



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO
NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE, RS.**

ANDREA SILVEIRA LOURENÇO AGUIAR DE OLIVEIRA

2020



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO
NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE, RS.**

**ANDREA SILVEIRA LOURENÇO AGUIAR DE OLIVEIRA
Mestranda**

**SIMONE DOS SANTOS PALUDO
Orientadora**

**LAÍSA RODRIGUES MOREIRA
Coorientadora**

RIO GRANDE, RS, MARÇO DE 2020.

ANDREA SILVEIRA LOURENÇO AGUIAR DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO
NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE, RS.**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito
Parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientadora: Profa. Dra. Simone dos Santos Paludo

RIO GRANDE, RS, MARÇO DE 2020.

Ficha Catalográfica

O48v Oliveira, Andrea Silveira Lourenço Aguiar de.
Violência psicológica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo na zona rural de Rio Grande, RS / Andrea Silveira Lourenço Aguiar de Oliveira. – 2020.
128 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio Grande/RS, 2020.

Orientadora: Dra. Simone dos Santos Paludo.

Coorientadora: Dra. Laísa Rodrigues Moreira.

1. Violência Contra a Mulher 2. Violência Doméstica 3. Violência por Parceiro Íntimo 4. População Rural I. Paludo, Simone dos Santos II. Moreira, Laísa Rodrigues III. Título.

CDU 343.9-055.2(816.5)

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

ANDREA SILVEIRA LOURENÇO AGUIAR DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO
NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE, RS.**

Banca examinadora:

Profa. Dra. Simone dos Santos Paludo
Orientador

Profa. Dra. Ana Laura Sica Cruzeiro Szortyka
Examinador externo

Prof. Dr. Lucas Neiva Silva
Examinador interno

Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, MARÇO DE 2020.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------------|---|
| ANEP | Associação Nacional de Empresas de Pesquisa |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEPAS | Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CTS | <i>Conflict Tactics Scale</i> |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| VAW | <i>Violence Against Women</i> |
| VP | Violência Psicológica |
| VPI | Violência por Parceiro Íntimo |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

Violência psicológica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo na zona rural de Rio Grande, RS.

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência e os fatores associados à violência psicológica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo na área rural da cidade do Rio Grande, Rio Grande do Sul (RS).

População-alvo: Mulheres com idades entre 18 e 49 anos, residentes na zona rural e que tiveram ao menos um parceiro íntimo na vida.

Delineamento: Estudo transversal de base populacional, parte de um consórcio de pesquisa intitulado “Saúde da população rural riograndina”, realizado em Rio Grande.

Desfecho: Ter sido vítima de violência psicológica por parceiro íntimo, aferido pelo questionário validado para o português *World Health Organization – Violence Against Women* (WHO VAW Study).

Processo amostral: Foram selecionados 80% dos domicílios rurais do município, havendo o pulo de um domicílio após a abordagem de quatro consecutivos.

Análise: Foram realizadas análises estatísticas descritivas (frequência absoluta e frequência relativa), bivariadas e multivariável (regressão de Poisson com variância robusta), sendo estimadas as razões de prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Resultados: A prevalência de violência psicológica contra a mulher na zona rural foi de 17,2% (IC95%: 14,9 - 19,7). Ser separada, divorciada ou viúva, ter feito uso de álcool na última semana e autorrelato de depressão na vida foram fatores associados ao desfecho.

Conclusão: Analisar a prevalência de violência sob a ótica da saúde pública estimula repensar ações de prevenção e promoção de saúde bem como, implementação de novas políticas públicas. Através de dados sobre a ocorrência da violência psicológica contra a mulher e seus fatores associados é viável estabelecer intervenções que reduzam tais índices.

Descritores: Violência contra a mulher; Violência doméstica; Violência por parceiro íntimo; População rural.

**Psychological violence against a woman by an intimate partner in the rural area of
Rio Grande, RS.**

Abstract

Objective: To analyze the prevalence and factors associated with psychological violence against women perpetrated by an intimate partner in the rural area of Rio Grande, RS.

Target population: Women aged 18-49, rural residents, who have had at least one intimate partner in their lives.

Design: Population-based cross-sectional study, part of a research consortium entitled “Health of rural population riograndina”, conducted in the Rio Grande.

Outcome: Being a victim of intimate partner psychological violence, as measured by questionnaire World Health Organization – Violence Against Women (WHO VAW Study) validated for Portuguese language.

Sampling: 80% of the rural households in the municipality were selected, with one household jumping after the four consecutive approaches.

Analysis: Descriptive (absolute and relative frequency), bivariate and multivariate statistical analyses (Poisson regression with robust variance) were performed to estimate the prevalence ratios (PR) and the respective 95% confidence intervals.

Results: The prevalence of psychological violence against women in rural areas is approximately 17.2% (95% CI 14.9 - 19.7). If the marital status is divorced or widowed, alcohol consumption in the last week and self-reported depression in life were factors associated with statistical significance to the outcome.

Conclusion: Analyzing the prevalence of violence from the perspective of public health encourages rethinking prevention and health promotion actions, as well as the implementation of new public policies. Through data on the occurrence of psychological violence against women and its associated factors, it is feasible to establish interventions that reduce such rates.

Keywords: Violence against women; Domestic violence; Intimate partner violence; Rural population.

CONTEÚDOS DO VOLUME

| | | |
|----|--|-----|
| 1. | Projeto | 13 |
| 2. | Relatório do Trabalho de Campo | 48 |
| 3. | Adaptações em relação ao projeto inicial | 60 |
| 4. | Normas da Revista para submissão do artigo | 62 |
| 5. | Artigo | 72 |
| 6. | Nota à imprensa | 99 |
| 7. | Apêndices | 101 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 14 |
| 1.1 Violência psicológica por parceiro íntimo | 16 |
| 1.2 Principais instrumentos para mensuração de Violência Psicológica contra a mulher | 17 |
| 1.3 Revisão bibliográfica | 18 |
| 1.3.1 Prevalência da violência psicológica contra mulher por parceiro íntimo 22 | |
| 1.4 Fatores associados à violência psicológica contra a mulher por parceiro íntimo. | 23 |
| 1.4.1 Fatores demográficos | 23 |
| 1.4.2 Fatores socioeconômicos e ambientais associados à violência psicológica | 23 |
| 1.4.3 Fatores comportamentais e de saúde da mulher..... | 24 |
| 2. Justificativa | 25 |
| 3. Objetivos..... | 27 |
| 3.1 Objetivo Geral | 27 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 27 |
| 4. Hipóteses | 28 |
| 5. Metodologia | 29 |
| 5.1 Local do estudo | 29 |
| 5.2 Delineamento..... | 29 |
| 5.3 Definição Operacional do desfecho | 30 |
| 5.4 Especificidades relacionadas a aplicação do WHO VAW Study | 30 |
| 5.5 Cálculo do tamanho amostral | 31 |
| 5.6 Critérios de elegibilidade..... | 34 |
| 5.6.1 Critérios de inclusão..... | 34 |
| 5.6.2 Critérios de exclusão..... | 34 |
| 5.7 Informações a serem coletadas no bloco geral | 34 |
| 5.8 Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo piloto | 36 |
| 5.9 Logística | 36 |
| 5.10 Processamento e análise de dados | 36 |
| 5.11 Controle de qualidade..... | 38 |

| | |
|--|----|
| 5.12 Aspectos éticos..... | 38 |
| 6. Divulgação dos resultados..... | 39 |
| 7. Financiamento..... | 40 |
| 7.1 Fontes de financiamento..... | 41 |
| 8. Cronograma..... | 42 |
| 9. Referências bibliográficas..... | 43 |
| 10. Relatório do Trabalho de Campo..... | 48 |
| 10.1 Organização do consórcio..... | 50 |
| 10.2 Instrumentos e manuais de instruções..... | 51 |
| 10.3 Seleção e treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel..... | 52 |
| 10.3.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos..... | 53 |
| 10.4 Amostragem..... | 53 |
| 10.5 Logística do trabalho de campo..... | 53 |
| 10.5.1 Abordagem de domicílios..... | 54 |
| 10.5.2 Organização de trajetos e domicílios..... | 55 |
| 10.5.3 Revisão/Codificação e Digitação dos Questionários em Papel..... | 56 |
| 10.5.4 Banco de dados e questionário eletrônico..... | 56 |
| 10.5.5 Controle de qualidade..... | 56 |
| 10.6 Números gerais da pesquisa..... | 57 |
| 10.7 Aspectos Éticos..... | 58 |
| 10.7.1 Encaminhamentos de saúde mental..... | 58 |
| 10.8 Orçamento..... | 59 |
| 10.9 Apoio..... | 59 |
| 11. Adaptações em relação ao projeto inicial..... | 60 |
| 11.1 Variáveis independentes..... | 61 |
| 12. Normas da Revista para submissão do artigo..... | 62 |
| 12.1 Escopo e política..... | 63 |
| 12.1.2 Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)..... | 64 |
| 12.1.3 Ensaio clínicos..... | 65 |
| 12.1.4 Autoria..... | 65 |
| 12.1.5 Conflito de interesses..... | 66 |
| 12.1.6 Declarações..... | 66 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 12.1.7 | Material suplementar | 66 |
| 12.2 | Apresentação do manuscrito | 67 |
| 12.3 | Exemplos de referências | 69 |
| 12.3.1 | Artigo de periódico | 69 |
| 12.3.2 | Livros e outras monografias..... | 69 |
| 12.3.3 | Capítulo de livro | 69 |
| 12.3.4 | Dissertação..... | 69 |
| 12.3.5 | Tese | 69 |
| 12.3.6 | Trabalho de congresso ou similar (publicado)..... | 70 |
| 12.3.7 | Relatório da Organização Mundial da Saúde..... | 70 |
| 12.3.8 | Documentos eletrônicos..... | 70 |
| 12.3.9 | Figuras e tabelas | 70 |
| 12.4 | Envio de manuscritos | 71 |
| 13. | Artigo..... | 72 |
| 14. | Nota à Imprensa..... | 99 |
| 15. | Apêndices..... | 101 |
| 15.1 | Quadro de resumos da revisão bibliográfica | 102 |
| 15.2 | Bloco geral..... | 113 |
| 15.3 | Bloco de questionários das mulheres | 119 |
| 15.4 | Folder | 128 |
| 15.5 | Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na área da saúde. | 129 |

Projeto

1. Introdução

Os atos de violência contra a mulher além de simbolizarem uma transgressão aos direitos humanos são, sem dúvida, um grande desafio para a Saúde Pública no país. Estima-se que cerca de uma em cada três mulheres vivenciou, ao menos uma vez na vida, alguma situação de violência física ou sexual (Vale SLL et al, 2013). Esse dado torna-se ainda mais expressivo quando também é considerada a exposição à violência psicológica na vida.

A violência psicológica é bastante comum, contudo, diferentemente da violência física e sexual, a vítima pode levar algum tempo até perceber as suas manifestações e consequências. A ausência de lesões e danos físicos graves faz com que situações que não deixam marcas físicas não sejam reconhecidas imediatamente como violência (Vale SLL et al, 2013). Dessa forma, agressões verbais, manipulações, chantagens e depreciações são exemplos de atitudes que a vítima encontra dificuldades em identificar como violência.

A dificuldade em perceber-se em uma situação de abuso emocional está associada com a relação que a vítima possui com quem comete a violência (Mathias AK et al, 2013). Não são raras as vezes em que o perpetrador da violência psicológica é o próprio parceiro íntimo, ou seja, aquele com quem a mulher tem laços afetivos e onde a continuidade da relação é uma condição de interesse da vítima.

A violência doméstica praticada pelo parceiro íntimo constitui a forma mais prevalente da violência contra a mulher no Brasil, principalmente pelo fato de que os abusos emocionais são muitas vezes aceitos como uma conduta comum do homem nas suas relações íntimas ou de conjugalidade (Silva, LEL, Oliveira, MLC, 2015). Desta forma, entende-se que combater a violência não é uma tarefa simples, pois necessita de uma significativa mudança da sociedade brasileira em relação a aceitação de condutas violentas contra a mulher e de ações que potencializam desigualdades de gênero.

A violência por parceiro íntimo afeta a saúde da vítima em diversos âmbitos. As mudanças no comportamento mais comuns nas mulheres vitimadas são: prejuízos na autonomia, na autoestima e na capacidade de buscar ajuda para o enfrentamento do problema (Vale SLL et al, 2013). É possível que as sequelas do abuso emocional

venham a acometer as mulheres de forma lenta e gradual devido à dificuldade no entendimento do nexos causal entre o adoecimento e o agente estressor. Por esse motivo, é comum que as exposições a situações de abuso emocional ocorram por um tempo prolongado.

A violência está alterando o perfil dos problemas de saúde em países de todo o mundo. Atos violentos são danosos não só às vítimas, mas também adoecem pessoas que estão direta ou indiretamente relacionadas a elas (Azambuja, MPR, Nogueira, C, 2008). Desta forma, os autores destacam a importância da formulação de políticas e práticas para o enfrentamento e prevenção da violência no campo da Saúde Pública.

No entanto, ainda são escassos os estudos que se proponham a investigar o perfil das vítimas e os possíveis fatores associados à ocorrência da violência psicológica (Rafael, RDMR, Moura, ATMSD, 2013). Dada a complexidade do tema, há a necessidade de trabalhos que preservem o participante em relação ao sigilo de sua identidade e das informações coletadas. Desta forma, espera-se diminuir a subnotificação dos casos de violência que não são expostos pelo participante.

O presente estudo é parte de um consórcio de pesquisa intitulado “Saúde da população rural riograndina”. Todos os estudos que fazem parte deste consórcio abordam questões relacionadas à saúde física e mental de crianças menores de 5 anos, mulheres em idade fértil e idosos residentes na área rural do município de Rio Grande, RS. A partir dos dados obtidos através deste consórcio será possível conhecermos a realidade de saúde local assim como, alguns fatores epidemiológicos que tendem a influenciar no processo de adoecimento populacional.

O objetivo deste estudo foi o de estimar a prevalência da violência psicológica contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, assim como, analisar seus fatores associados. Com base nos dados obtidos, será possível estimular o planejamento de ações que visem diminuir os índices da violência contra a mulher que vive no âmbito rural bem como, propiciar a reflexão acerca de um tema que historicamente foi refreado e até mesmo aceito culturalmente no Brasil.

1.1 Violência psicológica por parceiro íntimo

Por se tratar de um tema de interesse de áreas do conhecimento como a Saúde, Sociologia, Educação e Direito, a violência apresenta variadas definições na literatura. Logo, é de suma importância ressaltar que ao longo deste trabalho será utilizado o conceito emitido pela Organização Mundial da Saúde - OMS, que define violência como:

“[...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação” (Mathias, AK et al, 2013, p. 186).

A definição proposta pela OMS além de ser ampla, contempla de maneira igualitária todos os tipos de violência das quais os seres humanos possam ser submetidos. Dessa forma, a OMS propõe que o uso de poder pode ser algo tão danoso à saúde humana quanto um ataque físico ou sexual.

Apesar desta definição de violência abranger até as formas menos visíveis da agressão, tais comportamentos podem não ser identificados com facilidade até mesmo pelas próprias vítimas (Mathias, AK, et al, 2013). Tendo em vista a dificuldade que as vítimas encontram em reconhecer atitudes que se caracterizam como abuso emocional, tais atos foram descritos na legislação brasileira e são passíveis de penalização desde a criação da Lei Maria da Penha nº 11.340 em agosto de 2006.

Em dezembro de 2018, a definição de violência psicológica proposta pela Lei Maria da Penha foi alterada de acordo com a Lei nº 13.772. Essa reformulação do conceito de violência psicológica no âmbito jurídico teve como objetivo o de incluir atos de violação de intimidade da mulher para que assim, fosse possível penalizar seus perpetradores. Ao longo deste trabalho, usaremos a definição de Violência Psicológica proposta pela lei supracitada tendo em vista que seu texto é completo, explicativo e atual.

A Lei nº13772, artigo 7, inciso II define: “a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause danos emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou

controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.”

No presente estudo será considerado como “parceiro íntimo” aquele (s) que, independentemente do tipo de união ou se já coabitaram na mesma casa, mantém ou já mantiveram relação íntima com as mulheres entrevistadas. O “parceiro íntimo” é o (s) companheiro (s) com quem as entrevistadas tenham mantido relações sexuais ao menos uma vez na vida (Schraiber LB et al, 2007).

Cabe ressaltar que na literatura a violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo tem forte relação com a violência doméstica e conjugal, porque a maioria dos agressores ainda se relacionam com as vítimas. Porém, conforme mencionado acima, este trabalho tem o propósito de avaliar a prevalência de violência psicológica durante a vida, portanto será considerada qualquer relação heterossexual na qual tenha ocorrido o ato sexual. A duração e o status do relacionamento onde ocorreu a violência não interferem na definição proposta.

1.2. Principais instrumentos para mensuração de Violência Psicológica contra a mulher

Tendo em vista os impactos da violência psicológica contra a mulher na saúde coletiva e individual, foram criados diversos instrumentos com o objetivo de investigar, detalhar, mensurar e estabelecer noções de temporalidade acerca dos atos configurados como violência psicológica. Dentre os principais instrumentos utilizados atualmente, podemos citar: *Conflict Tactics Scale (CTS)* e o *World Health Organization – Violence against women (WHO VAW Study)*.

O CTS foi desenvolvido por Murray Straus em 1979 e foi revisado em 1996 com o objetivo de diminuir algumas limitações observadas na primeira versão. Nesta revisão também incluíram questões que não constavam na versão original. Ao todo, o instrumento conta com 39 itens sobre violência e é agrupado em pares de perguntas que devem ser respondidas pela participante e pelo companheiro. Sendo assim, no final haverá 78 questionários por dupla respondente. O instrumento busca mensurar

a epidemiologia dos tipos de violência (sexual, física e psicológica) e serve como instrumento de apoio em terapias de casais porque identifica as principais maneiras desadaptativas nas quais o casal recorre para resolver seus conflitos. A principal limitação deste instrumento é não considerar as motivações, contexto e consequência dos conflitos (Paiva, CA, Figueiredo, B, 2006).

