (28,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos residentes de áreas urbanas em Feira de Santana (BA), 2007

Variável (N)	n	%
Sexo (4170)		
Feminino	2.819	67,6
Masculino	1351	32,4
Idade (4170)		
15 a 49 anos	2997	71,87
≥50 anos	1173	28,13
Escolaridade (4156)		
Até Ensino fundamental	2230	53,6
Ensino médio/superior	1926	46,4
Renda familiar (4170)		
Até 2 Salários mínimos*	2039	48,9
≥ 2 Salários mínimos	2131	51,1
Condição na família (4151)		
Familiar	4089	98,5
Não familiar	62	1,5
Ocupação (1534)		
Trabalho informal	1083	70,4
Trabalho formal	455	29,6
Trabalha (4167)		
Sim	1557	37,4
Não	2610	62,6
Raça/cor (3953)		
Branco	687	17,4
Não brancos*	3266	82,6
Consumo de álcool (4169)		
Sim	1198	28,7
Não	2971	71,3

*Salário mínimo (R\$ 380,00)

**Nesta categoria estão incluídos negros, amarelos, pardos e indígenas

Nesta pesquisa, entre os 4.170 entrevistados com idade de 15 anos ou mais de idade foi verificado que 18,9% relataram ter sofrido agressão física ou emocional (psicológica) nos últimos 24 meses e 12% sofreram agressão na infância. As mulheres apresentaram prevalência de violência de 19,7% e os homens, prevalência de 16,5%.

De acordo com a tabela 2, é possível verificar que as mulheres com idade entre 15 e 49 anos apresentaram prevalência 1,31 vezes maior de sofrer violência física e/ou emocional do que mulheres mais velhas. Entre os homens a razão de prevalência foi igual a 1,4 na mesma faixa etária das mulheres. Quanto à cor, observou-se associação estatisticamente significativa, predominando a violência entre as mulheres não brancas, em comparação com as brancas (Tabela 2).

Portanto, na análise bivariada, as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) com o desfecho foram: idade, raça/cor, hábito alcoólico, tabagismo e história de violência na infância.

Tabela 2 – Prevalência de violência física e/ou emocional, Razões de Prevalência e seus respectivos Intervalos de Confiança segundo fatores sociodemográficos em Feira de Santana (BA), 2007

Variável	Homens			Mulheres		
	n	P(%)	RP (IC 95%)	n	P(%)	RP (IC 95%)
Idade						
15 a 49 anos	176	17,8	1,4 (1,01-1,84)	423	21,1	1,31 (1,10-1,56)
≥ 50 anos	47	13,0	1,00	131	16,1	1,00
Escolaridade						
Até Ensino fundamental	120	16,2	0,96 (0,75-1,22)	282	18,9	0,92 (0,80-1,10)
Ensino médio/superior	102	16,8	1,00	269	20,4	1,00
Renda familiar						
Até 1 Salário mínimo	102	15,0	0,82 (0,98-1,08)	283	18,2	0,84 (1,00-1,08)
≥ 1 Salário mínimo	121	18,1	1,00	271	21,5	1,00
Condição na família						
Familiar	220	16,4	0,49 (0,16-1,53)	538	19,6	0,84 (0,52-1,36)
Não familiar	2	33,3	1,00	13	23,2	1,00
Ocupação						
Trabalho informal	107	16,9	0,87 (0,51-1,46)	159	21,4	1,30 (0,80-2,10)
Trabalho formal	13	19,4	1,00	15	16,5	1,00
Trabalha						
Sim	121	17,1	1,00	183	21,5	1,00
Não	102	15,8	0,92 (0,72-1,19)	371	18,9	0,87 (0,74-1,01)
Raça/cor						
Branços	34	14,3	1,00	68	15,1	1,00
Não brancos*	176	16,6	1,16 (0,82-1,63)	452	20,5	1,35 (1,10-1,71)

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; P=Prevalência; RP = Razão de Prevalência

*Nesta categoria estão incluídos negros, amarelos, pardos e indígenas

A tabela 3 apresenta os resultados relativos às razões de prevalência dos fatores ambientais associados à ocorrência de violência. Evidenciou-se que as mulheres moradoras de domicílios alugados apresentaram prevalência 1,32 vezes maior de violência do que aquelas que habitavam em domicílio próprio. Cerca de 32,8% das mulheres viviam em casa de alvenaria e/ou apartamento, 20,5% das casas tinham até 5 pessoas morando e 19,5% estavam localizadas em bairros de classe média. Contudo, apenas para a variável tipo de domicílio se observou associação estatisticamente significativa com violência. Entre os homens não se observou diferenças nas prevalências de violência, a níveis estatisticamente significantes para nenhuma das variáveis analisadas (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência de violência física e/ou emocional, Razão de Prevalência e seus respectivos Intervalos de Confiança segundo fatores ambientais em Feira de Santana (BA), 2007

Variável	Homens			Mulheres		
	n	P(%)	RP (IC 95%)	n	P(%)	RP (IC 95%)
Tipo de domicílio						
Próprio	185	16,4	1,00	432	18,6	1,00
Alugado/cedido	37	16,6	1,01 (0,73-1,40)	122	24,7	1,32 (1,11-1,58)
Tipo de edificação						
Barraco/cortiço	5	19,2	1,18 (0,53-2,61)	524	19,2	0,58 (0,40-0,85)
Casa	210	16,3	1,00	19	32,8	1,00
alvenaria/apartamento						
Nº de pessoas na casa						
1 a 5 pessoas	138	16,8	1,00	327	20,5	1,00
≥ 5 pessoas	85	16,0	0,95 (0,74-1,22)	227	18,6	0,91 (0,78-1,06)
Local de residência						
Classe baixa/média	172	16,9	1,10 (0,83-1,47)	377	19,5	0,97 (0,83-1,14)
Classe média alta/alta	51	15,3	1,00	177	20,0	1,00

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; P= Prevalência; RP = Razão de Prevalência

A tabela 4 apresenta dados sobre a ocorrência de violência física e/ou emocional segundo fatores relacionais, comportamentais e histórico de violência na infância estratificados por sexo. Constatou-se que mulheres fumantes (28,1%), que consumiam bebidas alcoólicas (25,3%) e sem companheiro (20,3%) apresentaram maior ocorrência de violência física e/ou emocional e grande parte dos agressores eram os próprios familiares (99,7%).

As mulheres vítimas de violência na infância apresentam prevalência de violência nos últimos 24 meses de 37,7%, uma prevalência 2,19 vezes maior quando comparado às que não foram vitimizadas na infância. Entre os homens essa razão decresceu para 1,85 vezes e a ocorrência de violência foi de 27,7%. A ocorrência de violência física e/ou emocional esteve associada ao hábito de fumar e ao consumo de álcool apenas no sexo feminino, enquanto a associação com histórico de violência na infância foi evidenciada em ambos os sexos. Estas foram as únicas variáveis que tiveram associação estatisticamente significantes com violência nesse grupo (Tabela 4).

Tabela 4 – Prevalência de violência física e/ou emocional, Razão de Prevalência e seus respectivos Intervalos de Confiança segundo fatores relacionais, comportamentais e histórico de violência na infância em Feira de Santana (BA), 2007

Variáveis	Homens			Mulheres		
	n	P(%)	RP (IC 95%)	n	P(%)	RP (IC 95%)
Situação conjugal						
Com companheiro	99	14,8	0,80 (0,63-1,01)	254	18,9	0,93 (0,79-1,08)
Sem companheiro	124	18,5	1,00	297	20,3	1,00
Tabagismo						
Sim	45	20,9	1,33 (0,99-1,79)	77	28,1	1,50 (1,22-1,85)
Não	178	15,7	1,00	475	18,7	1,00
Consumo de álcool						
Sim	105	17,2	1,1 (0,85-1,38)	149	25,3	1,40 (1,18-1,64)
Não	118	15,9	1,00	405	18,2	1,00
Atividade de lazer						
Sim	203	16,2	1,00	477	20,3	1,00
Não	20	20,0	1,23 (0, 81-1,86)	77	16,6	0,81 (0,66-1,02)
Violência na infância						
Sim	44	27,7	1,85 (1,39-2,46)	129	37,7	2,19 (1,87-2,58)
Não	177	14,9	1,00	425	17,2	1,00

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; P= Prevalência; RP = Razão de Prevalência

A tabela 5 descreve o resultado da Regressão de Poisson multivariada referente aos fatores analisados com relação à ocorrência de violência física e/ou emocional estratificada por sexo.

A análise ajustada mostrou uma associação positiva entre violência física e/ou emocional entre as mulheres com idade (RP=1,23; IC95%: 1,01; 1,50), tipo de domicílio (RP=1,28; IC95%: 1,10; 1,54), tipo de edificação (RP=1,66; IC95%: 1,14; 2,41), tabagismo (RP = 1,36; IC95%: 1,10; 1,70) e violência na infância (RP=2,13; IC95%: 1,79; 2,53). Entre os homens, apenas idade (RP=1,53; IC95%: 1,01; 1,71) e violência na infância (RP=2,04; IC95%: 1,52; 2,73) apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho (Tabela 5).

Outro achado interessante foi a associação entre hábito de fumar e a ocorrência de violência entre as mulheres. A pesquisa apontou que o tabagismo aumentava cerca de 1,36 vezes a prevalência de violência. No sexo masculino a razão foi 1,33 vezes, contudo não apresentou significância estatística.

As variáveis sociodemográficas que permaneceram no modelo foram: escolaridade, renda familiar e raça/cor. Apesar de não serem estatisticamente significantes, optou-se em manter no modelo em razão da análise hierarquizada ser fundamentada no referencial teórico, e não apenas em critérios baseados em testes estatísticos.

