

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

LÂNIA MARIA SOARES

**PERFIL DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR
PARCEIRO ÍNTIMO NO MUNICÍPIO DE BETIM, MG.**

Belo Horizonte

Julho / 2017

Lânia Maria Soares

**PERFIL DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR
PARCEIRO ÍNTIMO NO MUNICÍPIO DE BETIM, MG.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Área de concentração: Violência por Parceiro Íntimo.

Linha de pesquisa: As múltiplas faces da violência e seu impacto para a saúde das pessoas e populações.

Orientador: Dr. Antônio Leite Alves Radicchi

BELO HORIZONTE

Julho / 2017

S676p Soares, Lânia Maria.
Perfil da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo no Município de Betim, MG [manuscrito]. / Lânia Maria Soares. - - Belo Horizonte: 2017.
81f.: il.
Orientador: Antônio Leite Alves Radicchi.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência contra a Mulher. 2. Violência por Parceiro Íntimo. 3. Agressão. 4. Inquéritos Demográficos. 5. Fatores Socioeconômicos. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Radicchi, Antônio Leite Alves. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 308

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor:

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora:

Prof.^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação:

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa:

Prof.^a. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof.^a. Luiz Armando Cunha de Marco

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof. Antônio Tomaz Gonzaga da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Coordenadora:

Prof.^a. Elza Machado de Melo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Prof.^a. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof.^a. Cristiane de Freitas Cunha

Prof.^a. Eliane Dias Gontijo

Prof.^a. Elza Machado de Melo

Prof.^a. Efigênia Ferreira e Ferreira

Prof.^a. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Representante Discente: Maria Beatriz de Oliveira

Suplente: Marcos Vinícius da Silva

BELO HORIZONTE
Julho / 2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

**Perfil da Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo
no Município de Betim.**

LANIA MARIA SOARES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 07 de julho de 2017, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi- Orientador
UFMG

Prof(a). Elza Machado de Melo
UFMG

Prof(a). Ricardo Tavares
UFOP

Belo Horizonte, 7 de julho de 2017.

Aos meus filhos, Marco Túlio e Ana Luíza.
Vocês são a razão maior do meu esforço e
dedicação. Obrigada pelo carinho e
reconhecimento.

AGRADECIMENTOS

Ao atencioso professor Dr. Antônio Leite Alves Raddichi, pelo apoio e estímulo acadêmico. Obrigada pela paciência e compreensão.

Ao professor Dr. Ricardo Tavares, pelo apoio parcimonioso nas análises estatísticas.

À professora Dra. Elza Machado de Melo, pela grande contribuição nas pesquisas em prol das mulheres e promoção da cultura de paz.

Aos professores membros da Banca Examinadora, pelas sensatas considerações que contribuíram para o meu aprimoramento acadêmico.

Aos demais professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG, pelas valiosas contribuições e aprendizado.

À Lauriza Maria Nunes Pinto e Amanda Batista Marcelino, pelo carinho e apoio.

Aos profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, em especial, aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se dedicaram a esta pesquisa com tanta boa vontade e entusiasmo.

A minha família que compreendeu, por várias vezes, o motivo da minha ausência para se dedicar aos estudos.

A DEUS, pela oportunidade de crescimento e aprimoramento profissional.

Obrigada!

APRESENTAÇÃO

Como enfermeira especialista na área de atenção à saúde da mulher e da criança, trabalhei durante doze anos na Maternidade do Bairro Jardim Teresópolis em Betim, uma das regiões mais violenta do município. Durante estes anos tive a oportunidade de conviver com diversas situações envolvendo agressões de mulheres: mulheres vítimas de violência sexual, gestantes vítimas de violência física, verbal e psicológica que procuravam atendimento na maternidade, entre outras formas. No início da década de 1990, o atendimento à mulher vítima de violência sexual e física não seguia um fluxo bem definido. A abordagem se baseava, praticamente, no acolhimento através da escuta e no tratamento medicamentoso. Não dispúnhamos de ferramentas adequadas para a abordagem da violência de gênero, tais como: treinamentos, protocolos e fluxos definidos na rede SUS Betim. Somente a partir de 2013 que foi instituído o protocolo de atendimento as mulheres vítimas de violência sexual com abordagem humanizada, profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção de emergência. A invisibilidade da violência contra as mulheres permitia que os atos violentos fossem perpetuados por anos e anos sem medidas eficazes de prevenção. Participar do Inquérito SAUVI (*Subsídios para a Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência*), fazendo um recorte nas questões relacionadas à Violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, apresentou-se como uma oportunidade de buscar conhecimentos e informações para entender melhor como se dá a dinâmica da violência de gênero no município. Dessa forma, a partir dos resultados encontrados neste estudo, espera-se sensibilizar os profissionais de saúde e gestores para a importância de identificar a violência contra as mulheres, estimular a sua notificação e com isso elaborar propostas para o seu enfrentamento.

RESUMO

Este estudo é parte da pesquisa Saúde e Violência: Subsídios para a formulação de Políticas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – SAUVI, inquérito domiciliar realizado em Betim, Minas Gerais, no ano de 2014 e 2015. Seu objetivo é investigar o perfil da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo no município de Betim. A cidade é considerada uma das mais violentas da região metropolitana de Belo Horizonte com alta prevalência de homicídios de jovens em situação de vulnerabilidade social. Utilizou-se o método de amostragem estratificada por conglomerados em três estágios, a saber: setor censitário, domicílio e respondente, utilizando a Tabela de Kish. A amostra foi composta por 689 mulheres com 20 anos ou mais residentes nos 1129 domicílios selecionados. Foram utilizadas as seguintes variáveis: sociodemográficas – faixa etária, escolaridade, estado civil, cor ou raça, renda, condição de moradia e ocupação; bloco saúde – doenças crônicas (físicas e psiquiátricas), uso de álcool e outras drogas, uso de medicamentos; bloco violência por parceiro íntimo – presença de violência e suas consequências. Neste trabalho foi ajustado um modelo de análise de regressão logística para analisar a relação entre a violência contra mulher por parceiro íntimo e as variáveis explicativas referentes aos fatores sócios demográficos e fatores comportamentais. Esse modelo apontou a correlação direta da ocorrência da violência por parceiro íntimo com a faixa etária, escolaridade e distúrbio de ansiedade nas mulheres investigadas.

Palavras-chave: Violência; violência contra a mulher; violência por parceiro íntimo.

ABSTRACT

This study is part of the research "Health and Violence: assistance for the creation of Policies for Health Promotion and Violence Prevention" (Saúde e Violência: Subsídios para a Formulação de Políticas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – SAUVI), a household survey conducted in Betim, Minas Gerais, in 2014 and 2015. Its goal is to investigate the profile of violence against women committed by an intimate partner in the city of Betim. The city is considered one of the most violent in the metropolitan area of Belo Horizonte, with a high incidence of homicide cases of young people in social vulnerability. The stratified cluster sampling method was used in three stages, being: census tract, household and respondent, using the Kish selection grid. The sample consisted of 689 women, aged 20 years or more, residing in 1129 selected households. The following conditions were used: sociodemographic – age bracket, education, marital status, race or color, income, housing condition and occupation; health – chronic diseases (physical and psychiatric), use of alcohol and other drugs, medication use; and violence by intimate partner – violence existence and its consequences. A logistic regression analysis model was adjusted in this study to examine the relationship between violence against women by intimate partner and the explanatory variables related to the sociodemographic factors and health conditions. This model pointed to the direct correlation of the occurrence of violence by intimate partner with the age group, education and anxiety disorder of the women investigated.

Keywords: Violence; violence against women; violence by intimate partner.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Taxas de homicídio de mulheres (por 100 mil), por UF e região. Brasil. 2003/2013.
- Figura 2: Número e taxas (por 100 mil) de homicídio de mulheres no Brasil. 1980 / 2013.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Distribuição percentual das mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo segundo as condições sócio-demográficas. Betim, Minas Gerais, Brasil – 2014.
- Tabela 2 Distribuição percentual das mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, segundo as condições de saúde. Betim, Minas Gerais, Brasil – 2014.
- Tabela 3 Distribuição percentual das mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, segundo as consequências. Betim, Minas Gerais, Brasil – 2014.
- Tabela 4 Modelo final de análise de regressão logística: violência contra mulher por parceiro íntimo, fatores sócio-demográficos e comportamentais, segundo as variáveis explicativas. Betim, Minas Gerais, Brasil – 2014.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CRISP	Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública
CEDAW	Committee for the Elimination of All Forms of Discrimination against Women
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
ESF	Equipes da Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde
LO	Lei Orgânica
MEDCARIB	Literatura do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde Médica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PATH	Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PUBMED	PublicMedline
SAUVI	Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VPI	Violência Por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	IMPACTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA VIDA DAS MULHERES	17
	2.1 Femicídio	21
	2.2 Enfrentamento da violência contra a mulher	23
3	JUSTIFICATIVA	27
4	OBJETIVOS	29
	4.1 Objetivo geral	29
	4.2 Objetivos específicos	29
5	HIPÓTESE	30
6	METODOLOGIA	31
	6.1 População alvo/ amostragem	31
	6.2 Trabalho de Campo	33
	6.3 Recorte violência por parceiro íntimo	34
	6.4 Variáveis selecionadas	34
	6.5 Aspectos éticos	36
7	RESULTADOS	37
8	DISCUSSÃO	45
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	50
	ANEXOS	55

1 INTRODUÇÃO

Este estudo faz parte da pesquisa Saúde e Violência: Subsídios para a formulação de Políticas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - SAUVI. Desenvolvida pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, em parceria com os municípios de Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves e Sete Lagoas, conta com o apoio técnico, logístico e financeiro dos Municípios envolvidos e do Ministério da Saúde.

A pesquisa SAUVI objetiva o estudo da violência em suas múltiplas faces, em diferentes grupos populacionais - homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos - mediante entrevistas estruturadas e emprego de questionários organizados em blocos temáticos, a saber: condições sócio-demográficas, saúde, trabalho, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária e violência auto infligida. Este projeto pretende fazer um recorte na análise da violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo no município de Betim.

A invisibilidade desse fenômeno tem fomentado o seu crescimento. Todo ano, milhares de mulheres perdem suas vidas e muitas outras ficam sequelas por resto da vida devido às agressões (MINAYO,2005).

A violência tem impacto considerável na saúde da população, tornando-se uma das principais causas de morte e/ou de internações dos indivíduos. O seu enfrentamento passou a ocupar lugar de destaque nas ações dos programas de saúde pública diante de sua relevância. O impacto da violência na saúde pública já havia sido descrito por Minayo:

A violência é um fenômeno sócio histórico que acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública. Transforma-se em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor (MINAYO, 2005, P.10).

Segundo Welsfisz (2014), a violência se coloca como uma das principais causas de morbimortalidade da população mundial, principalmente nos países considerado em situação de pobreza. A escassez de políticas públicas que

promovam uma cultura de paz ainda é considerada realidade no Brasil e em vários países do mundo.

Na área da saúde, os impactos da violência têm reflexo intenso, devido aos custos com ocupação de leitos, cirurgias e reabilitação.

Sobre estes impactos, Welselisz afirma:

Em 2013 foram feitas 1.056.372 hospitalizações por causas externas, 9,5% de todas as internações no Brasil, demonstrando a tragédia cotidiana que põe em risco a população brasileira (WELSELFISZ, 2014. p 113).

A amplitude da violência está relacionada a diversos fatores, entre eles: as condições sócio-demográficas da população, abuso de álcool e outras drogas, fácil acesso às armas de fogo, à corrupção generalizada no país e a intolerância. Em 2000, estima-se que cerca de 1,6 milhões de pessoas em todo o mundo morreram de violência auto infligida, interpessoal ou coletiva. Muitas das vítimas eram homens jovens, a maioria dessas mortes ocorreu em países de baixa renda (DAHLBERG & KRUG, 2006).

Para a Organização Mundial de Saúde (2014), a violência é considerada como: “Uso intencional ou ameaça de uso da força física contra outra pessoa ou si próprio que resulta em, ou tem a probabilidade de resultar em lesão, morte ou dano psicológico” (OMS, 2014, p.2).

A violência autodirigida é representada pela violência interpessoal e violência coletiva. Esse tipo de violência, ainda, subdivide-se em comportamento suicida e agressão auto-infligida, sendo que autoagressão inclui atos como a automutilação enquanto a violência interpessoal divide-se em duas subcategorias, a violência de família e a violência na comunitária (DAHLBERG & KRUG, 2006).

A alta taxa de violência foi observada no estudo realizado por Reichenheim *et al*

A taxa de homicídios no Brasil em 2007 era de 26,8 por 100.000 pessoas, taxa superior à notificada na China (1,2 por 100.000 em 2007) e na Argentina (5,2 por 100.000 em 2007), mas é inferior à praticada na África do Sul (36,5 por 100.000 em 2008) e Colômbia (38,8 por 100.000 em 2007). Homens jovens, negros e pobres são as principais vítimas e os principais agressores na comunidade, ao passo que mulheres e crianças negras desfavorecidas são as principais vítimas da violência doméstica (REICHENHEIM *et al*, 2011 p 45).

As causas da violência não estão relacionadas a um fator específico. Elas podem se manifestar em diferentes grupos étnicos, culturais, gêneros, religião, sexualidade, etc. Do mesmo modo, a violência não é geograficamente localizada, podendo estar presente nos lares, nas instituições de saúde, nas maternidades na forma de violência obstétrica, no trânsito, nos bares, associada ao consumo exacerbado de álcool, nas escolas, locais de trabalho e no esporte através de brigas de torcidas organizadas.

Em se tratando de violência contra a mulher, observa-se que essa prática se tornou um evento desumanamente democrático presente na sociedade nestes últimos anos sem discriminação de classe, limites econômicos e culturais. Contudo:

Se esse reconhecimento permite afirmar que qualquer mulher pode ser vítima de violência, alertando para um fenômeno cujas dimensões extrapolam as relações pessoais e atingem dimensões políticas e, conseqüentemente impõem a necessidade de políticas públicas para seu enfrentamento, é importante compreender que a experiência da violência na vida das mulheres e o acesso aos recursos para superar a experiência são diferentes (BRASIL, 2016, p. 35).

Espera-se que os resultados aqui apresentados possam ajudar a construir diretrizes para políticas públicas de prevenção da violência por parceiro íntimo e subsidiar ações de vigilância em saúde da mulher no município. Para tanto, serão analisados dados provenientes do inquérito domiciliar intitulado *Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência (SAUVI)* realizada em Betim.

2. IMPACTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA VIDA DAS MULHERES

Minayo procurou definir a violência contra a mulher, usando o Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde (PATH) que resume um conjunto de conceituações hoje vigentes:

Qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta, ou que provavelmente resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada (MINAYO, 2005, p. 119).

Ao longo dos anos, a sociedade se acomodou com o fenômeno da violência aceitando-a pacificamente como parte integrante do seu cotidiano. Estudos apontaram que a violência praticada pelo homem contra a mulher é tida, em muitas sociedades, como resultado natural das relações conjugais. Esse entendimento, equivocado em sua essência, reporta a uma situação de invisibilidade da violência e de suas vítimas (ROSA *et al*, 2013 p 39).

O movimento feminista é considerado como precursor na luta pela igualdade de direitos entre homens e mulheres. A crítica feminista às relações opressoras é questionada nos trabalhos de Butler. Segundo Cyfer (2015), Butler aponta que:

O feminismo problematizou pouco o conceito “mulher”, pressupondo-o como uma categoria universal capaz de representar os interesses de todas as mulheres. Em sua visão, a presunção de universalidade e convergência dos interesses das mulheres, embora tenha cumprido um papel importante na promoção de sua visibilidade política, oculta as disputas e assimetrias entre as próprias mulheres (CYFER apud BUTLER, 2015, p 44).