Em 1998, a OMS lançou um estudo em dez países: WHO Multicountry Study on Womens Health and Domestic Violence. Baseado em inquéritos domiciliares, o estudo tinha como objetivo estimar a prevalência da violência contra a mulher e fatores associados a violência por parceiro íntimo em diferentes países. O Brasil era um dos países de aplicação do questionário. Para sua validação para o português, foram aplicados os inquéritos em 2000 e 2001 nas cidades de São Paulo – SP e Zona da Mata – PE (Schraiber LB et al, 2007). O instrumento possui quatro questões sobre violência psicológica, seis sobre violência física e três sobre violência sexual. Além das questões indicadas, há questões de cunho temporal para identificar o período das agressões. Para cada resposta afirmativa, contabiliza-se 1 score.

O questionário possui grande consistência interna. O Coeficiente alfa de Cronbach apontou 0,88 para zona urbana e 0,89 para zona rural brasileira (Schraiber LB et al, 2007). O instrumento consegue discriminar os diferentes tipos de violência contra a mulher perpetrada por parceiros íntimos em diferentes contextos sociais brasileiros. O instrumento é objetivo, relativamente curto e pode ser aplicado tanto em grandes populações quanto para rastreamento em serviços de saúde (Schreiber, LB et al, 2010). Por esse motivo, optamos por utilizar as quatro questões sobre violência psicológica do instrumento WHO VAW Study e adaptamos as questões sobre temporalidade de forma a investigar sua ocorrência nos últimos 12 meses.

1.3 Revisão bibliográfica

A busca bibliográfica ocorreu de maneira sistematizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) no ano de 2019. Através delas foi possível encontrarmos conteúdos qualificados e recentes sobre Saúde e fatores associados. A seleção de material nas bases de dados Pubmed/MEDLINE foi limitada aos textos com os descritores no título e resumo, publicados na última década, artigos com a versão completa disponível e

que possuíssem seu texto em um dos seguintes idiomas: inglês, espanhol ou português. Os termos utilizados e o número de artigos localizados estão na Tabela 1.

Tabela 1. Estratégia de busca realizada nas bases de dados Pubmed/MEDLINE:

| Ordem | Combinações de Descritores (MeSH - <i>Medical Subject Headings</i>) | Nº de Artigos encontrados |
|-------|--|---------------------------|
| 1 | Domestic Violence OR Spouse abuse AND Prevalence | 595 |
| 2 | Domestic Violence OR Spouse abuse AND Cross—sectional Studies | 345 |
| | Total | 940 |

Fonte: O(s) autor(es).

A busca bibliográfica na base de dados LILACS foi restrita aos artigos que contivessem os termos presentes no título, resumo e/ou assunto, publicados na última década, escritos em inglês, espanhol ou português e que possuíssem o texto completo disponível. Os termos utilizados e o respectivo número de artigos encontrados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Estratégia de busca LILACS.

| Ordem | Combinações de descritores (DeCS – Descritores em Ciências da Saúde) | Nº de Artigos |
|-------|--|---------------|
| 1 | Violence against women AND Cross-Sectional Studies | 353 |
| 2 | Violence against women AND Prevalence | 854 |
| 3 | Intimate partner violence AND Cross-Sectional Studies | 1142 |
| | Total | 2349 |

Fonte: O(s) autor(es).

Após a realização da busca de aporte teórico nas bases de dados PubMed/MEDLINE e LILACS, iniciamos o processo de seleção do material encontrado. Desta forma, foram identificados 3289 artigos.

Em um primeiro momento, fizemos a seleção dos artigos através da leitura dos títulos. Com o auxílio do Software EndNote versão X7, foi possível organizar o material encontrado e, de imediato, excluir os artigos selecionados com títulos duplicados. Foram mantidos os artigos que apresentavam títulos que sugeriam abordar um ou mais dos seguintes assuntos: violência contra a mulher, violência perpetrada por parceiro íntimo, fatores associados ao perfil da mulher vítima de violência doméstica, abuso emocional e os indicadores de Saúde da mulher no contexto rural. Optamos por excluir os artigos que demonstravam no título a exclusão da faixa etária de interesse (18 a 49 anos), os que correlacionavam a violência contra a mulher a alguma deficiência física ou mental pré-existente e os que abordavam somente o perfil do agressor. Optamos por não incluir estudos com populações femininas muito específicas (mulheres em regime carcerário, imigrantes, profissionais do sexo ou demais profissionais) visto que, as prevalências de violência em grupos distintos mostrariam frequências diferenciadas deste fenômeno.

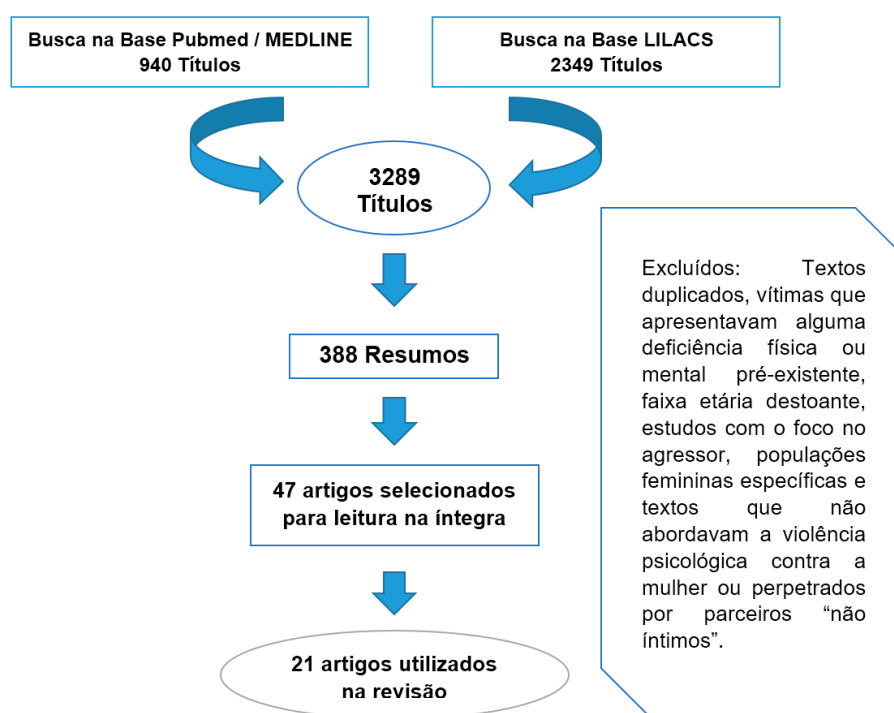
Após a seleção da bibliografia a partir da leitura dos títulos, foram selecionados 388 artigos. Então, iniciamos a etapa da seleção através dos resumos. Após uma leitura minuciosa do resumo de cada artigo selecionado na etapa anterior, observamos que muitos não correspondiam ao tema proposto. Alguns artigos demonstraram somente nesta etapa os critérios de exclusão supracitados. Da mesma maneira, foram excluídos os artigos que se detinham a avaliar a ocorrência de violência através de banco de dados de delegacias ou de boletins de ocorrência policial, os que não abordavam a violência psicológica (focando apenas em violência física ou sexual) e os estudos que analisaram a violência contra a mulher de forma que não objetivasse diferenciar os atos perpetrados por parceiros íntimos dos atos cometidos por outros agressores.

Por fim, os 47 artigos que foram pré-selecionados através da apreciação do título e do resumo, foram lidos na íntegra. Nessa etapa, os principais motivos de exclusão dos artigos foram: textos que não apresentaram conteúdo relativo a proposta deste trabalho, a não diferenciação da prevalência de violência de acordo

com o tipo, estudos que observavam apenas os índices de violência física e/ou sexual e a faixa etária da população alvo ser fortemente destoante da mulher em período fértil (inclusão da população idosa nos índices). Passadas essas três etapas do processo de seleção do aporte teórico, restaram 21 artigos.

Foi criado um fluxograma com o objetivo de ilustrar as estratégias de busca da bibliografia consultada. Através dele, torna-se possível apresentar resumidamente como ocorreu o criterioso processo de exclusão em cada etapa da seleção dos artigos. O fluxograma pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma da revisão de literatura sobre Violência Psicológica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo:



Fonte: O(s) autor(es).

Um resumo dos principais dados de cada artigo que se manteve na seleção bibliográfica final está apresentado na Quadro 1 (Apêndice 1). Os dados estão apresentados da seguinte forma: autor principal do trabalho, ano de publicação, país em que foi desenvolvido o estudo, delineamento, faixa etária da população, principais

características da amostra, instrumentos utilizados, variáveis dependentes/desfechos, resultados e limitações apontadas pelos autores.

1.3.1 Prevalência da violência psicológica contra mulher por parceiro íntimo

Após a fase de seleção dos artigos, foi possível constatar certa diversidade nos locais onde foram conduzidos os estudos. Dos vinte e um artigos selecionados, seis continuam dados de cidades brasileiras (Barros EM et al 2016, Leite, FMC et al, 2017, Mathias, AK et al, 2013, Moura, LB et al, 2009, Silva, EP et al, 2011, Vieira, LIES et al, 2013), dois foram conduzidos no Irã (Vameghi, R et al, 2018, Zarei, M et al, 2017), dois na Índia (Nadda, A et al, 2018, Sinha, A et al, 2012), um no México (Sandoval-Jurado, LS et al, 2017), um no Peru (Caballero, J et al, 2009), um no Egito (Habib, SR et al, 2011), um na Turquia (Gokler, ME et al, 2014), um na Tailândia (Chemchit, M, Chernkwanma, S, Somorongthog, R, Spitzer, DL, 2018), um em Nepal (Sapkota, D et al, 2016), um na Inglaterra (Khalifeh, H et al, 2013), um na Nigéria (Aja, LO et al, 2014), um na China (Tu, X, Lou, C, 2017), um no Paquistão (LaBore, K et al, 2019) e um estudo maior envolvendo dados de diversos países da União Europeia (Barbero, BS et al, 2018). Percebe-se uma predominância de estudos com delineamento transversal em comparação aos artigos de revisão sistemática, casos e controles, metanálise e coorte.

Em relação à faixa etária, a maioria dos estudos utilizou a correspondente ao período fértil da mulher (entre 14 e 49 anos). Como grande parte dos estudos selecionados tinha como objetivo a análise da prevalência de violência contra a mulher por parceiros íntimos, a maioria das participantes eram casadas ou viviam com companheiro.

De acordo com os estudos selecionados, o tipo mais comum de violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo foi a psicológica. Essa modalidade de violência variou entre 6,6 (Habib, SR et al, 2011) e 80,2% (Moura, 2009). O segundo tipo de violência mais comum praticado contra a companheira foi a violência física. É possível que as diferenças nos índices de violência de acordo com suas modalidades (psicológica, física e sexual) estejam relacionadas ao entendimento da situação vivida, principalmente, nas questões relacionadas à violência psicológica, ao nível de desenvolvimento dos países e ao instrumento que foi utilizado na coleta dos dados.

Como limitações, a maioria dos estudos apontou a ocorrência de subnotificação da violência. Em estudos sobre violência há a influência dos entrevistadores na hora de fazer as perguntas. Isso pode ser fator determinante para que se obtenha as respostas mais condizentes à realidade que a mulher vive (Zorilla, B, et al 2010). Por outro lado, caso a mulher não se sinta segura no momento da aplicação do questionário ou se o entrevistador demonstrou ou verbalizou algum julgamento frente a situação, a tendência é de que a entrevistada em situação de violência omita informações importantes ou opte por não participar do estudo.

1.4 Fatores associados à violência psicológica contra a mulher por parceiro íntimo.

1.4.1 Fatores demográficos

Regiões mais isoladas, tais como as zonas rurais, são identificadas na literatura científica como fatores de risco para a violência psicológica contra a mulher (Nadda A, et al, 2018, Azambuja, MPR, Nogueira, C, 2008). Os autores entendem que o isolamento geográfico está associado diretamente ao isolamento social que, por sua vez, está associado à falta de um grupo de suporte ou apoio. Isso torna o ambiente propício a ocorrência de atos de violência contra a mulher por parceiro íntimo.

Embora o papel do isolamento em áreas rurais tenha sido examinado, os pesquisadores tendem a se concentrar no efeito do isolamento geográfico sobre a violência por parceiro íntimo e como se relacionam com as questões de acesso a prestadores e serviços (Lanier, C, Maume, MO, 2009). A maioria das investigações conceitua apenas uma dimensão de isolamento, a de oferta de serviços de saúde.

1.4.2 Fatores socioeconômicos e ambientais associados à violência psicológica

Variáveis socioeconômicas têm sido diretamente relacionadas à violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. As mulheres mais pobres têm maior probabilidade de viverem mais longe dos prestadores de serviços do que as mulheres mais ricas (Rennison, CM; Dekeseredy, WS; Dragiewicz, M, 2013). Sendo assim, elas têm dificuldade aumentada no acesso à informação, orientações e cuidados para o enfrentamento de uma situação de violência. As mulheres menos escolarizadas se

encontram no grupo com maior prevalência de violência psicológica em comparação com as que possuem maior nível educacional formal (Khalifeh, H et al, 2013). As mulheres mais esclarecidas demonstram maior autonomia e menos tolerância a agressões (Vieira, LJE et al, 2013). Alguns estudos observaram a relação com os estados civis de solteira, divorciada ou viúva como fatores de risco para a violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo (Mathias, AK et al, 2013, Caballero, J et al, 2009). Em relação a idade da mulher, foi observado que mulheres entre 18 e 30 anos estariam mais expostas (Gokler, ME et al, 2014). Um estudo apontou que as mulheres com idades acima de 40 anos apresentam as maiores prevalências (Sandoval- Jurado, L et al, 2017).

1.4.3 Fatores comportamentais e de saúde da mulher

Variáveis comportamentais e de estilo de vida da mulher podem ter associação significativa com a ocorrência do desfecho em questão. Há estudos que abordam o consumo de álcool pelo parceiro íntimo (Sandoval-Jurado, LS et al, 2017) (Gokler, ME et al, 2014; Caballero, J et al, 2009, Sinha, A et al, 2012) como causa adjacente à violência contra a mulher. Porém, a maioria dos estudos que abordam o alcoolismo como fator preponderante para a ocorrência de violência aborda o consumo somente por parte do agressor, mas não da vítima.

O maior número de filhos (Habib, SR et al, 2011) e a presença de algum transtorno mental (Ludemir, et al, 2008, Vameghi, R et al, 2018) também são apontados como fatores comportamentais relacionados à ocorrência de violência psicológica contra a mulher por parceiro íntimo.

2. Justificativa

A violência psicológica é uma das formas mais comuns de violência doméstica contra a mulher e, dentre os principais perpetradores, encontra-se o parceiro íntimo da vítima (Garcia-Moreno, C et al, 2006, Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M, 1999). Estudos consideram que a redução da violência doméstica seria a chave para o controle da violência social (Buvinic, M, Morrison, AR, Shifter, M, 2000). Os mesmos autores teorizam que a violência, geralmente, é transmitida entre as gerações e se reproduz de casa para as ruas. Ou seja, o comportamento violento visto nas ruas poderia ser explicado, em parte, como um reflexo da violência que o indivíduo viveu de forma direta ou indireta no lar ou em uma cultura familiar.

A violência passou a ser percebida como um problema de saúde pública quando aumentou a demanda por serviços especializados e começou a ser vista como responsável por adoecimento físico e psicológico. Em 1994 houve uma conferência internacional com os Ministros de Saúde das Américas realizada pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 1994) e, nesse evento, ficou determinado que:

“[...] devido ao grande número de vítimas e à magnitude de suas sequelas físicas e psicológicas, a violência adquiriu um caráter endêmico e se tornou uma responsabilidade da Saúde Pública, uma vez que cabe a esse setor o atendimento de urgência, tratamento e reabilitação das suas vítimas [...]”.

Desta forma, estudar a violência sob a ótica da saúde pública é essencial para o embasamento de novas políticas públicas e o fortalecimento de estratégias de prevenção e promoção de saúde. Analisar dados sobre a ocorrência da violência psicológica contra a mulher e seus fatores associados permitem conhecer a realidade da população e assim, intervir de maneira mais efetiva.

Abordar o tema violência psicológica por parceiro íntimo estimula uma maior reflexão das mulheres entrevistadas acerca de possíveis atos de abuso emocional vivenciados e suas consequências na sua saúde física e mental. Falar sobre questões relacionadas à violência psicológica propicia uma maior visibilidade sobre o tema visto que, é uma modalidade de violência de difícil identificação por parte da vítima e que, por vezes, é culturalmente aceita no meio em que vivem (Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM, 2011, Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF, 2015). Através dos dados deste

estudo, é será possível contribuir no planejamento, implementação e aprimoramento de estratégias de combate a violência contra a mulher.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Estimar a prevalência e os fatores associados à violência psicológica contra a mulher por parceiro íntimo no âmbito rural da cidade de Rio Grande- RS, no ano de 2017.

3.2 Objetivos Específicos

Analisar a ocorrência da violência psicológica na vida das mulheres residentes no perímetro rural do município de Rio Grande – RS e; identificar os principais fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de saúde da mulher que possam estar associados a violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo na zona rural da cidade de Rio Grande –RS.

4. Hipóteses

- O menor nível econômico familiar será fator de risco para a violência psicológica.
- Mulheres mais velhas apresentarão maiores prevalências de violência psicológica em comparação com mulheres mais jovens.
- O nível de escolaridade estará associado à ocorrência de violência psicológica, sendo uma relação inversamente proporcional (mais escolarizadas, menor a prevalência do desfecho).
- A prevalência de violência psicológica por parceiro íntimo será maior nas mulheres negras e pardas comparado com as mulheres brancas.
- A ocorrência de violência psicológica por parceiro íntimo será significativa estatisticamente no grupo de mulheres que consumiu álcool.

5. Metodologia

5.1 Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido na área rural de Rio Grande, município com 2.709 km² localizado na Metade Sul, distante 350 km da capital, Porto Alegre. Para o ano de 2016, foram estimados 208 mil habitantes, sendo 3% desse total residente em área rural. A população rural de Rio Grande é formada por pouco mais de 8% de menores de cinco anos, 32% de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e 19% por idosos (60 anos ou mais de idade).

Em relação à rede municipal de saúde de Rio Grande, podemos citar a existência de: 36 Equipes de Saúde da Família dos quais, 60% possuem equipe de saúde bucal, cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um ambulatório de especialidades, um ambulatório de saúde mental, três Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sendo um deles destinado à crianças e adolescentes, dois hospitais gerais, um hospital psiquiátrico e um consultório na rua. Na área rural existem 10 equipes de saúde da família e dois NASF.