Tabela 5 – Razões de Prevalência da violência física e/ou emocional estratificada por sexo segundo Regressão de Poisson, município de Feira de Santana-BA , 2007

Nível	Variáveis	Homens		Mulheres	
		RP (IC95%)	p*	RP (IC95%)	p*
1,2,3,4	Idade				
	15 a 49 anos	1,42 (1,01-2,01)	0,04	1,23 (1,01-1,50)	0,03
	≥ 50 anos	1,00		1,00	
1	Escolaridade				
	Até Ensino fundamental	1,03 (0,78-1,36)	0,81	0,90 (0,77-1,06)	0,25
	Ensino médio/ superior	1,00		1,00	
1	Renda familiar				
	Até 2 SM**	0,80 (0,62-1,05)	0,11	0,88 (0,75-1,03)	0,11
	≥ 2 SM	1,00		1,00	
1	Raça/ cor				
	Brancos	1,00		1,00	
	Não brancos	1,10 (0,77-1,57)	0,58	1,24 (0,98-1,57)	0,07
2	Tipo de domicílio				
	Próprio	1,00		1,00	
	Alugado/ cedido	0,84 (0,58-1,20)	0,34	1,28 (1,10-1,54)	<0,001
2	Tipo de edificação				
	Barraco/ cortiço	1,16 (0,50-2,69)	0,72	1,66 (1,14-2,41)	<0,001
	Casa alvenaria/ apartamento	1,00		1,00	
3	Situação conjugal				
	Com companheiro	1,23 (0,94-1,60)	0,12	1,07 (0,91-1,25)	0,38
	Sem companheiro	1,00		1,00	
4	Tabagismo				
	Sim	1,33 (0,96-1,84)	0,08	1,36 (1,10-1,70)	<0,001
	Não	1,00		1,00	
4	Violência na infância				
	Sim	2,04 (1,52-2,73)	<0,001	2,13 (1,79-2,53)	<0,001
	Não	1,00		1,00	

IC95% = Intervalo de Confiança de 95; RP = Razão de Prevalência

*Considerado p-valor ≤ 0,05

**SM (salário mínimo de R\$380,00)

Com relação às variáveis ambientais, mulheres que residiam em casa alugada ou cedida tiveram prevalência 1,28 vezes maior de violência do que as que tinham casa própria e, se o tipo de edificação fosse barraco e/ou cortiço essa prevalência aumentava para 1,66 (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Em razão de sua natureza multicausal, a violência deve ser considerada em função de diversos fatores, como escolaridade, renda familiar, ocupação, fatores ambientais, fatores pessoais e comportamentais, dentre outros. Sendo assim, a modelagem hierarquizada dos fatores que intervêm de forma direta e indireta na ocorrência de violência, determina um avanço considerável no entendimento das situações analisadas.

No presente estudo a prevalência de violência física e/ou emocional encontrada foi de 18,9% (IC95%: 1,034; 1,371) e é compatível com a prevalência de gênero encontrada em outras investigações, embora exista uma grande diversidade de resultados. Um estudo multicêntrico da OMS encontrou uma grande variação na taxa de violência conjugal contra a mulher durante a vida: de 13% na cidade de Yokohama, Japão, a 61% na região rural do Peru. No Brasil, esse mesmo estudo encontrou prevalência de 27% na cidade de São Paulo e de 34% na zona da mata pernambucana ^{13, 14}. Estudo transversal, de base populacional, realizado em Duque de Caxias-RJ, onde os participantes foram selecionados por meio amostragem em conglomerados em múltiplos estágios mostrou que 27,6% das mulheres relataram envolvimento em pelo menos um episódio de agressão física com seu parceiro íntimo nos últimos 12 meses ¹⁵. As comparações com outras pesquisas devem ser feitas com cautela porque existem diferenças metodológicas e os distintos padrões culturais que podem influenciar no desfecho investigado.

A presente pesquisa mostrou associação entre idade, tipo de domicílio, tipo de edificação, tabagismo e violência na infância entre as mulheres. Entre os homens, a violência se mostrou associada com a variável idade e violência na infância. A variável idade foi testada nos modelos como variável de confusão e, ajustada em todos os níveis. Em todos os modelos multivariados, mostrou-se associada à ocorrência de violência, em ambos os sexos, e a prevalência nos homens jovens foi 1,42 vezes maior do que àqueles com mais de 50 anos. Nas mulheres esta prevalência foi reduzida para 1,23 vezes.

Em estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), as mulheres jovens foram as principais vítimas de violência: 31% estavam na faixa etária de 20 a 29 anos e 23% de 30 a 39 anos ¹⁶. Na cidade de Atlanta, Estados Unidos, entre as mulheres que já haviam experimentado algum tipo de violência física na vida e que buscaram serviços de atenção primária de saúde, apenas 1% tinham idade acima de 55 anos de idade ¹⁷.

A compreensão da violência deve perpassar por uma abordagem multifatorial, através da interconexão de explicações de ordem pessoal, social, econômica e cultural, tendo em vista que a complexidade desse fenômeno não permite reduzi-lo a fatores unicastais e definitivos ¹⁸. Sendo assim, as condições ambientais exercem uma influência significativa no fenômeno da violência. Dentre os aspectos sociais, têm sido destacados os fatores relacionados à pobreza, excesso de pessoas residindo em um mesmo ambiente, tipo de domicílio, tipo de edificação, dentre outros.

É importante salientar que esses fatores, isoladamente, não explicam a atuação violenta do agressor, mas estabelecem um contexto social de precariedade e pobreza que podem influenciar comportamentos violentos ¹⁰. Ou seja, se o ambiente em que se vive já violenta a pessoa em aspectos objetivos e subjetivos importantes como privacidade, autonomia, direito à intimidade preservada, dentre outros aspectos, é possível que outras dimensões da violência encontrem espaço propício para desenvolver-se e ser naturalizada como parte do cotidiano da convivência entre as pessoas.

Nas análises estratificadas por gênero, esta pesquisa apontou, também, o tabagismo e a história de violência na infância como fatores associados à violência de gênero. Alguns estudos têm demonstrado que crianças muito jovens podem adquirir uma vasta gama de comportamentos simplesmente observando e repetindo ações dos outros ¹⁹.

É importante salientar que as crianças que crescem em lares onde há violência conjugal tendem a repetir padrões de comportamento dos pais. As meninas, ao se tornarem adultas, podem se envolver em relacionamentos violentos, enquanto os meninos podem se tornar parceiros agressores ^{20, 21}.

Estudos no mundo todo apontam que a violência é mais evidente entre as mulheres cujos maridos apanharam ou viram suas mães apanharem. Entretanto, o antecedente de violência familiar da mulher que sofre violência poderia significar maior tolerância à violência por parte dessas mulheres ²². Esta assertiva pode ser corroborada com os resultados encontrados em estudo realizado em um município paulista que mostrou que a chance de sofrer violência física aumentou em 92% para as mulheres cujas mães foram agredidas e aumentou em 96% se o parceiro teve a mãe agredida ²³.

Esta experiência pode diminuir a capacidade das mulheres de se protegerem no futuro, estando associada a pouco apoio familiar na vida adulta, além de reiterar a ideia de que a violência é natural ²⁴. Assim, estes achados da infância alertam para a necessidade de rompimento deste ciclo de transmissão geracional da violência contra a mulher. No modelo multivariado, o fato da violência não se associar a renda, escolaridade, raça/cor, situação conjugal e consumo de álcool não era esperado, contudo as variáveis tipo de edificação e tipo de domicílio expressam a renda do indivíduo, e nesse estudo, foram estatisticamente significantes, reforçando o que menciona a literatura acerca da relação entre baixa renda e ocorrência da violência. A renda familiar desempenha um papel de grande relevância em relação ao risco de ser vítima de violência. Neste estudo, embora renda não tenha sido diretamente associada à violência, cabe registrar que duas variáveis mantidas no modelo final

entre as mulheres (tipo de domicílio e de edificação) são aspectos determinados pela renda das pessoas; portanto, reforça a relevância da renda familiar para vivência de situações de violência.

Nesta pesquisa, existe a possibilidade de que muitos participantes não soubessem exatamente qual a renda familiar e talvez, esta variável forme um complexo causal com escolaridade e sexo. Esta hipótese é corroborada com o fato de que, para as pessoas com um maior grau de instrução, a referência a sofrer violência física diminuiu com a idade, revelando-se como fator de proteção na faixa etária a partir dos 20 anos ²⁵.

A escolaridade, analisada neste estudo como um dos determinantes mais distais, não se mostrou associada à violência, apesar dessa associação ser bastante conhecida e discutida nos estudos. Em país da Ásia Meridional os níveis mais altos de escolaridade tornam-se fator de proteção contra as formas de violência ²⁶. Pesquisa brasileira, realizada a partir de fichas de atendimento médico e laudos de institutos médicos legais, mostrou que a maior parte das vítimas não havia concluído o ensino fundamental ²⁷. Sendo a educação fator de proteção, faz-se necessário atender as recomendações da OMS quanto à necessidade de melhorar os índices de escolaridade da população, como parte de políticas globais e intersetoriais, fundamentais ao combate à violência ²⁵.

Em relação à variável raça/cor, é fato que a discriminação de cor é um processo importante e histórico do ponto de vista cultural e social, e é um aspecto relevante para a violência de gênero, sobretudo se lembrarmos de que a mulher faz parte do grupo de indivíduos considerados mais vulneráveis ²⁸. Já a pesquisa realizada pelo IPEA revelou que as mulheres negras e pobres são as principais vítimas da violência. No Brasil, 61% dos óbitos ocasionados por violência foram de mulheres negras ¹⁶.

O fato da violência não se associar a viver com companheiro não era esperado, já que a violência conjugal é apontada como aspecto preocupante, atingindo principalmente as mulheres. Tal resultado pode ser devido à inclusão de diferentes segmentos populacionais, alguns sem vivência marital, como os adolescentes. Também, a variável se referia ao momento da entrevista, o que não impede que pessoas estivessem separadas de seu companheiro(a) no momento da pesquisa.

O estudo realizado no período de 2005 a 2009 através da consulta aos Boletins de Ocorrência registrados na Delegacia da Mulher de Guarapuava-PR constatou que a maioria das vítimas de violência (54,2%) vivia com companheiro, sendo 27,8% em união consensual e 26,4% eram casadas. Este fato evidencia que as mulheres que viviam maritalmente foram as

que mais sofreram agressão ²⁹. Entretanto, alguns estudos anteriores relataram que as mulheres divorciadas ou viúvas tinham mais chance de serem agredidas do que as casadas e solteiras. Sugere-se que para futuras pesquisas, no momento da coleta de informações, seja registrada a situação conjugal da época da ocorrência da violência ³⁰.

Em relação ao uso de drogas lícitas, a literatura aponta o alto consumo de álcool pelo parceiro íntimo e a exposição de crianças à violência (no papel de vítimas ou testemunhas) como fatores associados à violência conjugal física contra a mulher, principalmente em comunidades pobres ³¹. No entanto, entre as múltiplas vertentes propostas para explicar a violência, o consumo excessivo de álcool é uma das mais controversas, pois não existe consenso sobre se essa associação é causal ou se o consumo do álcool é usado como justificativa para o comportamento violento ³².

Contudo, muitos estudos apontam associação entre álcool e violência como o Levantamento Nacional Álcool e Drogas (Lenad) de 2012 que mostrou que o consumo de bebidas alcoólicas estava presente em metade das ocorrências domésticas: o agressor havia bebido em 50% dos casos. Em 20% das ocorrências de violência física na infância os abusadores haviam bebido ³³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre violência e gênero foi confirmada neste estudo, sendo as mulheres, no geral, as principais vítimas. Todavia, a violência para os homens mostrou-se associada à idade e violência na infância. Por tratar-se de estudo transversal, compartilha-se das limitações deste tipo de delineamento quanto a inferências relativas à sequência temporal dos eventos. Acresce-se que pode ter ocorrido uma subestimação da prevalência tanto da variável desfecho quanto de variáveis de exposição, como a história de violência na infância.