A utilização de patriarcado enquanto forma de dominação dos homens sobre as mulheres permite observar que a soberania não está presente apenas na esfera familiar, tampouco apenas no âmbito trabalhista, na mídia ou na política. Pode-se dizer que: “o patriarcalismo compõe a dinâmica social como um todo, estando inclusive, inculcado no inconsciente de homens e mulheres individualmente e no coletivo enquanto categorias sociais” (MORGANTE & NADER, 2014).

O patriarcalismo no conceito Weberiano pode ser utilizado para fazer referência a qualquer organização social historicamente que tenha no patriarca a autoridade fundamental do grupo doméstico:

A autoridade familiar e doméstica é que funda o patriarcado e implica uma determinada divisão sexual que Weber denominava ‘normal

Como um tipo ideal, o patriarcado weberiano tem um sentido a-histórico, haja vista sua possibilidade de ser usado em diversos momentos históricos para fazer referência à dominação exercida por um patriarca em uma comunidade familiar ou econômica. (MORGANTE & NADER, 2014 p6).

Estudo revela que a violência de gênero na relação afetiva entre os casais demonstra a existência do controle social sobre os corpos, a sexualidade e as mentes femininas, evidenciando, ao mesmo tempo, a posição diferenciada de homens e mulheres na estrutura familiar e social, assim como a disseminação das práticas de poder e dominação na ordem patriarcal. A prática da violência física e sexual está sendo mantida como forma de controle, já que se justifica na violência simbólica (BANDEIRA, 2014).

Segundo o conceito de Bourdieu, a violência no campo simbólico constitui termo que explicaria: “a adesão dos dominados em um campo: trata-se de dominação consentida, pela aceitação das regras e crenças partilhadas como se fossem “naturais”, e da incapacidade crítica de reconhecer o caráter arbitrário de tais regras impostas pelas autoridades dominantes” (BOURDIEU, 1970).

O impacto socioeconômico dos efeitos provocados pela violência envolve não somente o Brasil, bem como outros países. Pesquisas realizadas entre as mulheres em Nagpur, Índia, por exemplo, demonstrou que 13% delas precisaram abandonar o trabalho remunerado por causa de abuso, faltando uma média de sete dias úteis por incidente, e 11% não conseguiram realizar os afazeres domésticos devido a consequências da violência (OMS, 2002, p.93-114).

A consequência da violência para a saúde da mulher pode se apresentar sob diversas maneiras trazendo prejuízos para a saúde e também financeiro. Estudo realizado por Mello (2010) apontou que mulheres que sofrem violência estão sujeitas a adquirir: gravidez indesejada; doenças sexualmente transmissíveis; problemas gastrintestinais; dores crônicas e lesões pelo corpo; depressão; ansiedade; fobias; pânico; aumento no consumo de álcool e drogas; baixo rendimento escolar e dificuldades no trabalho (MELO, 2010).

Pesquisa realizada em Pernambuco revelou que 34% das mulheres que sofreram violência física e/ou sexual por parte do seu companheiro, apresentaram vários problemas de saúde tais como: dores, desconforto severo,

problemas de concentração e tontura, tentativas de suicídio e alcoolismo (LUCENA *et al*, 2012).

A partir da década de 1990, observaram-se em estudo altas prevalências de violência física por parceiro íntimo (VPI), variando no mundo de 15,4% a 70,9%, para uma única ocorrência de ao menos uma vez na vida. “Segundo o autor” a definição de VPI ainda não é consensual, havendo variações nos instrumentos utilizados, populações investigadas e condições de coleta dos dados” (D'OLIVEIRA *et al*, 2009).

Nem mesmo gestantes e puérperas são poupadas da violência praticada por seus parceiros. Lettiere (2012) afirma que a violência na gestação pode causar ausência às consultas de pré-natal, mal-uso de medicamentos e nascimento de bebês prematuros.

Em uma relação conjugal violenta, o homem procura deixar marcas físicas no corpo da mulher como forma de vingança e demonstração de poder sobre o corpo feminino. Segundo Dourado & Noronha (2014):

Caráter invasivo da violência conjugal do tipo físico que, ao ultrapassar arbitrariamente as fronteiras do corpo da mulher, tende a deixar marcas, não só concretas, mas também simbólicas nos rostos das vítimas. A ocorrência de lesões buco-maxilofaciais em mulheres vitimizadas por parceiro íntimo em até 81% dos casos, leva-nos a ponderar sobre a magnitude desse problema e de suas implicações no plano micro e macrossocial, gerando necessidades que requerem ações na perspectiva da integralidade da rede assistencial (DOURADO, NORONHA 2014. P 17).

Várias situações podem contribuir para a ocorrência da violência por parceiro íntimo. O Protocolo Latino-americano para investigação das mortes violentas de mulheres por razões de gênero no Brasil cita que:

O modelo ecológico feminista auxilia a compreender que a violência contra as mulheres é um fenômeno multifacetado e que decorre da combinação entre fatores pessoais e aqueles situacionais e socioculturais – contemplando as relações familiares, comunitárias e na sociedade mais ampla. O modelo utiliza a ecologia social como marco de compreensão heurística das relações sociais examinando aspectos em quatro níveis de causalidade que se apresentam superpostos: individual, relacional, comunitário e social (BRASIL, 2016, p. 32-34).

Fatores de desigualdades de gênero são apontados pelo senso 2014 realizado pelo IBGE. Da população adulta no país, 72,3 % das pessoas do sexo masculino

estão inseridas na População Economicamente Ativa (PEA) contra 52,7% do sexo feminino. Este fato vem de encontro à relação de mulheres e condições de vulnerabilidade e pobreza (PIOSIADLO *et al*, 2014 p 8).

Geograficamente é possível determinar a maior frequência dos atos de violência entre parceiros íntimos. Segundo Reichenheim *et al.* (2011), as regiões do Brasil em que há maior prevalência da violência doméstica são a Norte e Nordeste – as menos desenvolvidas, onde a cultura patriarcal vigora pela desigualdade entre gêneros, seguindo um padrão regional, mais elevada em oposição às regiões Sul e Sudeste, historicamente mais desenvolvidas. Esta afirmativa pode ser comprovada através da Figura 1, que apresenta as taxas de homicídios cometidos contra mulheres de acordo com a região.

Figura 1: Taxas de homicídio de mulheres (por 100 mil), por UF e região. Brasil. 2003/2013

UF/REGIÃO	Número			% População		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
Acre	2.369	8.235	10.604	1,0	3,3	2,2
Amapá	10.890	9.392	20.282	5,0	4,0	4,5
Amazonas	28.670	44.437	73.107	2,6	3,8	3,2
Pará	66.617	121.240	187.857	2,6	4,5	3,6
Rondônia	5.627	10.668	16.295	1,0	1,8	1,4
Roraima	3.107	5.841	8.948	2,3	4,2	3,2
Tocantins	7.266	20.778	28.044	1,5	4,1	2,8
Norte	124.546	220.591	345.137	2,3	3,9	3,2
Alagoas	31.298	42.644	73.942	3,0	3,5	3,3
Bahia	89.471	178.803	268.274	1,8	3,1	2,5
Ceará	87.643	123.434	211.077	3,0	3,8	3,4
Maranhão	40.678	86.189	126.867	1,9	3,8	2,9
Paraíba	33.144	48.245	81.389	2,6	3,3	2,9
Pernambuco	35.965	124.426	160.391	1,2	3,6	2,5
Piauí	24.730	38.668	63.398	2,3	3,4	2,9
Rio Grande do Norte	45.666	79.708	125.374	4,1	6,2	5,2
Sergipe	32.379	26.848	59.227	4,4	3,4	3,9
Nordeste	420.974	748.965	1.169.939	2,3	3,6	3,0
Espírito Santo	10.511	42.397	52.908	0,8	2,9	1,9
Minas Gerais	156.398	260.177	416.575	2,2	3,2	2,7
Rio de Janeiro	59.715	137.092	196.807	1,0	2,0	1,5
São Paulo	188.524	415.216	603.740	1,2	2,4	1,8
Sudeste	415.148	854.882	1.270.030	1,4	2,5	2,0
Paraná	76.979	208.309	285.288	2,0	4,9	3,5
Rio Grande do Sul	85.094	135.615	220.709	2,1	3,0	2,6
Santa Catarina	55.862	79.613	135.475	2,3	3,1	2,7
Sul	217.935	423.537	641.472	2,1	3,7	3,0
Distrito Federal	17.589	31.980	49.569	1,9	2,8	2,4
Goiás	44.583	102.504	147.087	2,0	4,2	3,1
Mato Grosso	13.674	35.600	49.274	1,2	3,1	2,2
Mato Grosso do Sul	15.421	15.808	31.229	1,8	1,7	1,8
Centro-Oeste	91.267	185.892	277.159	1,8	3,3	2,6
BRASIL	1.269.870	2.433.867	3.703.737	1,8	3,1	2,5

Fonte: Waiselfisz, 2015.

Estudo realizado nos Estados Unidos apontou certa relação entre o estado civil das mulheres e a exposição à violência por parceiro íntimo. A pesquisa revelou que as mulheres casadas estavam menos sujeitas ao risco de homicídio que as

solteiras, e no Canadá as taxas de homicídios foram mais prevalentes entre as mulheres em coabitação do que para as casadas. Conhecer a situação conjugal aumenta a chance de proteção das mulheres, pois o processo de separação do marido, companheiro ou namorado configura-se como uma situação de risco para feminicídio (MENEHHEL & HIRAKATA, 2011).

2.1 Feminicídio

Considera-se que feminicídio seja o desfecho de um histórico de agressões, essas por sua vez, naturalizada pela sociedade fundada em bases discriminatórias e desigualdades sociais. Para Meneghel & Hirakata (2011), a prevalência de homicídios de mulheres representa em torno de 10% do total da mortalidade masculina por agressão, taxa pouco expressiva em percentuais e muito significativa por se tratar de crime relacionado à condição de gênero, problema social que não se compara ao universo masculino, pois, as mortes masculinas acontecem em espaços públicos.

A morte de mulheres em circunstâncias mais delicadas e graves é tratada na lei 13.104/2015, Lei do feminicídio. Considerada uma legislação penal extravagante, ou seja, complementar ao Código Penal, está igualmente associada aos crimes mais graves, tendo sido incorporada ao rol de Crimes Hediondos no ano de sua edição.

Segundo Waiselfisz, (2015), classifica-se como crime hediondo: os assassinatos de mulheres, e com agravantes que acontecem em situações específicas de vulnerabilidade (gravidez, menor de idade, na presença de filhos, etc.).

Analisando o contexto da violência no país, observa-se que os dados a serem apresentados são preocupantes e demanda intervenção efetiva. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), entre 1980 e 2013, aponta que morreram 106.093 mulheres, vítimas de homicídio no país. O número de vítimas passou de 1.353 mulheres em 1980, para 4.762 em 2013, um aumento de 252%. De 2,3 por 100 mil em 1980 para 4,8 em 2013, um aumento de 111,1%⁶. (WAISELFISZ, 2015 p 12). A Figura 2 apresenta os percentuais de mulheres vítimas de homicídios no Brasil entre 1980 e 2013.

Figura 2: Número e taxas (por 100 mil) de homicídio de mulheres no Brasil. 1980 / 2013

Ano	n.	Taxas	Ano	n.	Taxas
1980	1.353	2,3	2001	3.851	4,4
1981	1.487	2,4	2002	3.867	4,4
1982	1.497	2,4	2003	3.937	4,4
1983	1.700	2,7	2004	3.830	4,2
1984	1.736	2,7	2005	3.884	4,2
1985	1.766	2,7	2006	4.022	4,2
1986	1.799	2,7	2007	3.772	3,9
1987	1.935	2,8	2008	4.023	4,2
1988	2.025	2,9	2009	4.260	4,4
1989	2.344	3,3	2010	4.465	4,6
1990	2.585	3,5	2011	4.512	4,6
1991	2.727	3,7	2012	4.719	4,8
1992	2.399	3,2	2013	4.762	4,8
1993	2.622	3,4	1980/2013	106.093	
1994	2.838	3,6	$\Delta\%$ 1980/2006	197,3	87,7
1995	3.325	4,2	$\Delta\%$ 2006/2013	18,4	12,5
1996	3.682	4,6	$\Delta\%$ 1980/2013	252,0	111,1
1997	3.587	4,4	$\Delta\%$ aa. 1980/2006	7,6	2,5
1998	3.503	4,3	$\Delta\%$ aa. 2006/2013	2,6	1,7
1999	3.536	4,3	$\Delta\%$ aa. 1980/2013	7,6	2,3
2000	3.743	4,3			

Fonte: Waiselfisz, 2015.

A Figura 2 revela que o país ocupou a 5ª posição em homicídios de mulheres no ano de 2013. De acordo com Waiselfisz, neste período morreram assassinadas, proporcionalmente ao tamanho das respectivas populações:

66,7% mais meninas e mulheres negras do que brancas. Efetivamente, só El Salvador, Colômbia, Guatemala (três países latino-americanos) e a Federação Russa evidenciam taxas superiores às do Brasil. Mas as taxas do Brasil são muito superiores às de vários países tidos como civilizados: 48 vezes mais homicídios femininos que o Reino Unido; 24 vezes mais homicídios femininos que Irlanda ou Dinamarca e 16 vezes mais homicídios femininos que Japão ou Escócia (WAISELFISZ, 2015 p 17).

Segundo dados do Mapa da Violência 2015: Homicídios de mulheres no Brasil, treze mulheres foram mortas por dia no País em 2013, aproximadamente cinco mil no ano (WAISELFISZ, 2015). Meneghel *et al.* (2013) também, observou a presença de crimes de gênero caracterizados pela crueldade, semelhantes aos encontrados em regiões de elevada violência e misoginia. O autor procurou visibilizar os feminicídios como crimes de natureza política, e objetivou denunciar essas mortes evitáveis, cujas vítimas são, em sua maioria, mulheres: jovens, negras, profissionais do sexo e moradoras de territórios marcados pelo tráfico e pela pobreza.

Crimes de natureza sexual, dependendo de suas circunstâncias, podem ser analisados de forma semelhante a genocídio. Estudo realizado por Vito *et al* (2009), tenta estabelecer uma concepção mais ampla de genocídio – capaz de envolver tanto a esfera individual, quanto coletiva:

O estupro (quando tipificado como genocídio) pode ser compreendido como violação cometida tanto contra o indivíduo, quanto contra o grupo. Entretanto, estas duas esferas – individual e coletiva – nunca poderão ocupar o mesmo patamar, uma vez que a proteção de grupos humanos constitui a própria fundamentação da criminalização do genocídio (VITO *et al*, 2009. p. 3).

No entendimento de Vito, o estupro é considerado genocídio quando praticado contra grupos específicos, exemplo: estupros contra mulheres, negras, e em situação de vulnerabilidade social. Neste caso, essa prática deverá ser situada e tratada como um crime contra grupos específicos, sua dinâmica muda e ele não é mais simplesmente uma violação de um indivíduo, passando a fazer parte de uma percepção mais avançada para proteger o grupo. Portanto, há lugar para ambos, vítima individual do genocídio e vítima individual do estupro como genocídio (VITO *et al*, 2009).

2.2 Enfrentamento da violência contra a mulher

A vitimização da mulher no espaço conjugal foi um dos maiores alvos do movimento feminista na década de 1970, trazendo para a esfera pública um assunto que até então era visto como de âmbito privado. Do ponto de vista legislativo, a Lei 11.340 (Código Civil Brasileiro), de 7 de agosto de 2006, foi sancionada criando mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Zancan *et al*, 2013).

Por essa lei, todo caso de violência doméstica contra a mulher é considerado crime, e:

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências (BRASIL, 2006).

Esta lei entrou em vigor em 22 de setembro de 2006, recebendo o nome de “Lei Maria da Penha”. O nome dessa Lei se refere ao caso de uma mulher que ficou paraplégica devido às agressões sofridas por parte do seu companheiro.