O presente estudo é parte de um consórcio que contempla outras questões de pesquisas de alunos e professores do Mestrado de Saúde Pública e de alunos do Doutorado de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rio Grande. Ao todo, são 15 alunos do mestrado e dois alunos do doutorado participando do consórcio.

5.2 Delineamento

O delineamento utilizado foi do tipo transversal (seccional ou de prevalência), o mais apropriado para estudar diversas exposições e desfechos de forma simultânea e a partir de uma abordagem única. Além disso, estudos transversais costumam ser mais rápidos no que tange a sua aplicação e são de menor custo financeiro. A principal desvantagem está relacionada à possibilidade de ocorrência de viés de causalidade reversa em virtude de exposição e desfecho serem coletadas em um mesmo momento. Esse viés pode ser minimizado identificando o momento de início de cada

uma das exposições e desfechos a serem investigados, no caso do presente estudo foram os últimos 12 meses.

5.3 Definição Operacional do desfecho

A violência psicológica contra a mulher por parceiro íntimo foi avaliada através de um recorte do questionário “World Health Organization Violence Against Women” (WHO Vaw Study), por esse motivo foram utilizadas apenas as perguntas sobre violência psicológica. Foi considerada como vítima de violência psicológica àquela mulher que respondeu afirmativamente ao menos a uma das quatro perguntas extraídas do questionário:

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

5.4 Especificidades relacionadas a aplicação do WHO VAW Study

Uma série de recomendações foram feitas em relação à aplicação do questionário e a parte específica do bloco de questões sobre a violência psicológica. Primeiro, foi recomendado que a entrevistadora fosse do sexo feminino e realizasse a aplicação do questionário estando sozinha com a mulher participante. Também foi sugerido que a aplicação pudesse acontecer em um ambiente calmo e que previamente haveria uma combinação de uma palavra ou sinal entre a entrevistadora e a participante para que, caso necessário, pudessem interromper a entrevista de forma rápida. Também houve a combinação prévia de um assunto alternativo que pudesse ser abordado caso fossem interrompidas durante a aplicação do questionário. Essas condutas tiveram o propósito de não expor a entrevistada e a entrevistadora durante a aplicação do questionário sobre violência.

As entrevistadoras foram orientadas a não esboçar reações ou expor julgamentos/pareceres acerca das respostas emitidas pelas entrevistadas. Caso houvesse alguma situação de difícil manejo, as entrevistadoras foram orientadas a

procurar o mestrando que estivesse supervisionando a pesquisa de campo no momento.

Cabe ressaltar que os indivíduos identificados em situações como depressão, insegurança alimentar, obesidade infantil, incontinência urinária e/ou exposição à violência psicológica foram orientados e encaminhados aos serviços de saúde e/ou assistência social do município. Por fim, foi confeccionado um material em formato de folder onde constava telefones e endereços úteis de serviços especializados, inclusive com informações relacionadas aos locais onde as mulheres em situação de violência poderiam buscar ajuda. Esse material informativo foi distribuído para todas as mulheres participantes (estando elas em situação de violência ou não).

5.5 Cálculo do tamanho amostral

Atualmente, cerca de 8225 riograndinos moravam na área rural e se encontravam distribuídos em aproximadamente 3000 domicílios. Deste total, cerca de 440 eram menores de cinco anos, 1820 mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e 1080 idosos (60 anos ou mais de idade) de ambos os sexos. Foram visitados quatro em cada cinco domicílios, o que correspondeu a aproximadamente 80% da população rural. A partir desta perspectiva, esperava-se encontrar aproximadamente 1256 mulheres com idades entre 18 e 49 anos.

Tabela 4: Prospecção da população rural em relação à população urbana de Rio Grande - RS em 2016.

| | | | | | | |
|---------|-----------------|--------------------------|-----------------|-------|------|--------------------------|
| 208.000 | População total | | | | | |
| | 3% | 6.240 | População rural | | | |
| | | | 80% | 7,8% | 355 | Crianças de 0 a 59 meses |
| | | | | 31,8% | 1456 | Mulheres de 15 a 49 anos |
| 18,8% | 861 | Idosos (60 anos ou mais) | | | | |

Fonte: O(s) autor(es).

Utilizando o programa OpenEpi, para o desfecho violência psicológica na vida com frequência hipotética esperada de 45% e, utilizando-se um nível de confiança de 95% resultou em um cálculo de tamanho amostral de cerca de 575 mulheres para encontrarmos a prevalência do desfecho. Acrescentando 10% de perdas e recusas, o tamanho da amostra necessário foi de cerca de $n = 633$ pessoas. O Erro máximo assumido foi de 3 pontos percentuais.

Tabela 5. Cálculo do tamanho amostral para prevalência do desfecho (violência psicológica) na zona rural de Rio Grande - RS, 2016.

| Estimativa de prevalência do desfecho | Estimativa de erro em pontos percentuais | Tamanho de amostra | Tamanho de amostra com acréscimo de 10% para perdas e recusas |
|---------------------------------------|--|--------------------|---|
| 45% | 1 | 1110 | 1221 |
| | 2 | 822 | 904 |
| | <u>3</u> | 575 | <u>633</u> |
| | 4 | 404 | 444 |
| | 5 | 293 | 322 |

Fonte: O(s) autor(es).

Em relação ao cálculo de tamanho amostral para fatores associados, utilizamos também o programa OpenEpi. Foram adicionados 10% para perdas e recusas e 15% para fatores de confusão. Totalizando um cálculo de 25% a mais em relação ao N total do cálculo amostral para cada fator. Os dados estão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 6 Cálculo do tamanho amostral para fatores associados à violência psicológica na zona rural da cidade de Rio Grande - RS, 2016.

| Violência Psicológica | Razão expostos /não expostos | Prevalência não expostos | N | N + 10% | N + 15% Fatores de Confusão |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|----------|----------------|------------------------------------|
| Idade (> 40) | 2:1 | 40% | 231 | 254 | 292 |
| Renda (\leq 2 salários mínimos) | 1:7 | 35% | 125 | 138 | 159 |
| Escolaridade (0 a 4 anos) | 1:4 | 25% | 735 | 809 | 931 |
| Situação Conjugal (Solteira, separada, divorciada ou viúva) | 5:1 | 40% | 408 | 448 | 516 |
| Cor da Pele (Cor negra) | 18:1 | 35% | 98 | 108 | 125 |
| Tabagismo | 10:1 | 42% | 337 | 371 | 427 |
| Álcool | 20:1 | 65% | 129 | 142 | 164 |

Fonte: O(s) autor(es).

As estimativas de frequência das exposições foram extraídas dos dados do censo de 2010 (IBGE, 2011) e a razão entre os expostos e não expostos foram obtidas através da literatura bibliográfica consultada para execução deste projeto. Conforme os dados apresentados, para encontrar fatores associados, foi preciso uma amostra mínima de 931 mulheres.

5.6 Critérios de elegibilidade

5.6.1 Critérios de inclusão

Foram consideradas elegíveis a participar deste estudo as mulheres com idades entre 18 e 49 anos, moradoras da zona rural da cidade de Rio Grande- RS e que tiveram ao menos 1 parceiro íntimo do sexo masculino durante a vida.

5.6.2 Critérios de exclusão

Foram consideradas inelegíveis a este estudo as mulheres que estavam institucionalizadas (em hospitais, presídios, etc.) no momento da entrevista. Também não foram elegíveis as mulheres que apresentaram alguma condição física e/ou mental que as impossibilite de responder o questionário sozinha.

5.7 Informações a serem coletadas no bloco geral

A seguir será feita uma descrição das variáveis presentes no bloco geral do questionário das mulheres em idade fértil residentes na zona rural da cidade de Rio Grande – RS. Neste item, estão descritas cada variável, a sua definição e a forma como foram coletadas. No bloco geral as variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais auxiliaram no entendimento das características da população rural citadina.

Tabela 7: Definição e forma de coleta das variáveis independentes do Bloco Geral:

| Variável | Definição | Forma de coleta |
|-----------------------|--|------------------------|
| Cor da Pele | Autorreferida em: branca, preta, parda, amarela ou indígena. | Catégorica politômica |
| Renda familiar | Valor recebido em reais por todos os moradores do domicílio no mês imediatamente anterior a entrevista. | Numérica contínua |
| Idade | Número de anos de vida completos. | Numérica discreta |
| Escolaridade | Anos de estudo completos. | Numérica discreta |
| Situação conjugal | Autorreferida, classificada em: (1) solteira (2) casada ou vivendo com companheiro (3) viúva. | Catégorica politômica |
| Trabalha fora de casa | Classificada em sim ou não. | Catégorica dicotômica |
| Tabagismo | Autorreferido, classificada como ex fumante (as mulheres que pararam de fumar há, no mínimo, 1 mês), fumante (quem consome 1 cigarro ou mais por dia há mais de um mês) e não fumante. | Catégorica politômica |
| Alcoolismo | Autorreferida sobre consumo de bebidas na última semana. Classificada como sim ou não. | Catégorica dicotômica |
| Número de filhos | Quantidade de filhos nascidos vivos. | Numérica discreta |
| Depressão | Autorreferida. Classificada como sim ou não para diagnóstico de depressão fornecido por médico ou psicólogo na vida. | Catégorica dicotômica |
| Religião | Classificada como sim ou não. | Catégorica dicotômica |

Fonte: O(s) autor(es).

5.8 Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo piloto

Para a realização das entrevistas foram capacitados aproximadamente 20 candidatos que passaram por um treinamento de 40 horas. Este treinamento teve duração de cinco dias e consistiu na leitura de cada um dos questionários e dos seus respectivos manuais de instrução, na forma como deveria ser conduzida a pesquisa e também no manejo das duas versões do questionário: papel e eletrônica. No caso da versão eletrônica, os entrevistadores deveriam familiarizar-se com especificidades de operação dos tablets. Em seguida, foi realizado um estudo piloto, o qual teve por objetivo testar o enunciado das questões, familiarizar o entrevistador com o questionário e com o uso do tablet assim como, reproduzir as condições de realização do trabalho de campo.

Ao final desta etapa, foram selecionados seis entrevistadores que foram contratados para o trabalho de coleta de dados em campo. Os demais permaneceram como suplentes para a eventualidade de alguma substituição.

5.9 . Logística

Este estudo foi coordenado por professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande – FURG e foi supervisionado por 15 alunos do mestrado em Saúde Pública da turma 2016-2017 e por dois doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde -FURG. A coleta de dados aconteceu em regime de consórcio, no qual cada um dos mestrados e doutorandos teve seu desfecho de interesse coletado de acordo com os objetivos gerais propostos neste projeto.

Diariamente, foram constituídas três equipes compostas por dois entrevistadores, um motorista e um supervisor de campo. Foram utilizados veículos e motoristas cedidos pela Universidade Federal do Rio Grande e pela Secretaria Municipal da Saúde de Rio Grande.

5.10 Processamento e análise de dados

Todas as informações foram coletadas através de um amplo questionário aplicado em tablets, através do programa RedCap (Research Electronic Data Capture) (Harris, PA et al, 2009). Foram obtidas informações sobre as seguintes características

das famílias: renda nominal e ocupação de todos os residentes no domicílio que trabalharam no mês anterior à entrevista, nível de escolaridade das mulheres em idade fértil, do chefe da família e dos idosos, condições de habitação e saneamento, aglomeração familiar, classe econômica segundo ANEP e recebimento de benefício de programas sociais governamentais. Os desfechos de interesse para cada população também foram avaliados através de questionário.

Considerando que os dados foram coletados em tablets, o passo seguinte, ao final de cada dia de entrevistas envolveu o envio dos dados armazenados nos tablets para o servidor da FURG através de conexão *wifi*. Posteriormente, no próprio servidor, foi realizada uma revisão dos dados para identificar possíveis erros e inconsistências. Além disso, foi feito um *backup* do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel* para garantir que não houvesse qualquer perda das informações.

Ao final da etapa de entrevistas, um banco de dados limpo e sem informações que permitissem a identificação dos indivíduos foi exportado para o programa estatístico *Stata14* para fins de análise.

Análises estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa) foram conduzidas. As associações entre as variáveis independentes e o desfecho foram calculadas através da Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância para estimativa das razões de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A análise multivariável foi baseada em um modelo hierárquico conforme a Figura 2 (Victora CG et al, 1997).

Figura 2: Modelo hierárquico de análise



Fonte: O(s) autor(es).

5.11 Controle de qualidade

O controle de qualidade foi realizado por meio de repetição de 5% das entrevistas pelos supervisores do estudo. Essa repetição aconteceu via telefone. Estas entrevistas foram escolhidas de forma aleatória e o grau de concordância entre a resposta obtida pelo entrevistador e pelos supervisores foi avaliado utilizando-se do teste kappa.

5.12 Aspectos éticos

De acordo com a resolução 466/12, este protocolo de pesquisa, considerado de risco mínimo, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande. Além disso, foi garantida a confidencialidade dos dados, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Todos os participantes (ou seus responsáveis) assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de o questionário ser aplicado.

Indivíduos que identificados em situações como depressão, insegurança alimentar, obesidade infantil, incontinência urinária, exposição à violência psicológica ou outros riscos foram orientados e encaminhados aos serviços de saúde e/ou assistência social do município.

6. Divulgação dos resultados

Os resultados do estudo serão divulgados através da apresentação da dissertação, necessária à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Também será realizada a publicação dos resultados em periódicos científicos. Por fim, será elaborado um texto, em linguagem acessível, com os principais resultados do estudo destinado à imprensa local.

7. Financiamento

Este projeto de pesquisa foi orçado em R\$ 42.919,00 (quarenta e dois mil novecentos e dezenove reais). Os tablets foram utilizados para entrada imediata de dados provenientes da aplicação dos questionários. Sendo assim, eliminou a necessidade de contratação de digitadores e diminuiu gastos com material impresso. O restante deste valor foi utilizado principalmente, no pagamento de pessoal, aquisição de material de consumo e compra de combustível que foi utilizado em veículo cedido pela prefeitura municipal de Rio Grande para deslocamento até os domicílios da área rural.

Tabela 8. Materiais utilizados e custos:

| CAPITAL | Custo em R\$ | |
|--|---|---|
| | Unitário | Total |
| •Material permanente: - 8 tablets RAM 1.5 GB, MEMÓRIA 8GB, Processador 1.3 GHZ, tela LED 9.6' | 800,00 | 6.400,00 |
| Subtotal (a) | | 6.400,00 |
| CUSTEIO | Custo em R\$ | |
| | Unitário | Total |
| •Material de consumo: - 12 Manuais de instrução. - 50 Pacotes papel sulfite 75g 210x297. - 04 Cartuchos de toner laserjet. -15 Pranchetas poliestireno com prendedor. - 3.000 Litros de combustível. | 15,00 12,60 221,00 15,00 4,00 | 180,00 630,00 884,00 225,00 12.000,00 |
| Subtotal (b) | | 13.919,00 |
| CUSTEIO | Custo em R\$ | |
| | Unitário/Mensal | Total |
| •Serviços de terceiros: - 06 Entrevistadores (4 meses) | 6 x 4 x 1.200,00 | 28.800,00 |
| Subtotal (c) | | 28.800,00 |
| ITEM | Custo em R\$ | |
| •Capital: - Material permanente (a) | | 6.400,00 |
| •Custeio: - Material de consumo (c) | | 13.919,00 |

| | |
|--------------------------------|------------------|
| - Serviços de terceiros (d) | 28.800,00 |
| Total geral (a + b + c) | 49.119,00 |

Fonte: O(s) autor(es).

7.1 Fontes de financiamento

Este projeto foi financiado pela Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e por alunos dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde da FURG.

8. Cronograma

| Atividade | 2016 | 2017 | 2018 | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------|------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|---|
| | | | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maior | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | |
| Revisão bibliográfica | | | | | | | | | | | | X | X | X | |
| Preparação de questionários e manual | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| Seleção e treinamento de pessoal | | X | | | | | | | | | | | | | |
| Coleta de dados | | X | | | | | | | | | | | | | |
| Análise preliminar dos dados | | | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | |
| Análise final dos dados | | | | | | | | | | | | | | | X |

| Atividade | 2019 | | | | | | | | | |
|--|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|---------|
| | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maior | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro |
| Análise final dos dados | X | X | X | | | | | | | |
| Redação de relatório para as autoridades | | | X | X | X | | | | | |
| Apresentação dos Resultados | | | | | | | X | X | | |
| Redação Artigo | | | | | | X | X | X | X | X |

9. Referências bibliográficas

Ajah, LO, Iyoke, CA, Nkwo, PO, Nwakoby, B, Ezeonu, P. Comparison of domestic violence against women in urban versus rural areas of southeast Nigeria. *International Journal of Women's Health* 2014; 6:865–872.

Azambuja, MPR, Nogueira, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. *Saúde e Sociedade* 2008; 17: 101 - 112.

Barros, EM, Silva, AS, Neto, GHF, Lucena, SG, Ponzio, L, Pimentel, AP. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva* 2016; 21: 591 – 598.

Buvinic, M, Morrison, A R, Shifter, M. Violência nas Américas: um plano de ação. In: Morrison, AR, Biehl, MLA, família ameaçada: violência doméstica nas Américas 2000; 19-48.

Caballero, J, Alfaro, M, Nuñez, Y, Torres, H. Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004-2007. *Revista Peruana de Epidemiología [online]* 2009; 13: 1-7.

Chemchit, M, Chernkwanma, S, Somrongthong, R, Spitzer, DL. Thai women's experiences of and responses to domestic violence. *Int J Womens Health* 2018; 10: 557-565.

Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. *Escola Anna Nery* 2015; 19:162- 168.

Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368:1260-1269.

Gokler, ME, Arslantas, D, Unsal, A. Prevalence of domestic violence and associated factors among married women in a semi-rural area of western Turkey. *Pak J Med Sci* 2014; 30:1088-1093.

Habib, SR. Abdel Azim, EK, Fawzy, IA, Kamal, NN, El Sherbini, AM. Prevalence and effects of violence against women in a rural community in Minia governorate, Egypt. *J Forensic Sci* 2011; 56:1521-1527.

Harris, PA, Taylor, R, Thielke, R, Payne, J, Gonzales, N, Conde, JG. Research electronic data capture (REDCap)- A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomedical Informatics* 2009; 42: 377 – 381.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore: John Hopkins University School of Public Health 1999; 27.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2011.