Os dados revelaram que as mulheres jovens na faixa etária entre 15 a 49 anos, não brancas, fumantes, etilistas, residentes em domicílios alugados ou cedidos e com histórico de violência na infância foram as maiores vítimas de violência física e/ou emocional. Assim, este estudo reitera a necessidade de aprofundar a compreensão sobre determinantes sociais e a interação com o fenômeno da violência, visto que, apesar da população brasileira sofrer com o problema da violência, ainda existe uma carência de estudos nacionais de base populacional.

A compreensão da violência deve perpassar por uma abordagem multifatorial, sendo imprescindíveis as ações voltadas à atenção e ao cuidado de vítimas e também de agressores nos casos de violência, trazendo contribuições de diferentes campos do conhecimento na busca da resolução dos conflitos de gênero.

A violência de gênero é um problema complexo com raízes sociais e que merece ser abordada como um problema de saúde pública. Assim, urge medidas de âmbito mais geral como o combate da pobreza a aspectos como conflitos interpessoais, sobretudo os oriundos do interior do sistema familiar, ao consumo de substâncias, principalmente o álcool, bem como a formação de recursos humanos na atenção básica, capazes de identificar e intervir em situações de violência.

REFERÊNCIAS

- 1 Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília (DF): OMS/OPAS, 2002.
- 2 Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Salud y Violencia: Plan de Acción Regional**. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington D.C.: OPS, 1994.
- 3 Cantera L. **Casais e Violência: Um enfoque além do gênero**. Porto Alegre: Dom Quixote, 2007.
- 4 Gianini RJ, Litvoc J, Eluf Neto J. Agressão física e classe social. **Rev de Saúde Pública** 1999, 33 (2): 180-6.
- 5 Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. **Popul Rep L** 1999, 11: 1-43.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientação para práticas em serviços**. Brasília (DF): Ministério da Saúde (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 8), 2002.
- 7 Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2003, 19(2): 263-272.
- 8 Gomes R, Minayo MCS, Silva CFR. Violência contra a mulher – uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde; 2005.
- 9 Santos JS. **Violência por parceiro íntimo em mulheres na cidade de Salvador: repercussões físicas**. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade Adventista da Bahia, 2010.
- 10 Minayo MCS, Souza ER. **Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Editora Fiocruz, 2003.
- 11 Moraes AAV. de. **Conhecendo Feira de Santana: Olhares sobre a cidade**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2004.
- 12 Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, 2005, 39 (5): 695-701.
- 13 Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Mult-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. **Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence**. Lancet, 2006.
- 14 Schraiber LB, D'Oliveira, AFPL, França-Júnior I, Portela AP, Ludermir AB. et al. Prevalência da violência contra mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev Saúde Pública** 2007, 41 (5): 797-807.

- 15 Ferreira MFF, Moraes CL, Reichenheim ME, Verly Junior E, Marques ES, Costa RS. Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, 31(1):1-13, 2015.
- 16 Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM, Hofelmann DA. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. Disponível em: <horio.com.br/sites/default/files/documentos/130925_sum_estudo_feminicidio_leilagarcia.pdf>. Acesso em: 01 dez 2014.
- 17 Zink T, Regan S, Goldenbar L. Intimate Partner violence: What are Physicians perceptions? **Am Board Fam Pract** 2004, 17 (4): 332-40.
- 18 Souza JA de. **Fatores associados à violência conjugal no município de João Pessoa-PB** / Jackeline Abílio de Souza.- João Pessoa, 2013.
- 19 Barr R, Hayne H. It's not what you know, it's who you know: older siblings facilitate imitation during infancy. **International Journal of Early Years Education** 2003, 11(1): 7-21.
- 20 Koenig MA, Stephenson R, Ahmed S, Jejeebhoy SJ, Campbell J. Individual and contextual determinants of domestic violence in North India. **Am J Public Health** 2006, 96 (1): 132-8.
- 21 Langhinrichsen-Rohling J. Top 10 greatest "hits": important findings and future directions for intimate partner violence research. **J Interpers Violence** 2005, 20: 108-18.
- 22 Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. de. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev Saúde Pública** 2006, 40 (4): 604-10.
- 23 Vieira EM, Perdoná GSC, SANTOS MA. dos. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública** 2011, 45 (4): 1-8.
- 24 Renner LM, Slack KS. Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra and intergenerational connections. **Child Abuse Negl** 2006, 30 (6): 599-617.
- 25 Palazzo LS, Kelling A, Béria JU, Figueiredo ACL, Gigante LP, Raymann B. *et al.* Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** 2008, 42 (4): 622-29.
- 26 Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. **BMC Public Health** 2009, 9: 129.
- 27 Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2008, 24 (11): 2551-63.
- 28 Silva MA. **Prevalência e fatores associados a violência doméstica contra as mulheres assistidas no Centro de Atenção à Mulher – CAM/IMIP, em Recife/Pernambuco.** Recife, 2006.

29 Raimondo ML. Perfil epidemiológico da violência contra a mulher em Guarapuava, Paraná: contribuições da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, 2010.

30 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

31 Pan American Health Organization. **Unhappy hours: alcohol and partner aggression in the Americas**. Washington: PAHO; 2008.

32 Leonard KE. Domestic violence and alcohol: what is known and what do we need to know to encourage environmental interventions? **Subst Abuse** 2001, 6 (4): 235-47.

33 Dominguez B, Batalha E, Morosini L. Combustível da violência. **Revista Radis** 2013, 132: 19-20.

5.2 ARTIGO II: Histórico de violência na infância e vulnerabilidades entre as mulheres

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo identificar os comportamentos de risco de mulheres que presenciaram violência na família durante sua infância e foram vítimas de violência na vida adulta e traçar o perfil dessas mulheres segundo condições sociodemográficas e econômicas. Trata-se de um estudo de corte transversal realizado com 2.819 mulheres com idade acima de 15 anos residentes no município de Feira de Santana-BA. Os dados foram coletados em visitas domiciliares com uso de ficha domiciliar e formulário individual. Analisou-se a referência a ter vivenciado situações de violência na infância e a experiência de ter sofrido violência em idade adulta. Adotou-se o valor de $p < 0,005$ para definição de associação estatisticamente significativa. Os resultados indicaram uma prevalência de 12,14% de história de violência na infância entre as mulheres vitimizadas na fase adulta. Foi possível observar que mulheres que nunca foram à escola (15,08%), não brancas (12,61%) e que tinham renda de até 1 salário mínimo (14,17%) apresentaram maior ocorrência de violência física na infância. As mulheres etilistas tiveram prevalência 1,43 vezes maior de ter sofrido violência na infância e, em relação ao hábito de fumar, esta prevalência aumentou para 1,56. Apesar da complexidade da violência, é necessário tirá-la da invisibilidade e efetivar diversas medidas, como o preparo o atendimento das vítimas de violência e a implantação de um serviço de proteção às mulheres vitimizadas, pois muitas se calam por medo de sofrer represálias por parte de seus agressores.

Palavras chaves: Violência contra a mulher; Violência na infância; Estudos Transversais

ABSTRACT

The present study aimed to identify risk behaviors in women who have witnessed family violence during their childhood and were victims of violence in adulthood and profile of these women according to sociodemographic and economic conditions . This is a cross-sectional study conducted with 2.819 women over the age of 15 years living in the city of Feira de Santana-BA. Data were collected during home visits with use of household and individual record form. We analyzed the reference to have experienced situations of violence in childhood and the experience of having suffered violence in adulthood. We adopted the p value < 0.005 for defining statistically significant association. The results indicated a prevalence of 12,14% history of childhood violence among women victimized in adulthood. It was observed that women who have never been to school (15,08%), non-white (12,61%) and had an income of up to 1 minimum wage (14,17%) had a higher incidence of physical violence in childhood. The women drinkers had 1,43 times higher prevalence of experiencing violence in childhood and, in relation to smoking, this prevalence increased to 1,56. Despite the complexity of violence , it is necessary to get her out of invisibility and initiating various measures , such as preparing the care of victims of violence and the deployment of a service to protect the victims, because many are silent for fear of reprisals by their abusers.

Key words: Violence against women; Violence in childhood; Sectional Studies

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno relevante e que permanece invisível em muitos espaços socioculturais contemporâneos. Para entendê-la é preciso buscar sua origem. A análise das relações de poder entre homens e mulheres oferece informação para uma melhor compreensão deste fenômeno. A desigualdade entre gêneros, ditada pelo poder masculino, desdobra-se e culmina nas diversas práticas violentas contra as mulheres. A história da humanidade traz, desde o início de sua constituição, o traço da violência, forjada por meio da subjugação e da exploração do homem pelo homem, transformando as relações de gênero, afetivas e sociais, através de dispositivos de poder e de submissão (SILVA, 2011).

A sociedade brasileira tem lidado com o fenômeno da violência contra a mulher como se ela pertencesse a uma esfera exclusivamente privada e somente a partir dos anos 1970 é que o tema foi agendado politicamente pelas organizações internacionais e posteriormente pelas nacionais que trabalham na defesa dos direitos da mulher (MOURA, 2012). No Brasil, estudos têm relatado uma acentuada prevalência da violência contra a mulher com os elevados números de violência física, sexual e psicológica (PALAZZO *et al.*, 2008).

O primeiro levantamento nacional sobre violência foi elaborado em 1988 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no âmbito da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), que incluiu um Suplemento sobre Justiça e Vitimização. No conjunto das vítimas de agressões físicas, 44,77% eram mulheres; quanto ao local, em 55% dos casos o ato havia ocorrido dentro de casa e em 70% dos casos o agressor era o marido ou companheiro. Essa pesquisa demonstrou a existência de diferenças entre os sexos na ocorrência da violência e evidencia a mulher como principal vítima (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

As práticas violentas contra a mulher ocorrem mais frequentemente no ambiente restrito do lar, fato que reduz a sua visibilidade e o seu registro (CAVALCANTI, 2003). Entre as várias conseqüências da violência contra a mulher têm-se os efeitos mortais e os efeitos que afetam a saúde física. No tocante à saúde mental, identificam-se o estresse pós-traumático, depressão, angústia, fobia, transtorno do pânico, transtornos alimentares, disfunção sexual e abuso de substâncias psicoativas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Com o intuito de implementar mecanismos visando o combate à violência de gênero, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, no ano de

2006, a Lei 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha. A violência doméstica e familiar contra a mulher passou a ser definida, a partir desta legislação, como um crime específico, gerando amplo interesse no debate público e significativas transformações no entendimento do conceito de violência de gênero, a qual deixa definitivamente de ser considerado crime de menor potencial ofensivo (MEDRADO; MÉLLO, 2008).