Porto & Bucher-Maluschke (2014), afirmam que o movimento feminista foi responsável pelas conquistas importantes na Constituição de 1988 e na efetivação das primeiras políticas públicas para as mulheres, por exemplo, as delegacias especializadas de atendimento à mulher (DEAM) e o programa de atenção integral à saúde da mulher (PAISM). Conquistas que continuaram na década de 1990 com as casas-abrigo e, mais recentemente, com os centros de referência.

Analisando as medidas de enfrentamento à violência de gênero através da história, pode-se citar: As Delegacias de Atendimento às Mulheres; Lei Maria da Penha; Lei 10.778 que prevê a notificação obrigatória em todo o país de violência contra mulheres por parte de serviços de saúde públicos e privados; criação da Secretaria Especial de Políticas da Mulher; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM); Central de Atendimento à Mulher (180); Plano Nacional de Políticas da Mulher; a Lei 13.104/2015; (Lei do Feminicídio), dentre várias outras (WAISELFISZ 2015, p. 26).

A notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências foi implantada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, em 2009. A notificação deve ser realizada de forma compulsória e universal em todas as Instituições de saúde nas situações de suspeita ou confirmação de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Poucas respostas foram obtidas pelos governos com as medidas citadas. Somente com a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República, em 2003, o país passou a ter uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres cujas ações:

Contemplam abordagem integral, Inter setorial, multidisciplinar, transversal e capilarizada, desenvolvidas de forma articulada e colaborativa entre os poderes da República e os entes federativos (BRASIL, 2017, p. 14).

As mulheres em situação de violência conjugal procuram buscar ajuda para escapar do sofrimento que as perturbam. Para Santos & Moré (2014), além das políticas públicas como forma de enfrentamento da violência, as mulheres buscam outras pessoas para conversar, como colegas de trabalho, amigos, vizinhos e familiares, igrejas, profissionais da saúde, etc.

Dutra *et al.*, (2013), afirmam que nem sempre a separação do casal é o melhor caminho para o enfrentamento da violência. Para os autores a abordagem das redes sócia humanas das mulheres mostrou que a manutenção da violência se apoia em dinâmicas que pressupõem uma rede restrita a atores que não ameacem o poder do parceiro.

Percebe-se na sociedade, que as mulheres permanecem em situação de violência devido a diversos fatores, tais como: medo, amor pelo parceiro e pelos filhos, esperança de mudança na relação e cobrança de familiares. Para Gomes, a mulher desenvolveu uma dependência emocional pelo parceiro, uma necessidade e idealização do outro que impede a separação (GOMES, 2014).

Hoje, o modelo assistencial de Saúde da Família, tem fundamental importância para a democratização das relações de gênero e para a prevenção da violência contra a mulher. A implementação de ações neste modelo deve traduzir-se, principalmente, na promoção de condições que facilitem o desenvolvimento de interações pessoais mais justas e de reconhecimento dos méritos e da contribuição feminina para a sociedade. Segundo Minayo, o caminho para o enfrentamento da violência seria investir na nova geração de crianças:

A base para esse ambiente deve ser a nova geração das crianças que devem crescer com melhores capacidades do que tiveram seus pais, de forma geral, em lidar com os relacionamentos e resolver seus conflitos internos, com maiores oportunidades para seu futuro e com noções mais adequadas sobre como os homens e mulheres podem se relacionar e compartilhar o poder (MINAYO, 2005, p.132).

Políticas sociais de acesso à moradia, saúde, segurança e educação são medidas que podem reduzir a violência. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2012 apontou que as famílias brasileiras aumentaram seu acesso à casa própria, redes coletoras de esgoto, lixo e

iluminação elétrica. O universo da pesquisa abrangeu amostra de 147 mil domicílios (IBGE, 2012).

Apesar de todas as conquistas ao longo dos anos, como a evolução da legislação, a criação de serviços específicos de atendimento para a mulher em todo o território nacional e a obrigatoriedade da notificação, a prevalência da violência contra a mulher não se reduz. Ainda persistem dificuldades para punir os agressores e para proteger as vítimas (BORGES *et al*, 2014 p.11).

Considerando este cenário a respeito da violência doméstica, percebe-se que esta pode ser evitada. “Podem-se encontrar exemplos bem-sucedidos em todo o mundo, desde trabalhos individuais e comunitários em pequena escala até políticas nacionais e iniciativas legislativas” (OMS, 2002).

Combater o acesso desigual e a restrição de oportunidades de direito que perpetuam a violência pode ser um dos pilares para o combate da violência de gênero. O problema não se restringe às fronteiras geográficas, etnias ou classes sociais, dificultando que governos e organizações lidem com esta situação. Assim, o enfrentamento da violência contra a mulher não passa apenas pela elaboração de leis, mas pela forma de funcionamento dos indivíduos nas famílias e, é óbvio, na sociedade. É necessário avançar na prevenção, o que ainda é um grande desafio (ROSA *et al*, 2013).

3 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa surge da necessidade de compreender a dinâmica da prevalência da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo no Município de Betim e de produzir evidências que facilite o processo de abordagem, intervenção e prevenção deste comportamento violento.

O município de Betim é considerado uma das cidades mais violentas da região metropolitana de Belo Horizonte conforme se ver nos noticiários dos jornais, rádios e televisão diariamente. Esta hipótese pode ser confirmada segundo os dados do Mapa da Violência 2014 ao apontar que:

Em 2008, Betim ocupou o primeiro lugar em Minas Gerais na taxa de homicídios (65,9 em 100 mil hab.), já em 2012, Betim passou a ocupar o sétimo lugar (55,5 em 100 mil habitantes). (WAISELFISZ, 2014 p 93).

Segundo o IBGE, Betim contou com uma população estimada, em 2014, de 412.003 habitantes (IBGE, 2014).

A cidade organiza-se administrativamente em dez regiões: Alterosas, Centro, Citrolândia, Icaivera, Imbiruçu, Norte, Petrovale, PTB, Teresópolis e Vianópolis. É um dos principais polos industriais do estado de Minas Gerais. No ano de 2011, seu Produto Interno Bruto (PIB) ocupava a segunda posição no *ranking* do estado, tendo à frente Belo Horizonte: “A participação de Betim está ligada à fabricação de automóveis, autopeças e refino de derivados de petróleo” (SALES, 2013).

Em estudo realizado por Tavares *et al* (2016), apontou que de 2006 a 2011 a cidade de Betim contabilizou 1.383 óbitos por agressão. A maioria (91,9%) eram homens, jovens com idade entre 15 a 24 anos, pardo-pretos (76,9%). Estes homicídios ocorreram em áreas de maior vulnerabilidade social e de menor qualidade de vida urbana.

Segundo Almeida & Alencar (2014), as estatísticas da criminalidade em Betim não discriminam as naturezas do crime e se pronunciam através de ameaças, lesão corporal, assassinatos, entre outros. O jornal O Tempo, no dia 04 de abril de 2011, por exemplo, notificou que a polícia civil registrou 12 assassinatos no Bairro Jardim Teresópolis.

Quanto a homicídios de mulheres, em 2010, Betim registrou 3000 crimes dessa natureza. A maioria dessas mulheres possuía o ensino fundamental e seus

agressores eram cônjuges e ex-cônjuges. A maioria das mulheres agredidas era solteiras, casadas e em regime de coabitação (ALMEIDA & ALENCAR, 2014).

Diante destes índices de alta criminalidade no município buscam-se essa informação por meio da realização do Inquérito Domiciliar Saúde e Prevenção da Violência (SAUVI) desenvolvida pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com os municípios de Belo Horizonte e Betim.

Com esta pesquisa espera-se contribuir para a identificação das possíveis características sociodemográficas das vítimas e fatores relacionados que podem levar à ocorrência da violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo no município de Betim. Estas informações poderão subsidiar a formulação de políticas públicas de enfrentamento e prevenção dessa forma de violência e estimular ações preventivas nas instituições públicas que sensibilizem toda a sociedade e promova uma cultura de paz.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Investigar o perfil de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo no município de Betim.

4.2 Objetivos Específicos:

- Analisar o aspecto sócio demográfico das mulheres em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo;
- Analisar os fatores associados à violência por parceiro íntimo;
- Identificar as consequências dessa violência na vida das mulheres.

5 HIPÓTESE

Após a década de 1970, com a instalação de várias indústrias na cidade, Betim enfrentou migrações intrametropolitanas por se tornar uma das cidades mais atrativa e promissora para as pessoas que buscavam oportunidade de trabalho e emprego.

Com isso, foram surgindo conglomerados de forma desordenada entorno das grandes empresas. Sem qualificação profissional, baixa escolaridade e escassa oferta de trabalho para mão de obra desqualificada, os jovens passaram a conviver em situações de vulnerabilidade social. De forma oportunista, o tráfico de drogas se instalou nas comunidades tornando Betim uma das cidades mais violentas do Estado de Minas Gerais.

Apesar da alta criminalidade de homens jovens vivendo em condições sócio demográficas desfavoráveis no município, buscam-se evidências, também, de violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo.

6. METODOLOGIA

As referências teóricas para esse trabalho foram buscadas a partir da temática da violência de gênero. Os artigos utilizados foram selecionados após pesquisa e revisão da literatura em bases de dados das Ciências da Saúde a saber: Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde - LILACS; Secretaria Estadual de saúde de São Paulo; Banco de Dados em Enfermagem; Scientific Electronic Library Online – SciELO através do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes. Foram selecionados artigos dos últimos dez anos anteriores à pesquisa com exceção de leis específicas e relatórios de órgãos oficiais. Os descritores utilizados foram: violência doméstica, mulheres agredidas, maus tratos conjugais, abuso físico, violência e mulheres.

Este trabalho se insere dentro do Projeto de Pesquisa intitulado “SAUVI- Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, ” que consiste de inquérito domiciliar realizado em Betim e Belo Horizonte e tem por objetivo estudar o perfil de violência e fatores associados, entre diferentes grupos populacionais dos municípios envolvidos (SAUVI, 2014).

6.1 População alvo/ amostragem

Consideraram-se, como população alvo, todas as pessoas com 20 ou mais anos de idade residentes nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos nos municípios de Belo Horizonte e Betim. Utilizou-se, no inquérito SAUVI, amostragem estratificada por conglomerados em vários estágios, sendo o primeiro para selecionar os setores censitários por meio da amostragem com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) do número de domicílios no setor; o segundo para selecionar os domicílios por meio da amostragem sistemática e o terceiro para selecionar a pessoa que responderá o questionário. A unidade amostral primária foi o setor censitário, a secundária o domicílio e a terciária a pessoa que responderá o questionário. A seleção das

peças dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade dentro da amostra, e se baseou nas tabelas de Kish (1965), disponibilizadas pelo Professor Emilio Suyama do Departamento de Estatística da UFMG. O sistema de referência adotado foi a listagem e os mapas dos setores censitários do Censo 2010 e no inquérito SAUVI (ANEXO F).

A amostra foi calculada com grau de confiança de 95%, margem de erro de 1,89%, e baseando-se na variabilidade dos dados da pesquisa de vitimização sobre violência doméstica para alguns municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, realizada em 2006 pelo Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública (CRISP) da UFMG para o cálculo da prevalência, sendo de 0,126 a proporção de violência doméstica para o município de Betim.

Foi utilizado como instrumento questionário geral organizado em blocos temáticos: condições sócio-demográficas, saúde, trabalho, ambiência, ambiente, comportamentos, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária, violência urbana e violência auto-infligida. Em cada casa foi entrevistado um adulto, escolhido, por meio da tabela de Kish, entre homens e mulheres de 20 anos ou mais, moradores do domicílio. Para homens e mulheres com idade maior ou igual a 60 anos, foi acrescentado um bloco específico para idosos. Em domicílios onde havia adolescente, ele foi convidado a preencher um questionário, autoaplicável, especificamente elaborado para essa faixa etária. O questionário foi elaborado por professores e mestrandos do Programa de Pós-graduação de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, como atividade de disciplina ofertada em dois semestres consecutivos, a partir da literatura sobre o tema e da adaptação de questionários, de uso público, já testados, como os utilizados pelo Ministério da Saúde, na Pesquisa Nacional de Saúde e pela OMS, para pesquisa sobre violência contra mulher. A primeira versão foi enviada para vários pesquisadores sobre o tema, solicitando que eles classificassem cada pergunta em: muito relevante, relevante, pouco relevante e irrelevante. Também foi solicitado a eles que fizessem as sugestões que julgassem importantes. Foram mantidas as perguntas avaliadas como muito relevantes e relevantes por, no mínimo, 80 por cento dos pesquisadores. Foram incorporadas as sugestões retornadas desde

que não contraditórias. Neste caso, elas eram enviadas a todos novamente, para que se fizesse a definição final. O modelo assim construído foi, posteriormente, submetido a três rodadas de teste, sendo entrevistadas, em cada rodada, aproximadamente, 30 pessoas, escolhidas aleatoriamente, no catálogo telefônico, para facilitar a marcação da entrevista.

6.2 Trabalho de Campo

O trabalho de campo foi precedido de extensa preparação que incluiu a elaboração de manual detalhado sobre a pesquisa, o treinamento dos entrevistadores e a constituição de equipes por entrevistadores, mestrando e supervisor, responsáveis por regiões específicas dos municípios. Foi realizada também intensa campanha junto à mídia – redes de televisão Globo, Band, SBT, Record, Rede Minas, TV UFMG e TV Assembleia Legislativa; jornais e emissoras de rádio dos dois municípios; jornal do ônibus – e junto a instituições de amplo contato com a população, como serviços de saúde e igrejas. Foi feito um site para a pesquisa na página da Faculdade de Medicina da UFMG. Também foram utilizados outros instrumentos no sentido de facilitar a disposição dos moradores dos domicílios sorteados, em responderem: envio de carta da UFMG aos domicílios selecionados, avisando sobre a pesquisa e sobre a seleção daquele domicílio (ANEXO E); uso de crachás e uniformes; telefone exclusivo da pesquisa; possibilidade de checar a identidade do entrevistador, no momento de sua chegada ao município. As entrevistas foram realizadas entre os anos de 2014 e 2015.

As respostas dos questionários foram transportadas para planilhas, por uma equipe permanente, que dirimia, coletivamente, as dúvidas encontradas. Depois disso, foram digitadas, todas elas, por um único profissional. Utilizou-se o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) e o R: Development Core Team (2012). Em seguida, dois outros profissionais fizeram a conferência de todo o banco, questionário por questionário.

6.3 Recorte violência por parceiro íntimo

Nesse recorte utilizou-se dados do SAUVI de Betim, município da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Segundo o IBGE, em 2014, Betim contou com uma população estimada em 412.003 habitantes, a maioria jovem, concentrada na faixa etária de 20 a 49 anos. A economia do município se restringe às atividades industriais como a petroquímica e automotiva geradas por duas maiores indústrias instaladas na cidade, Petrobrás e Fiat automóveis (IBGE, 2014). A cidade é conhecida como uma das mais violentas da região metropolitana de Belo Horizonte com altas taxas de homicídios de jovens em situação de vulnerabilidade social (TAVARES, 2016).

6.4 Variáveis selecionadas

Para a investigação da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo foram selecionados 690 questionários respondidos por mulheres com 20 anos ou mais. O recorte englobou as variáveis independentes, como: características sociodemográficas (ANEXO B), condições de saúde da mulher respondente (ANEXO C) e as variáveis do bloco violência por parceiro íntimo (ANEXO D). A faixa etária foi agrupada da seguinte forma: de 20 a 39 anos; 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 anos ou mais. As variáveis respostas utilizadas no estudo foram: sócio demográficas – faixa etária, escolaridade, estado civil, cor ou raça, renda, condição de moradia e ocupação; bloco saúde – diabetes, pressão alta, depressão, ansiedade / outro problema psiquiátrico, dor crônica no corpo (mais de 03 meses de duração) , uso de maconha, uso de cocaína/heroína, uso de crack, uso de medicamentos sem indicação terapêutica por médicos (calmante, laxante anabolizante, remédio de pressão e remédio para emagrecer), uso de remédio para dormir e ingestão de bebida alcoólica; bloco violência por parceiro íntimo – depreciou ou humilhou você, depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas, fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (ex.: a forma como ele olha, grita, como quebra coisas), ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta, empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão / empurrão, machucou-a com um soco ou com algum objeto, deu-lhe um chute,

arrastou ou surrou, estrangulou ou queimou de propósito, ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo/ faca ou outro tipo de arma, forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria, forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante, procurou ajuda, onde procurou ajuda, a violência a impossibilitou de realizar suas atividades diárias, a Sra. precisou de atendimento médico.