Khalifeh, H, Hargreaves, J, Howard, LM, Birdthisle, I. Intimate partner violence and socioeconomic deprivation in England: findings from a national cross-sectional survey. *American Journal of Public Health* 2013; 103:462-472.

LaBore, K, Ahmed, T, Rizwan-ur-Rashid, Ahmed, R. Prevalence and predictors of violence against women in Pakistan. *J Interpers Violence* [online] 2019; 1 -18.

Lanier, C, Maume, MO. Intimate partner violence and social isolation across the rural/urban divide. *Violence against Women* 2009; 15: 1311-1330.

Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2011; 15:409 – 424.

Lei nº 11.340. Lei Maria da Penha de 7 de Agosto de 2006.

Leite, FMC, Amorim, MHC, Wehrmeister, FC, Gigante, DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev de Saude Púb* 2017; 51: 33.

Ludemir, AB, Schraiber, LB, D'Oliveira, AF, França-Junior, I, Jansen, HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med* 2008; 66: 1008-1018.

Mathias, AK, Bedone, AJ, Osis, ML, Fernandes, AM. Prevalence of violence by intimate male partner among women in primary health units in Sao Paulo State. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013; 35:185- 191.

Moura, LB, Gandolfi, L, Vasconcelos, AMN, Pratesi, R. Intimate partner violence against women in an economically vulnerable urban area, Central-West Brazil. *Rev Saude Publica* 2009; 43:944-953.

Nadda, A, Malik, JS, Rohilla, R, Chahal, S, Chayal, V, Arora, V. Study of Domestic Violence among Currently Married Females of Haryana, India. *Indian J Psychol Med* 2018; 40: 534-539.

Organização Pan-americana de Saúde. *Violência y Salud. Resolución. nº XIX.* Washington D.C: Opas; 1994.

Paiva, CA, Figueiredo, B. Versão portuguesa das escalas de táticas de conflito revisadas: estudo de validação. *Psicol. teor. prat.* 2006;8:14-39.

Rafael, RDMR, Moura, ATMSD. Considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situação de violência. *Rev Bras Enferm* 2013;66: 287-290.

Rennison, CM, Dekeseredy, WS, Dragiewicz, M. Intimate relationship status variations in violence against women: urban, suburban, and rural differences. *Violence Against Women* 2013; 19: 1312 – 1330.

Sandoval - Jurado, L, Jiménez – Baez, MV, Alcocer, GR, Hernandez, OV, Espadas, FGP. Intimate partner violence. Types and risk in primary care health users in Cancun, Quintana Roo, Mexico. *Aten Primaria* 2017; 49: 465-472.

Sanz-Barbero, B, Pereira, PL, Barrio, G, Vives-Cases, C. Intimate partner violence against young women: prevalence and associated factors in Europe. *J Epidemiol Community Health* 2018; 72: 611-616.

Sapkota, D, Bhattarai, S, Baral, D, Pokharel, PK. Domestic violence and its associated factors among married women of a village development committee of rural Nepal. BMC Res Notes 2016; 9:178.

Schraiber, LB, D'Oliveira, AFPL, França- Junior, I, Diniz, S, Portella, AP, Ludermir, AB, Valença, O, Couto, MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saude Publica 2007; 41: 797-807.

Schraiber, LB, Latorre, MRDO, França-Junior, I, Segri, NJ, D'Oliveira, AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. Revista de Saúde Pública 2010; 44:658-666.

Silva, EP, Ludermir, AB, Araujo, TV, Valongueiro, SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. Ver Saude Publica 2011; 45: 1044-1053.

Silva, LEL, Oliveira, MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. Ciênc. Saúde coletiva [online] 2015; 20: 3523 – 3532.

Sinha, A, Mallik, S, Sanyal, D, Dasgupta, S, Pal, D, Mukherjee, A. Domestic violence among ever married women of reproductive age group in a slum área of Kolkata. Indian J Public Health 2012; 56: 31-36.

Tu, X, Lou, C. Risk factors associated with current intimate partner violence at individual and relationship levels: a cross-sectional study among married rural migrant women in Shanghai, China. BMJ Open 2017; 7.

Vale, SLL, Medeiros, CMR, Cavalcanti, CO, Junqueira, CCS, Souza, LC. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. Rev. RENE 2013; 14:683-693.

Vameghi, R, Akbari, SAA, Majd, HA, Sajedi, F, Sajjadi, H. The comparison of socioeconomic status, perceived social support and mental status in women of

reproductive age experiencing and not experiencing domestic violence in Iran. *J Inj Violence Res* 2018; 10: 35-44.

Victora, CG, Hutty, SR, Fuchs, SC, Olinto, MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International journal of epidemiology*. *Int J Epidemiol*. 1997; 26:224 – 227.

Vieira, LJS, Ferreira, RC, Moreira, GAR, Araujo, MAL, Silva, RM. Factors associated to the imposition of types of violence against women informed in sentry services. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013; 21 920-927.

Zarei, M, Rasolabadi, M, Gharibi, F, Seidi, J. The prevalence of violence against women and some related factors in Sanandaj city (Iran) in 2015. *Electron Physician* 2017; 9: 5746-5753.

Zorrilla, B, Pires, M, Lasheras, L, Morant, C, Seoane, L, Sanchez, LM, Galán, I, Aguirre, R, Ramírez, R, Durbán, M. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *Eur J Public Health* 2010; 20:169-175.

10. Relatório do Trabalho de Campo

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO DO CONSÓRCIO 2016-2017 DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/FURG.

O curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) possui seu modelo de trabalho baseado no formato de um consórcio de pesquisa. Esse modelo de pesquisa propicia o trabalho conjunto de todos os mestrandos do programa, desde a elaboração dos instrumentos de pesquisa à coleta de dados.

O consórcio da turma de mestrandos 2016-2017 foi denominado “Saúde da população rural riograndina”. Seu objetivo geral era conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais). Além deste objetivo geral, foram incorporados os objetivos específicos de cada pós-graduando (a), conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2. Descrição dos alunos, graduação, população de estudo e tema de pesquisa do consórcio de 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

| | Aluno(a) | Graduação | População | Tema de pesquisa |
|----|-----------------------------------|------------------|------------------|---------------------------------|
| 1 | Adriana Camerini | Odontologia | Crianças | Saúde bucal |
| 2 | Aline Henriques Perceval | Fisioterapia | Idosos | Apneia do sono |
| 3 | Alessandra Coelho Dziekaniak | Medicina | Idosos | Incontinência urinária |
| 4 | Andrea Silveira Lourenço | Psicologia | Mulheres | Violência psicológica |
| 5 | Fabiana da Silva Fernandes | Enfermagem | Crianças | Sibilância recorrente |
| 6 | Fernanda de Castro Silveira | Nutrição | Mulheres | Consumo alimentar |
| 7 | Franciane M. Machado Schroeder | Odontologia | Idosos | Serviços odontológicos |
| 8 | Luiza Santos Ferreira | Psicologia | Idosos | Serviços de atenção primária |
| 9 | Mariana Lima Corrêa | Psicologia | Idosos | Depressão |
| 10 | Nathalia Matties Maas | Nutrição | Domicílios | Insegurança alimentar |

| | | | | |
|----|-------------------------------|-----------------|----------|----------------------------|
| 11 | Otávio Amaral de Andrade Leão | Educação Física | Idosos | Comportamento Sedentário |
| 12 | Pedro San Martin Soares | Psicologia | Mulheres | Transtornos mentais comuns |
| 13 | Sabrina Silveira Leite | Enfermagem | Crianças | Adequação do pré-natal |
| 14 | Stephanie Jesien | Fisioterapia | Idosos | Curandeiros e benzedeiros |
| 15 | Vitória dos Santos Alam | Nutrição | Idosos | Comportamento alimentar |
| 16 | Priscila Arruda da Silva | Enfermagem | - | - |
| 17 | Seiko Nomiyama | Enfermagem | - | - |

Fonte: O(s) autor(es).

10.1 Organização do consórcio

O "Estudo Saúde da população rural Rio-Grandina" foi coordenado pelos professores Rodrigo Dalke Meucci e Juraci Almeida Cesar. O trabalho de campo foi supervisionado por uma equipe de dezessete pós-graduandos, que incluiu, além dos 15 mestrandos e uma pós-doutoranda do PPGSP, uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FURG.

Para otimização dos trabalhos, os pós-graduandos foram alocados nas seguintes comissões:

- a) **Elaboração dos questionários:** responsável pela estruturação dos questionários na versão em papel;
- b) **Elaboração do manual de instruções:** responsável pela elaboração dos manuais de instruções, contendo informações acerca de todas as perguntas e alternativas presentes nos questionários;
- c) **Banco de dados e questionário eletrônico:** responsável por programar o questionário eletrônico no programa *RedCap*® a partir do questionário da versão em papel. Além disso, no decorrer da coleta de dados, esta comissão foi responsável pelo envio dos dados dos tablets para o servidor <http://redcap.furg.br/>, bem como pela limpeza do banco de dados e verificação/correção de inconsistências;
- d) **Controle de qualidade:** responsável pela elaboração e aplicação de uma versão reduzida dos questionários para verificação da consistência das

respostas através da reentrevista de 10% dos indivíduos de cada uma das populações;

- e) **Mapeamento dos setores e registro de campo:** responsável por mapear os setores censitários da área rural e planejar trajetos, além de monitorar os números de domicílios, indivíduos, pendências, perdas e recusas;
- f) **Organização financeira:** responsável pela gestão das finanças do consórcio, incluindo compra de materiais, aluguel de veículos, pagamento de pessoal e prestação de contas;
- g) **Folder:** responsável pela elaboração e diagramação do folder de divulgação do estudo, o qual foi distribuído em todos os domicílios visitados pela equipe deste consórcio.

10.2 Instrumentos e manuais de instruções

Foram elaborados quatro questionários, sendo um bloco domiciliar, bloco do idoso, bloco para mulheres de 15-49 e bloco para crianças menores de 5 anos.

O questionário do bloco domiciliar era respondido pelo chefe do domicílio, preferencialmente alguém com 18 anos ou mais. Este questionário avaliou aspectos socioeconômicos e demográficos da família, participação em programas de transferência de renda (Bolsa Família), criação de animais, cultivo de alimentos, doenças genéticas na família, planos de saúde e uma escala reduzida da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

O questionário para idosos foi aplicado em indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Foram investigados aspectos relacionados à saúde física e mental, acesso a serviços de saúde, utilização de serviços de benzedeiras, aspectos comportamentais (consumo de álcool, tabagismo, atividade física), comportamento sedentário, comportamento alimentar e utilização de serviços odontológicos.

O questionário das mulheres foi aplicado a mulheres de 15 a 49 anos e/ou mães de crianças com menos de cinco anos. Foram avaliados aspectos relacionados à saúde reprodutiva, transtornos mentais comuns, consumo alimentar, violência psicológica e comportamento (consumo de álcool, tabagismo, atividade física)

O questionário das crianças foi aplicado às mães de menores de cinco anos de idade. Foram avaliados aspectos relacionados à adequação da assistência ao pré-

natal, sibilância recorrente, saúde bucal, vacinação e alimentação. Peso e altura/comprimento da criança foram aferidos ao final das entrevistas.

10.3 Seleção e treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel

O treinamento das entrevistadoras com o questionário na versão em papel foi realizado entre os dias 10 e 13 de abril de 2017, totalizando uma carga horária de 32 horas (quadro 3). Ao final das apresentações de cada um dos blocos de questionários (domiciliar, mulher em idade fértil, criança e idoso), as candidatas simularam a aplicação dos instrumentos com os pós-graduandos. No último dia de treinamento foi realizado o estudo piloto num setor censitário da área rural de Rio Grande. Os domicílios abordados no estudo piloto foram excluídos do processo de amostragem realizado durante a coleta de dados. Ao final do treinamento, foram selecionadas seis candidatas, ficando uma como suplente.

Quadro 3: Cronograma do treinamento das entrevistadoras realizado no ano de 2017. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

| Programação | 10/abril | 11/abril | 12/abril | 13/04 |
|--|----------|----------|----------|-------|
| Apresentação geral do consórcio. | X | | | |
| Apresentação do bloco domiciliar. | X | | | |
| Simulação do bloco domiciliar. | X | | | |
| Apresentação do bloco para mulheres em idade fértil. | | X | | |
| Simulação do bloco para mulheres em idade fértil. | | X | | |
| Apresentação do bloco para crianças. | | X | | |
| Simulação do bloco para crianças. | | X | | |
| Treinamento de medidas antropométricas: peso e altura/comprimento de crianças. | | X | | |
| Apresentação do bloco para idosos. | | | X | |
| Simulação do bloco para idosos. | | | X | |
| Estudo piloto | | | | X |

Fonte: O(s) autor(es).

10.3.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos

Após três semanas de coleta de dados com os questionários em papel, foi realizado um novo treinamento, dessa vez utilizando os questionários eletrônicos em tablets, através do aplicativo móvel *RedCap*[®]. Esse treinamento foi realizado em duas tardes, totalizando uma carga horária de oito horas.

10.4 Amostragem

A zona rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2700 domicílios permanentemente habitados.

Para a seleção de idosos e mulheres de 15-49 anos, utilizou-se um processo de amostragem de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural. Este processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

Para a seleção das crianças menores de 5 anos, foi realizado um censo dos domicílios da zona rural. Deste modo, mesmo os domicílios pulados no processo de amostragem para idosos e mulheres entre 15-49 anos foram abordados para verificar se haviam moradores menores de 5 anos de idade. Em caso afirmativo, a mãe era entrevistada através aplicação dos questionários da criança e domiciliar, além de realizadas as medidas antropométricas da criança.

10.5 Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo iniciou no dia 17 de abril de 2017 e encerrou em 29 de outubro do mesmo ano. Inicialmente, a coleta de dados era realizada de segunda à sexta-feira, das 12:00 às 19:00 horas. Posteriormente, passou a ser feita também nos finais de semana.

Para organização da coleta de dados, os pós-graduandos foram alocados em três escalas semanais de trabalho. A primeira, realizada no turno da manhã, era destinada à organização da sala do consórcio, denominada de Quartel General (QG). O supervisor escalado tinha a responsabilidade de providenciar os materiais necessários à coleta de dados que seria realizada no turno da tarde. Todo material devia ser organizado em seis pastas individuais para cada entrevistadora (caneta, lápis, borracha, questionários em papel, *tablets*, termos de consentimento, folders). Além disso, eram organizadas caixas com balanças, estadiômetros e bolsas de pesagem de crianças.

A segunda escala, também matutina, era referente à comissão do questionário eletrônico, composta por dois membros que se revezavam diariamente para envio de dados e revisão/correção de inconsistências.

A terceira escala organizou os pós-graduandos para a supervisão da coleta de dados. Foi elaborada de modo a garantir a presença de pelo menos dois supervisores em campo junto às entrevistadoras. Nessa escala, um supervisor trabalhava a semana inteira enquanto os outros se alternavam durante os dias de semana.

O deslocamento diário das equipes foi realizado predominantemente por viaturas oficiais conduzidas por motoristas da FURG. Adicionalmente, para agilizar a coleta de dados, foi utilizada uma viatura com motorista da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, a qual foi cedida por cerca de 40 dias úteis. Também foram utilizados veículos alugados custeados pelo próprio consórcio, além de carros particulares de alguns mestrandos e do coordenador.

10.5.1 Abordagem de domicílios

Ao chegar em um domicílio elegível amostrado, ou não amostrado com morador menor de 5 anos de idade, o supervisor lhe atribuía um número na planilha de domicílios. Em seguida, abordava os moradores, explicando o estudo, entregando o folder de divulgação e convidando os participantes elegíveis a participar. Mediante aceite, o supervisor apresentava a entrevistadora que, após leitura e assinatura do termo de consentimento, aplicava o questionário correspondente à faixa etária do (s) entrevistado(s), mais o bloco domiciliar ao chefe do domicílio.

10.5.2 Organização de trajetos e domicílios

A equipe responsável pelos trajetos e planilhas de domicílios organizou os mapas e roteiros de modo que os supervisores soubessem para quais localidades deveriam se deslocar. Isso foi feito de modo a permitir a identificação de domicílios pendentes e/ou finalizados. Do mesmo modo, era feita a descrição dos locais onde a coleta de dados havia parado, viabilizando a continuidade do trajeto no dia seguinte.

As planilhas de controle de trabalho de campo foram elaboradas para que os supervisores anotassem os registros dos domicílios e trajetos percorridos. Primeiramente, o supervisor deveria preencher a planilha com informações do domicílio (número de identificação e endereço), as populações identificadas (crianças menores de 5 anos, mulheres de 15-49 anos e idosos) e a situação do domicílio (pulo, vazio ou inelegível). Ao final da planilha, eram anotados os domicílios com alguma pendência e que, portanto, deveriam ser revisitados. No decorrer do trabalho de campo foi adicionada a coluna "status do domicílio" na qual foi convencionada a seguinte simbologia: "OK" se o domicílio estava completo com todos os questionários realizados; "P" para pendente; "V" para vazio; "INE" inelegível; "?" se a população não tinha sido identificada por porteira fechada ou falta de acesso ao domicílio; "RE" recusa; e "X" para os domicílios que eram pulo.

Também foram adicionadas colunas para registrar os nomes dos indivíduos elegíveis e telefone para contato. Os endereços deveriam ser anotados com o máximo possível de informações de pontos de referência e aspectos da moradia (cor, tipo de construção, etc.) para facilitar o retorno quando necessário.

No início da coleta de dados os trajetos eram feitos de acordo com as delimitações dos setores censitários a partir dos mapas fornecidos pelo IBGE. Entretanto, para otimizar as saídas de campo e aumentar o número de entrevistas realizadas por dia, foram planejados trajetos que incluíam mais setores. Por exemplo, a BR 471 (estrada Rio Grande-Chuí) passa por 7 setores censitários, assim, o supervisor levava todas as planilhas dos setores incluídos na BR 471 e arredores.