Diante da magnitude do problema, este estudo teve por objetivo identificar as situações que vulnerabilizam as mulheres, constituindo fatores determinantes ou contribuintes para maior exposição à violência; avaliar se a vivência de violência na família durante a infância associa-se à maior vulnerabilidades das mulheres a serem vítimas de violência na vida adulta; traçar o perfil dessas mulheres segundo condições sociodemográficas e econômicas no Município de Feira de Santana (BA), 2007.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo com desenho do tipo transversal realizado no município de Feira de Santana-BA em 2007. A seleção das áreas foi feita por amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimento aleatório, a partir de dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo o domicílio como unidade amostral. Para o cálculo do tamanho da amostra se assumiu a prevalência de violência de gênero de 38,1%, erro amostral de 3% com 95% de confiança. Considerando o efeito do desenho do estudo dobrou-se o tamanho da amostra. Admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%, definiu-se o tamanho da amostra em 3.597 indivíduos de ambos os sexos, com idade acima de 15 anos, contudo, esta pesquisa teve como sujeitos, apenas as mulheres, totalizando 2.819 entrevistadas.

A amostragem foi realizada em etapas múltiplas sucessivas: determinação do percentual da população por subdistrito; definição do percentual na amostra de cada subdistrito, a partir dos dados de população residente em cada subdistrito; listagem dos setores censitários de cada subdistrito; seleção aleatória dos setores censitários incluídos na amostra de cada subdistrito; seleção aleatória das ruas incluídas na amostra; todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados elegíveis, compondo a amostra do estudo. Para reduzir o percentual de perdas, adotou-se o procedimento de realizar até três visitas por domicílio, sendo excluídos aqueles

que se recusaram a participar do estudo e os indivíduos que não foram encontrados no domicílio após três visitas.

Os dados foram coletados por meio de ficha domiciliar e questionário individual aplicado aos moradores dos domicílios sorteados. O instrumento de coleta incluía oito blocos de questões: características sociodemográficas, características do trabalho profissional e doméstico, aspectos psicossociais do trabalho, saúde reprodutiva, avaliação da saúde mental, atividades de lazer e atos de violência.

A variável desfecho (histórico de violência na infância) foi identificada através da pergunta: você lembra de ter sofrido agressão física quando criança? A resposta sim a esta questão se configurou como um ato de agressão. As variáveis de exposição foram: biológicas (idade), sociodemográficas e econômicas (escolaridade, renda familiar, trabalho, e raça/cor) e comportamentais (tabagismo e hábito alcoólico).

As análises foram feitas no pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 9.0 e OpenEpi versão 3.01. Na análise descritiva foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse. Na análise bivariada foi utilizado o Teste do Qui Quadrado de Pearson para verificar a associação entre a variável desfecho e as variáveis de exposição, considerando significativo $p \leq 0,05$. Foram calculados os intervalos de confiança de 95% e as razões de prevalência.

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Do total de 2.819 mulheres entrevistadas, 342 (12,14%) relataram ter sofrido agressão na infância. Foi verificada uma maior proporção de mulheres na faixa etária entre 15 a 29 anos (36,79%), com ensino médio/ superior (46,99%) e renda maior que um salário mínimo (55,45%), mas cerca de 69,79% relataram não estar trabalhando atualmente. A maior parte das mulheres com histórico de violência afirmaram não estar com companheiro (52,45%) e ter a cor não branca (83,09%) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e econômico das mulheres com histórico de violência, no Município de Feira de Santana, 2007.

Variável	n	%
Idade		
15 a 29 anos	1.307	36,79
30 a 49 anos	970	34,41
50 a 69 anos	624	22,14
≥ 70 anos	188	6,67
Escolaridade		
Nunca foi à escola	199	7,08
Ensino fundamental I e II	1.290	45,92
Ensino médio/ superior	1.320	46,99
Raça/cor		
Branco	449	16,91
Não brancos*	2.206	83,09
Situação conjugal		
Com companheiro	1.344	47,93
Sem companheiro	1.460	52,07
Renda familiar		
Até 1 SM**	1.256	44,55
> 1 SM	1.563	55,45
Trabalha atualmente		
Sim	851	30,21
Não	1.966	69,79

*Nesta categoria estão incluídos negros, amarelos, pardos e indígenas

**Salário Mínimo (R\$380,00)

Na análise bivariada, as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) com o desfecho foram: escolaridade, raça/cor e renda. Observou-se que mulheres que nunca foram à escola (15,08%), não brancas (12,61%) e que tinham renda de até um salário mínimo (14,17%) apresentaram maior ocorrência de violência física na infância (Tabela 2).

As mulheres que nunca foram à escola tiveram prevalência 1,63 vezes maior de ter sofrido violência na infância quando comparadas às mulheres com grau de escolaridade mais elevado. Esta prevalência também se mostrou elevada entre as mulheres não brancas (1,49) e com renda de até um salário mínimo (1,35). A faixa etária entre 30 a 49 anos associou-se positivamente com a ocorrência da violência, entretanto, a associação não foi estatisticamente significativa (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência de mulheres com histórico de violência familiar na infância segundo fatores sociodemográficos e econômicos no Município de Feira de Santana-BA, 2007.

Variáveis	Histórico de violência na infância			
	n	P(%)	RP (IC95%)	Valor de p*
Idade				
15 a 29 anos	99	9,55	0,81 (0,52-1,26)	0,36
30 a 49 anos	140	14,45	1,23 (0,81-1,88)	0,32
50 a 69 anos	81	12,98	1,11 (0,71-1,72)	0,64
≥ 70 anos	22	11,70		
Escolaridade				
Nunca foi à escola	30	15,08	1,63 (1,12-2,36)	0,01
Ensino fundamental I e II	188	14,57	1,57 (1,27-1,95)	< 0,001
Ensino médio/ superior	122	9,25		
Raça/cor				
Brancos	38	8,46		
Não brancos**	278	12,61	1,49 (1,1-2,05)	0,01
Situação conjugal				
Com companheiro	173	12,87	1,11 (0,91-1,35)	0,29
Sem companheiro	169	11,58		
Renda familiar				
Até 1 SM***	178	14,17	1,35 (1,10-1,64)	< 0,001
> 1 SM	164	10,50		
Trabalha atualmente				
Sim	116	13,63		
Não	225	11,45	0,84 (0,68-1,03)	0,10

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; P= prevalência; RP = Razão de Prevalência

* $p \leq 0,05$ significativo

** Nesta categoria estão incluídos negros, amarelos, pardos e indígenas

*** Salário mínimo (R\$380,00)

A tabela 3 apresenta a ocorrência de histórico de violência na infância segundo exposição à violência física e/ou emocional na vida adulta. Os dados revelam que mulheres com histórico de violência quando crianças tiveram prevalência 2,5 vezes maior de sofrer violência do que aquelas que não sofreram maus tratos na infância.

Tabela 3. Distribuição de frequência de mulheres vitimizadas segundo histórico familiar de violência na infância e comportamentos de risco, no Município de Feira de Santana-BA, 2007.

Variáveis		Histórico de violência na infância			
		n	P(%)	RP (IC95%)	Valor de p*
Sofreu violência física e/ou emocional					
	Sim	129	23,29	2,5 (2,03-3,01)	< 0,001
	Não	213	9,41		
Uso de bebida alcoólica					
	Sim	93	15,79	1,41 (1,14-1,78)	< 0,001
	Não	249	11,18		
Tabagismo					
	Sim	49	17,88	1,56 (1,18-2,05)	< 0,001
	Não	291	11,46		

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; P= Prevalência; RP = Razão de Prevalência

* p ≤ 0,05 significativo

Os resultados da tabela 3 evidenciam associação positiva com consumo de bebida alcoólica e tabagismo. As mulheres etilistas tiveram prevalência 1,43 vezes maior de ter sofrido violência na infância do que aquelas que não consumiam álcool. Em relação ao hábito de fumar esta prevalência aumentou para 1,56, o que demonstra que sofrer violência na infância é um fator associado ao comportamento que elevam a vulnerabilidade à uma série de situações de exposição na fase adulta.

DISCUSSÃO

Mulheres que reportaram terem sido vítimas de violência durante a infância são mais suscetíveis de vivenciar agressões por parte de seus parceiros atuais. No presente estudo a prevalência de violência sofrida na infância foi de 19,65%, resultado inferior quando comparado com outros estudos, como o de Silva, Neto e Cabral Filho (39,7%). No segmento desse estudo foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 19 anos, não grávidas, que presenciaram violência familiar na infância e/ou adolescência e sofreram violência na vida adulta. As demais foram excluídas por não atenderem os critérios de inclusão e a amostra final ficou estabelecida em 170 participantes (SILVA; NETO; CABRAL FILHO, 2009).

A prevalência encontrada nesta pesquisa pode estar subestimada, visto que a temática em questão pode causar constrangimentos nas entrevistadas e sem mencionar o processo de banalização da violência, que torna o fenômeno natural em muitos lares.

Estudo de corte transversal realizado na Região Nordeste, utilizando amostra por conglomerado, em serviço de referência em urgência e emergência na cidade de Salvador/BA, encontrou 46% de violência geral e 36,5% de violência física (SILVA, 2003). Estudo intitulado “Violência por parceiro íntimo em mulheres da cidade de Salvador: repercussões físicas” revelou que 45% das mulheres foram vítimas de agressão física (SANTOS, 2010).

Muitos estudos apontam a associação entre histórico de violência na infância com e violência na fase adulta (BARR; HAYNE, 2003; BOLES; MIOTTO, 2003; KOENIG; STEPHENSON; AHMED et al., 2006; LANGHINRICHSEN-ROHLING, 2005; MARINHEIRO, VIERA; SOUZA, 2006). As elevadas prevalências de violência familiar presenciada ou sofrida na infância denunciam a vulnerabilidade do gênero, apontam para a violência contra a mulher em sua infância e reforçam a hipótese do uso da violência como padrão de conduta para a resolução de problemas (SILVA; NETO; FILHO, 2009).

É importante salientar que crianças que convivem em lares onde há violência tendem a repetir os padrões de comportamentos dos pais. As meninas, ao se tornarem adultas, podem se envolver em relacionamentos violentos, enquanto os meninos podem se tornar parceiros agressores, perpetuando o ciclo da violência em relações futuras (FERGUSON, HORWOOD, 1998; KOENIG et al., 2006; LANGHINRICHSEN-ROHLING, 2005). Assim, mulheres vitimizadas tanto podem tornar-se vítimas como agressoras, reproduzindo um ciclo geracional de violência.

Houve indicativo neste estudo de que a ocorrência de violência contra a mulher está associada a baixas condições socioeconômicas e ao histórico de violência na infância. A baixa escolaridade, a pobreza, o menor rendimento salarial da mulher ou o desemprego, e o uso de álcool e de drogas ilícitas entre os parceiros parecem exacerbar a magnitude do problema (VIEIRA, 2013). Estes achados, oriundos de análises bivariadas, corroboram os de outros estudos no que se refere à maior prevalência de violência entre indivíduos com baixa escolaridade e renda.

Estudo transversal conduzido nos Estados Unidos mostrou que, em relação ao grupo de renda mais elevada, mulheres do estrato de menor rendimento apresentavam 2,5 vezes mais chance de serem vítimas de violência perpetrada pelo parceiro (ANACLETO et al., 2009; BREIDING; BLACK; RYAN, 2008). Estudos epidemiológicos com delineamento de coorte (FERGUSON et al., 1986), caso controle (LEWIS, 1987), transversal (RICKERT et al., 2002) e ecológico (KOENIG et al., 2003) indicaram associação entre condição sócio-econômica mais desfavorável e maior prevalência de violência entre parceiros íntimos. O

impacto das condições socioeconômicas na ocorrência da violência assume proporções relevantes no mundo inteiro.