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS versão 20.0. Neste trabalho foram realizadas análises univariadas das variáveis selecionadas e ajuste de um modelo de análise de regressão logística para analisar a relação entre a violência contra mulher por parceiro íntimo e as variáveis explicativas referentes aos fatores sócio demográficos e comportamentais, tais como: idade, escolaridade, raça, renda, ocupação, ansiedade, depressão, uso de drogas, e uso de álcool.

A função logística ou *logit* é usada para transformar uma curva com formato S em uma reta e para mudar a amplitude da proporção de 0 a 1 para $-\infty$ a $+\infty$. Neste caso, a função logística é definida como o logaritmo natural (*ln*) das chances de violência contra mulher por parceiro íntimo. Ou seja,

$$\text{logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right)$$

Em que p é a probabilidade de vitimização de violência contra mulher por parceiro íntimo. A relação entre a probabilidade de violência contra mulher por parceiro íntimo e as variáveis explicativas deverá ser modelada da seguinte forma:

$$\text{logit}(p) = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p$$

O ajuste do modelo de regressão logística foi avaliado por meio do teste de Hosmer e Lemeshow que examina se a proporção observada de eventos é similar as probabilidades preditas de ocorrências desses eventos em subgrupos. Neste teste H_0 significa que o modelo se ajusta bem aos dados, conforme Hosmer e Lemeshow (1980) e Lemeshow e Hosmer (1982). Toda variável com um valor $p \leq 0,25$ foi candidata ao modelo logístico, devendo obter nesta última análise um valor $p \leq 0,05$ para permanecer no modelo final. Foram obtidas as

razões de chances (OR) para cada variável incluída no modelo final, utilizando um intervalo de confiança de 95%.

O Teste Qui-Quadrado de homogeneidade foi utilizado para testar a afirmação de que diferentes populações têm a mesma proporção de mulheres vítimas da violência por parceiro íntimo. Teste Qui-quadrado para k proporções (Teste Qui-quadrado para homogeneidade).

H0: As proporções de mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo é a mesma em cada variável (faixa etária, raça/cor tec.): $p_1 = p_2 = \dots = p_k$

Ha: As proporções de mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo não é a mesma em cada variável (faixa etária, raça/cor etc.), ou seja, ao menos uma das p_i 's é diferente das outras.

6.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa que deu origem a esta Dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE – 02235212.2.0000.5149), (ANEXO A). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram informados sobre os objetivos, métodos e benefícios do estudo. Também foi garantida a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas.

A pesquisa foi divulgada no Órgão Oficial da Prefeitura de Betim, por meio de boletim eletrônico postado no portal oficial da instituição. Também foi divulgada na mídia local, através da imprensa diária e de redes de televisão, e por meio de cartazes que foram afixados nas unidades de saúde e unidades administrativas do município. A UFMG divulgou a pesquisa em seu site. Para cada domicílio selecionado, foi enviada uma carta apresentando a pesquisa e os procedimentos que seriam adotados na produção dos dados.

O Inquérito SAUVI foi financiado com recursos do Ministério da Saúde por meio do Núcleo de Promoção da Saúde e Paz da UFMG e do Fundo Municipal de Saúde do município de Betim.

7 RESULTADOS

Participaram do estudo 689 mulheres com idade igual ou superior a 20 anos no dia da pesquisa, correspondendo a igual número de domicílios. Dentre as 689 mulheres entrevistadas, 599 (86,9%) relataram não ter sofrido violência por parceiro íntimo e 90 (13,1%) relataram ter sofrido algum tipo de violência por parceiro íntimo nos últimos doze meses.

A Tabela 1 apresenta o resultado da distribuição percentual das mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo segundo as condições sócio demográficas, observa-se que em análise univariada a prevalência de violência por parceiro íntimo foi de: 15,6% para as mulheres que se encontravam na faixa etária de 20 a 39 anos, de 15,0% para as mulheres que tinham até o ensino fundamental, de 29,7% para as mulheres separadas/ divorciadas, de 17,1% para as mulheres de cor amarela, de 15,6% para as mulheres negras e de 14,3% para as mulheres pardas. Com relação à renda individual, a prevalência de violência por parceiro íntimo foi de 13,3% para as mulheres com renda de até 1 salário mínimo e de 13,2% para as mulheres com renda entre 1 a 3 salários. Quanto à renda familiar, 13,2% das mulheres agredidas relataram renda de até 1 salário mínimo e 14,9% relataram renda entre 1 e 2 salários mínimos.

Com relação às condições de moradia, 17,6% das mulheres que sofreram violência relataram residir em imóvel financiado e 17,4% em imóvel cedido. Sobre a ocupação, a maioria das mulheres (20,2%) relatou possuir trabalho informal (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição percentual das mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, segundo as condições sócio demográficas. Betim, Minas Gerais, Brasil – 2014.

Variáveis sócio demográficas	Mulher vítima de violência por parceiro íntimo				Total		Valor p
	Não		Sim		n	%	
	n	%	n	%			
Faixa etária (em anos)							0,318223
20 ---- 39	255	84,4	47	15,6	302	43,8	
40 ---- 49	114	86,4	18	13,6	132	19,2	
50 ---- 59	112	88,9	14	11,1	126	18,3	
60 ou +	112	91,8	10	8,2	122	17,7	
Não informado	6	85,7	1	14,3	7	1,0	
Escolaridade							0,07968673
Até o Ensino Fundamental	345	84,9	61	15,0	406	59,0	
Ensino Médio	199	88,8	25	11,2	224	32,5	
Ensino Superior	38	95,0	2	5,0	40	5,8	
Pós-graduação	12	92,3	1	7,7	13	1,9	
Não informado	5	83,3	1	16,7	6	0,9	
Estado civil							0,00002732052
Casado	264	89,8	30	10,2	294	42,7	
Solteiro	141	88,1	19	11,9	160	23,2	
Viúvo	80	94,1	5	5,9	85	12,3	
União estável (amasiado, amigado)	61	81,3	14	18,7	75	10,9	
Separado/divorciado	52	70,3	22	29,7	74	10,7	
Não informado	1	100,0	0	0,0	1	0,1	
Cor/Raça							0,2972762
Branca	174	91,1	17	8,9	191	27,7	
Negra	65	84,4	12	15,6	77	11,2	
Amarela	34	82,9	7	17,1	41	6,0	
Parda	323	85,7	54	14,3	377	54,7	
Indígena	3	100,0	0	0,0	3	0,4	
Renda (em S. M. = R\$ 724,00)							0,3131202
Até 1salário mínimo	350	86,6	54	13,3	404	58,6	
Entre 1 e 3	217	86,8	33	13,2	250	36,3	
Entre 3 e 5	26	89,7	3	10,3	29	4,2	
Mais de 5	6	100,0	0	0,0	6	0,9	
Renda familiar (em S. M. = R\$ 724,00)							0,0849323
Até 1salário mínimo	131	86,7	20	13,2	151	86,7	
Entre 1 e 2	235	85,1	41	14,9	276	40,1	
Entre 2 e 5	184	88,0	25	12,0	209	30,3	

Entre 5 e 10	34	89,5	4	10,5	38	5,5	
Entre 10 e 20	11	100,0	0	0,0	11	1,6	
Mais de 20	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
Não informado	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
Condição de moradia							0,7185652
Própria	401	87,6	57	12,4	458	66,5	
Cedida	57	82,6	12	17,4	69	10,0	
Alugada	109	88,6	14	11,4	123	17,9	
Ocupada por invasão	1	100,0	0	0,0	1	0,1	
Financiada	28	82,4	6	17,6	34	4,9	
Outro	3	75,0	1	25,0	4	0,6	
Ocupação							0,2477735
Trabalho formal	206	88,4	27	11,6	233	33,8	
Trabalho informal	95	79,8	24	20,2	119	17,3	
Aposentado por invalidez	21	84	4	16	25	3,6	
Aposentado por tempo de serviço	56	94,9	3	5,1	59	8,6	
Aposentado mas trabalhando	5	83,3	1	16,7	6	0,9	
Desempregado	75	88,2	10	11,8	85	12,3	
Trabalho familiar	104	86,7	16	13,3	120	17,4	
Benefício social	22	88	3	12	25	3,6	
Estudante	5	100	0	0	5	0,7	
Não informado	8	88,9	1	11,1	9	1,3	
Não se aplica	2	66,7	1	33,3	3	0,4	
Total	599	86,9	90	13,1	689	100,0	

Fonte: SAUVI, Betim 2015.

A Tabela 2 apresenta a distribuição percentual das mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo segundo às condições de saúde. Observa-se que: Das mulheres que relataram sofrer de depressão, a prevalência de violência por parceiro íntimo foi de 20,7% e para ansiedade de 17,5%. Das mulheres que relataram uso de remédio para dormir, a prevalência de violência por parceiro íntimo foi de (26,6%) e para as mulheres que relataram fazer uso de bebida alcoólica, a prevalência da violência foi de 21,8% (Tabela 2).

Sim	35	89,7	4	10,3	39	5,7	
Não	562	86,7	86	13,3	648	94,0	
Não informado	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
O (a) Sr.(a) usa laxante sem indicação terapêutica pelo seu médico?							0,5919163
Sim	39	90,7	4	9,3	43	6,2	
Não	556	86,6	86	13,4	642	93,2	
Não informado	4	100,0	0	0,0	4	0,6	
O (a) Sr.(a) usa anabolizante sem indicação terapêutica pelo seu médico?							0,6377997
Sim	7	100,0	0	0,0	7	1,0	
Não	589	86,7	90	13,3	69	98,5	
Não informado	3	100,0	0	0,0	3	0,4	
O (a) Sr.(a) usa remédio de pressão sem indicação terapêutica pelo seu médico?							0,8088667
Sim	41	89,1	5	10,9	46	6,7	
Não	555	86,7	85	13,3	640	92,9	
Não informado	3	100,0	0	0,0	3	0,4	
O (a) Sr.(a) usa remédio para emagrecer sem indicação terapêutica pelo seu médico?							1
Sim	19	86,4	3	13,6	22	3,2	
Não	577	86,9	87	13,1	64	96,4	
Não informado	3	100,0	0	0,0	3	0,4	
Atualmente o (a) Sr.(a) toma algum remédio para dormir?							0,001355233
Sim	58	73,4	21	26,6	79	11,5	
Não	263	88,6	34	11,4	297	43,1	
Não se aplica	278	88,8	35	11,2	313	45,4	
O (a) Sr.(a) ingere bebida alcoólica?							0,00267322
Sim	111	78,2	31	21,8	142	20,6	
Não	441	89,3	53	10,7	494	71,7	
Já bebi e não bebo mais	36	85,7	6	14,3	42	6,1	
Não se aplica	11	100,0	0	0,0	11	1,6	
Total	599	86,9	90	13,1	689	100,0	

Fonte: SAUVI, Betim 2015.

A Tabela 3 apresenta a distribuição percentual das mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo segundo as suas consequências. Observa-se que: para as variáveis selecionadas não houve significância estatística, mas, por outro lado, a variável que obteve índice de resposta mais aproximado da significância (p valor= 0,056) foi a procura de ajuda (Tabela 3).

Tabela 3

Distribuição percentual das mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, segundo as consequências. Betim – 2014.

Variáveis sobre as consequências da violência	Violência contra mulher por parceiro íntimo				Total		Valor p
	Não		Sim		n	%	
	n	%	n	%			
Alguma dessas vezes que o (a) Sr (a) sofreu violência procurou ajuda?							
Sim	0	0,0	17	100,0	17	2,5	0,0560
Não	8	16,3	41	83,7	49	7,1	
Não me lembro	2	40,0	3	60,0	5	0,7	
Não informado	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
Não se aplica	587	95,3	29	4,7	616	89,4	
Onde o sr (a) procurou ajuda por causa da violência sofrida, no setor saúde?							
Sim	1	33,3	2	66,7	3	0,4	0,6233
Não	1	5,3	18	94,7	19	2,8	
Não informado	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
Não se aplica	595	89,5	70	10,5	665	96,5	
Onde o sr (a) procurou ajuda por causa da violência sofrida, na igreja?							
Sim	0	0,0	6	100,0	6	0,9	0,9397
Não	2	12,5	14	87,5	16	2,3	
Não informado	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
Não se aplica	595	89,5	70	10,5	665	96,5	
Onde o sr(a) procurou ajuda por causa da violência sofrida, em organizações governamentais?							
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,9397
Não	2	9,1	20	90,9	22	3,2	
Não informado	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
Não se aplica	595	89,5	70	10,5	665	96,5	
Onde o sr(a) procurou ajuda por causa da violência sofrida, na polícia, delegacia, juizado?							
Sim	1	9,1	10	90,9	11	1,6	1,0000
Não	1	9,1	10	90,9	11	1,6	
Não informado	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
Não se aplica	595	89,5	70	10,5	665	96,5	
Onde o sr(a) procurou ajuda por causa da violência sofrida, com amigos e vizinhos?							
Sim	0	0,0	5	100,0	5	0,7	1,0000
Não	2	11,8	15	88,2	17	2,5	
Não informado	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
Não se aplica	595	89,5	70	10,5	665	96,5	
Onde o sr(a) procurou ajuda por causa da violência sofrida, com familiares?							
Sim	0	0,0	9	100,0	9	1,3	0,6313

Não	2	15,4	11	84,6	13	1,9	
Não informado	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
Não se aplica	595	89,5	70	10,5	665	96,5	
Essa violência o (a) impossibilitou de realizar suas atividades diárias?							
Sim	0	0,0	19	100,0	19	2,8	0,1797
Não	6	15,0	34	85,0	40	5,8	
Não me lembro	1	20,0	4	80,0	5	0,7	
Não informado	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
Não se aplica	590	94,7	33	5,3	623	90,4	
O (a) Sr (a) precisou de atendimento médico?							
Sim	0	0,0	11	100,0	11	1,6	0,5348
Não	5	9,6	47	90,4	52	7,5	
Não me lembro	0	0,0	1	100,0	1	0,1	
Não informado	2	100,0	0	0,0	2	0,3	
Não se aplica	592	95,0	31	5,0	623	90,4	
Total	599	86,9	90	13,1	689	100,0	

Fonte: SAUVI, Betim 2015.

A Tabela 4 apresenta os resultados dos modelos ajustados pela técnica de regressão logística. O modelo ajusta a probabilidade da ocorrência de violência contra mulher por parceiro íntimo em função dos fatores sócios demográficos e de saúde. Em cada um desses ajustes, têm-se a significância observada para o teste de Hosmer-Lemeshow, os coeficientes ajustados pela regressão logística binária e suas respectivas significâncias estatísticas, as estimativas para as razões de chances pontuais e intervalares com 95% de confiança.

No modelo, verifica-se que a variável resposta "Violência contra mulher por parceiro íntimo" é explicada pelas variáveis independentes: "Faixa etária", "Escolaridade" e "Ansiedade". Esse modelo nos diz que:

- A probabilidade de ter violência por parceiro íntimo aumenta em 2,034 vezes (ou 103,4%) se a mulher tem idade até 39 anos em relação as que têm idade superior a 39 anos;
- A probabilidade de ter violência por parceiro íntimo aumenta em 2,104 vezes (ou 110,4%) se a mulher tem no máximo o ensino fundamental em relação as que têm pelo menos o ensino médio;

- a probabilidade de ter violência por parceiro íntimo aumenta em 2,227 vezes (ou 122,7%) se a mulher tem ansiedade em relação as que não têm (Tabela 4).