Adicionalmente, alguns trajetos tiveram que ser reorganizados em decorrência da dificuldade de acesso. Assim, foram designadas equipes de supervisores e entrevistadoras para viabilizar a identificação de domicílios e realização das entrevistas nas localidades remotas ou de difícil acesso. Conforme este planejamento

em dias específicos, a coordenação do estudo solicitou a saída a campo com caminhonetes com tração nas quatro rodas, de acordo com a disponibilidade do setor de viaturas da FURG e/ou da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

10.5.3 Revisão/Codificação e Digitação dos Questionários em Papel

Durante as três primeiras semanas do trabalho de campo, as entrevistas foram realizadas em questionários de papel sendo estes, posteriormente, revisados, codificados e digitados no programa *RedCap*[®].

10.5.4 Banco de dados e questionário eletrônico

Após a elaboração e preparo do questionário eletrônico, a partir da quarta semana de trabalho de campo, os dados passaram a ser coletados através de *tablets* utilizando o programa *RedCap*[®]. Os dados armazenados nos *tablets* eram diariamente enviados para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão com a *internet*. Semanalmente, no próprio servidor, era realizado um controle de qualidade dos dados (*ferramenta "data quality"*) para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Nestes casos, os questionários retornavam às entrevistadoras para correção das informações. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor. Adicionalmente, era realizado um *backup* semanal do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel*[®] para garantir que não houvesse perda de informações.

Ao final do trabalho de campo, foram feitas correções adicionais nos bancos de dados e todas as informações que permitiam a identificação dos indivíduos foram excluídas dos bancos enviados aos pós-graduandos para fins de análise no programa estatístico *Stata14*[®].

10.5.5 Controle de qualidade

Foi aplicada uma versão reduzida de cada instrumento (domiciliar, idosos, crianças até 5 anos e mulheres 15-49 anos) em 10% dos indivíduos entrevistados. Os indivíduos reentrevistados foram sorteados a partir de uma listagem semanal das entrevistas realizadas. As reentrevistas foram realizadas pelos mestrandos por meio de ligações telefônicas iniciadas em 15 de maio de 2017.

Ao final do controle de qualidade, foram aplicados 226 questionários domiciliares (13,8%), 38 questionários de crianças (10,2%), 113 questionários de mulheres em idade fértil (10,5%) e 105 questionários de idosos (10,2%).

Em seguida, foi calculada a estatística Kappa que variou do seguinte modo entre as variáveis analisadas, conforme o instrumento:

- bloco domiciliar: 0,52 a 0,94;
- bloco idosos: 0,50 a 0,88;
- bloco para mulheres de 15-49 anos: 0,51 a 0,97;
- bloco para crianças: 0,68 a 0,84.

Deste modo, a concordância das questões utilizadas nos quatro instrumentos utilizados variou entre boa a excelente.

10.6 Números gerais da pesquisa

Ao final do trabalho de campo, foram identificados 4.189 domicílios na área rural do município de Rio Grande, sendo 2.669 domicílios permanentes e 1.419 desocupados ou com moradores temporários (somente finais de semana/temporada). Não foi possível obter informações de moradores ou vizinhos de 110 domicílios mesmo após três ou mais tentativas.

Dos 2.669 domicílios que apresentavam moradores permanentes, foram amostrados 2218, o que corresponde a uma amostragem de 83,1% dos domicílios da área rural de Rio Grande. Deste total de domicílios amostrados, 1785 eram elegíveis, ou seja, tinham moradores de ao menos uma das três populações de interesse (crianças menores de cinco anos, mulheres entre 15 e 49 anos ou idosos) (Quadro 4). Do total de domicílios elegíveis amostrados, o percentual de perdas e recusas foi de 8,4%.

Quadro 4: Descrição do processo de identificação e amostragem de domicílios da zona rural de Rio Grande, RS. Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

| Total de domicílios encontrados | Total de domicílios com moradores permanentes | Total de domicílios amostrados | Total de domicílios amostrados com população elegível |
|---------------------------------|---|--------------------------------|---|
| 4189 | 2669 | 2218 | 1785 |

Fonte: O(s) autor(es).

Os dados referentes a cada população específica do estudo, incluindo perdas e recusas estão descritos no quadro 5.

Quadro 5: Totais das populações estudadas no Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

| População | Identificados | Amostrados | Perdas | Recusas | % Total de Perdas e Recusas |
|--------------------------|---------------|---------------|------------|-----------|-----------------------------|
| Crianças | 360 | 360 (100%) | 14 (3,9%) | 3 (0,8%) | 4,7% |
| Mulheres em idade fértil | 1.391 | 1.199 (86,2%) | 103 (8,6%) | 17 (1,4%) | 10,0% |
| Idosos | 1.351 | 1.131 (83,7%) | 78 (7,0%) | 22 (1,9%) | 8,9% |

Fonte: O(s) autor(es).

10.7 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. Idosos e mulheres com idade entre 18-49 anos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As adolescentes de 15-17 anos assinaram o termo de assentimento e todos os responsáveis pelos menores de 18 anos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

10.7.1 Encaminhamentos de saúde mental

O questionário dos idosos incluiu o *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9), o qual é um instrumento utilizado para rastreamento de sintomas depressivos que possui uma questão específica referente à ideação suicida. Todos os idosos que responderam

afirmativamente para esta pergunta foram contactados para oferta de encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde da área rural de Rio Grande, conforme acordado com a Secretaria Municipal de Saúde.

10.8 Orçamento

A pesquisa recebeu financiamento da Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos próprios pós-graduandos. O custo total deste consórcio de pesquisa foi de R\$ 48.995,00 (quarenta e oito mil novecentos e noventa e cinco reais). A maior parte deste montante foi utilizada para pagamento de entrevistadoras, aluguel de carro, custeio de combustível, confecção de camisetas e compra de materiais de escritório.

10.9 Apoio

A execução deste consórcio de pesquisa teve apoio logístico e organizacional da Faculdade de Medicina da FURG, coordenação do PPGSP, Pró-Reitoria de Infra-Estrutura/Divisão de Transportes/FURG e Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Estratégia em Saúde da Família/Setor de Viaturas/ Prefeitura Municipal de Rio Grande.

11. Adaptações em relação ao projeto inicial

Após o término do trabalho de campo e início das análises exploratórias algumas alterações foram realizadas:

11.1 Variáveis independentes

Cor da pele: Foi categorizada em “Branca”, “Preta” ou “Parda”.

Idade: Coletada na forma numérica discreta, sendo categorizada tornando-se categórica nominal da seguinte forma: “18 a 29 anos”, “30 a 39 anos” e “40 a 49 anos”

Escolaridade: Foi coletada de forma numérica discreta, mas foi categorizada ficando categórica ordinal da seguinte forma: “0 a 4 anos”, “5 a 8 anos” e “9 anos ou mais”.

Número de filhos: Foi coletada como numérica discreta, mas foi categorizada de forma categórica ordinal da seguinte forma: “Nenhum”, “Um”, “Dois”, “Três ou mais”.

Renda domiciliar: Variável coletada como numérica discreta, mas foi analisada através da divisão por quintil de renda.

Religião: Essa variável foi incluída na análise.

Autorrelato de depressão: Incluída no modelo de análise.

Foi atualizada a revisão sistemática sobre a literatura existente nos últimos 10 anos e houve alteração no cronograma.

12. Normas da Revista para submissão do artigo

12.1 Escopo e política

A Revista Brasileira de Epidemiologia tem por finalidade publicar artigos originais e inéditos que contribuam para o avanço do conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins. Serão aceitas somente Revisões Sistemáticas e Metanálises. Não serão aceitas Revisões Integrativas.

A RBE recebe manuscritos nas seguintes categorias:

- Artigos originais: com resultados inéditos de pesquisas (máximo de 3.400 palavras);
- Artigos de revisão sistemática e metanálise: não são aceitas revisões integrativas, máximo de 3.400 palavras;
- Artigos metodológicos e ensaios teóricos: artigos que tratem de técnicas ou teorias utilizadas em estudos epidemiológicos (máximo de 3.400 palavras);
- Artigos que descrevam e analisem os procedimentos metodológicos de estudos conduzidos no Brasil: o objetivo é apresentar como se deu a construção de estudos de base populacional, sejam transversais, sejam de coorte, compartilhando experiências, desafios e soluções. A Introdução deve apresentar o contexto e sua justificativa; os Métodos devem conter os procedimentos adotados, público participante, medidas realizadas, desafios e soluções; os Resultados devem contemplar os principais resultados gerais do estudo; e a Discussão deve apresentar as suas implicações, como o artigo se situa diante das demais pesquisas e incluir suas fortalezas e limitações (máximo de 3.400 palavras);
- Artigos para Debate: o artigo receberá comentários e análises de diferentes autores na forma de consenso/dissenso. Essa modalidade ocorre a convite dos editores (máximo de 2.000 palavras);
- Comunicações breves: relatos curtos dos resultados de pesquisa original. Em geral são análises mais enxutas e com breve discussão dos resultados (máximo de 1.000 palavras, 2 tabelas/figuras e até 6 referências);

- Cartas ao Editor: comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (de 500 a 700 palavras).

A contagem das palavras contempla Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (folha de rosto, resumo, abstract, referências, tabelas e figuras não são incluídas nessa contagem).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Epidemiologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. As informações e os conceitos presentes nos artigos, bem como a veracidade dos conteúdos das pesquisas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Os artigos publicados pela RBE estão sob licença Creative Commons do tipo BY-CC. Assim, é permitida a cópia, a adaptação, a remixagem e a redistribuição do material em qualquer formato e por qualquer meio, indicando claramente eventuais mudanças realizadas. Sempre devem ser dados os créditos apropriados de autoria e publicação, além de apresentado o link para a licença. Ao publicarem seu artigo na RBE, os autores transferem os direitos autorais à revista e concedem a ela o direito de primeira publicação.

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados (EA). Será responsabilidade do EA elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor-chefe. Na primeira etapa da submissão, a secretaria verifica se todos os critérios de normas foram atendidos. Caso haja pendências, o autor de correspondência será comunicado. O manuscrito é encaminhado para a apreciação dos EAs somente após atender a todas as normas estabelecidas pela RBE.

A Revista Brasileira de Epidemiologia não cobra taxas para a submissão de manuscritos, ou para a avaliação ou publicação de artigos.

12.1.2 Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Todos os trabalhos submetidos à RBE devem ter seguido as recomendações de ética em pesquisa da Declaração de Helsinque e as normas constantes nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é dispensada para estudos que analisam dados

agregados e sem identificação das pessoas, tais como aqueles disponíveis em bancos de dados de domínio público. Nenhuma instância é superior ao CEP para analisar a natureza das propostas de investigação, seguindo a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS). O CEP que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP.

É obrigatório o envio da cópia do parecer do CEP no ato da submissão.

12.1.3 Ensaios clínicos

A RBE apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) para registro de ensaios clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação em acesso aberto. Por essa razão, são aceitos para publicação somente os artigos de pesquisa clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação/aprovação deverá ser registrado na Folha de rosto.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR);
- ClinicalTrials.gov;
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN);
- Netherlands Trial Register (NTR);
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR);
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP).

12.1.4 Autoria

Para a definição de autoria dos artigos, a RBE acompanha as Recomendações para Elaboração, Redação, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Periódicos Médicos, elaboradas pelo *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE). Os autores devem seguir as diretrizes disponíveis em

<http://www.icmje.org/>, traduzidas para o português no artigo de Duarte e Pansani (2015), disponível em <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300025>.

12.1.5 Conflito de interesses

Todos os autores devem manifestar a existência ou a ausência de conflitos de interesses na realização do estudo. Os conflitos de interesses podem ocorrer quando algum autor ou instituição tem relações de qualquer natureza com organizações ou indivíduos que podem influenciar o estudo em questão. Exemplos de conflitos de interesses incluem vinculação de emprego, prestação de serviços de consultoria, financiamento ou outro auxílio financeiro recebido, participação acionária em empresas, posse de patentes e homenagens recebidas. Caso não haja conflito de interesses, os autores devem declarar: “Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses”.

A informação sobre conflitos de interesses deve ser incluída na folha de rosto.

12.1.6 Declarações

Todos os autores deverão concordar e assinar a declaração de conflito de interesses, a declaração de direitos autorais e a declaração de exclusividade. Não é necessário o envio das declarações na submissão do manuscrito. Os documentos serão solicitados pela secretaria da RBE apenas após a aprovação do manuscrito.

12.1.7 Material suplementar

Materiais adicionais que contribuam para melhor compreensão do artigo podem ser submetidos pelos autores. Esses arquivos ficarão disponíveis online e devem ser mencionados no corpo do texto. No entanto, esse material não será incorporado na diagramação do artigo e será publicado na forma em que for recebido. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, os documentos suplementares não passarão por revisão, padronização, diagramação ou tradução. Cada arquivo suplementar deve ser acompanhado de título que o descreva. Os autores devem transferir os arquivos em PDF, com a opção Arquivo Complementar para Avaliação (Supplemental File for Review). O conteúdo desses arquivos não deve ser inserido no

final do manuscrito. Todos devem ser suficientemente claros para permitir sua reprodução e as imagens devem ser fornecidas em alta resolução.

12.2 Apresentação do manuscrito

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do texto, além de *abstract* em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do *abstract* no idioma original do artigo, além de resumo em português.

Os manuscritos devem ser apresentados obrigatoriamente com a seguinte estrutura, em arquivo único:

- Folha de rosto

A folha de rosto deve conter:

- Título do manuscrito em português e inglês (máximo de 25 palavras cada título);
- Título resumido (máximo de 10 palavras);
- Dados dos autores (nomes completos, e-mails, números ORCID, entidades institucionais de vínculo profissional com cidades, estados e países — titulação e cargo não devem ser descritos);
- Indicação do autor para correspondência, com seu endereço completo e e-mail;
- Agradecimentos (máximo de 70 palavras);
- Informação quanto à existência ou ausência de conflitos de interesses;
- Fonte de financiamento, informando se público ou privado; se não houver, mencionar que o estudo não contou com financiamento;
- Número de identificação/aprovação do CEP;
- Colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

Nas páginas que seguem, iniciando sempre em nova página, as seguintes seções devem ser apresentadas:

- Destaques

Os principais resultados e inovações do estudo devem ser apresentados em três a quatro pontos (bullets). Podem ser usados o máximo de 15 palavras, por ponto. Os destaques devem ater-se aos resultados do estudo, priorizando os achados mais

relevantes e/ou originais. Recomenda-se que o primeiro ponto seja destinado a destacar, se houver, algum aspecto metodológico inovador. Não inclua nesses bullets qualquer aspecto advindo das seções de Introdução e/ou Discussão. Seja objetivo, privilegie os principais pontos do artigo. O resumo e o artigo trarão maiores informações sobre o conjunto de resultados. O envio dos “Destaques” deve ocorrer somente nos artigos originais e de revisão/metanálise.

- Resumo e abstract

Os resumos devem ter, no máximo, 250 palavras e devem ser apresentados na forma estruturada, contemplando as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. As mesmas regras aplicam-se ao abstract.

Os autores deverão apresentar no mínimo quatro e no máximo seis palavras-chave no idioma em que o manuscrito foi apresentado e em inglês. Caso o idioma seja o inglês, as palavras-chave também devem ser enviadas em português. Esses descritores devem estar padronizados conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (disponíveis em <http://decs.bvs.br/>).

- Introdução
- Métodos
- Resultados
- Discussão

Recomenda-se que o(s) último(s) parágrafo(s) da Discussão seja(m) destinado(s) às conclusões e recomendações.

- Referências

Devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a primeira menção no texto e utilizando-se algarismos arábicos sobrescritos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética dos autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Sempre que disponível, o digital object identifier (DOI) deve ser informado ao final da referência, conforme exemplo a seguir. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverão

ser indicados o título do periódico, o ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses, “No prelo” ou “In press”. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

12.3 Exemplos de referências

12.3.1 Artigo de periódico

Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farías-Antunez S, Ribeiro CG, Miranda VIA, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. Rev Saúde Pública 2018; 52: 22. <https://doi.org/10.11606/s518-8787.2018052000103>

Barros AJ, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. PLoS Med 2013; 10: e1001390. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001390>

12.3.2 Livros e outras monografias

Kirkwood BR, Sterne JAC. Essentials of medical statistics. 2ª ed. Malden: Blackwell Science; 2003.

12.3.3 Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP, ed. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

12.3.4 Dissertação

Terlan RJ. Prevalência de não realização de citopatológico de colo de útero entre gestantes no município de Rio Grande, RS [dissertação de mestrado]. Rio Grande: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande (FURG); 2015.

12.3.5 Tese

Barros S. Efeito da respiração lenta na pressão arterial e na função autonômica em hipertensos [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); 2017.

12.3.6 Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Jacobina AT. A emergência do movimento da reforma sanitária brasileira e sua relação com os partidos políticos. In: Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2018 jul 26-29; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/a-emergencia-do-movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-e-sua-relacao-com-os-partidos-politicos>

12.3.7 Relatório da Organização Mundial da Saúde

World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

12.3.8 Documentos eletrônicos

Brasil. Indicadores e dados básicos: IDB Brasil [Internet]. 2010 [acessado em 7 mar. 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm#mort>

12.3.9 Figuras e tabelas

As tabelas e figuras (gráficos, mapas e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em arquivos separados. Os títulos devem ser fornecidos no idioma em que o artigo foi apresentado. Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de cinco páginas dedicadas a tabelas e figuras. Não formatar tabelas usando a tecla TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa de editor de texto. As ilustrações podem ter, no máximo, 15 cm de largura na orientação Retrato e 24 cm de largura na orientação Paisagem e ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como “Normal”). São aceitas figuras coloridas. As fotos devem ser fornecidas em alta resolução; os gráficos, em formato editável; e as tabelas, equações, quadros e fluxogramas devem ser enviados sempre em arquivo editável (Word ou Excel), nunca em imagem.

Todo o conteúdo do artigo (folha de rosto, resumo, abstract, introdução, método, resultados, discussão, referências bibliográficas e ilustrações) deve ser apresentado em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço entrelinhas duplo. Não utilizar quebras de linha. Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word).

Quando abreviaturas forem citadas pela primeira vez no texto, devem acompanhar o termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

12.4 Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma SciELO (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbepid-scielo>).

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

13. Artigo

Título: Violência psicológica por parceiro íntimo na área rural de Rio Grande, RS.

Title: Psychological violence by an intimate partner in rural Rio Grande, RS.

Título resumido: Violência psicológica por parceiro íntimo na área rural.