Outro achado relevante desta pesquisa, que reitera a literatura é a associação entre sofrer violência na infância e consumo de álcool. O uso de álcool pela mulher tem sido citado principalmente como consequência de ela sofrer violência; entretanto, recomenda-se considerar a hipótese desse uso constituir-se em um dos fatores desencadeantes para ser vítima ou agressora (VELZEBOER et al., 2003).

O relacionamento permeado pela violência é um fator condicionante para problemas de comportamento na infância, pois as vítimas podem tornar-se agressivas como um mecanismo de enfrentamento das situações de violência (PESCE, 2009). Desta forma, a alta frequência com que as crianças testemunham a violência no âmbito doméstico associado ao consumo de álcool aumenta a relevância do problema e a importância de sua abordagem nos diversos níveis de saúde e educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa corroboram com outros autores e mostrou que as baixas condições socioeconômicas, raça/cor e comportamentos como consumo de álcool e tabaco estão associados à ocorrência de violência na infância e vice versa. Embora o problema da violência seja complexo, assim como sua resolução, o primeiro passo é tirá-lo da invisibilidade. Reconhecer a violência enquanto um problema de saúde pública já constitui o primeiro passo para o enfrentamento deste agravo.

O estudo mostrou uma relação inversamente proporcional entre idade e violência, o que pode indicar uma subestimação dos dados devido ao viés de lembrança ou porque as mulheres mais velhas possam ter dificuldade de identificar a violência sofrida.

A vigência das políticas nacionais de enfrentamento da violência contra as mulheres ainda não é suficiente para mudar esta realidade. É preciso que ela seja efetivada com diversas medidas, como o preparo dos profissionais de saúde para o atendimento das vítimas de violência e a implantação de um serviço de proteção às mulheres vitimizadas. Neste sentido, a relevância do tema, sua complexidade e a escassez de estudos conduzem à necessidade de novas investigações, não apenas da violência contra a mulher, mas da sua perpetuação nas distintas gerações.

REFERÊNCIAS

- ANACLETO, A. J.; NJAINE, K.; LONGO, G. Z.; BOING, A. F.; PERES, K. G. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. **Cad. Saúde Pública**, 2009, v. 25, n. 4, p. 800-808.
- BARR, R.; HAYNE, H. (2003). It's not what you know, it's who you know: older siblings facilitate imitation during infancy. **International Journal of Early Years Education**, v. 11, p. 7-21.
- BOLES, S. M., MIOTTO, K. Substance abuse and violence: a review of the literature. **Agression Violent Behav**, 2003, v. 8, n. 2, p. 155-74.
- BREIDING, M. J.; BLACK, M. C.; RYAN, G. W. Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen U. S. states/ territories. **Am J Prev Med**, 2008, v. 34, p. 112-8.
- CAVALCANTI, A. L. Violência contra a mulher: um problema de saúde. **Revista Ginecologia e Obstetrícia**, 2003, v. 14, n. 4, p. 182-188.
- FERGUSSON, D.; HORWOOD, L.; KERSHAW, K.; SHANNON, F. factors associated with reports of wife assault in New Zealand. **J Marriage Fam**, 1986, v. 48, p. 407-12.
- FERGUSSON, D. M.; HORWOOD, L. J. Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in Young adulthood. **Child Abuse Negl**, 1998, v. 22, n. 5, p. 339-57.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 1999/2000**. Brasília: IBGE; 2006.
- KOENIG, M.; AHMED, S.; HOSSAIN, M.; MOZUMBER, K. Womens's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual and community-level effects. **Demography**, 2003, v. 40, p. 269-88.
- KOENIG, M. A.; STEPHENSON, R.; AHMED, S.; JEJEEBHOY, S. J.; CAMPBELL, J. Individual and contextual determinants of domestic violence in North India. **Am J Public Health**, New Delhi, 2006, v. 96, n. 1, p. 132-8.
- JEWKES, S. R.; PENN-KEKANA, L.; LEVIN, J.; RATSAKA, M.; SCHRIEBER, M. Prevalence of emotional, psysical and sexual abuse of women in three South African provinces. **S Afr Med J**, 2001, v. 91, p. 421-8.
- LANGHINRICHSEN-ROHLING, J. Top 10 greatest "hits": important findings and future directions for intimate partner violence research. **J Interpers Violence**, 2005, v. 20, p. 108-18.
- MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. de. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev Saúde Pública**, 2006, v. 40, n. 4, p. 604-10.

MEDRADO, B.; MÉLLO, R. P. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, 2008, v. 20, p. 78-86, 2008.

MOURA, L. B. A. Entre segredos, silêncios e medos: violências nas relações íntimo-afetivas, **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, 2012, v.03, n. 2, p.759-72.

PALAZZO, L. S.; KELLING, A.; BÉRIA, J. U.; FIGUEIREDO, A. C. L.; GIGANTE, L. P.; RAYMANN, B. *et al.* Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, Porto Alegre, 2008, v. 42, n. 4, p. 622-29.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. La violencia baseada em el genro: Um problema de salud pública y de derechos humanos. Washington, 2003.

PESCE, R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 507-18, 2009.

RAMIREZ RODRIGUEZ, J. C.; PATINO GUERRA, M. C. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. **Cad. Saúde Pública**, 1996, v. 12, p. 405-9.

SANTOS, J. S. **Violência por parceiro íntimo em mulheres na cidade de Salvador: repercussões físicas.** Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade Adventista da Bahia, 2010.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003, v. 19, n. 2, p. 263-272.

SILVA, M. A. de; NETO, G. H. F.; FILHO, J. E. C. Maus tratos na infância de mulheres vítimas de violência. **Psicologia em Estudo**, 2009, v. 14, n. 1, p. 121-127.

SILVA, C. **Uma realidade em preto e branco: as mulheres vítimas de violência doméstica.** Dissertação [Mestrado em Serviço Social] Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: PUC São Paulo, 2011.

VELZEBOER, M.; ELLSBERG, M.; CLAVEL ARCAS, C.; GARCÍA-MORENO, C. **La violencia contra las mujeres: respone El sector de La salud**, 2003.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência de gênero é um problema complexo com raízes sociais e que merece ser abordada como um problema de saúde pública. Como esperado, a relação entre violência e gênero foi confirmada neste estudo, sendo as mulheres, no geral, as principais vítimas. Nosso estudo reitera a necessidade de aprofundar a compreensão sobre determinantes sociais e a interação com o fenômeno da violência, visto que, apesar da população brasileira sofrer com o problema da violência, ainda temos uma carência de estudos nacionais de base populacional.

Os resultados desta pesquisa corroboram com outros achados e mostra que as baixas condições socioeconômicas estão associadas à ocorrência de violência. Embora o problema da violência seja complexo, assim como sua resolução, o primeiro passo é tirá-lo da invisibilidade. Esse conhecimento, no entanto, contribui pra delinear ações específicas que visam o enfrentamento dessa casuística.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. dos R.; SIQUEIRA, V. R. de; SOUZA, F. G. de M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**. 2005; 39(1): 108-113.
- AGUDELO, S. F. **Violence and health**: preliminary elements for thought and action. *Int. J. Healt. Serv.* 1992; 22(2): 365-76.
- ALMEIDA, S. S. de. Efeitos devastadores. **Revista Maria, Maria**. Ano 1, n. 0, 1999.
- ALMENDRA, C. A. da C./ BAIERL, L. F. A violência: realidade cotidiana. **Sociedade e cultura**. 2007; 10(2): 267-279.
- ANDERSON, C. A.; BUSSHMAN, B. J. Human aggression. In: **Annual Review of Psychology**. 2002; 53: 27-51.
- ARAÚJO, E. M. Configuração do espaço urbano de Feira de Santana-BA. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**. 2002; 1(1): 9-16.
- ARENDT, H. **Sobre a Violência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- AZEVEDO, M. A. de. **Mulheres espancadas**: a violência denunciada. São Paulo: Cortez, 1985.
- BARR, R.; HAYNE, H. It's not what you know, it's who you know: older siblings facilitate imitation during infancy. **International Journal of Early Yars Education**. 2003; 11: 7-21.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde CNS. **Resolução n. 196/96 Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, D.F: 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), n. 96, Seção 1E, 18 maio, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientação para práticas em serviços. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Uma análise da situação de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. In: Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (2000): **Normas para Pesquisa em seres humanos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, p. 22-46, 2006.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos - SPI. **Indicadores de Programas: Guia Metodológico**. Brasília (DF): MP, 2010.

BRONFENBRENNER, U. **U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. de L. T.; **Psicologias**. 8.b ed., São Paulo: Saraiva: 1995.

CANTERA, L. **Casais e Violência: Um enfoque além do gênero**. Porto Alegre: Dom Quixote, 2007.

CHARLOT, B. A violência na escola: como os sociólogos franceses abordam essa questão. **Sociologias**. 2004; 4(8): 432-443.

CHAVES, C. M. C. M. **Compromisso Convencional: Fator de proteção para as condutas Agressivas, Anti-sociais e de Uso de Álcool?** Dissertação de Mestrado – Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Paraíba, 2006.

CONCEIÇÃO, A. C. L. da. Teorias feministas: da “questão da mulher” ao enfoque de gênero. **RBSE**. 2009; 8(24): 738-757.

CORSINI, C. F. **É agressivo ou está agressivo? Eis a questão**. 2004. Disponível em: <http://www.nib.unicamp.br/svol/agres.htm>. Acesso em: 11 de fev. 2013.

COSTA, A. A. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres**. 2008. Disponível em: http://www.adolescencia.org.br/empower/website/2008/imagens/textos_pdf/Empoderamento.pdf. Acesso em: 02/05/2013.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**. 2006; 11: 1163-1178.

DODGE, K. A.; COIE, J. D. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children’s peer groups. **Journal of Personality and Social Psychology**. 1987; 53: 1146-1158.

DOMENACH, J. M. La Violence. In: **La violence y sus causas**. Paris: UNESCO, 1981. p. 33-45.

EVANS, S. J. Uses and abuses of multivariate methods in epidemiology. **J. Epidemiol. Community Health**. 1988; 42:311-5.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio: O dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2010.

FLORES, R. Z. A biologia na violência. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2002; 7(1): 197-202.

FUCHS, S. C.; VICTORA, C. G.; FACHEL, J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Rev. Saúde Pública**. 1996; 30(2).

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Popul Rep L**. 1999; 11:1-43.

GARBARINO J; CROUTER A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. **Child Dev**. 1978; 49: 604-16.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

GOMES, E. S. N.; CORDEIRO, R. de L. M.; RODRIGUES, L. O. A. **A difícil denúncia de casos de violência contra a mulher em contextos rurais**. VIII Congresso Latino Americano de Sociologia Rural, Porto de Galinhas, 2010.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher – uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. 2005.