Tabela 4

Modelo final de análise de regressão logística: violência contra mulher por parceiro íntimo, fatores sócio-demográficos e fatores comportamentais, segundo as variáveis explicativas.

Betim, Minas Gerais, Brasil – 2014. Betim, Minas Gerais, Brasil – 2014.

Variáveis explicativas	Coefficientes (Valor p)	OR (IC 95%)
Modelo:	(HosmerLemeshow, p=0,442)	
Intercepto	-2,930 (< 0,0001)	
Faixa Etária (1=até 39)	0,712 (0,0060)	2,034(1,230 ;3,374)
Escolaridade (1=até EF)	0,744(0,0060)	2,104 (1,234; 3,590)
Ansiedade (1=sim)	0,801 (0,0020)	2,227(1,351; 3,673)

Fonte: SAUVI, 2015

8- DISCUSSÃO

Este estudo contou com uma taxa de resposta de 100,0% e apresentou dados satisfatórios para avaliar a situação da violência contra a mulher por parceiro íntimo no município de Betim. Os resultados revelaram que, das 689 entrevistadas, 90 (13,1%) relataram ter sido vítimas de violência por parceiro íntimo. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Meneghel & Hirakata (2011) que apontou taxa de 10% de homicídio de mulheres do total de mortes masculina. Por outro lado, discorda de outros estudos que registraram taxas bem mais elevadas de prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI), variando no mundo de 15,4% a 70,9% e no Brasil de 33,2% seguida de homicídio em 2013 (D'OLIVEIRA *et al*, 2009); (WAISELFISZ, 2015).

Observa-se que o perfil sócio demográfico das mulheres agredidas na cidade de Betim não difere das outras regiões do país onde a situação de vulnerabilidade social está diretamente associada à violência. Resultado semelhante revelou que mulheres e crianças negras em situação de vulnerabilidade social estão mais susceptíveis à violência doméstica e que a violência física entre os casais é mais prevalente nas regiões menos desenvolvidas do país como as regiões norte e nordeste (REICHENHEIM, 2011).

Este estudo vem de encontro ao trabalho apresentado por Tavares em 2016 que apontou alta prevalência de violência entre jovens em áreas de maior vulnerabilidade social em Betim (TAVARES *et al*, 2016). Pesquisas que corroboram com o resultado deste estudo revelaram que a violência de mulheres jovens e negras ocorreu em locais de maior pobreza, instabilidade social, desemprego e altas taxas de crimes violentos (MENEGHEL & HIRAKATA, 2011); (MENEGHEL *et al*, 2013); (PIOSIADLO *et al*, 2014); (WAISELFISZ, 2015).

Observa-se nos resultados que a maioria das mulheres vitimizadas, apesar das condições de pobreza, teve acesso à moradia de forma financiada. Este dado vem de encontro à literatura através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) ao apontar que as famílias brasileiras aumentaram seu

acesso à casa própria, redes coletoras de esgoto, lixo e iluminação elétrica em 2012 (IBGE, 2013).

Outro resultado relevante neste estudo foi que a maioria das mulheres agredidas relatou estar separada e ou divorciada do seu parceiro. Este resultado sugere que a separação entre os casais em Betim foi utilizada como uma das formas de enfrentamento da violência. Este dado é discordante da literatura que revelou que a maior parte das mulheres reluta em se separar do companheiro devido a diversos fatores, tais como: dependência financeira e emocional, possível rebaixamento no padrão de vida, medo, esperança de melhora na relação e proteção dos filhos (ZANCAN *et al*, 2013); (GOMES, 2014).

Resultado que comunga com este estudo foi observado em pesquisa realizada nos Estados Unidos ao revelar que mulheres casadas estão menos propensas à violência por parceiro íntimo do que as mulheres que vivem em regime de coabitação (MENEGHEL & HIRAKATA, 2011).

Relação direta entre a violência praticada pelo companheiro e a presença de doenças como: ansiedade, depressão e em uso de bebidas alcoólicas nas mulheres violentadas foi revelada por esta pesquisa. Este resultado foi confirmado nos estudos de Melo, Lucena e Santos ao revelar problemas de ordem psiquiátrica nas mulheres vítimas (MELO, 2010); (LUCENA *et al*, 2012); (SANTOS & MORÉ, 2011).

Este estudo apontou prevalência significativa de uso de remédio para dormir nas mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo. Apesar de não ter sido encontrado respaldo na literatura selecionada, supõe-se que o uso de remédio para dormir esteja relacionado com o tratamento de transtorno de ansiedade e depressão.

Com relação às consequências da violência, esta pesquisa não apresentou resultado de significância estatística para a variável “busca de ajuda”. Percebe-se que a violência, no entendimento das mulheres, tornou-se uma prática historicamente naturalizada pelas próprias vítimas e pelas pessoas ao seu redor. Este achado vem de encontro ao estudo de Rosa *et al* (2013), ao apontar que a violência de mulheres se tornou invisibilizada pela sociedade. Outro estudo que

comunga com este resultado foi observado por Dutra *et al*/ ao relatar a fragilidade da rede de ajuda das mulheres ao ser composta por atores que não ameacem o domínio do homem sobre a mulher. Sugere-se que essa falta de apoio enfraqueça o enfrentamento da violência (DUTRA *et al*,2013).

O resultado obtido através do modelo final de análise de regressão logística aponta a relação direta da violência por parceiro íntimo envolvendo mulheres jovens, com pouco estudo e distúrbio de ansiedade. Este resultado foi confirmado por diversos autores ao apontarem violência de gênero e situação de vulnerabilidade social (MELO, 2010); (LUCENA *et al*, 2012); (SANTOS & MORÉ, 2011); (MENEGHEL & HIRAKATA, 2011); (MENEGHEL *et al*, 2013); (PIOSIADLO *et al*, 2014).

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou a visibilidade do fenômeno da violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo no município de Betim e apontou a relação dessa violência com as condições de vulnerabilidade social das mulheres agredidas, bem como os fatores relacionados. Forneceu, assim, elementos para o desenvolvimento de políticas públicas municipais de vigilância em saúde da mulher. Chamou atenção para a necessidade de implementação de ações locais de prevenção de violência por parceiro íntimo em atuação conjunta entre os diversos órgãos municipais, a saber: secretaria de saúde, secretaria de educação, secretaria de assistência social, secretaria de segurança pública, secretaria de esportes e lazer, ONGs, entre outros, no sentido de dar conta das multífaces que envolvem a violência entre os casais, garantindo assim, a integralidade do atendimento de forma sigilosa, respeitosa e humanizada.

Sugere-se que sejam criados grupos de atividades terapêuticas nas associações de bairros, ONGs e ESF que desenvolva entre os casais sensibilidade e autocrítica para resolução das situações conflituosas do cotidiano sem o uso da violência. Essa abordagem deve ser desenvolvida por profissionais qualificados e capacitados.

Atividades que geram emprego e renda pode ser também, uma forma de minimizar a violência intrafamiliar nas áreas de maior vulnerabilidade social.

Além das ações locais de intervenção, a notificação dos casos é de fundamental importância para o desenvolvimento de ações e monitoramento. Campanhas de sensibilização nas escolas, igrejas, associação de bairros e nas unidades de saúde através do Programa de Saúde da Família (PSF), também seria de notável importância para a prevenção da violência de gênero nas comunidades de maior vulnerabilidade social.

A magnitude do problema nos chama a atenção para implementação de novas medidas de prevenção e efetivação das medidas já existentes no âmbito federal. Políticas articuladas e intersetoriais que promovam a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres, talvez possa ser o caminho para a promoção da

cultura de paz. O enfrentamento da violência de gênero requer ações de prevenção de todas as formas de violência contra as mulheres nos espaços públicas e privadas.

O aprofundamento do entendimento sobre a violência contra a mulher perpetrada por parceiro em Betim poderia ser obtido por meio de estudo mais rigoroso através de investigações que contemplem as mulheres nos lares e nos locais de trabalho. Essa ação poderá nos trazer mais subsídios para a compreensão das relações violentas entre os casais estabelecendo um paralelo com a violência em outros cenários nacionais. Cabem, ainda, estudos com reflexão sobre as causas e impactos da violência por parceiro íntimo na vida de seus perpetradores que possa nos fornecer dados para o enfrentamento da violência através de novas perspectivas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.P. & ALENCAR, B. J. (2014). **Mapeando a criminalidade contra a mulher no município de Betim-MG**: uma abordagem exploratória. Revista E-xacta, 7 (1), 83-94. Acesso em Abr. 6, 2016.

BANDEIRA, Lourdes Maria. **Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação**. Soc. estado., Brasília , v. 29, n. 2, p. 449-469, Aug. 2014 . disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso>.access on 22 July 2017.

BORGES, L. M; LODETTI, M. B; GIRARDI, J. F. "**Homicídios conjugais: o que dizem os processos criminais.**" Psicol. argum 32.79 Supl 2 (2014): 197-208.

BRASIL. **Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340/2006**. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde: **Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, Implementação do Protocolo Latino-americano para investigação das mortes violentas de mulheres por razões de gênero no Brasil. Diretrizes para investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres**. Brasília-DF.Abril/2016, P. 32- 46. Disponível: www.onumulheres.org.br. Acesso em: 04 jun. 2017.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade**. Tradução Renato Aguiar. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CYFER, Ingrid. **Afinal, o que é uma mulher? simone de beauvoir e “a questão do sujeito” na teoria crítica feminista**. Lua Nova [online] 2015, (Abril-Sinmes) : [Fecha de consulta: 23 de julio de 2017] Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67339470003>> ISSN 0102-6445

DAHLBERG, L. L; KRUG, E. G. **Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, suppl., p.1163-1178. ISSN 1678-4561. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232006000500007>. Acesso em: 21 mai. 2017.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. **Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-311, abril de 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000200011&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em 28 de junho de 2017.

DOURADO, S. M; NORONHA, C.V. **A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas**. Physis, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 623-643, 2014 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200623&lng=en&nrm=iso>. access on 24 June 2017.

DUTRA, M. L; et.al. **A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.5, pp.1293-1304. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500014>. acesso em: 15 de maio de 2017

GOMES, Nadirlene Pereira et al .**Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família**. Psicol. USP, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 63-69, Apr. 2014 . disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642014000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 26 June 2017.

HOSMER, D. W. and LEMESHOW, S. 'A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model', **Communications in Statistics**, A10, 1043—1069 (1980).

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013b Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_enca/default.shtm>. Acesso em: nov. 2013.

IBGE. **Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Perfil do Município de Betim.2014. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310670>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

KISH, L. **Survey Sampling**. New York: Wiley, 1965.

LETTIERE, A; NAKANO, A. M. S; BITTAR, D. B. **Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 25, n. 4, p. 524-529, 2012. Available from <http://www.scielo.br/SciELO.php?Script=sci_arttext&pid=S010321002012000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 24 June 2017.

LEMESHOW, S. HOSMER DW, 1982. **A Review of Goodness of Fit Statistics for Use in the Development of Logistic Regression Models.** American Journal of Epidemiology, 115 (1), 92-106.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de et al . **Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, n. 6, p. 11111121, Junho 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 junho 2017.

MARCACINE, Karla Oliveira et al. **Prevalência de violência por parceiro íntimo relatada por puérperas.** Acta paul. enferm. [online]. 2013, vol.26, n.4, pp.395-400. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400015>.

MELO E.M. **Podemos prevenir a violência.** Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2010. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. P. 3-4, 278 p.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. **Femicídios: homicídios femininos no Brasil.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 564-74, jun. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/1931.pdf>. Acesso: 30 nov. 2016.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. **Femicídios: narrativas de crimes de gênero. Interface** (Botucatu) [online]. 2013, vol.17, n.46, pp.523-533. ISSN 1807-5762.

MINAYO M.C.S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0199.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

Morgante, M. M., & Nader, M. B. (2014). **O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico.** Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio: saberes e práticas científicas, Rio de Janeiro. Recuperado de

http://www.encontro2014rj.anpuh.org/resources/anais/28/1399953465_ARQUIVO_textoANPUH.pdf.

NAÇÕES UNIDAS. **Modelo de protocolo latino-americano de investigação das mortes violentas de mulheres por razões de gênero (femicídio/feminicídio)**. Escritório Regional para a América Central do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos; Escritório Regional para as Américas e o Caribe da Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres). Brasília: ONU Mulheres, 2014.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wpcontent/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 03 de jun. 2017.

PIOSIADLO, L.C.M; FONSECA, R.M.G.S, da; GESSNER, R. **Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher**. ESC Anna Nery [online]. 2014, vol.18,n.4,pp.728-733. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18na/1414-8145-ean-18-040728.Pdf>. Acesso 2016.

PORTO, Madge; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia S. N. F. **A permanência de mulheres em situações de violência: considerações de psicólogas**. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 30, n. 3, p. 267-276, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01023772201400030004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Junho 2017.

REICHENHEIM, Michael Eduardo [et al.]. **Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros**. THE LANCET. London, p.75-89, maio. 2011. Disponível em <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2017.

ROSA, Doriana Ozólio Alves, et al. **"A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo."** Femina 41.2 (2013).

SALES, M. A. **Fundação João Pinheiro divulga PIB dos municípios de Minas Gerais**. Fundação João Pinheiro, 2013. Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/noticias-em-destaque/2678-fundacao-joaopinheiro-divulga-pib-dos-municipios-de-minas-geraishtm>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

Santos, A,C,W; Moré,C,L,O,O. **Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento**. Ed. Paidéia, maio-ago,2011,vol. 21, nº 49, 227 – 235.

TAVARES, Ricardo et al . **Homicídios e vulnerabilidade social. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 923-934, Mar. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000300923&lng=en&nrm=iso>.access on 22 July 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.12362015>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Promoção de Saúde e Paz. **Saúde e Violência**: Subsídios para Formulação de Políticas Municipais de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, 2014.

WAISELFIZ, J.J. **Mapa da Violência 2014** - Juventude viva: os jovens do Brasil. 2014. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República/SNJ/SEPPIR, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2014.

WAISELFIZ, J. J.; CEBELA/FLACSO. **Mapa da Violência 2015** - Homicídio de mulheres no Brasil. 2015. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, ONU Mulheres, Organização Pan- Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2015, p7. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

VITO, Daniela de; GILL, Aisha; SHORT, Damien. **A tipificação do estupro como genocídio**. Sur, Rev. int. direitos human., São Paulo , v. 6, n. 10, p. 28-51, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180664452009000100003&lng=en&nrm=iso>.access on 22 July 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452009000100003>.

ZANCAN, Natália; WASSERMANN, Virginia e LIMA, Gabriela Quadros de. **A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas**. Pensando fam. [online]. 2013, vol.17, n.1, pp. 63-76. ISSN 1679-494X.