Autores: Andrea Silveira Lourenço Aguiar de Oliveira^I (andrea.psicofurg@hotmail.com; ORCID iD: 0000-0001-6980-4427), Laísa Rodrigues Moreira^{II} (laisa.moreira.psi@gmail.com; ORCID iD: 0000-0001-8393-3743), Simone dos Santos Paludo^{III} (simonepaludo@yahoo.com.br; ORCID iD: 0000-0002-3281-582)

^I Prefeitura Municipal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil; Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande (RS), Brasil.

^{II} Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

^{III} Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande (RS), Brasil.

Autor correspondente: Andrea Silveira Lourenço Aguiar de Oliveira – Endereço: Rua General Telles, 922 AP 401, Centro, Pelotas – RS. CEP:96010-310 E-mail: andrea.psicofurg@hotmail.com

Agradecimentos: Agradecemos à população rural riograndina pela disponibilidade com que nos receberam durante a coleta de dados, aos colegas supervisores de campo e entrevistadoras que, com muita dedicação, conduziram a aplicação deste questionário e à Revista de Epidemiologia Brasileira pela leitura e apreciação do nosso trabalho.

Conflito de Interesses: Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos próprios pós-graduandos.

Número do protocolo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG): parecer nº 51/2017, processo nº 23116.009484/2016-26.

Contribuição dos autores: A. S. L. A. de O. participou da concepção do projeto, coleta de dados, realizou as análises e conduziu a escrita do artigo. L. R. M. orientou as análises e a redação do artigo. S. dos S. P. colaborou na orientação e revisão crítica relevante de todas as etapas, desde a concepção até a elaboração do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

DESTAQUES

- Estudo transversal de base populacional com população alvo mulheres da área rural.
- Mulheres solteiras, divorciadas e viúvas apresentaram maiores prevalências de violência psicológica na vida.
- O uso de álcool pela mulher é fator de risco para a violência psicológica.
- Mulheres que relataram diagnóstico de depressão na vida apresentam maior prevalência de violência psicológica.

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência e fatores associados à violência psicológica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo na área rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul.

Métodos: Estudo transversal de base populacional, com amostragem sistemática. Participaram mulheres residentes na área rural da cidade do Rio Grande, com idades entre 18 e 49 anos e que relataram ter tido ao menos um parceiro íntimo na vida. Para rastreamento de violência psicológica por parceiro íntimo, utilizou-se um recorte do questionário “*World Health Organization – Violence Against Women Study*. Foram realizadas análises estatísticas descritivas, bivariadas e multivariável.

Resultados: Das 976 participantes, 17,2% (IC95% 14,9 - 19,7) tinham sofrido violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo. As mulheres que relataram já ter recebido diagnóstico de depressão na vida e aquelas que consumiram álcool na última semana tiveram, respectivamente, 123% e 53% maior probabilidade de ter vivido situação de violência psicológica. Mulheres casadas ou com companheiro apresentaram probabilidade aproximadamente 46% menor de ocorrência de violência psicológica na vida em comparação às solteiras.

Conclusões: A prevalência da violência psicológica mantém-se, há mais de uma década, semelhante no âmbito rural brasileiro. Sugestionando que as práticas até então, sejam eficientes no controle, mas não na diminuição do problema. É necessário repensar políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher assim como, práticas de prevenção e promoção de saúde no meio rural.

Descritores: Violência contra a mulher; Violência Doméstica; Violência por Parceiro Íntimo; População rural.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence and factors associated with psychological violence against women perpetrated by intimate partners in the rural area of Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brazil.

Methods: Cross-sectional population-based study with systematic sampling. Participated 976 women which lived in the rural area of Rio Grande with ages between 18 and 49 years old, who reported having had at least one intimate partner in their lives. For tracking psychological violence by intimate partner, a cutout of the "World Health Organization - Violence Against Women Study" questionnaire was used. Descriptive, bivariate and multivariate statistical analyzes were performed.

Results: From 976 participants, 17.2% (95% CI: 14.9 - 19.7) reported psychological violence perpetrated by intimate partner was 17.2%. Women who reported having been diagnosed with depression in their lives and those who consumed alcohol in the last week were 123% and 53% more likely to have experienced psychological violence, respectively. Women who are married or live with a partner are approximately 46% less likely to experience psychological violence in life than those who are single.

Conclusions: The prevalence of psychological violence has remained similar in rural Brazil for over a decade. Suggesting that practices until then have been effective in controlling but not in reducing the problem. It is necessary to rethink public policies to confront violence against women, as well as prevention and health promotion practices in rural areas.

Keywords: Violence Against Women; Domestic Violence; Intimate Partner Violence; Rural Population.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher além de transgredir direitos, eleva a demanda de cuidados em saúde, caracterizando um grande desafio para a Saúde Pública no país¹. Estima-se que aproximadamente uma em cada três mulheres vivenciaram, pelo menos uma vez na vida, situação de violência de natureza física ou sexual². Esse dado se torna ainda mais expressivo quando há informações a respeito da exposição à violência psicológica ou abuso emocional ao longo da vida³.

A violência psicológica é caracterizada por toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa⁴. Dentre os tipos de violência, é o mais difícil de ser identificado e com maior potencialidade de prejudicar a longo prazo a saúde da vítima inclusive, podendo ocasionar comportamentos suicidas⁵. A violência psicológica perpetrada pelo parceiro íntimo é apontada como uma das formas mais frequentes de agressão no meio doméstico, porém, a mais subnotificada e com maior dificuldade de identificação por parte das vítimas⁶. Como ferramenta que auxilia na compreensão dos diversos fatores associados à ocorrência da violência, tem-se utilizado o Modelo Ecológico⁷ que propõe quatro níveis de análise observando aspectos individuais, familiares, comunitários e socioculturais na ocorrência da violência contra a mulher. A análise dos fatores associados a violência deve considerar a interação multifacetada em seus mais distintos níveis⁸.

A prevalência da violência psicológica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo varia entre 6,6%⁹ a 80,2%¹⁰. Os principais fatores associados a ocorrência da violência psicológica são estado civil casada¹¹, baixa escolaridade^{12,13}, baixa renda familiar^{14,15}, idade superior a 30 anos^{16,17,18} e ter diagnóstico de depressão¹⁹.

O primeiro estudo de base populacional realizado no Brasil que se dedicou a investigar a ocorrência de violência contra a mulher por parceiro íntimo tem pouco mais do que uma década de existência²⁰. Desde então, foram realizadas poucas pesquisas que se

dedicaram a avaliar a ocorrência das relações abusivas no contexto doméstico e perpetradas pelo parceiro íntimo e, principalmente, estudos com ênfase na violência psicológica²¹. Deste modo, buscou-se estimar a prevalência da violência psicológica por parceiro íntimo contra a mulher residente da zona rural da cidade de Rio Grande, RS e seus fatores associados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional pertencente a um consórcio de pesquisa do mestrado de Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande intitulado “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Nesse consórcio de pesquisa um dos grupos investigados foi o de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos de idade). Nas análises deste artigo foram incluídas mulheres em idade fértil com idades entre 18 a 49 anos, com residência permanente na área rural do município e que relataram ter tido ao menos 1(um) parceiro íntimo ao longo da vida. Foram consideradas inelegíveis para este estudo mulheres institucionalizadas no momento da coleta dos dados e que não apresentassem condições físicas e/ou mentais para participarem da entrevista sem auxílio.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e outubro de 2017 na área rural da cidade de Rio Grande, situada no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande tem uma extensão territorial total de 2.709,5 Km² e possui uma população de aproximadamente 209 mil habitantes sendo que cerca de 4% desse montante residiam no perímetro rural do município na época da coleta dos dados²².

A coleta dos dados foi realizada em domicílio através de tablets programados com o software REDCap® (Research Electronic Data Capture)²³. A aplicação dos questionários foi executada por entrevistadores selecionados e treinados previamente

pelos supervisores do estudo. Os dados eram enviados para o servidor da Universidade e revisados pelos supervisores do estudo. Posteriormente, foi realizado um controle de qualidade por meio de reprodução aleatória de 5% das entrevistas.

O processo de amostragem foi sistemático e ocorreu de modo a selecionar cerca de 80% dos domicílios da área rural do município. Para tanto, realizou-se o sorteio de um número entre "1" e "5", de modo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "2" ter sido sorteado, todo domicílio de número "2" de uma sequência de cinco não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

Como este estudo se propôs a avaliar a prevalência da violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo, as participantes responderam primeiramente, a uma pergunta filtro sobre ter tido parceiro íntimo ao longo da vida. Parceiro íntimo foi definido como pessoa do sexo masculino na qual a participante já tenha tido relação sexual ao longo da vida.²⁰ Com a intenção de preservar as participantes, optou-se por questionar a ocorrência da violência em todas as relações íntimas que a participante já teve até então, não sendo necessariamente uma situação ocorrida na relação atual da mulher.

Foram investigadas as seguintes variáveis independentes: idade (18 à 29 anos, 30 à 39 anos e 40 à 49 anos), cor da pele autorreferida (branca, preta e parda), escolaridade (0 a 4 anos, 5 a 8 anos e 9 anos ou mais), situação conjugal atual (solteira, casada ou com companheiro e separada, divorciada ou viúva), situação de trabalho (sim ou não), renda familiar (valor recebido por todos os moradores do domicílio no mês anterior a entrevista em quintil), autorrelato de depressão diagnosticado por um médico ou psicólogo ao longo da vida (sim ou não), crença religiosa (sim ou não), uso de álcool na última semana (sim ou não), tabagismo (nunca fumou, exfumante ou fumante),

duração do relacionamento abusivo (menos do que 1 ano, de 1 a 5 anos e 6 anos ou mais) e número de filhos nascidos vivos (nenhum, um, dois, três ou mais). Na variável sobre duração do relacionamento, foi solicitado que a participante pensasse na relação mais significativa na qual ela vivenciou as situações de violência psicológica relatadas durante a aplicação do questionário.

Para avaliar a prevalência da violência psicológica por parceiro íntimo foi utilizado um recorte do questionário validado *World Health Organization Violence against women Study* (WHO Vaw Study)²⁴, em sua versão traduzida para o português²⁵. Este instrumento avalia a violência psicológica através de 4 (quatro) itens: “ (1). Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? (2). Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? (3). Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito? (4). Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta? ”. Foi considerada vítima de violência psicológica a participante que respondeu afirmativamente ao menos a 1 (um) dos 4 (quatro) itens supracitados. O WHO Vaw Study se mostrou um instrumento de rastreio simples e apropriado para avaliar a ocorrência de violência psicológica contra a mulher residente em perímetro rural²⁰. Calculou-se uma amostra de 575 mulheres para uma prevalência de violência psicológica estimada em 45% considerando um intervalo de confiança de 95% e um erro de amostragem de 3 pontos percentuais.

A análise dos dados foi efetuada através do programa Stata/IC® 14, sendo, primeiramente, feitas análises descritivas das variáveis coletadas. Após, calculou-se a prevalência da violência psicológica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo bem como, seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Nas análises brutas e ajustadas utilizou-se a regressão de Poisson com ajuste robusto de variância²⁶ com a

intenção de estimar as razões de prevalência e os seus respectivos intervalos de confiança.

Para a análise ajustada, utilizou-se um modelo hierárquico²⁷ em quatro níveis para controle de possíveis fatores de confusão. Neste modelo, as variáveis que se encontravam em um nível hierárquico igual ou superior foram consideradas como possíveis fatores de confusão na relação com o desfecho em estudo. No primeiro nível de análise entraram as variáveis idade, cor da pele e escolaridade. No segundo nível, renda familiar, trabalho, situação conjugal e número de filhos. No terceiro nível, autorrelato de diagnóstico de depressão e religiosidade. E, no quarto nível, variáveis comportamentais como uso de álcool e tabagismo. Foram mantidas na análise todas as associações que apresentaram p de significância menor a 0,20²⁸ no teste de Wald de heterogeneidade ou no teste de tendência linear. Foram consideradas estatisticamente significativas somente aquelas variáveis que obtiveram valor p de significância menor a 0,05.

Garantiu-se aos participantes o sigilo dos dados e a voluntariedade na pesquisa, possibilitando o abandono ao estudo a qualquer momento e sem a necessidade de justificativa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da aplicação dos questionários.

Conforme a resolução 466/12, este protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer nº51/2017, processo 23116.009484/2016-26.

RESULTADOS

Foram realizadas entrevistas com 976 mulheres. Dentre estas, cerca de 17,2% relataram ao menos uma situação de violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo na vida.

A Tabela 1 descreve as características da população estudada. Mais da metade da amostra possuía cinco anos ou mais de escolaridade, a população declarou-se majoritariamente branca 86%, cerca de 84,6% eram casadas ou viviam com companheiro, em torno de 37,7% trabalhava, 26,8% relatou já ter recebido de um psicólogo ou médico diagnóstico de depressão ao longo da vida, 32,9% possuía crença religiosa, 15,7% era tabagista e 9,8% relatou ter feito uso de bebida alcoólica na última semana.

A Tabela 2 descreve a situação de violência psicológica vivenciada. Das 976 mulheres participantes, 12% relataram que algum parceiro íntimo insultou ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma, 10,5% foram humilhadas ou depreciadas diante de outras pessoas, 10,1% informaram que algum parceiro íntimo já havia feito coisas para intimidá-las ou assustá-las propositalmente e 9,5% relataram que algum parceiro íntimo já ameaçou machucá-las ou machucar alguém a quem elas gostassem. Mais de 90 dos relacionamentos em que foi verificada a ocorrência de violência psicológica duraram um ano ou mais.

Na Tabela 3 é possível observar que, na análise ajustada, tiveram significativamente maior probabilidade de ser vítima de violência psicológica por parceiro íntimo as mulheres solteiras (RP=1,86, IC 95%: 1,32 – 2,65) e as mulheres separadas, divorciadas e viúvas probabilidade (RP=1,96, IC95%: 1,23 – 3,12) em comparação com as casadas ou que vivem com companheiro; as mulheres que apresentaram autorrelato de depressão diagnosticado por um psicólogo ou médico ao longo da vida (RP=2,23, IC95% 1,70 – 2,91); e aquelas que fizeram uso de bebidas alcoólicas na última semana (RP=1,53, IC95% 1,07 – 2,17).

DISCUSSÃO

Observa-se que cerca de uma em cada cinco mulheres participantes, relatam ter vivido ao menos um episódio de violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo na vida. Esse dado corrobora com a estimativa de prevalência de violência psicológica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo no contexto rural apontada no primeiro estudo realizado no Brasil identificado utilizando o WHO Vaw Study. A prevalência encontrada na Zona da Mata – PE foi de 17,9%²⁰.

Parte da variabilidade nos resultados em relação a outros estudos pode ser explicada pelas diferenças no desenho amostral, como, por exemplo, seleção não sistemática²⁹ e pelo fato de algumas amostras apresentarem características diferentes da população de interesse do nosso estudo^{9,30,31,32}. As diferenças nos instrumentos utilizados para mensurar o desfecho também podem ocasionar diferenças nos achados. Os principais instrumentos utilizados para aferir violência psicológica além do WHO Vaw Study foram: o Sistema de Notificação de Agravos (SINAN), Conflict Tactics Social (CTS) e a investigação através de questionários elaborados pelos próprios autores^{33,34,35,36}.

Localidades rurais tendem a apresentar índices mais elevados de violência contra a mulher do que localidades urbanas³. Alguns autores apontam que isso ocorre porque as relações de gênero são mais desiguais no âmbito rural em comparação ao urbano. As mulheres que vivem em locais mais isolados geralmente, contam com uma infraestrutura mais deficitária de serviços de apoio e são menos engajadas a movimentos ligados a questões de gênero^{20,34,37}.

Tais dados corroboram com o Modelo Ecológico que aborda a multifatorialidade associada à ocorrência da violência. Apenas características socioeconômicas e comportamentais da mulher podem não explicar com exatidão a violência psicológica, uma vez que o contexto socioambiental onde a mulher está inserida e questões culturais também podem influenciar na ocorrência das agressões^{6,8,38}.

A mulher vítima de violência tem maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos conforme descrito em alguns estudos sobre violência doméstica^{13,39,40}. Embora o diagnóstico de depressão já tenha sido observado em estudos sobre violência doméstica, é importante atentar para a possibilidade de existir um viés recordatório na coleta dessa variável. No entanto, acredita-se que a influência deste viés não invalidaria a significância do achado.

Faz-se necessário ressaltar que estudos transversais apresentam restrições em evidenciar a existência de uma relação de causalidade entre as variáveis independentes e desfecho em questão⁴¹. Tendo em vista que os dados são coletados de maneira simultânea, não é possível preencher o critério de temporalidade para se estabelecer com precisão o que antecede: diagnóstico de depressão ou ter vivido situação de violência doméstica e o que é causa e efeito nessa relação. Por isso, são necessários outros estudos para que se amplie a compreensão sobre essa associação. O uso de bebidas alcoólicas também foi um fator associado com significância estatística conforme outros estudos^{16,42,43}. Mesmo que essa variável não defina se o consumo de álcool é abusivo, corrobora com os estudos que correlacionam a violência contra a mulher com o uso de substâncias. As mulheres que se encontram em uso abusivo de álcool têm seu papel social e auto estima prejudicadas⁶ o que possivelmente, reforça a submissão a relações abusivas e dificuldade no enfrentamento da situação. Desta forma, o uso nocivo de bebidas alcoólicas é um problema de Saúde Pública adjacente à violência.