GRUPO PARLAMENTARIO INTERAMERICANO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO, HERRAMIENTAS CONCEPTUALES – **Módulo Legislativo sobre Violencia Contra la Mujer**, Nova York, 1997.

GUIA SERASA DE ORIENTAÇÃO AO CIDADÃO (SERASA) – **Saiba como reduzir o risco de ser vítima da violência**. Disponível em: www.serasa.com.br/serasalegal/15-jan-03_m1.htm. Acesso em: 17 de abril de 2013.

HALL, C. S.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J. B. (1998). **Theories of personality** (4. ed.). Nova York: John Wiley e Sons.

HEILBORN, M. L. De que gênero estamos falando? **Sex Gênero Soc**, 1994; (2): 1, 6.

HOUAISS, A. VILLAR, M. S. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 3. ed. rev. aum. – Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

IBGE/PNAD – Participação Político-Social: 1988, vol. 1 - **Justiça e Vitimização**, Rio de Janeiro, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 1999/2000**. Brasília: IBGE; 2006.

KRISTENSEN, C. H.; LIMA, J. S.; FERLIN, M.; FLORES, R. Z.; HACKMANN, P. H. (2003). Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica. Autor: **Estudos de Psicologia**. 2003; 8 (1): 275-79.

LOPES, C. B. **Trabalho Feminino em Contexto Angolano**: um possível caminho na construção de autonomia. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: PUC São Paulo, 2010.

LWANGA S.K. LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies**: a practical manual. Geneva: WHO, 1991.

MARCONDES FILHO, C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. **Perspectiva**. 2001; 15(2).

MEDRADO, B.; MÉLLO, R. P. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. **Psicologia e Sociedade**. 2008; 20: 78-86.

MENDO, A. H.; RODRIGUEZ, J. M.; MACIAS, M. I. (2004). Debate conceptual aberto: violência y deporte. In: **Revista Digital – Buenos Aires**. [Em linha]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd70/violen.htm>. Acesso em: 22 abril 2013.

MEYER, D. Gênero e Educação: teoria e política. Autor: **Corpo, Gênero e Sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Louro, G; Neckel, J. e Goellner (Orgs)- Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S. **Análise da produção intelectual brasileira sobre violência e saúde**. Rio de Janeiro, Panorama Ensp, 1990.

_____, M. C. S.; A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

_____, M. C. S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciência, Saúde** – Manguinhos. 1997; 4(3): 513-531.

_____, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o Olhar da Saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Editora Fiocruz, 2003.

_____, M. C. S. Violência: um Velho Novo desafio para a atenção à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2005; 29(1): 56.

MOSER, G. **A agressão**. Série Fundamentos. Editora Ática: São Paulo, 1991.

MORAES, A. A. V. de. **Conhecendo Feira de Santana**: Olhares sobre a cidade. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2004.

MORGADO, R. Mulheres em situação de violência doméstica. In: GONÇALVES, H. S.; BRANDÃO, E. P. (org.) **Psicologia Jurídica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2008.

MOURA, L. B. A. Entre segredos, silêncios e medos: violências nas relações íntimo-afetivas, **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. 2012; 3(2).

MURARO, R. M. **A mulher no terceiro milênio**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

NÚCLEO DE OPINIÃO PÚBLICA - FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Disponível em: [http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/A%20Mulher%20Brasil eira%20%20nos%20Espacos%20Publico%20e%20Privado-Fundacao%20Perseu%20Abramo.pdf](http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/A%20Mulher%20Brasil%20eira%20%20nos%20Espacos%20Publico%20e%20Privado-Fundacao%20Perseu%20Abramo.pdf). Acesso ao site em 03/05/2013.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 1997.

OLIVEIRA, N. F.; SANTANA, V. S.; LOPES, A. A. Razões de proporção e uso do método delta para intervalos de confiança na regressão logística. **Rev. Saúde Pública**. 1997; 31(1): 90-7.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília (DF): OMS/OPAS, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Salud y Violencia**: Plan de Acción Regional. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington D.C.: OPS, 1994.

PAIXÃO, A. L. Crimes e criminosos em Belo Horizonte: uma exploração inicial das estatísticas oficiais de criminalidade. Autor: **Violência e Cidade** (R. R. Boschi, org.), 1982.

PALAZZO, L. S.; KELLING, A.; BÉRIA, J. U.; FIGUEIREDO, A. C. L.; GIGANTE, L. P.; RAYMANN, B. *et al.* Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** 2008; 42(4): 622-29.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PESQUISA DATASENADO. **Pesquisa de opinião pública nacional**: violência doméstica e familiar contra a mulher. (2009). Disponível em: http://www.senado.gov.br/noticias/opiniaopublica/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_e_Familiar_contra_a_Mulher.pdf Acessado em 04/05/2013.

PESQUISA IBOPE E INSTITUTO AVON. **Percepções e reações da sociedade sobre a violência contra a mulher** (2009). Disponível em <http://www.patriciagalvao.org.br>. Acessado em 04/05/2013.

RAMIREZ, D. E. Fatores psicosociales de la violencia familiar. **Rev Enfermeras**, México 2001; 37(1-2): 8-15.

RIBEIRO, M. da C. O.; SANI, A. I. Modelos explicativos da agressão: revisão teórica. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**. 2009; 96-104.

ROSÁRIO, A. B. do; NETO, F. K.; MOREIRA, J. de O. (org). **Faces da violência na contemporaneidade**: sociedade e clínica. Barbacena, MG: Ed. UEMG, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. Autor: COSTA, A. de O.; BRUSCHINI, C. (orgs.) **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, p.183-215, 1992.

_____, H. I. B. Já se Mete a Colher em Briga de Marido e Mulher. **Revista São Paulo em Perspectiva**. 1999; 13(4).

_____, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI H. I. B.; ALMEIDA, S. S. Brasil: Violência, poder, impunidade. Autor: **Violência de Gênero: Poder e Impotência**, p. 3-27, Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANFELICE, M. M. **Violência de Gênero**: um estudo das relações de gênero de homens autores de abuso sexual contra crianças em Santa Maria. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Maria. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Santa Maria, 2011. 116 p.

SANTOS, J. V. T. dos. A violência como dispositivo de excesso de poder. Autor: **Estado e Sociedade**. Brasília (DF): UNB, 1986.

SANTOS, M. C.; IZUMINO, W. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre os estudos feministas no Brasil. **Estudios Interdisciplinários de America Latina y El Caribe**. 2005; 16(1): 147-164.

SCOTT, J. W. **Para um exame crítico das obras recentes sobre a História das Mulheres**, v. “Women’s History: The Modern Period”, Past and Present.1983.

_____, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. 1990; 16(2): 5.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2003; 19(2): 263-272.

SILVA, C. R. de O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa**: Guia prático. Fortaleza, 2004.

SILVA, M. H.; SILVA, K. V. **Dicionário de Conceitos Históricos**. São Paulo: Contexto, 2005. 412 p.

SILVA, F. **Contatos**: Processos de relação entre indivíduos e grupos. Ermesinde, 2009.

SILVA, C. M. de O. G. **Violência contra as mulheres**: a Lei Maria da Penha e suas implicações jurídicas e sociais em Dourados-MS. Cláudia Melissa de Oliveira Guimarães Silva. – Dourados, MS : UFGD, 2010. 182f.

SILVA, C. **Uma realidade em preto e branco:** as mulheres vítimas de violência doméstica. Dissertação [Mestrado em Serviço Social] Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: PUC São Paulo, 2011.

SOUZA, E. R. Violência Velada e Revelada: Estudo Epidemiológico da Mortalidade por Causas Externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Públ.** 1993; 9 (1): 48-64.

SUAREZ, M. Para a Igualdade de Oportunidades entre Mulheres e Homens: Comentários Iniciais ao Texto de Paola Cappelin. In: Silva, Kelly. (Org.). **Gênero no Mundo do Trabalho.** 2000; 1: 93-99.

TEDESHI, J. T.; FELSON, R. B. **Violence, aggression, and coercive actions.** Washington, American Psychological Association, 1994.

TORRÃO FILHO, A. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. **Cadernos Pagu.** 2005; 24: 127-152.

TUESTA, A. de J. A. **Gênero e violência no âmbito doméstico:** a perspectiva dos profissionais de saúde. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. 143p.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. **Tempo Social Rev. Sociol.** 1997; 9 (1): 5-41.

VETHENCOURT, L. Psicologia da Violência. **Gaceta.** 1990; 11(62): 5-10.

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

Título da Pesquisa: Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Coordenadora do projeto: Prof^a Tânia Maria de Araújo – Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana e coordenadora do Núcleo de Epidemiologia (NEPI).

Objetivo: Caracterizar a situação de saúde mental da população de 15 anos ou mais de idade residente em zona urbana de Feira de Santana, e avaliar os principais fatores de risco para agravos à saúde mental na população estudada.

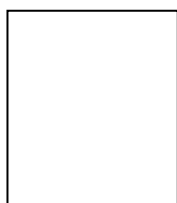
Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e no que ele consiste. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Centro de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Núcleo de Epidemiologia – KM 03, BR 116, Campus universitário, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa tem como finalidade contribuir para a avaliação dos fatores de risco e da situação de saúde mental da população de Feira de Santana. A sua participação será voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo. Para participar você será solicitado a responder um questionário incluindo questões gerais sobre a sua vida como: idade, sexo, estado civil entre outros, características do trabalho profissional, aspectos da saúde reprodutiva, atividades domésticas, atividades de lazer, padrões de sono, doenças que você sabe que possui, uso de medicamentos, uso de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, atos de violência e questões sobre a sua saúde mental. Salientamos que a sua identificação Será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes da pesquisa e a comunidade geral e científica. Esta divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados. Você poderá também ser contatado novamente para prestar informações sobre o mesmo assunto em outra etapa da pesquisa.

Caso haja algum prejuízo por quaisquer danos decorrentes dessa pesquisa, compensações estarão de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.



Impressão digital
(quando necessário)

Feira de Santana, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Pesquisador Responsável

ANEXO B: Ficha Domiciliar

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Subdistrito: _____

NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

Setor Censitário:

PROJETO: Caracterização de Saúde Mental

Nº de Ordem:

Data: ____/____/____

Hora de início: _____

1. Nº do domicílio: _____

2. Endereço:	Nº	Apto	Bairro
--------------	----	------	--------

3. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? _____ pessoas.