ANEXO A - PARECER DO COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP


Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149

Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e prevenção da violência" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B - RECORTE DAS VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS



Saúde e Violência: Subsídios para a formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência	Questionário nº:
	Tabela de Kish:
	Nº moradores: (com 20 anos ou+)
	Nº de mulheres: (com 20 anos ou+)
	Resultado da Tabela de Kish:
Nome do entrevistador:	Data:

INFORMAÇÕES GERAIS	
1. Nome:	
Registrar o nome completo do entrevistado	
2. Município:	
Anotar o nome do município onde está sendo feita a pesquisa	
3. Estado:	
Anotar a sigla do Estado (a Unidade Federativa) onde está sendo feita a pesquisa	
4. Setor censitário:	
Copiar o número da lista de endereços	
5. Endereço completo (Rua, Avenida, Alameda, Estrada, Rodovia, Número e complemento)	
Anotar o endereço completo do domicílio entrevistado Se Zona de Residência Rural, anotar se é fazenda, roça, sítio, chácara, assentamento do INCRA, etc. Nesta pesquisa não serão considerados os domicílios particulares improvisados, tais como estabelecimentos comerciais, prédios em construção ou abandonados.	
6. Telefone de contato:	
Anotar o número do telefone fixo e celular, com o prefixo, da pessoa entrevistada.	
7. Número de contatos feito com o morador, para marcar a entrevista:	
Registrar o número de tentativas ou visitas feitas ao morador do domicílio a ser entrevistado, para agendar/marcar a entrevista com a pessoa entrevistada. Se o questionário for aplicado na primeira ida, é 1 contato. Se forem feitas 3 tentativas sem sucesso, podemos considerar que "perdemos" o domicílio.	
Tipo de contatos feitos com o responsável pelo domicílio:	
8. Telefone ()1. Sim ()2. Não	
9. Por intermédio da Saúde da Família ()1. Sim ()2. Não	
10. Por intermédio de lideranças comunitárias ()1. Sim ()2. Não	
11. Ida ao domicílio com retorno para entrevista ()1. Sim ()2. Não	
12. Outro ()1. Sim ()2. Não	
Especificar os meios utilizados para marcar a entrevista com o responsável pelo domicílio.	
13. Adolescentes moram na casa? ()1. Sim ()2. Não	
Informar se adolescentes residem ou não no domicílio informado. Considera-se adolescente o indivíduo com idade entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias.	
14. Se sim, quantos? _____ ()888.NSA	

Informar o número de adolescentes que residem no domicílio.	
15. Adolescentes responderam ao questionário? ()1. Sim ()2. Não ()888 NSA	
Informar se algum adolescente do domicílio respondeu à pesquisa. Caso houver mais de um, sortear quem irá responder ao questionário.	
16. Motivo de não participação do adolescente	
() 1. Responsável não permitiu () 2. Estava ausente () 3. Recusou-se a participar () 888.NSA	
Informar o motivo pelo qual o adolescente não participou da pesquisa O Não se aplica (NSA) será utilizado quando na residência não residir nenhum adolescente.	
→ 17. Estado Civil	
() 1. Casado () 2. Solteiro () 3. Viúvo () 4. União estável (amasiado, amigado) () 5. Separado/divorciado	
Marcar a opção relacionada ao estado civil do entrevistado. Considerar como separado ou divorciado o entrevistado que teve separação judicial ou divórcio homologados por decisão judicial.	
→ 18. Cor ou raça:	
() 1. Branca () 2. Preta () 3. Amarela () 4. Parda () 5. Indígena	
Ler todas as opções de cor ou raça para o entrevistado e considere aquela que for declarada pelo entrevistado.	

Questionário Domiciliar

19. Ocupação/atividade: _____	
Informar a ocupação ou atividade exercida pelo entrevistado e não a sua formação profissional. Considerar indivíduo ocupado aquele que é economicamente ativo, exercendo atividade remunerada em dinheiro ou não. Este item diz respeito à profissão, função ou ofício que o indivíduo exerce e, desta forma, inclui estudantes, aposentados, donas de casa, desempregado, etc.	
→ 20. Qual é a renda do (a) Sr.(a)? (Salário mínimo = R\$724,00)	
() 1. Até um salário mínimo (até R\$724,00) () 2. Mais de 1 até 3 salários mínimos (Mais de R\$724,00 até R\$2172,00). () 3. Mais de 3 até 5 salários mínimos (Mais de R\$ 2172 até R\$3620,00) () 4. Mais de 5 salários mínimos. (Mais de R\$ 3620,00) () 5. Não possui renda	
Marcar a opção que informa a renda do entrevistado, tendo como referência o salário mínimo vigente, que é de R\$724,00. Considerar como renda os valores auferidos com mesada e bolsa.	
→ 21. Qual é a renda familiar? (Salário mínimo = R\$ 724,00)	
() 1. Até um salário mínimo (Até R\$ 724,00) () 2. Mais de 1 até 2 salários mínimos (mais de R\$ 724,00 até R\$ 1448,00) () 3. Mais de 2 até 5 salários mínimos. (mais de R\$ 1448,00 até R\$ 3620,00) () 4. Mais de 5 até 10 salários mínimos (mais de R\$ 3620,00 até R\$ 7240,00) () 5. Mais de 10 até 20 salários (mais de R\$ 7240,00 até R\$ 14480,00) () 6. Mais de 20 salários (mais de R\$ 14480,00) () 7. Ninguém possui renda na minha família	
Marcar a opção que informa a soma de todos os moradores do domicílio, tendo como referência o salário mínimo vigente, que é de R\$724,00. Considerar os valores encaminhados por terceiros para as pessoas que residem na casa, pensão alimentícia (espontânea ou via ação judicial), recebimento de aluguel e sublocação ou arrendamento de móveis, imóveis, máquinas, equipamentos, animais, seguro-desemprego, benefício do Programa Bolsa-Família, etc	
→ 22. A casa onde o (a) Sr. (a) mora é:	
() 1. Própria e quitada () 2. Cedida () 3. Alugada () 4. Ocupada por invasão () 5. Financiada () 6. Outro	
"Própria" equivale a "casa própria quitada" e "Financiada" equivale à "casa não quitada" Entende-se por cedida a casa que foi emprestada ou doada".	

Folha para informações sobre os moradores (o entrevistado entra neste quadro e é a referência para os demais – pessoa 1)

RELAÇÃO E SITUAÇÃO DOS MORADORES:					
Moradores	Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação
Pessoa 1 (o entrevistado)	_____ (pode ser só o primeiro nome)	xxx	_____	<input type="checkbox"/> 1. Nunca estudou <input type="checkbox"/> 2. Nunca estudou mas sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 3. Alfabetização de jovens e adultos <input type="checkbox"/> 4. Até a 4ª série do ensino fundamental <input type="checkbox"/> 5. Até a 8ª série do ensino fundamental <input type="checkbox"/> 6. Ensino médio completo <input type="checkbox"/> 7. Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> 8. Nível superior completo <input type="checkbox"/> 9. Nível superior incompleto <input type="checkbox"/> 10. Pós-graduação	<input type="checkbox"/> 1. Trabalho formal <input type="checkbox"/> 2. Trabalho informal <input type="checkbox"/> 3. Aposentado por invalidez <input type="checkbox"/> 4. Aposentado por tempo de serviço <input type="checkbox"/> 5. Aposentado mas trabalhando <input type="checkbox"/> 6. Desempregado <input type="checkbox"/> 7. Trabalho familiar <input type="checkbox"/> 8. Benefício Social. Qual? <input type="checkbox"/> 9. Procurou emprego nos últimos 30 dias? <input type="checkbox"/> 10. Estudante <input type="checkbox"/> 888. NSA (criança)
Pessoa 2	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 3	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 4	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 5	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 6	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 7	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 8	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 9	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 10	_____	_____	_____	_____	_____
<p>Considera-se a ocupação "Do Lar", como trabalho familiar. Desta forma pode ser marcada mais de uma resposta A opção nunca <i>estudou</i> também se refere a indivíduos que possuem idade inferior a seis anos de idade, bem como aqueles que são portadores de doença mental grave, como por exemplo, paralisia cerebral grave. Em relação à escolaridade, considerar:</p>					

ANEXO C - RECORTE DAS VARIÁVEIS SOBRE SAÚDE

SAÚDE	
143. O Sr(a) tem uma religião que pratica regularmente? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
Religião entendida enquanto fé e devoção expressadas por meio de um conjunto de princípios, crenças e práticas de doutrinas religiosas. "prática" refere-se a fazer o que a religião solicita, como por exemplo, ir aos cultos/sermões, sacrifícios, meditações, etc.	
→ Alguma vez o médico disse que o (a) Sr. (a) tem:	
144. Diabetes <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 145. Hipertensão Arterial (Pressão Alta) <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 146. Doença do Coração <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 147. Doenças respiratórias (Asma/enfizema pulmonar) <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 148. Câncer <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 149. Depressão <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 150. Ansiedade/outro problema psiquiátrico <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 151. Alzheimer/Demência <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 152. Parkinson <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 153. Acidente Vascular Cerebral – AVC (Derrame) <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 154. Colesterol alto <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 155. Reumatismo ou Artrite/Artrose <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 156. Doença Renal <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 157. Dor crônica no corpo (mais de 03 meses de duração) <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não 158. Outro (s): _____ <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não	
Esta pergunta pretende saber se alguma vez na vida o indivíduo recebeu algum diagnóstico médico das doenças acima descritas e/ou outras não relacionadas. Como o questionário é autorreferido, quem irá identificar se possui ou não as doenças supracitadas e/ou outras será o entrevistado, baseado em diagnóstico mencionado pelo(a) médico(a).	
159. O Sr(a) ou alguém da sua família é portador de alguma deficiência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
Considerar o entrevistado ou alguém de sua família(não apenas do domicílio)	
<p>«Uma deficiência é um problema numa função ou estrutura do corpo; uma limitação de atividade é uma dificuldade que um indivíduo encontra na execução de uma tarefa ou ação; enquanto que a restrição na participação é um problema com que um indivíduo se depara nas situações da vida. Assim, a deficiência é um fenômeno complexo, que reflete a interação entre as características do corpo de uma pessoa e as características da sociedade na qual ela vive" (Organização Mundial de Saúde).</p> <p>Considerar todo e qualquer tipo de deficiência. Deficiência física, em que existe uma total ou parcial alteração de uma ou mais partes do corpo, levando ao comprometimento da função física (paraplegia, tetraplegia, amputação, paralisia cerebral, lesão de uma ou mais partes do sistema nervoso central, etc); Deficiência Auditiva, em que há a perda total ou diminuição na capacidade do indivíduo escutar os sons (o indivíduo não reage a sons, necessitando do contato visual para responder a alguém, pois ele acaba fazendo é a leitura labial), Deficiência Visual, caracterizada pela perda de visão ou pela incapacidade de correção da visão por meio do uso de óculos ou lentes de contato (incapacidade para leitura e de reconhecimento de pessoas), a Deficiência Mental, que se manifesta na infância ou adolescência, sendo caracterizada pelo funcionamento intelectual inferior à média e limitações importantes em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (dificuldade total ou parcial de comunicação, de se relacionar socialmente, do autocuidado, de trabalhar, etc) e a Deficiência Múltipla (duas ou mais deficiências presentes).</p>	

160. Se sim, qual?	
Especificar qual(is) são as deficiências apresentadas. Se a 159 for NÃO, escrever NSA aqui.	
161.. Em relação ao uso de cigarro, o (a) Sr.(a): <input type="checkbox"/> 1. Fuma <input type="checkbox"/> 2. É ex fumante <input type="checkbox"/> 3. Nunca fumou	
Se não fuma ou nunca fumou, pule para a questão 163	
Esta pergunta pretende identificar a prevalência do consumo de cigarro e outros produtos do tabaco, como cachimbos, cigarrilha, charuto e outros.	
162. Quantos cigarros o (a) Sr.(a) fuma por dia? _____ cigarros/dia <input type="checkbox"/> 888. NSA	
Identificar o número de cigarros o entrevistado fuma por dia	
163. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) foi ao dentista? <input type="checkbox"/> 1. Nos últimos 06 meses <input type="checkbox"/> 2. Nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 3. Há 02 anos <input type="checkbox"/> 4. Há mais de 2 anos <input type="checkbox"/> 5. Nunca fui ao dentista	
Busca-se verificar se o entrevistado está tendo acompanhamento odontológico.	
164. Na última vez em que foi ao dentista qual foi o motivo? <input type="checkbox"/> 1. Revisão/limpeza <input type="checkbox"/> 2. Tratar cáries <input type="checkbox"/> 3. Dor <input type="checkbox"/> 4. Extrair dentes <input type="checkbox"/> 5. Próteses (dentadura, roth, pontes) <input type="checkbox"/> 6. Tratamentos estéticos <input type="checkbox"/> 7. Outros <input type="checkbox"/> 888. NSA	
Pretende-se identificar o principal motivo que levou o entrevistado a procurar um dentista. "Tratamento estético" refere-se a submeter a procedimento odontológico com o objetivo de melhorar a aparência ou recuperar a beleza dos dentes.	
→ O (a) Sr.(a) usa alguma das seguintes drogas?	
165. Maconha	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
166. Cocaína/heroína	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
167. Crack	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
168. LSD ou ácido (ecstasy)	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
169. Chá de cogumelo	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
170. Benzina, tinner, solvente ou cola	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
171. Outra (s)	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
Outra(s) refe-se a drogas não descritas acima, como por exemplo ao "loló", substância química inalante preparada clandestinamente baseada em clorofórmio e éter	
→ O (a) Sr.(a) usa algum dos medicamentos abaixo sem indicação terapêutica pelo seu médico?	
172. Calmante	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
173. Laxante	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
174. Anabolizante (bomba)	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
175. Remédio de pressão	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
176. Remédio para emagrecer	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
177. Outra (s)	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
Esta pergunta pretende identificar se o indivíduo possui o hábito de se automedicar: seja utilizando medicamento sem receita, seja utilizando medicamento de forma diferente da recomendada pelo médico.	
178. O (a) Sr.(a) tem alguma dificuldade para dormir ou fica muito tempo acordado a noite? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 4.. Nunca	
ATENÇÃO: Caso a resposta seja nunca, vá para a questão 181	
Identificar se o entrevistado possui as dificuldades descritas acima.	

179. Esta dificuldade para dormir ocorre quantos dias por semana? () 1. 1 dia/semana () 2. De 2 a 3 dias/semana () 3. Mais de 4 dias/semana () 888. NSA	
Identificar a frequência com que o entrevistado apresenta as dificuldades descritas acima	
→ 180. Atualmente o (a) Sr.(a) toma algum remédio para dormir? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA	
Considerar medicamentos.	
→ 181. O (a) Sr.(a) ingere bebida alcoólica? () 1. Sim () 2. Não () 3. Já bebi e não bebo mais	
ATENÇÃO: caso a resposta seja Não ou Não bebo mais, pule para a questão 192	
Pretende-se identificar a prevalência do uso da bebida alcoólica, que constitui fator de risco para a ocorrência de acidentes e violências.	
Que tipo de bebida o (a) Sr.(a) bebe?	
182. Fermentada (cerveja, vinho) () 1. Sim () 2. Não () 888 NSA 183. Destilada (whisky, cachaça, etc.) () 1. sim () 2. Não () 888NSA 184. Composta (licor) () 1. sim () 2. Não () 888NSA 185. Outra (s) () 1. sim () 2. Não () 888 NSA	
Esta pergunta permite mais de uma alternativa.	
186. Quantos dias por semana o sr(a) costuma tomar bebida alcoólica? _____ () 888. NSA	
Pretende-se identificar o consumo de bebidas alcoólicas no período de uma semana e verificar se o consumo é ocasional ou habitual. Se a pessoa bebe menos de 1 vez/semana, marcar NSA.	
187. Em geral, no dia em que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (Considere: 1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja (350 ml), 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) _____ () 888. NSA	
Pretende-se identificar se o consumo de bebida alcoólica é ocasional ou habitual	
188. O (a) Sr.(a) já pensou em largar a bebida? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA	
Busca-se identificar se o entrevistado alguma vez na vida teve o desejo ou a vontade de parar de beber.	
189. O (a) Sr.(a) ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar o sentimento do(a) entrevistado(a) em relação à situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
190. O (a) Sr.(a) sentiu-se mal ou culpado pelo fato de beber? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar o sentimento do(a) entrevistado(a) em relação à situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
191. O (a) Sr.(a) bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar a frequência do consumo de bebida alcoólica e fatores associados.	