Cabe ressaltar que o uso de álcool se refere a semana anterior a aplicação do questionário enquanto a violência psicológica foi avaliada na vida da mulher, portanto é preciso cautela nessa análise, já que é difícil afirmar que o uso de álcool é habitual, bem como não se pode precisar se teve início antes ou após ter ocorrido a agressão psicológica. Mesmo diante de tais limitações, a OMS⁴⁴ estabelece que o uso de álcool

é um fator de risco para a ocorrência da violência porque compromete o funcionamento cognitivo e pode agravar questões socioeconômicas e de organização familiar aumentando os conflitos conjugais. Também é possível supor que o uso de álcool pode ser uma estratégia de enfrentamento adotado pelas vítimas para enfrentar o estresse provocado pela violência doméstica.^{44,45}

As mulheres solteiras, divorciadas, separadas ou viúvas apresentaram maior probabilidade para vitimização do que aquelas casadas ou que viviam com companheiro. Esse achado diverge de outros estudos que apontam que as mulheres casadas apresentam maiores prevalências de violência psicológica perpetrada pelo parceiro íntimo em relação às solteiras^{3,32}. Tendo em vista que este estudo investigou a ocorrência de violência por parceiro íntimo na vida, possivelmente, as diferenças nos achados demonstram que essas mulheres que viveram relações abusivas conseguiram acabá-las, rompendo com o ciclo da violência⁴⁶. Neste estudo, aproximadamente 92,5% das mulheres vítimas de violência psicológica afirmaram que a relação abusiva teve duração superior a 1 ano. Essa informação remete a uma reflexão sobre as etapas iniciais dos relacionamentos nas quais o casal está mais disposto a integrar e adaptar os modelos de conjugalidade aprendidos nas suas famílias de origem⁴⁷. Talvez, passado o período inicial, alguns casais ajam de maneiras menos funcionais e mais agressivas na resolução de problemas que ainda não foram superados⁴⁸

Como dito anteriormente, este estudo não se deteve na situação atual de violência psicológica perpetrada por o parceiro íntimo, mas sim sua ocorrência na vida. O motivo disso, foi o entendimento de que uma exposição desta magnitude pode ter consequências na vida da mulher não só a curto prazo^{49,50}. Contudo, não se pode descartar as limitações presentes na própria aferição. É importante considerar um possível viés de memória e de informação, bem como uma dificuldade em estabelecer

uma relação causal devido ao delineamento transversal do estudo. Além disso, cabe mencionar a possibilidade de subnotificação do desfecho decorrente ao constrangimento da mulher em abordar situações de violência vivenciadas e a obtenção de dados somente do uso de álcool na última semana, não identificando uso abusivo. Sugere-se mais estudos que investiguem a superposição de outros tipos de violência no âmbito rural. Apesar das limitações, aferir a prevalência de violência psicológica e entender possíveis fatores associados, sob a ótica da Saúde Pública e da Epidemiologia, viabiliza pensar em novas estratégias de prevenção que diminuam sua ocorrência assim como, atenuem o impacto na vida das vítimas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o perímetro rural do município de Rio Grande – RS apresenta índices semelhantes de violência psicológica contra a mulher encontrados em outras regiões rurais brasileiras. Porém, é interessante atentar que mesmo comparado com estudos anteriores, como o pioneiro de base populacional sobre a temática²⁰, não foi possível observar uma redução na prevalência da violência. É possível que as ações preventivas, até então desenvolvidas, não tenham se mostrado eficientes na redução de índices, mas talvez tenham sido eficazes no seu controle. Considerando a Epidemiologia da Violência é importante salientar que outras questões que permeiam a Saúde Pública como o alcoolismo e a depressão apresentam uma relação causal complexa e talvez, não unidirecional com a violência doméstica. Possivelmente, um estudo longitudinal possa auxiliar no entendimento da causalidade entre a violência e as questões supracitadas. Se a violência contra a mulher é um problema multifatorial, como pressupõe o modelo ecológico, muitas variáveis ainda precisam ser investigadas em estudos futuros. Da mesma forma, o enfrentamento da violência contra a mulher não é

simples e requer a adoção de estratégias múltiplas e que reduzam desigualdades de gênero.

A partir da perspectiva do Desenvolvimento Sustentável⁵¹ que propõe uma sociedade mais consciente e funcional através de mudanças éticas, culturais e ambientais há a possibilidade de uma mudança de costumes e práticas em prol de mais solidariedade e respeito aos direitos fundamentais dos indivíduos⁵². Todavia, para que o Brasil alcance o que é preconizado no Desenvolvimento Sustentável e, conseqüentemente, diminua índices de violência contra a mulher, é necessário a ampliação de políticas públicas que promovam a igualdade de gênero, saúde mental e redução do uso de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

1. de Azambuja MPR, Nogueira C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. *Saude e Soc.* 2008;17(3):101–12.
2. Concha-Eastman A, Krug E. Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: Una herramienta de trabajo. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health.* 2002;12(4):227–9.
3. Vale SL de L, Medeiros CMR, Cavalcanti C de O, Junqueira CC dos S, Souza LC de. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica TT - Psycho-emotional repercussions of domestic violence: the profile of women on basic healthcare. *Rev RENE [Internet].* 2013;14(4):683–93. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1123/pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço. *Cadernos de Saúde Pública.* 2001.
5. da Silva LL, Coelho EBS, De Caponi SNC. Violência silenciosa: Violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface Commun Heal Educ.* 2007;11(21):93–103.
6. da Silva LEL, de Oliveira MLC. Violence against women: Systematic review of the Brazilian scientific literature within the period from 2009 to 2013. *Cienc e Saude Coletiva.* 2015;20(11):3523–32.

7. Heise LL. Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Woman*. 1998;4(3):262–90.
8. Casique LC, Furegato ARF. Violencia contra mulheres: reflexoes teóricas. *Rev Latino-am Enferm*. 2006;
9. Habib SR, Abdel Azim EK, Fawzy IA, Kamal NN, El Sherbini AM. Prevalence and Effects of Violence Against Women in a Rural Community in Minia Governorate, Egypt*. *J Forensic Sci*. 2011;56(6):1521–7.
10. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Intimate partner violence against women in an economically vulnerable urban area, Central-West Brazil. *Rev Saude Publica*. 2009;43(6):1–9.
11. Mathias AKR de A, Bedone AJ, Osis MJD, Fernandes AM dos S. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do estado de São Paulo. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2013;35(4):185–91.
12. Vieira LJE de S, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araujo MAL, da Silva RM. Factors associated to the imposition of types of violence against women informed in sentry services. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(4):920–7.
13. Vameghi, R, Akbari, SAA, Majd, HA, Sajedi, F, Sajjadi, H. The comparison of socioeconomic status, perceived social support and mental status in women of reproductive age experiencing and not experiencing domestic violence in Iran. *J Inj Violence Res* 2018; 10: 35-44
14. Caballero, J, Alfaro, M, Nuñez, Y, Torres, H. Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004-2007. *Revista Peruana de Epidemiología [online]* 2009; 13: 1-7.
15. Khalifeh H, Hargreaves J, Howard LM, Birdthistle I. Intimate partner violence and socioeconomic deprivation in England: Findings from a national cross-sectional survey. *Am J Public Health*. 2013;103(3):462–72.
16. Sanz-Barbero, B, Pereira, PL, Barrio, G, Vives-Cases, C. Intimate partner violence against young women: prevalence and associated factors in Europe. *J Epidemiol Community Health* 2018; 72: 611-616.
17. Sandoval-Jurado L, Jiménez-Báez MV, Rovira Alcocer G, Vital Hernandez O, Pat Espadas FG. Intimate partner violence. Types and risk in primary care health users in Cancun, Quintana Roo, Mexico. *Aten Primaria*. 2017;49(8):465–72.
18. Gokler ME, Arslantas D, Unsal A. Prevalence of domestic violence and associated factors among married women in a semi-rural area of western Turkey. *Pakistan J Med Sci*. 2014;30(5).
19. Sapkota D, Bhattarai S, Baral D, Pokharel PK. Domestic violence and its associated factors among married women of a village development committee of rural Nepal. *BMC Res Notes*. 2016;9(1).

20. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):797–807.
21. Rafael R de MR, Soares de Moura ATM. [Ethical considerations about research with women in situations of violence]. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(2):287–90.
22. IBGE. Censo 2010 [Internet]. Atlas censo demografico. 2013. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>
23. . Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)-A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 2009;42(2):377–81.
24. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260–9.
25. Schraiber LB, do Rosário Dias O Latorre M, França I, Segri NJ, Lucas D'Oliveira AFP. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658–66.
26. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:1–13.
27. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224–7.
28. Maldonado G, Greenland S. Simulation study of confounder-selection strategies. *Am J Epidemiol*. 1993;138(11):923–36.
29. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: Planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(SUPPL. 1):38–45.
30. Ajah LO, Iyoke CA, Nkwo PO, Nwakoby B, Ezeonu P. Comparison of domestic violence against women in urban versus rural areas of southeast Nigeria. *Int J Womens Health*. 2014;6:865–72.
31. LaBore, K, Ahmed, T, Rizwan-ur-Rashid, Ahmed, R. Prevalence and predictors of violence against women in Pakistan. *J Interpers Violence* [online] 2019; 1 -18.
32. Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51:33.
33. Nadda, A, Malik, JS, Rohilla, R, Chahal, S, Chayal, V, Arora, V. Study of Domestic Violence among Currently Married Females of Haryana, India. *Indian J Psychol Med* 2018; 40: 534-539.

34. Sinha A, Mallik S, Sanyal D, Dasgupta S, Pal D, Mukherjee A. Domestic violence among ever married women of reproductive age group in a slum area of Kolkata. *Indian J Public Health*. 2012;56(1):31–6.
35. Tu X, Lou C. Risk factors associated with current intimate partner violence at individual and relationship levels: A cross-sectional study among married rural migrant women in Shanghai, China. *BMJ Open*. 2017;7(4).
36. Vieira, LJES, Ferreira, RC, Moreira, GAR, Araujo, MAL, Silva, RM. Factors associated to the imposition of types of violence against women informed in sentry services. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013; 21 920-927.
37. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: Findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2002;55(9):1603–17.
38. Narvaz MG, Koller SH. Mulheres vítimas de violência doméstica compreendendo subjetividades assujeitadas. *Psico*. 2006;37(1):7–13.
39. Wilhelm FA, Tonet J. Percepção Sobre a Violência Doméstica Na Perspectiva De Mulheres Vitimadas. *Psicol Argumento*. 2017;25(51):401.
40. Mozzambani ACF, Ribeiro RL, Fuso SF, Fiks JP, de Mello MF. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2011;33(1):43–7.
41. Luiz, RR ,Struchiner, CJ. Inferência causal em epidemiologia: o modelo de respostas potenciais [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.2002; 112-118.
42. Garcia LP, da Silva GDM. Violência por parceiro íntimo: Perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad Saude Publica*. 2018;34(4).
43. Adeodato VG, dos Reis Carvalho R, de Siqueira VR, de Matos e Souza FG. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):108–13.
- 44.. . World Health Organization (WHO). Violence prevention: the evidence: Preventing violence by reducing the availability and harmful use of alcohol. Geneva. WHO. 2009; 18.
45. Kaysen D, Dillworth, TM, Simpson, T, Waldrop, A, Larimer, ME, Resick, PA. Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive Behaviors*. 2007;32(6): 1272-1283.
46. Crane CA, Hawes SW, Weinberger AH. Intimate Partner Violence Victimization and Cigarette Smoking: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence, and Abuse*. 2013; 14 :305–15.
47. Falcke D, Boeckel MG, Wagner A. Violência conjugal: mapeamento do fenômeno no Rio Grande do Sul. *Psico*. 2017; 48 (2): 120 – 129.

48. Marasca, AR, Colossi, PM, Falcke, D. Violência conjugal e família de origem: Uma revisão sistemática da literatura de 2006 a 2011. *Temas em Psicologia*, 2013;21(1): 221-243. <https://doi.org/10.9788/TP2013.1-16>
49. Aliaga PP, Ahumada GS, Marfull JM. Violencia Hacia La Mujer: Un Problema De Todos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2003;68(1).
50. Pereira et alli. Produção sobre acidentes e violência apresentada em encontros de iniciação científica. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(2):218–22.
51. UNESCO. Educação para um futuro sustentável: uma visão transdisciplinar para ações compartilhadas. Brasília, DF: IBAMA, 1999.
52. Fonseca, DPR. Discutindo os termos de uma equação de congruência: cultura e desenvolvimento sustentável. 2005; (1) 15-128.

ANEXOS

Tabela 1. Descrição das características socioeconômicas, comportamentais e de saúde de uma amostra de mulheres com idades entre 18 e 49 anos, que relataram ao menos 1 (um) parceiro íntimo ao longo da vida e que residem na área rural da cidade de Rio Grande, no ano de 2017 (n=976).

| Variável | N | % |
|---|-----|------|
| Faixa etária | | |
| 18 a 29 anos | 335 | 34,3 |
| 30 a 39 anos | 330 | 33,8 |
| 40 a 49 anos | 311 | 31,9 |
| Cor da Pele (n=961) | | |
| Branca | 826 | 86,0 |
| Preta | 66 | 6,9 |
| Parda | 69 | 7,1 |
| Escolaridade (n=975) | | |
| 0 a 4 anos | 214 | 22,0 |
| 5 a 8 anos | 341 | 35,0 |
| 9 anos ou mais | 420 | 43,0 |
| Situação Conjugal Atual | | |
| Casada ou com companheiro | 826 | 84,6 |
| Solteira | 104 | 10,7 |
| Separada, divorciada ou viúva | 46 | 4,7 |
| Renda Familiar (quartil) (n=913) | | |
| Q1 (mais pobres) | 182 | 19,9 |
| Q2 | 184 | 20,2 |
| Q3 | 202 | 22,1 |
| Q4 | 172 | 18,8 |
| Q5 (mais ricos) | 173 | 19,0 |
| Número de filhos nascidos vivos (n=837) | | |
| Nenhum | 15 | 1,8 |
| 1 | 315 | 37,6 |

| | | |
|--|-----|------|
| 2 | 297 | 35,5 |
| 3 ou mais | 210 | 25,1 |
| Trabalha | | |
| Não | 608 | 62,3 |
| Sim | 368 | 37,7 |
| Religião (n=975) | | |
| Não | 321 | 32,9 |
| Sim | 654 | 67,1 |
| Autorrelato de diagnóstico de depressão na vida (n=975) | | |
| Não | 714 | 73,2 |
| Sim | 261 | 26,8 |
| Uso de álcool na última semana | | |
| Não | 880 | 90,2 |
| Sim | 96 | 9,8 |
| Tabagismo | | |
| Nunca fumou | 668 | 68,4 |
| Ex- fumante | 155 | 15,9 |
| Fumante | 153 | 15,7 |

Tabela 2. Descrição da violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo em uma amostra de mulheres com idade entre 18 e 49 anos, residentes na zona rural de Rio Grande, RS, no ano de 2017. (n=976)

| Variável | N | % |
|---|-----|------|
| Algum parceiro íntimo a insultou ou a fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma? | | |
| Não | 859 | 88,0 |
| Sim | 117 | 12,0 |
| Algum parceiro íntimo a humilhou ou a depreciou diante de outras pessoas? (n=975) | | |
| Não | 873 | 89,5 |
| Sim | 102 | 10,5 |
| Algum parceiro íntimo fez coisas para intimidá-la ou assustá-la propositalmente? (n=975) | | |
| Não | 877 | 89,9 |
| Sim | 98 | 10,1 |
| Algum parceiro íntimo ameaçou machucá-la ou a alguém que ela gostasse? (n=971) | | |
| Não | 879 | 90,5 |
| Sim | 92 | 9,5 |
| Sofreu violência psicológica por parceiro íntimo pelo menos uma vez na vida (n=971) | | |
| Não | 804 | 82,8 |
| Sim | 167 | 17,2 |
| Duração do relacionamento abusivo (n=164) | | |
| Menos do que 1 ano | 14 | 8,5 |
| 1 a 5 anos | 62 | 37,8 |
| 6 anos ou mais | 88 | 53,7 |

Tabela 3. Análise bruta e ajustada para associação entre violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo e variáveis socioeconômicas, comportamentais e de saúde em uma amostra de mulheres com idade entre 18 e 49 anos, residentes na zona rural de Rio Grande, RS, no ano de 2017. (n=976)

| Variável | % | Análise Bruta | | Análise Ajustada | |
|---------------------------|------|---------------------|--------|----------------------|--------|
| | | RP (IC95%) | p | RP (IC95%) | p |
| Faixa etária | | | 0,504* | | 0,691* |
| 18 a 29 anos | 18,1 | 1 | | 1 | |
| 30 a 39 anos | 17,4 | 0,96 (0,69;1,34) | | 0,97 (0,70;1,34) | |
| 40 a 49 anos | 16,1 | 0,89 (0,63;1,25) | | 0,93 (0,64;1,34) | |
| Cor da pele | | | 0,165 | | 0,165 |
| Branca | 17,4 | 1 | | 1 | |
| Preta | 10,6 | 0,61 (0,30;1,25) | | 0,61 (0,30;1,25) | |
| Parda | 23,2 | 1,33 (0,84;2,10) | | 1,33 (0,84;2,10) | |
| Escolaridade | | | 0,341* | | 0,358* |
| 0 a 4 anos | 14,2 | 1 | | 1 | |
| 5 a 8 anos | 18,5 | 1,31 (0,88;1,95) | | 1,32 (0,88;1,97) | |
| 9 anos ou mais | 17,7 | 1,25 (0,85;1,85) | | 1,25 (0,84;1,85) | |
| Situação conjugal atual | | | <0,001 | | <0,001 |
| Casada ou com companheiro | 15,1 | 1 | | 1 | |
| Solteira | 28,2 | 1,87 (1,32;2,65) | | 1,86 (1,32; 2,63) | |

| | | | |
|----------------------------------|------|----------------------|----------------------|
| Separada, divorciada ou viúva | 30,4 | 2,02 (1,27; 3,22) | 1,96 (1,23; 3,12) |
| Renda familiar (quintil) | | | 0,188* 0,603* |
| Q1(mais pobres) | 22,7 | 1,34 (0,88;2,06) | 1,10 (0,68;1,76) |
| Q2 | 15,2 | 0,90 (0,56;1,45) | 0,90 (0,53;1,54) |
| Q3 | 16,9 | 1,00 (0,64;1,58) | 0,96 (0,58;1,59) |
| Q4 | 14,6 | 0,87 (0,53;1,42) | 0,85 (0,50;1,46) |
| Q5 (mais ricos) | 16,9 | 1 | 1 |
| Nº de filhos nascidos vivos | | | 0,910* 0,558* |
| Nenhum | 13,3 | 0,70 (0,19;2,61) | 0,57 (0,14;2,31) |
| 1 | 18,5 | 0,97 (0,67;1,39) | 0,90 (0,62;1,31) |
| 2 | 14,6 | 0,76 (0,51;1,13) | 0,77 (0,52;1,14) |
| 3 ou mais | 19,1 | 1 | 1 |
| Trabalha | | | 0,606 0,892 |
| Não | 17,7 | 1 | 1 |
| Sim | 16,4 | 0,93 (0,69;1,24) | 0,98 (0,70;1,36) |
| Religião | | | 0,393 0,303 |
| Não | 15,7 | 1 | 1 |
| Sim | 17,9 | 1,14 (0,84;1,55) | 1,17 (0,87;1,57) |

| | | | | |
|---|------|---------------------|---------------------|--------|
| Autorrelato de diagnóstico de depressão na vida | | | <0,001 | <0,001 |
| Não | 13,0 | 1 | 1 | |
| Sim | 28,9 | 2,23 (1,70;2,92) | 2,23 (1,70;2,91) | |
| Uso de álcool na última semana | | | 0,023 | 0,018 |
| Não | 16,3 | 1 | 1 | |
| Sim | 25,3 | 1,55 (1,06;2,26) | 1,53 (1,07;2,17) | |
| Tabagismo | | | 0,298 | 0,599 |
| Nunca fumou | 15,9 | 1 | 1 | |
| Ex- fumante | 19,5 | 1,22 (0,85;1,76) | 1,12 (0,79;1,59) | |
| Fumante | 20,4 | 1,28 (0,89;1,83) | 1,18 (0,83;1,66) | |

RP: razão de prevalências; IC95%: intervalo de confiança de 95%. Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância, com as variáveis que se mantiveram no modelo final ($p \leq 0,2$).