	Nome	Sexo 1=fem 2=mas	Idade (anos)	Condição na família	Horário na residência	Control e da entrevista
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
CONDIÇÃO NA FAMÍLIA 1-Chefe 2-Cônjuge/Companheiro 3-Filho/Neto 4-Genitor(a) 5-Parente 6-hóspede 7-empregado, etc.				Controle da entrevista 1 -Não amostrado 2-Entrevista SIM 3- Entrevista NÃO 4. Recusou-se a participar		

I - INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO

O seu domicílio é: 1() próprio 3() cedido 2() alugado 4() outro _____	Quantos cômodos são usados como dormitório: ____ cômodos
Quantos cômodos possui? ____ cômodos	Tipo de edificação 1() barraco 3() casa de alvenaria 2() cortiço 4() apartamento
O domicílio possui: 1() água encanada 2() luz elétrica 3() geladeira 4() TV 5() som/rádio 6() máquina de lavar 7() DVD 10() telefone 11() computador	Têm empregados domésticos: 1() sim Quantos: _____ 2() não

Entrevistador: _____

ANEXO C: Questionário Individual

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE

NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

PROJETO: Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, BA, Brasil

SUBDISTRITO _____ SETOR CENSITÁRIO N° DE ORDEM

Data: ____/____/____

N° do domicílio: _____

N° do morador: _____

Hora de início: _____

I - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: 0 () Feminino 1 () Masculino	2. Idade: ___ anos
3. Situação conjugal: 1 () Casado(a) 2 () União estável 3 () Solteiro/a 4 () divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) 5 () Viúvo/a	
4. Na escola, qual a última série /grau que concluiu com aprovação? 1 () Nunca foi à escola 2 () Lê e escreve o nome 3. Fundamental I () 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a () 4 ^a 4. Fundamental II () 5 ^a () 6 ^a () 7 ^a () 8 ^a 5. Ensino Médio () 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a 6. Superior () completo () incompleto	
5. Como você classificaria a cor da sua pele? 1 () branca 2 () amarela (oriental) 3 () parda 4 () origem indígena 5 () preta 9 () não sabe	
6. Cor da pele (entrevistador): 1 () branca 2 () amarela (oriental) 3 () parda 4 () origem indígena 5 () preta	
7. Quanto você ganha, em média, por mês? R\$ _____ 8 () não se aplica	

II - TRABALHO PROFISSIONAL

1. Por favor, informe sobre os empregos/trabalhos no último ano:

Emprego/Atividade	Setor*	Carteira assinada?	Sofreu algum ** acidente de trabalho?	Contribui com INSS **
1.				
2.				
3.				
4.				

5.				
----	--	--	--	--

*Código SETOR: 1.serviços domésticos; 2.Construção civil; 3.Indústria manufatureira; 4.Comércio; 5. Transporte; 6.Ensino; 7.Outros serviços especificar)

** 0 = sim 1 = não

2. Está trabalhando atualmente? **Se você NÃO ESTÁ TRABALHANDO, siga para a Questão 11.**

0()sim 1()não

3. Há quanto tempo trabalha nesta atividade atual?

_____ anos _____ meses _____ dias

() não se aplica

4. Se você **não tem carteira assinada** qual o tipo de contrato do seu trabalho?

1 () Oral 2 () Escrito

() não se aplica

5. Se **Escrito**:

1 () Contrato temporário (REDA, outros)

2 () Contrato por Cooperativa

3 () Prestações de Serviço

4 () Cargo comissionado

5 () Diarista

() não se aplica

6. em seu trabalho, você tem direito a:

Férias () sim () não

13º Salário () sim () não

Folga () sim () não

1/3 Adicional de Férias () sim () não

() não se aplica

<p>7. Seu turno de trabalho é: 8 () não se aplica</p> <p>1() Diurno fixo 3() Diurno e noturno (escala alternante)</p> <p>2() Noturno fixo 4() Revezamento de turnos (alternantes)</p> <p>5() Outros. Especifique: _____</p>	<p>8. Quantos dias você trabalha por semana?</p> <p>_____ dia(s)</p> <p>8 () não se aplica</p>
<p>9. Qual sua carga horária semanal? _____ horas</p> <p>8 () não se aplica</p>	<p>10. Em que lugar você trabalha? 8 () não se aplica</p> <p>1() empresa/emp. privada 4() em sua própria casa</p> <p>2() repartição pública 5() na casa de outra pessoa</p> <p>3() na rua 6() Outro: _____</p>
<p>11. Qual a sua ocupação?</p> <p>1()Biscateiro 2()Autônomo 3()Assalariado com comissão 4()Assalariado sem comissão</p> <p>5()Empregado doméstico 6()Funcionário público 7()Profissional liberal 10()Empregador/empresário</p> <p>11()Cooperativa 12()Outro (especifique): _____</p> <p>8() Não se aplica</p>	

13. O tempo para realização das suas tarefas é suficiente? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
14. Algumas demandas que você tem que atender no seu trabalho estão em conflito umas com as outras? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
15. Você freqüentemente trabalha durante o seu almoço ou durante as pausas para terminar seu trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
16. Seu trabalho é emocionalmente demandante? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
17. Seu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
18. Em seu trabalho, você precisa omitir suas verdadeiras emoções? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
19. Seu trabalho exige muito esforço físico? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
20. Você é freqüentemente solicitado a mover ou levantar cargas pesadas no seu trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
21. Freqüentemente, seu trabalho exige que você mantenha seu corpo, por longos períodos, em posições fisicamente incômodas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
22. Seu trabalho exige, por longos períodos, que você mantenha sua cabeça ou seus braços em posições fisicamente incômodas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
23. Seu supervisor preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho? 8() não se aplica 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
24. Seu supervisor lhe ajuda a fazer seu trabalho? 8() não se aplica 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
25. Seu supervisor lhe trata com respeito? 8() não se aplica 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
26. As pessoas com quem você trabalha são amigáveis? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
27. As pessoas com quem você trabalha ajudam-se umas às outras para fazer o trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
28. Você é tratado/a com respeito pelos seus colegas de trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
29. Onde você trabalha, vocês tentam dividir igualmente as dificuldades do trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem você trabalha? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
31. A sua vida no trabalho e na família interferem uma na outra? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
32. Tem sido cada vez mais difícil encontrar, no trabalho, alguém em quem você possa confiar? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
33. Seus colegas de trabalho têm freqüentemente encorajado uns aos outros a trabalharem mais e mais rapidamente? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
34. Seu trabalho é (escolha uma alternativa):

1() Regular e estável 2() Sazonal 3() Temporário 4() Temporário e Sazonal 9() outro 8() não se aplica
35. Sua estabilidade no emprego é boa? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
36. Algumas pessoas perdem permanentemente os empregos que gostariam de manter. Qual a possibilidade de, nos próximos 2 anos, você vir a perder seu emprego atual? 1() muito improvável 2() pouco provável 3() provável 4() muito provável 8() não se aplica
37. Suas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
38. Em 5 anos, suas qualificações ainda continuarão válidas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica

IV - ATIVIDADES DOMÉSTICAS

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa. Avalie o grau de responsabilidade que você possui por cada uma delas.

Nº DE PESSOAS NA CASA _____

<i>ATIVIDADE</i>	1 Não	2 Sim, a < parte	3 Sim, divide igualmente	4 Sim, a maior parte	5 Sim, inteiramente	8 sem crianças pequenas* ou não se aplica
1. Cuidar das crianças?						
2. Cuidar da limpeza?						—
3. Cozinhar?						—
4. Lavar roupa?						—
5. Passar roupa ?						—
6. Feira/compra de supermercado						—
7. Levar filho ao médico						
8. Levar filho à escola						
9. Pequenos consertos						—
10. Cuida de deficiente?						

*Crianças pequenas: até 5 anos de idade.

<p>11. Você recebe algum tipo de ajuda para a realização dos trabalhos da casa? 0() sim 1() não 8() não se aplica</p>	<p>13. Quais os dias da semana que você realiza trabalhos da casa? 1() Todos os dias 2() Segunda a sexta 3() Nos finais de semana 8() não se aplica</p>
<p>12. De quem você recebe ajuda? 1() Ninguém 5() Outra mulher (mãe/irmã/filha/vizinha)</p>	

2()Empregada	6() Outro homem(pai/irmão/filho/vizinho)
3() Marido/ companheiro	7() Outra mulher/outro homem
4() Esposa/ companheira	8() não se aplica

V - SAÚDE REPRODUTIVA (FEMININA)

1. Idade 1ª relação sexual ____ anos 8 () não se aplica 1 () não teve relação sexual	2. Nº de gestações ____ 8() não se aplica	3. Sua 1ª gravidez foi planejada? 0 () sim 1 () não 8 () não se aplica
4. Nº de partos ____ 8 () não se aplica	5. Tipo do último parto 1 () Natural 2 () Cesáreo 3 () Fórceps 8 () não se aplica	6. Idade no 1º parto ____ anos 8 () não se aplica
7. Qual foi o peso ao nascer de seu último filho? 1 () Menos de 2.500grs 2 () Mais de 2.500gr 8 () não se aplica		
8. Nº de filhos N.V. e N.M. 0() N.V. ____ 1 () N.M. ____ 8 () não se aplica	9. Nº de abortos 0 () sim ____ 1 () não 8 () não se aplica	10. Tipo de aborto 1 () provocado ____ 2 () espontâneo ____ 8 () não se aplica
11. Gravidez atual 8() não se aplica 0 () sim ____ 1 () não	12. Menopausa 0() sim 8 () não se aplica 1 () não	13. Uso de MAC 8() não se aplica 0 () sim ____ 1() não
14. Número de Parceiro/a(s) sexual(is) atualmente: 1() apenas um 2 () mais de um 3 () vida sexual inativa 8 () não se aplica		

VI - SAÚDE REPRODUTIVA (MASCULINA)

1. Idade 1ª relação sexual ____ anos 8 () não se aplica	2. Nº de filhos N.V. e N.M. 1() N.V. ____ 2 () N.M. ____ 8 () não se aplica	3. Uso de MAC/ Proteção 0 () sim _____ 1 () não 8 () não se aplica
4. Número de parceiro/a(s) sexual(is) atualmente: 1() apenas um 2 () mais de um 3 () vida sexual inativa 8 () não se aplica		

VII - ATIVIDADES DE LAZER

1. Você participa de atividades regulares de lazer para se distrair ou relaxar? 0() sim 1() não

2. Você participa regularmente de algumas das atividades abaixo para relaxar ou se distrair? 8() não participa

Atividades sócio-culturais:

1() jogos* 2() cinema/teatro 3() festa 4() seresta 5() barzinho 6() praia/piscina 7() visita a amigos 10() viagens

11() museus/teatro/exposições/bibliotecas 12() igreja 13() assistir TV 14() ler livro 15() ouvir rádio

Atividades físicas:

1() ginástica 2() caminhada 3() futebol/vôlei 4() natação/bicicleta 5() hidroginástica 6() Yoga/dança

Outros: _____

3. O tempo que você tem para o lazer é suficiente? 0() sim 1() não 8() não se aplica

4. Em relação ao esforço físico das atividades de lazer para relaxar e se distrair, como classificaria suas atividades?

1() Leve (lê, ouve rádio, assiste TV)

2() Moderada (caminha, anda de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais)

3() Pesada (corre, faz ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais)

8() não se aplica

* Jogos: baralho, dominó, dama etc.