ANEXO D - RECORTE DAS VARIÁVEIS VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO	
As perguntas de 491 a 516 referem-se à violência contra mulher ou contra o homem, por parceiro(a) íntimo(a) - marido ou ex, esposa ou ex, namorado(a) ou ex, companheiro(a) ou ex, ficante...	
O(a) seu(sua) atual companheiro(a), ou qualquer outro (a) companheiro(a) anterior, no último ano:	
491. Depreciou ou humilhou você?	() 1.Sim ()2.Não
492. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	() 1.Sim ()2.Não
493. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	() 1.Sim ()2.Não
494. Ameaçou machucá-la(o) ou alguém de quem você gosta?	() 1.Sim ()2.Não
495. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão; empurrou?	() 1.Sim ()2.Não
496. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	() 1.Sim ()2.Não
497. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	() 1.Sim ()2.Não
498. Estrangulou ou queimou você de propósito?	() 1.Sim ()2.Não
499. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	() 1.Sim ()2.Não
500. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria?	() 1.Sim ()2.Não
501. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você?	() 1.Sim ()2.Não
Esta pergunta permite mais de uma resposta. Fique atento para fazer os PULOS adequados, perguntando pelo número de vezes apenas para as respostas SIM.	
Quantas vezes isso aconteceu?	
502. Depreciou humilhou você?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
503. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
504. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
505. Ameaçou machucá-la (o) ou alguém de quem você gosta?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
506. Empurrou-a(o) um tranco/chacoalhão?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
507. Machucou-a(o) com um soco ou com algum objeto?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
508. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
509. Estrangulou ou queimou você de propósito?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
510. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
511. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
512. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
513. Alguma destas vezes o(a) Sr(a) procurou ajuda?	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não me lembro () 4. NSA
Identificar a demanda por assistência de qualquer natureza em razão da violência sofrida.	

→	514. Caso tenha procurado, onde foi? ()1. Setor saúde ()2. Igreja ()3. Organizações não governamentais ()4. Polícia, Delegacia, juizado ()5. Amigos, Vizinhos ()6. Familiares ()888. NSA	
	Identificar em quais locais ocorrem a principais demandas decorrentes de violência sofrida.	
→	515. Esta violência o(a) impossibilitou de realizar suas atividades diárias? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não me lembro ()4. NSA	
	Identificar a interrupção de tarefas diárias em razão da violência sofrida.	
→	516. O(a) Sr(a) precisou de atendimento médico? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não me lembro ()4. NSA	
	Identificar a demanda por assistência em saúde em razão da violência sofrida.	
VIOLÊNCIA SEXUAL		
As perguntas de 517 a 536 referem-se à violência sexual praticada por qualquer pessoa, seja parceiro ou não, e em qualquer momento de sua vida.		
	517. Alguém já o(a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual? ()1. Sim, ()2. Não ()3. Não me lembro	
	"Práticas sexuais" equivale a "bolinação" e refere-se ao ato de apalpar, esfregar-se, roçar ou tocar maliciosamente. Fique atento para pular para 534 se a resposta for NÃO e marcar NSA nas seguintes.	
	518. Quantos anos você tinha quando isto aconteceu pela primeira vez? _____	
	Identificar a idade do entrevistado quando ocorreu a violência sexual.	
	Caso alguém a (o) tenha forçado a fazer sexo ou alguma prática sexual, quem foi?	
	519. Pai/Mãe ()1. Sim ()2.não ()888.NSA	
	520. Padrasto/Madrasta ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	521. Irmão(ã) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	522. Filho (a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	523. Outro parente ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	524. Amigos(as)/conhecido(as) da família ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	525. Policial/agente da lei ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	526. Profissional de saúde ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	527. Professor(a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	528. Parceiro(a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	529. Vizinho(a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	530. Padre/líder religioso(a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	531. Alguém do trabalho ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	532. Desconhecido(a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	533. Outro ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
	Agressão Sexual: é qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force um matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Ex.: jogos sexuais, práticas eróticas impostas a outros/as: estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio sexual, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, dentre outros. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).	

ANEXO E - CARTA DE APRESENTAÇÃO DA UFMG

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR E ENVIADA AO DOMICÍLIO SORTEADO.



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina

Apresentamos a Pesquisa Saúde e Violência – SAUVI. Em breve, você receberá o pesquisador da Faculdade de Medicina de UFMG em sua casa.

Somos uma equipe de pesquisadores da Faculdade de medicina da UFMG e estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada Saúde e Violência: Subsídios para a Formulação de Políticas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Batizamos a pesquisa com o nome de SAUVI (lê-se Salve!) e, provavelmente, o Sr(a) já ouviu falar dela no rádio e televisão ou ter visto os cartazes sobre ela, em vários lugares.

Sabemos que a-violência tem crescido e se tornado um problema grave para todas as pessoas. São muitos casos de homicídios, mortes no trânsito e suicídios. São também muitas agressões e autoagressões dos mais diferentes tipos, como maus tratos e abuso sexual de crianças e mulheres, bullying, diferentes violências contra homens e idosos, desigualdades, discriminação, negligência, enfim, muito sofrimento para as pessoas, a família, a sociedade.

A pesquisa SAUVI que estamos realizando e para qual o estamos convidando tem o objetivo de produzir conhecimentos científicos sobre a violência e dessa forma contribuir para orientar sobre os melhores programas e ações de combate a esse problema, visando a sua superação. Temos o apoio do Ministério da Saúde e dos Municípios de Belo Horizonte, Betim e Sete Lagoas para executar esse trabalho.

A pesquisa consiste da realização de entrevistas com moradores dos três Municípios envolvidos e, para tanto, dentro dos próximos dois meses, iremos visitá-lo em sua casa. Exatamente por causa da violência que nos rodeia, utilizaremos alguns mecanismos para garantir a sua segurança:

- 1) Todos os entrevistadores são profissionais de saúde, alunos ou pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e portarão vestimenta e documentos que os identificarão inequivocamente;
- 2) Tais documentos deverão ser apresentados no momento da chegada do entrevistador em sua casa e poderão ser verificados pelos números de telefone **3409-9945** e **9702-2078**;
- 3) Entre esses documentos, encontram-se a aprovação do Comitê de Ética da UFMG e o termo de consentimento livre e esclarecido, com os números de telefone do Comitê e da coordenadora, que poderão ser acionados, em qualquer tempo ou situação em que por acaso houver risco à sua privacidade;
- 4) Informações da Pesquisa SAUVI podem ser encontradas no site da Faculdade de Medicina da UFMG: www.medicina.ufmg.br e também pelos telefones acima.

Temos consciência de que a violência pode ser prevenida e superada, mas isso depende da participação de todos os cidadãos. Por isso, contamos com a sua colaboração para a efetivação, com qualidade, da Pesquisa SAUVI.

Guarde esta carta até a chegada do entrevistador. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Belo Horizonte, 14 de abril de 2014

Prof. Dra. Elza Machado de Melo
Faculdade de Medicina / Universidade Federal de Minas Gerais

ANEXO F - MANUAL DE CAMPO DA PESQUISA

MANUAL DE CAMPO DA PESQUISA



Manual de Campo

Saúde e Violência:

**Subsídios para Formulação de Políticas Municipais de
Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Faculdade de Medicina - UFMG

Belo Horizonte - 2014

Entrevistador:
Área:

Contatos

**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Núcleo de Promoção de Saúde e Paz**

Coordenadora: Profa. Dra. Elza Machado de Melo
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 Belo Horizonte - MG –
Cep 30130-100
www.medicina.ufmg.br

Telefones: 31 3409-9945 e 9702-2078

Facebook: www.facebook.com/sauvi.salve

Coordenadores do trabalho de campo na sua regional:



**Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas
Municipais de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Manual

SAUVI (lê-se Salve!)

RESUMO

Trata-se de estudo transversal - inquérito domiciliar - a se realizar nos Municípios de Belo Horizonte, Betim e Sete Lagoas. Encontra-se em negociação a realização em Ribeirão das Neves, não estando este município, portanto, incluído na etapa que ora se inicia. Tem por objetivo o estudo da violência em suas múltiplas faces, em diferentes grupos populacionais, a saber, homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos, por meio de entrevistas estruturadas utilizando questionários organizados em blocos temáticos: condições sócio-demográficas, saúde, trabalho, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária e violência autoinflingida. Em cada casa será entrevistado um adulto, escolhido entre homens e mulheres de 20 anos ou mais, moradores do domicílio. Se houver adolescente na casa, ele será convidado a preencher um questionário especificamente elaborado para essa faixa etária.

O Projeto é desenvolvido pelo Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/UFMG, tem o apoio dos Municípios e do Ministério da Saúde e conta com a participação de professores orientadores e mestrandos – estes últimos inseridos na Rede de Saúde dos respectivos Municípios - que elaborarão a partir daí, suas dissertações.

APRESENTAÇÃO

A violência é um problema de saúde pública, grave e atual. Os dados disponíveis dão ideia do efeito que ela tem sobre a saúde: em 2010, morreram 468.000 pessoas no mundo, vítimas de homicídio, sendo que a maioria dessas mortes (67%) ocorreu na África (36%) e nas Américas. O Brasil ocupava, em 2010 a 26ª posição do ranque mundial e apenas países da África e da América Latina apresentavam taxas piores do que as nossas.¹ Altas taxas de homicídios são encontradas em países da Ásia e da Europa, muitos deles, social e economicamente desenvolvidos: Bielorrússia, Rússia, Lituânia, Kazaquistão, Japão, Letônia, Eslovênia, Hungria, Ucrânia, Estônia, Guiana, Japão, Lituânia, Eslovênia, Coreia, Sérvia, Suécia, Guiana, Hungria, Finlândia, Áustria, França, Suíça, Suécia, Alemanha,

Dinamarca, Noruega, Estados Unidos, Nova Zelândia, Austrália e Canadá. As mortes decorrentes do trânsito, por sua vez, são altas na África e na Ásia.²

No Brasil, no período de 1991 a 2010, **869.752** pessoas foram a óbito por homicídios; **148.329** por suicídio, e **675.692** por eventos no trânsito, perfazendo o total de **1.699.377** mortes por causas violentas.³

Além dos casos fatais, numerosas outras violências proliferam e assolam o cotidiano de homens, mulheres, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos. São casos que demandam atenção de saúde, muitas vezes, internações hospitalares, reabilitações, tratamentos longos, por decorrência das violências e também das suas consequências, tanto para as vítimas e sua família como para toda a rede de interação de que fazem parte. Casos que geram doenças de todos os tipos, orgânicas e psicológicas, ausência do trabalho, perda de oportunidade, medo e muitas vezes outras violências.^{4 5} Convivemos com bullying;^{6 7 8 9} ¹⁰ maus tratos,¹¹ agressões físicas e abuso sexual^{12 13} contra crianças e mulher;^{14 15 16} violência contra o homem (que é o maior envolvido, como vítima e como agressor)^{17 18 19} e o idoso;^{4 20} violências que acontecem em todos os espaços, na escola, no trabalho, na rua, dentro de casa. E ainda temos a desigualdade, de ordem social, econômica e étnica,^{21 22} com sua dupla cara, de ser, ao mesmo tempo, violência e produtora de violência.

O objetivo desta pesquisa é produzir conhecimento sobre a violência, em suas diferentes formas de expressão; sobre os fatores que exercem influência sobre ela, tanto no sentido de seu aumento e disseminação, quanto no sentido do seu controle e superação e, por fim, sobre a sua relação com a saúde das pessoas e das populações, em via de mão dupla, isto é, violência que compromete a saúde, saúde que combate a violência.

I. OBJETIVO GERAL

Investigar o perfil de violência e sua dinâmica, seus determinantes, suas formas de enfrentamento e sua relação com a saúde, nos Municípios de Belo Horizonte, Betim, e Sete Lagoas.

II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Investigar o perfil de saúde e violência em dos diferentes grupos populacionais: crianças, adolescentes, homens, mulheres, trabalhadores, idosos

Investigar o perfil de violência: doméstica, comunitária, no trânsito, institucional, no trabalho, estrutural, autoinflingida

Investigar os principais mecanismos de promoção de saúde e proteção social: Redes

Subsidiar a formulação das políticas municipais, pelo aporte de dados confiáveis e atuais

Propiciar a construção de ferramentas de avaliação

III. METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico transversal, cuja metodologia consiste de realização de inquérito domiciliar, nos 3 Municípios mencionados. Serão realizadas entrevistas com os moradores, utilizando-se 2 questionários semiestruturados, um para pessoas maiores de 20 anos ou mais e outro para adolescentes. Tais questionários foram construídos pela equipe da pesquisa, a partir de um longo processo de discussão, desenvolvido em disciplinas do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Violência.

A equipe da pesquisa é constituída por professores e mestrandos do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/FM/UFMG; estudantes de graduação da UFMG e profissionais de diferentes níveis e setores da Rede Municipal.

A pesquisa é desenvolvida pelo Mestrado Profissional e tem o apoio técnico, logístico e financeiro dos Municípios envolvidos e do Ministério da Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG, sob o número CAAE – 02235212.2.0000.5149. Cada entrevistador apresentará a cada entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que deverá ser assinado por ambos, em duas vias, ficando uma para cada um.

Serão realizadas entrevistas em 5225 domicílios, sendo 2025 entrevistas em Belo Horizonte, 1600 em Betim e 1600 em Sete Lagoas.

Todos os entrevistadores serão treinados em conjunto, todas as dúvidas serão discutidas com todos e todos os imprevistos encontrados serão resolvidos por responsáveis específicos, de modo a garantir a uniformização de todos os passos da pesquisa.

A seguir, cada etapa será explicada, detalhadamente.

IV. PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO

Nesta etapa, dois aspectos são fundamentais, a saber, 1) o conhecimento da pesquisa pelos moradores e 2) o treinamento dos entrevistadores.

1) Um dos maiores problemas de um inquérito é o acesso aos moradores, que por um motivo ou outro - medo, falta de tempo, de paciência ou tudo isso - podem se recusar a receber o entrevistado. Um amplo trabalho de divulgação será feito, visando preparar a chegada do entrevistador no domicílio e facilitar que as portas lhes sejam abertas. Nesse sentido, serão adotadas as seguintes estratégias:

- criação de uma identidade visual da pesquisa, de modo que seja conhecida por todos (logomarca, nome e filiação institucional);
- criação do site da pesquisa, com as informações pertinentes;
- noticiar sua realização e importância na mídia escrita, falada e televisiva;
- espalhar cartazes nos pontos públicos e mais movimentados das cidades, tais como, Unidades de Saúde, pontos de ônibus, igrejas, etc.
- envio de correspondência para os endereços selecionados, explicando a pesquisa, sua importância e sua operacionalização;
- mecanismos imediatos e inequívocos de identificação do entrevistador: crachás e coletes com nomes e logomarcas; carta de apresentação igual à enviada por correio; cartas de aprovação da pesquisa; possibilidade de checagem das credenciais do pesquisador por telefone.

É importante que, ao chegar à casa, o entrevistador seja conhecido e até esperado. Isso, sem dúvida, facilitará o nosso trabalho.

2) Outro ponto de importância fundamental é o treinamento dos entrevistadores, que será realizado em dois finais de semana. Ele seguirá os seguintes passos:

2.a. Primeiro final de semana

- apresentação da pesquisa e de todo o material como documentos, cartazes, crachás, TCLE, planilhas, tabela de Kish, etc.
- apresentação do questionário;
- apresentação do manual;
- recolhimento dos dados e assinatura dos contratos de trabalho;
- treinamento simulado: aplicação do questionário de um para o outro;
- discussão em grupos sobre a simulação;
- no decorrer de uma semana, o entrevistador deverá aplicar o questionário a alguém, anotar as dúvidas;

2b. Segundo final de semana

- discussão dos resultados da aplicação em grupos diferentes dos anteriores, permitindo um mais amplo contato das pessoas, uniformização das orientações e circulação das principais dúvidas e dificuldades;
- encerramento do treinamento do questionário;
- apresentação, passo a passo, do trabalho no domicílio: chegada, abordagem, apresentação das credenciais e checagem, se necessário, cumprimento dos aspectos éticos (TCLE), seleção do entrevistado, entrega do questionário ao adolescente, apresentação da pesquisa, realização da entrevista;

- procedimentos em situações especiais previstas no manual;
- adesão e utilização do facebook da pesquisa.

V. O material do entrevistador

Cada entrevistador receberá uma pasta contendo:

- Manual
- Carta de Apresentação
- Aprovação COEP
- Questionários para entrevista dos adultos
- Questionários para entrevista dos idosos
- Questionários para adolescentes
- TCLE
- Tabelas de Kish
- Lápis, caneta, corretivo, crachá, colete.
- Listagem dos moradores a serem entrevistados com todas as informações necessárias
- A lista de telefones e endereços eletrônicos de entrevistadores do grupo e do supervisor.

VI. O CONTRATO DO ENTREVISTADOR

Cada entrevistador assinará um contrato com todas as condições a serem cumpridas, por ambas as partes.

VII. TRABALHO DE CAMPO

Cada entrevistador receberá a planilha dos domicílios que deverá visitar, com os respectivos endereços e com todas as informações necessárias ao trabalho de campo. Essa distribuição dos domicílios entre os entrevistadores obedecerá ao critério logístico, isto é, domicílios próximos do seu local de moradia ou de trabalho.

Primeiramente, o entrevistador deve conferir o material da sua pasta, para ver se não falta nada. Em seguida deve ler o manual integralmente, para avaliar se ainda restou alguma dúvida, depois do treinamento. Em caso afirmativo, deve resolver as dúvidas antes de iniciar o trabalho de campo. Para tanto, pode utilizar o facebook, o telefone ou o e-mail (todos constam na sua pasta).

Tudo estando certo, é hora de começar o trabalho de campo.

Atenção: o profissional de saúde que esteja participando da pesquisa deverá realizar as entrevistas em qualquer dia depois das 17 horas ou
--

nos finais de semana. Mestrandos e graduandos farão as entrevistas nos horários compatíveis (fora do horário de aulas e de trabalho)

Atenção: se o endereço é o seu ou de qualquer um dos membros da equipe, descarte. Considere como perda. Parta para o próximo endereço.

1. Preparação da chegada: confira a planilha, veja qual é o seu primeiro endereço, confira de quais informações precisará, qual tabela de Kish será utilizada. Se for possível, você pode fazer um contato prévio com os moradores, para identificar o melhor horário para ir ao domicílio.

Se não houver pessoas na casa, você deverá voltar mais duas vezes. Após isso, considere como perda e vá para o próximo domicílio da lista. Escreva na família, na frente do endereço correspondente, que houve perda e qual foi o motivo.

2. Primeira abordagem - apresentação sumária do que veio fazer:

“Sou o entrevistador da Pesquisa SAUVI (lê-se Salve), da UFMG. O Sr(a) já deve ter ouvido sobre ela no rádio ou deve ter visto algum cartaz. Também deve ter recebido uma carta pelo correio, avisando que iria receber nossa visita. Se quiser, pode entrar na página da Faculdade de Medicina da UFMG e lá encontrará informações sobre a pesquisa”

3. Apresentação das credenciais:

“Meu nome é _____. Aqui o Sr(a) tem minha carta de apresentação, igual à que recebeu pelo correio. Tem também a aprovação no Comitê de Ética da UFMG. O meu CPF é _____, se quiser, pode ligar para o número que tem aí, na sua carta, e conferir”.

4. Explicação da Pesquisa

“Você sabe como a violência tem crescido e se tornado um problema grave para todas as pessoas. São muitos casos de homicídios, mortes no trânsito e suicídios. São também muitas agressões e autoagressões dos mais diferentes tipos, como maus tratos e abuso sexual de crianças e mulheres, bullying, diferentes violências contra homens e idosos, desigualdades, discriminação, negligência. Os serviços de saúde ficam abarrotados de

casos de doenças e agravos resultantes de violências, que são intencionalmente provocadas, disputando as vagas disponíveis com as demais doenças e problemas de saúde. A pesquisa que estamos fazendo e da qual o Sr(a) participará tem o objetivo de produzir conhecimentos sobre a violência, dos mais variados tipos; sobre os fatores que exercem influência sobre ela, tanto no sentido de seu aumento e disseminação, quanto no sentido do seu controle e superação e, por fim, sobre a sua relação com a saúde das pessoas e das populações. Esses conhecimentos serão muito importantes para orientar os programas e as ações de combate à violência. Por isso seu nome: SAUVI- Saúde e Prevenção da Violência. Esperamos contar com a sua colaboração. É uma pesquisa da UFMG, especificamente do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Violência, em parceria com o Município e com apoio do Ministério da Saúde.

Somos pesquisadores da UFMG, não somos agentes da polícia ou de segurança. Todas as informações colhidas terão uso exclusivamente científico. Se houver algum erro nesse sentido, o(a) Sr(a) poderá acionar o Comitê de Ética, cujo telefone está no Termo de consentimento.

Eu vou fazer a entrevista de um adulto com 20 anos ou mais que mora aqui. A entrevista vai demorar de 40 a 60 minutos. Antes, porém, pergunto se existe adolescente aqui na sua casa? Gostaríamos de convidá-lo a preencher um questionário, feito especificamente para ele.”

Se a pessoa se recusar a responder, considere como perda. Vá para o próximo endereço da sua planilha
Anote na planilha de endereços que a pessoa se recusou

5. Questionário de adolescentes

Se houver adolescente na casa (10 a 19 anos), então entregue o questionário para ele responder. Não se esqueça de pedir para ele assinar o TCLE e os responsáveis também, se ele tiver menos de 17 anos.

Se houver mais de um adolescente na casa, peça ao que estiver presente para responder. Se mais de um estiver na casa, faça o sorteio de qual irá responder.
Se o adolescente se recusar a responder, deve-se fazer então apenas a entrevista com o morador adulto. Portanto, a recusa do adolescente não significa perda da entrevista com o adulto.

Se você chegar na casa e só estiver presente adolescente com 17 anos ou menos, sem adulto para autorizar a entrevista, então, agende novamente a entrevista e volte no horário combinado.

Se o adolescente morar sozinho ou for o chefe da família, então, ele responde o questionário do adolescente e assina o termo de consentimento.

6. Seleção do adulto - como utilizar a tabela de Kish?

Para a seleção do adulto com 20 anos ou mais, vamos utilizar a tabela de Kish. Você tem na sua pasta, um conjunto dessas tabelas: são 32 ao todo. Na frente de cada endereço na planilha, você encontrará qual dentre as 32 tabelas você deverá utilizar.

Atenção: com essa tabela, você saberá qual pessoa entrevistar.
Como?

Primeiro, você pergunta quantas pessoas com 20 anos ou mais moram na casa; depois quantas mulheres também com 20 anos ou mais moram na casa. Aí, vai cruzar essas informações e saber quem será o entrevistado. Vamos usar a tabela de Kish número 1, para mostrar como se faz. Com as demais, o procedimento é o mesmo.

Na linha horizontal, você coloca o número de pessoas com 20 anos ou mais que moram na casa (Seta Horizontal branca). Na vertical, o número de mulheres com 20 anos ou mais que moram na casa. (Seta vertical branca). Vamos supor que haja 4 pessoas com 20 anos ou mais (estrela), morando na casa, sendo duas delas mulheres de 20 anos ou mais (cruz). Na célula onde a linha horizontal encontrar com a linha vertical (setas pretas) estará a informação sobre qual pessoa será entrevistada: será o homem mais velho (carinha).

TABELA 1

Nº DE MULHERES	NÚMERO DE ADULTOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	Adulto	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
1	Adulto	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
3		Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
4			Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
5				Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
6					Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
7						Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
8							Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
9								Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho
10									Mulher mais velha	Homem mais velho

TABELA 1

Nº DE MULHERES	NÚMERO DE ADULTOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	Adulto	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
1	Adulto	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
3		Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
4			Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
5				Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
6					Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
7						Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
8							Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
9								Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho
10									Mulher mais velha	Homem mais velho

Não se esqueça, só entram na tabela, moradores com 20 anos ou mais

Atenção – caso 1: se a pessoa que for selecionada estiver incapacitada de responder, por exemplo, se ela está com uma cirurgia de garganta, ou se é um idoso com Alzheimer, então, você vai retirar essa pessoa da conta. Por exemplo, suponha que o homem mais velho encontrado no exemplo anterior, esteja em coma e não poderá responder. Então, a casa passa a ter 3 pessoas, sendo duas mulheres.

TABELA 1										
Nº DE MULHERES	NÚMERO DE ADULTOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	Adulto	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
1	Adulto	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
2		Mulher mais velha	Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
3			Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
4				Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
5					Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
6						Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
7							Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho
8								Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho
9									Mulher mais velha	Homem
10										Mulher mais velha

Então, retirando o homem mais velho, a escolha recai sobre o outro homem da casa.

Atenção – caso 2: se uma mulher foi escolhida e ela estiver incapacitada, então, ela será retirada. Aí, é preciso retirar uma pessoa do total de moradores (horizontal) e é preciso retirar também do total de mulheres (vertical). Exemplo: vamos para outra casa. Você pergunta e fica sabendo que lá moram três pessoas com 20 anos ou mais, todas elas mulheres. Quem você vai entrevistar?

Pois bem, essa mulher tem 102 anos e já não sabe mais responder. Então ela vai ser retirada. Ficarão duas pessoas, ambas duas mulheres.

TABELA 1										
Nº DE MULHERES	NÚMERO DE ADULTOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	Adulto	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
1	Adulto	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
2		Mulher mais velha	Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
3			Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
4				Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
5					Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
6						Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
7							Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho
8								Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho
9									Mulher mais velha	Homem
10										Mulher mais velha

Então, você vai entrevistar a mais velha dentre as duas que permaneceram

7. Seleção do questionário

O adulto que vai responder o questionário pode ser homem de 20 a 59 anos; homem de 60 anos ou mais; mulher de 20 a 59 anos ou mulher de 60 anos ou mais.

Atenção:

- a) qualquer que seja o escolhido na tabela de Kish, ele responderá o questionário geral
- b) se for homem ou mulher com 60 anos ou mais: questionário geral + **questionário de idoso**

Você se lembra que se uma pessoa for sorteada e estiver impossibilitada de responder, você a retira e busca na tabela de Kish o novo entrevistado? Pois bem, se retiramos as pessoas idosas (homem ou mulher) incapacitadas, então, não teremos informações sobre idosos vulneráveis.

Atenção: para sanarmos essa falha, mesmo outra pessoa respondendo, vamos aplicar o questionário de idoso, referente àquele idoso que foi retirado. Aí, teremos informação sobre ele, mesmo que não tenha sido respondida por ele.

Não se esqueça de marcar no questionário do idoso que outra pessoa respondeu pelo idoso

8. Preenchimento do TCLE do adulto

Antes de iniciar a entrevista, você deve apresentar o TCLE para a pessoa que será entrevistada, pedir para ela assinar duas vias: uma fica com ela e outra com o orientador. Enfatize novamente que o sigilo das respostas é garantido, que a finalidade da pesquisa é exclusivamente científica e ela servirá para orientar programas de cuidado às vítimas e prevenção da violência.

Atenção: tanto na carta enviada pelo correio como no TCLE, consta o telefone do Comitê de Ética da UFMG. O entrevistado poderá acionar o comitê caso se sinta prejudicado. Ele poderá fazer isso, por exemplo, se o sigilo for quebrado, isto é, se as informações prestadas forem repassadas para qualquer outra pessoa, pelo entrevistador.

9. Entrevista

Finalizados todos os procedimentos anteriores, inicie a entrevista. É fundamental que você preste atenção no que o entrevistado está falando. Se você se distrair –“ voar” – ele pode se sentir ofendido e interromper a entrevista. **Se perdermos muitos, teremos de completar até chegar à amostra correta.**

10. Finalização da entrevista

Terminada a entrevista, você deve agradecer a colaboração

Avisar que será feito um re-teste: isto é, um outro entrevistador irá entrar em contato, por telefone ou fará nova visita, e fará algumas perguntas do questionário novamente.

Atenção: não se esqueça de recolher o TCLE e o questionário do adolescente

11. Re-teste

As entrevistas serão feitas novamente por outro entrevistador. Esse procedimento é importante para verificar a qualidade da entrevista já realizada.

12. Acompanhamento e dúvida

Serão formadas equipes de trabalho compostas de: supervisor, aluno de graduação, profissional entrevistador. Os membros das equipes deverão estar em permanente contato uns com os outros, por telefone, e-mail, facebook.

Os supervisores das equipes deverão manter reuniões semanais para garantir o acompanhamento do processo.

Atenção: qualquer dúvida, por menor que seja deve ser levada ao supervisor. Não tome decisão por conta própria, pois isso poderá comprometer a pesquisa.

O supervisor deve resolver a questão, colocar a solução no facebook e repassar aos demais supervisores, para que todos tomem a mesma atitude, caso se depare com uma situação semelhante.

Caso o supervisor não se sinta seguro para resolver a dúvida, deve consultar a coordenação da pesquisa que acionará os meios necessários para a solução. Uma vez resolvida a dúvida, a solução deve ser colocada no facebook e repassada a todos os supervisores.

13. Verificação e recolhimento do questionário

Os questionários respondidos serão semanalmente recolhidos pelos supervisores. Os questionários, a tabela de Kish e os TCLE serão conferidos pelo supervisor. Além disso, ele telefonará para o domicílio, para checar as condições de realização da entrevista.

Referências

1. United Nations. Office on Drug and Crime. Internacional Homicides Statistics. Intentional Homicide, 2009. Disponível em <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/IHS-rates-05012009.pdf>, acessado em setembro de 2010.
2. Who, 2009. Site: www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/
3. DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br
4. Ministério da Saúde. O Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005
5. Melo, EM. Podemos Prevenir a Violência. Brasília: OPAS, 2010
6. Dorothy L. Espelage · Melissa K. Holt. Dating Violence & Sexual Harassment Across the Bully-Victim. Continuum Among Middle and High School Students. *J Youth Adolescence*, 36:799–811,2007
7. Michael G. Vaughn, Qiang Fu, Kimberly Bender, Matt DeLisi, Kevin M. Beaver, Brian E. Perron, Matthew O. Howard. Psychiatric Correlates of Bullying in the United States: Findings from a National Sample. *Psychiatr Q* 81:183–195, 2010
8. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton BG, Scheidt P (2001) Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *J Am Med Assoc* 285:2094–2001
9. Fleming LC, Kathryn C, Jacobsen H. Bullying and Symptoms of Depression in Chilean Middle School Students. *Prev Sci*. 2009; 10:100–115
10. Ministério da Saúde, IBGE, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Rio de Janeiro, 2009.
11. Organización Mundial de la Salud. Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias, 2009
12. Hannah McGee, Rebecca Garavan, Joanne Byrne, Madeleine O’Higgins. Rona’n M. Conroy *The European Journal of Public Health* 15:1-6, 2010
13. Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo, Marcos Zalesk, Ilana Pinsky, Raul Caetano, Neliana Buzi Figlie, Ronaldo Laranjeira . Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11):2467-2479, nov, 2009.
14. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva:World Health Organization; 2002.
15. Claudia Garcia-Moreno, Henrica AFM Jansen, Mary Ellsberg, Lori Heise, Charlotte H Watts Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence *Lancet*, 368: 1260–69, 2006

16. Michael Eduardo Reichenheim, Claudia Leite Moraes, André Szklo, Maria Helena Hasselmann, Edinilsa Ramos de Souza, José de Azevedo Lozana, Valeska Figueiredo. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2):425-437, fev, 2006
17. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, maio de 2009. Acessado em www.saude.gov.br
18. Melo, EM. Eles Morrem mais do que elas. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(4-S4):12-18, 2008.
19. Duarte, EC; Monteiro, RA, Mascarenhas, MDM; Silva, MMA. As violências e acidentes como problemas de Saúde Pública no Brasil: marcos das Políticas Públicas e a evolução da morbimortalidade durante 20 anos de Sistema Único de Saúde. IN: Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008. Vinte anos de Sistema Único de Saúde no Brasil*. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2008.
20. SOUZA, A. C. *Impactos da Violência na Saúde:* A Violência Contra os Idosos. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.
21. Matthew Redelings, Loren Lieb, and Frank Sorvillo. Years off Your Life? The Effects of Homicide on Life Expectancy by Neighborhood and Race/Ethnicity in Los Angeles County. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87(4):670-676, 2010
22. Brendan O'Flaherty, Rajiv Sethi. Homicide in black and white. *Journal of Urban Economics* 68:215-230, 2010.