VIII – DOENÇAS AUTO-REFERIDAS

1. Você sentiu alguma dor nos últimos 4 meses? 0() sim 1() não **Se NÃO, salte para a questão 4**

2. Qual a intensidade da dor?

(0) sem dor (1) fraca (2) moderada (3) forte (4) violenta (5) insuportável

•-----•-----•-----•-----•-----•

0 1 2 3 4 5

3. Onde essa dor se localiza? 8() não se aplica

1() Músculo-esquelética 2() Sistema digestivo 3() Cabeça 4() Coluna 5() Outros. Especifique _____

4. Você tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?

Diabetes	0() sim	1() não	Distúrbio do sono	0() sim	1() não
Colesterol alto	0() sim	1() não	Hanseníase	0() sim	1() não
Obesidade	0() sim	1() não	Tuberculose	0() sim	1() não

Pressão alta	0 () sim	1 () não	DAD_____	0 () sim	1 () não
Câncer	0 () sim	1 () não	DORT_____	0 () sim	1 () não
Cardiopatia	0 () sim	1 () não	Dores de coluna	0 () sim	1 () não
Doença da tireóide	0 () sim	1 () não	AIDS	0 () sim	1 () não
IST_____	0 () sim	1 () não			

IST = Infecções Sexualmente Transmissíveis; DAD = Doença Articular Degenerativa; DORT = Distúrbios Osteomusculares Relacionada ao Trabalho

IX - SELF-REPORT-QUESTIONNAIRE - SRQ-20

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos **30 DIAS**. Se você acha que a questão se aplica a você e você sentiu a situação descrita nos últimos **30 DIAS** responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica à você e você não sentiu a situação, responda **NÃO**. Se você está incerto sobre como responder uma questão, por favor, dê a melhor resposta que você puder.

1 - Tem dores de cabeça freqüentemente?	0 () sim	1 () não
2 - Tem falta de apetite?	0 () sim	1 () não
3 - Dorme mal?	0 () sim	1 () não
4 - Assusta-se com facilidade?	0 () sim	1 () não
5 - Tem tremores nas mãos?	0 () sim	1 () não
6 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	0 () sim	1 () não
7 - Tem má digestão?	0 () sim	1 () não
8 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	0 () sim	1 () não
9 - Tem se sentido triste ultimamente?	0 () sim	1 () não
10 - Tem chorado mais do que de costume?	0 () sim	1 () não
11 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	0 () sim	1 () não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	0 () sim	1 () não
13 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	0 () sim	1 () não
14 - - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0 () sim	1 () não
15 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	0 () sim	1 () não
16 -? Você se sente pessoa inútil em sua vida?	0 () sim	1 () não
17 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	0 () sim	1 () não
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0 () sim	1 () não
19 - Tem sensações desagradáveis no estômago	0 () sim	1 () não
20 - Você se cansa com facilidade?	0 () sim	1 () não

X - USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

1. Você consome bebidas alcoólicas? Se você <u>NÃO BEBE</u>, siga para o bloco XI
0() sim 1() não
2. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
0() sim 1() não
3. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
0() sim 1() não
4. Sente-se chateado consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?
0() sim 1() não
5. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
0() sim 1() não

XI - HÁBITO DE FUMAR

1. Você já foi fumante? 0() sim 1() não
2. Você fuma atualmente? 0() sim 1() não <i>Se você <u>NÃO FUMA</u>, siga para o bloco XII</i>
3. Quantos cigarros você fuma por dia? ____ cigarros
4. Há quanto tempo você fuma? ____ anos ____ meses ____ dias

XII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

Esta seção trata de atos de violência dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 24 meses. Por favor, reflita sobre o que aconteceu e responda às seguintes perguntas:

1. Você sofreu alguma agressão física ou emocional (psicológica) nos últimos 24 meses?
0() sim 1() não Se marcou <u>NÃO</u>, siga para questão 5
2. Qual foi o tipo de agressão?
1 () Física Especifique _____ 2 () Psicológica 3 () Sexual 4 () Atos de destruição 5 () Negligência 6 () Outros Especifique _____
3. Quem praticou a agressão?
1 () esposo 2 () amigo 3 () irmão/irmã 4 () pai 5 () mãe 6 () filho(a) 7 () vizinho(a) 10 () desconhecido (a) 11 () Outros Especifique _____
4. Você já foi hospitalizado devido a alguma agressão nos últimos 24 meses? 0() sim 1() não
5. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 24 meses? 0() sim 1() não
6. Você lembra de ter sofrido agressão quando criança? 0() sim 1() não
7. Como as pessoas usualmente classificam sua raça/ cor da pele?
1() branca 2() amarela (oriental) 3() parda 4() origem indígena 5() preta 9() não sabe
8. Qual a frequência em que você pensa na sua raça/cor da pele?
1() nunca 2() uma vez ao ano 3() uma vez ao mês 4() uma vez na semana 5() uma vez ao dia 6() a cada hora 7() constantemente
9. Nos últimos 30 dias, você se sentiu emocionalmente chateado, por exemplo com raiva, triste ou frustrado, em função de como você foi tratado por causa de sua raça/cor da pele?

0 () sim 1 () não

XIII – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DA PESSOA

1. Durante o último mês, quanto você se sentiu incomodado(a) por quaisquer dos seguintes problemas?	0 Não me senti incomodado	1 Incomodou-me um pouco	2 Incomodou-me muito	8 Não se aplica
Dor no estômago				----
Dor nas costas				----
Dor nos braços, pernas, ou juntas (joelhos, quadril, etc.)				----
Cólica menstrual ou outros problemas relacionados à sua menstruação				
Dor ou problemas durante a relação sexual				
Dor de cabeça				----
Dor no peito				----
Tontura				----
Breves desmaios				----
Sentir seu coração bater forte ou acelerar				----
Perda de fôlego				----
Prisão de ventre, intestino solto, ou diarreia				----
Náusea, gases, ou indigestão				----

2. Nos últimos 15 dias com que frequência você se sentiu incomodado por qualquer um dos seguintes problemas?	0 Nenhuma	1 Poucos dias	2 Mais que a metade dos dias	3 Quase todos os dias
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas				
Sente-se triste, deprimido, ou desesperançado				
Dificuldade de pegar no sono, ou de continuar dormindo, ou ter dormido muito mais que necessário				
Sentir-se cansado ou com pouca energia				
Apetite fraco ou alimentar-se excessivamente				
Sentir-se mal consigo mesmo; ou pensar que você é um fracassado, ou que desapontou você mesmo ou sua família				
Dificuldade em se concentrar nas coisas, tipo ler um jornal ou assistir a televisão				

Se movimentar ou andar tão lentamente que outras pessoas pudessem ter notado? Ou o contrário — está se movimentando muito mais que o normal por estar inquieto ou agitado.				
--	--	--	--	--

3. Perguntas sobre ansiedade	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica
No último mês, você sofreu algum crise de ansiedade — sentindo medo ou pânico repentinamente?			-----
Se você respondeu “NÃO”, salte para a pergunta de número 5			-----
Isso já aconteceu antes em algum momento?			
Algumas dessas crises surgem repentinamente de forma inesperada — isto é, em situações onde você não espera se sentir nervoso ou incomodado?			
Essas crises o (a) incomodam muito ou você se preocupa em ter uma outra crise dessas?			

4. Pense sobre sua última grave crise de ansiedade.	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica
Você sentiu falta de ar?			
Seu coração acelerou, bateu mais forte, ou palpitou?			
Você sentiu dor ou pressão no peito?			
Você suou?			
Você sentiu como se estivesse em choque ou assustado?			
Você sentiu ondas de calor ou calafrios?			
Você sentiu náusea ou estômago embrulhado ou a sensação de que você estava prestes a ter uma diarreia?			
Você se sentiu tonto, fraco ou cambaleou?			
Você sentiu formigamento, dormência em partes do corpo?			
Você sentiu tremores?			
Você teve medo de que você estivesse morrendo?			

5. No último mês, com que frequência você se sentiu incomodado por qualquer um dos problemas seguintes?	0 Nenhu -ma	1 Vários dias	2 Mais que a metade dos dias	8 Não se aplica
Se sente nervoso, ansioso, tenso, ou preocupando-se muito sobre assuntos diferentes?				-----

Se você marcou “Nenhuma”, salte para questão de número 6				-----
Se sente inquieto de forma que se torna difícil ficar parado				
Cansa-se muito facilmente				
Tem tensão muscular, dores, ou inflamação				
Tem dificuldade de pegar no sono ou de continuar dormindo				
Tem dificuldade em se concentrar nas coisas, tipo ler um livro ou assistir a TV				
Fica facilmente aborrecido ou irritado				

6. Perguntas sobre alimentação	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica
Você normalmente sente que não consegue controlar <u>o que</u> você come e <u>quanto</u> come?			-----
Você freqüentemente come, <u>dentro de um período de 2 horas</u> , o que a maioria das pessoas consideraria uma grande quantidade de comida?			-----
Se você marcou ‘NÃO’ para alternativas “a” ou “b”, salte para a questão 8			-----
Isso ocorreu, em média, com uma freqüência de duas vezes na semana pelos últimos 3 meses?			

7. Nos últimos 3 meses, você <u>freqüentemente</u> fez algum dos seguintes itens para evitar ganhar peso?	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica
Forçou o vômito?			
Tomou mais do que duas vezes a dose recomendada de laxantes?			
Jejuou — não comeu absolutamente nada por pelo menos 24 horas?			
Fez exercícios físicos por mais de uma hora especificadamente para deixar de ganhar peso depois de comer exageradamente?			

8. Esses problemas citados até agora, têm dificultado sua rotina em lidar com o trabalho, tomar conta das coisas em casa, ou de se relacionar bem com outras pessoas?	0 Definitivamente não	1 Um pouco	2 Muito	3 Extremamente

9. No <u>último mês</u>, o quanto você se sentiu incomodado pelos seguintes problemas?	0 Não me incomodou	1 Incomodou-me um pouco	2 Incomodou-me muito	8 Não se aplica
Preocupação com a sua saúde				

Seu peso ou com sua aparência				
Pouco ou nenhum desejo sexual ou prazer durante o sexo				
Dificuldades com marido/mulher, parceiro(a)/amante, ou namorado e namorada				
O estresse de tomar conta dos filhos, pais e outros membros da família				
Estresse no trabalho fora de casa ou na escola				
Problemas financeiros ou preocupações				
Não ter ninguém para te dar apoio quando você tem um problema				
Algo ruim que aconteceu <u>recentemente</u>				
Sonhado ou pensado em algo terrível que aconteceu com você <u>no passado</u> .				

10. Você está tomando remédio para ansiedade, depressão ou estresse?	0()Sim	1()Não
---	----------------	----------------

Entrevistador _____

Hora de término: _____

Entrevistador: Por favor, antes de entregar este questionário revise-o todo completando aquelas questões não respondidas (“não se aplica”). Evite borrões e rasuras. Obrigada,

Coordenação.