*Teste de Wald para tendência linear

14. Nota à Imprensa

APROXIMADAMENTE UMA EM CADA CINCO MULHERES JÁ FOI VÍTIMA DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA POR PARCEIRO ÍNTIMO NO PERÍMETRO RURAL DE RIO GRANDE, RS.

Pesquisa realizada pela mestrandia Andrea Lourenço do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob orientação da professora Dr^a Simone dos Santos Paludo e coorientação da M.^a Laísa Moreira Rodrigues, mostrou que 17,2% das mulheres da área rural do município que relataram ao menos um parceiro íntimo na vida, já vivenciaram ao menos uma situação de violência psicológica por parceiro íntimo na vida.

A violência psicológica, em resumo, caracteriza-se por condutas ameaçadoras, humilhações, intimidações e outras atitudes que tenham por objetivo depreciar, intimidar ou fazer com que a pessoa se sinta mal consigo mesma. Essa modalidade de violência é comumente perpetrada pelo parceiro íntimo da vítima e é um dos subtipos mais comuns de violência doméstica.

A probabilidade de ter sofrido violência psicológica pelo parceiro íntimo foi significativamente maior entre as mulheres solteiras, divorciadas/ separadas ou viúvas, àquelas que já receberam diagnóstico de depressão na vida e entre as que consumiram álcool na semana precedente à entrevista.

O estudo dedicou-se a quantificar a frequência de uma modalidade de violência que é pouco discutida no meio acadêmico e que, apesar da dificuldade da própria vítima identificar-se em situação de abuso, pode ocasionar tantos malefícios à saúde quanto uma agressão física ou sexual. O conhecimento do número de mulheres que já vivenciaram ao menos uma situação de violência psicológica na vida e os principais fatores de risco para a ocorrência do problema é de extrema importância para que os gestores possam (re)pensar políticas públicas e ações de prevenção e promoção de saúde, bem como de atendimento às vítimas de violência.

15. Apêndices

15.1 Quadro de resumos da revisão bibliográfica

| Autor | Ano | País | Delineamento | Faixa etária / Amostra | Instrumentos utilizados | Desfechos | Resultados | Limitações |
|--------------------|------|--|--------------|---|---|--|--|--|
| Ajah LO, et al. | 2014 | Nigéria | Transversal | 836 (376 da zona rural e 460 da zona urbana) com faixa etária entre 15 e 49 anos. | WHO VAW STUDY | Prevalência da violência doméstica contra a mulher em áreas urbanas e rurais (estudo comparativo). | A diferença nas proporções de mulheres rurais e urbanas que sofreram violência doméstica foi significativa (96,8% versus 80,9%; p <0,001). Porém, apenas a diferença da proporção de violência física na zona rural foi significativa em relação a zona urbana. Os índices de violência psicológica e sexual foram semelhantes. | Ambos os grupos de participantes estavam em um evento religioso, permitindo que apenas mulheres com fortes convicções religiosas participassem. O autor aponta que isso talvez possa causar um viés de seleção e pode tornar a amostra não representativa da comunidade. Outra limitação apontada pelo autor, é a pesquisa não ter sido aplicada em mulheres acima de 50 anos. |
| Barbero BS, et al. | 2018 | União Européia (Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, | Transversal | 5976 mulheres com idades entre 18 e 29 anos. | Fundamental Rights Violence Against Women Survey (FRAVAW Survey). | Prevalência da violência por parceiro íntimo e fatores associados. | A prevalência atual de VPI psicológica somente é de 28,7%, mas quando avaliada VPI psicológica + sexual ou física, esses índices sobem para 47,9%. Ter sofrido abuso físico e / ou sexual por um adulto antes dos 15 anos foi o fator de risco mais forte para VPI (RP: 2,9 para VPI física e / ou sexual, RP: 1,5 para VPI apenas psicológica). Outros fatores de risco individuais foram: percepção de maiores dificuldades em viver dentro da renda domiciliar (RP: 2,6), ter filhos (RP: 1,8) e idade 18-24 anos (RP: 1,5) para VPI física e sexual e antecedentes imigratórios para psicopedagogia; | Dificuldade na temporalidade entre causas e efeitos e subestimação da VPI. Não incluí dados sócios demográficos sobre o agressor e nem o nível do conflito do casal. |

| | | | | | | | | |
|---------------------|------|--|-------------|--|---|--|--|--|
| | | Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Polônia, Portugal, República Tcheca, Romênia, Suécia.) | | | | | apenas IPV (PR: 1.4). Viver em países com maior prevalência de consumo excessivo de álcool ou abandono escolar precoce foi positivamente associado à VPI. | |
| Barros EN, et al. | 2016 | Brasil | Transversal | 245 mulheres de 15 a 49 anos de Recife/Pernambuco. | WHO VAW STUDY e Self Report Questionnaire (SRQ-20). | Prevalência da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo. | Violência emocional teve uma prevalência de 52,7%; física de 46,1% e sexual 13,6%. A prevalência de VPI alguma vez na vida foi de 33,3%. | O autor aponta que poderiam ser incluídas outras variáveis relacionadas aos parceiros. Devido a diversos fatores, os achados sobre VPI tende a ser subestimados. |
| Caballero J, et al. | 2009 | Peru | Transversal | 13724 mulheres com idade entre 15 e 49 anos. | Encuesta Nacional Demografica y de Salud Familiar (ENDES) e Inquérito Domiciliar. | Prevalência de violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo. | A Violência Psicológica teve prevalência de 74,1%. A idade só estava associada a VP na faixa etária entre 35 a 39 anos. As mulheres não casadas tiveram 37% mais probabilidade de ter sofrido VP do que as casadas. As mulheres que vivem na zona urbana tiveram probabilidade 12% maior de ter sofrido VP do que as mulheres da zona rural. Outras variáveis associadas a VP foram: nível econômico, escolaridade | Os autores não apontam nenhuma limitação no estudo. |

| | | | | | | | | |
|---------------------|------|-----------|-------------|--|--------------------------------------|--|---|---|
| | | | | | | | e o consumo de álcool por parte dos companheiros. | |
| Chuemchit M, et al. | 2018 | Tailândia | Transversal | 1444 mulheres com idade entre 20 e 59 anos. | WHO VAW STUDY | Prevalência da violência contra mulher praticada por parceiro íntimo. | Aproximadamente 16% das mulheres entrevistadas sofreu algum tipo de VPI.30,8% sofreram violência psicológica.21,3% das mulheres não contou para ninguém a situação vivida porque não tinham ninguém que pudessem falar. Poucas mencionam contar para serviços de saúde (6,1%), policiais (4,3%) ou para organizações de proteção a mulher (1,7%). Das mulheres que optaram por não falar nada, 49,7% relatou que se sentia envergonhada ou embaraçada e 44,7% por considerarem inconsistente a rede de suporte. | Foram utilizadas poucas variáveis para mensurar “comportamento controlador” (apenas 7). O autor sugere que em uma pesquisa futura, usem um instrumento mais abrangente. Como a amostra foi calculada de acordo com os dados populacionais de cada província, talvez os achados não possam ser extrapolados para a população tailandesa. |
| Gokler, ME, et al. | 2014 | Turquia | Transversal | 800 Mulheres casadas com idade entre 15 e 49 anos. | Questionário próprio. | Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo e fatores associados. | Neste estudo, a prevalência da violência contra as mulheres foi de 39,0%. Violência verbal (38,4%) e violência sexual (6,9%) foram os mais comuns e o menos comuns tipo de violência, respectivamente. 26,8% relataram violência psicológica. Os maiores fatores de risco são: grupos com idade menor, escolaridade do marido, forma como foi feita a contratualidade do casamento, número de filhos e vícios do marido em álcool ou jogos. | O autor não aponta limitações no estudo. |
| Habib SR, et al. | 2011 | Egito | Transversal | 772 mulheres casadas, com idades entre 16 e | WHO Multi – Country Study on Women’s | Prevalência da violência doméstica contra mulheres em uma área rural na | As mulheres abusadas constituíram 57,4% da amostra total. Dessas, 29,9% mencionaram abusos físicos, 7,8% sexuais, 6,6% emocionais e 13,1% mais de um tipo de abuso. Houveram | O autor sugere que mais estudos são necessários para que se entenda a relação entre gênero e a dinâmica da sociedade egípcia para que se torne |

| | | | | | | | | |
|-------------------------|------------|-------------------|---|--|--|----------------------------|---|--|
| | | | | 50 anos sem déficit cognitivo ou deficiência aparente. | Helth and Life Events. | provincia de Minia, Egito. | associações significativas entre violência doméstica e: baixa escolaridade, baixa renda, maior número de filhos e educação do marido. Transtornos psiquiátricos ocorreram em 18% da amostra. Houve relações estatisticamente significantes entre o abuso psicológico e físico das mulheres e a ocorrência de transtornos psiquiátricos. | possível coibir a violência doméstica efetivamente. Assim como, para entender a extensão do problema e seus fatores associados. |
| Jurado LS, et al. 2017 | México | Casos e Controles | 392 Mulheres com mais de 18 anos que estiveram casadas nos últimos 12 meses | Conflicts Tactics Scale (CTS), Index of Spousal Abuse (ISA). | Prevalência da violência por parceiro íntimo em serviço de atenção primária a saúde. | | A violência por parceiro íntimo foi de 15,05%, a violência psicológica em 37,3%. A VPI obteve associação significativa de acordo com diferenças de idade, status socioeconômico, estado civil, história de violência e ingestão de álcool pelo parceiro (P <0,05). O risco aumentou em idades acima de 40 anos (OR: 2,09; IC95%: 1,07 a 4,11), história de violência (OR: 5,9; IC95%: 2,8 a 12,44) e consumo de álcool por parceiro (OR = 12,38; 95% IC: 2,15 a 29,59). Baixo nível socioeconômico (OR: 0,384; IC95%: 0,19 a 0,74) e união livre (OR: 0,507; IC95%: 0,27 a 0,95) foram fatores proteção para VPI. | Dados são representativos apenas para os usuários da unidade de saúde. |
| Khalifeh H, et al. 2013 | Inglaterra | Transversal | Amostra de 21226 homens e mulheres com idades entre 16 e 59 anos. | Questionário "Domestic Violence, Sexual Victimization and Stalking", | Prevalência da violência por parceiro íntimo e fatores associados. | | VPI foi relatada por 23,8% das mulheres e 11,5% dos homens. VPI física foi relatada por 16,8% e 7,0%, respectivamente; A VPI apenas emocional foi relatada por 5,8% e 4,2%, respectivamente. Após o ajuste para confundidores demográficos, a VPI física | A VPI foi medida ao longo da vida, enquanto as medidas de privação social foram feitas apenas no momento da entrevista. Este último pode variar consideravelmente ao longo dos anos, limitando ainda |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|-------------|---|------------------------------------|---|---|--|--|
| | | | | | BCS Data, National Statistics Socio-Economic classification, English deprivation Index. | | ao longo da vida vivenciada por mulheres foi associada à posse de habitações sociais (odds ratio [OR] = 2,3; intervalo de confiança de 95% [IC] = 2,0; 2,7), baixa renda familiar (OR = 2,2; IC = 1,8; 2,7), baixo nível educacional (OR = 1,2; IC95% = 1,0, 1,5), baixa classe social (OR = 1,5; IC95% = 0,3, 1,7) e morar em uma área de múltipla privação (OR = 1,4; IC 95% = 1,1, 1,7). A VPI física vivenciada por homens e a VPI emocional vivenciada por ambos os sexos, geralmente não foram associadas a fatores de privação. | mais a inferência causal. Outra limitação encontrada, foi que os fatores de risco foram medidos apenas para vítimas, pois havia poucos dados disponíveis sobre as características dos parceiros. |
| LaBore K, et al. 2019 | Paquistão | Transversal | 3685 Mulheres casadas entre 15 e 49 anos. | (Modified) Conflict Tactics Scale. | Prevalência da violência Contra as Mulheres no Paquistão. | Aproximadamente 20% das mulheres casadas foram abusadas fisicamente nos últimos 12 meses. A forma mais comum de violência relatada incluiu bofetadas (17,2%) e empurrando, tremendo ou arremessando (11,2%). Cerca de 28% das mulheres casadas relataram ter sofrido violência emocional nos últimos 12 meses. As formas mais comuns de violência emocional incluíram insultar ou fazê-las sentir-se mal (23,6%) e humilhação na frente de outras (21,7%). No geral, 32,6% das mulheres sofreram algum tipo de violência física ou emocional nos últimos 12 meses | As medidas de violência praticada pelo parceiro íntimo incluíam apenas violência emocional e física e não incluíam violência sexual ou formas comuns de violência no Paquistão (por exemplo, queima através de ácido). OS dados obtidos no presente estudo descreveram comportamentos que poderiam ser entendidos como violência por parceiro íntimo, no entanto as normas culturais sobre as estruturas matrimoniais patriarcais podem inibir até que ponto as mulheres paquistanesas rotulariam a violência por parceiro íntimo como tal. Mais pesquisas são | |

| | | | | | | | | |
|-------------------|------|--------|-------------|--|--|---|--|---|
| | | | | | | | | necessárias sobre essa possível discrepância. |
| Leite FMC, et al. | 2017 | Brasil | Transversal | 991 usuárias de 26 unidades de saúde do município de Vitória com faixa etária entre 20 a 59 anos | WHO VAW Study | Prevalência da violência por parceiro íntimo em serviços de atenção primária e fatores associados. | As prevalências encontradas foram; violência psicológica (25,3%), física (9,9%) e sexual (5,7%). Fatores sócio demográficos, comportamentais e experiências pessoais e maternas de violência influenciam a ocorrência do fenômeno. | Viés de informação causando efeito de subestimação nas prevalências. As mulheres que sofreram violências devem frequentar menos as Unidades de Saúde em relação as que não sofreram. |
| Mathias AK,et al. | 2013 | Brasil | Transversal | 2379 mulheres com idades entre 18 e 60 anos. | Foi usado um questionário baseado no Abuse Assessment Screen e no Conflict Tactics Scales modificado pelo WHO VAW STUDY. | Prevalência da violência por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde e fatores associados. | A prevalência de VPI ao longo da vida foi de 55,7% e as prevalências de VPI psicológica, física e sexual foram de 53,8, 32,2 e 12,4%, respectivamente. Mulheres sem companheiro, mas previamente casadas, com escolaridade inferior a 8 anos e pertencentes à classe econômica mais baixa, apresentaram maior risco para todos os tipos de VPI, e outros fatores também foram associados à VPI psicológica e sexual. | A composição da amostra por mulheres que frequentam as UBS dos municípios certamente alterou a representatividade das classes econômicas A e B e, conseqüentemente, os resultados não podem ser representativos da população do Estado. |
| Moura LBA, et al. | 2009 | Brasil | Transversal | 278 mulheres com faixa etária entre 15 e 49 anos. | WHO VAW Study. | Prevalência da violência contra a mulher por parceiro. | A prevalência de violência psicológica foi a mais alta: 80,2 % das mulheres entrevistadas relataram pelo menos um ato no decorrer da vida e 50 % nos últimos 12 meses. A prevalência de violência física ao longo da vida foi de 58,6% e nos últimos 12 meses 32% | Entre as limitações do estudo está a não-inclusão, tanto de mulheres com mais de 49 anos e quanto da população masculina. Outra limitação é o próprio desenho da pesquisa uma vez que, devido à escassez |

| | | | | | | | | |
|-----------------|------|-------|-------------|---|--|---|--|--|
| | | | | | | | enquanto a prevalência de mulheres que sofreram violência sexual foi de 28,8 % e 15,5%, respectivamente. | econômica encontrada no Varjão, não houve inclusão de uma população com estratos de renda mais diversificados. Baseados no modelo ecológico, estudos qualitativos envolvendo tanto mulheres quanto homens poderiam auxiliar na análise da dinâmica das relações com parceiros íntimos, do papel da comunidade e da necessidade de "desnaturalizar" as estruturas patriarcais da sociedade brasileira. O instrumento utilizado na coleta de dados não pretendeu incluir todos os atos violentos, pois a própria natureza das violências não permite delimitar estaticamente as fronteiras entre comportamento abusivo e conflitualidade. A limitação do instrumento é relacionada à própria natureza complexa do fenômeno das violências entre parceiros íntimos. |
| Nadda A, et al. | 2018 | Índia | Transversal | 880 Mulheres casadas em idade reprodutiva , entre 15 e 49 anos. | Entrevistas usando o Questionário de Mulheres (usado na National | Prevalência da violência doméstica entre mulheres atualmente casadas. | No total, 37% das mulheres já sofreram violência doméstica e 28,9% atualmente sofrem violência doméstica. Todos os tipos de violência (exceto violência sexual) foram significativamente mais comuns na área rural do que na área urbana. As lesões causadas por violência | Subnotificações das situações de violência causando subestimação dos dados. |

| | | | | | | | | |
|-------------------|------|--------|-------------|---|---|---|--|--|
| | | | | | Family Health Survey-3), que é baseado em uma versão modificada da Conflicts Tactics Scale (CTS). | | doméstica foram relatadas por mais da metade (55,4%) das mulheres. Entre a violência conjugal, a violência emocional foi o tipo mais comum de violência seguida de violência física. Apenas 0,1% e 4,5% das mulheres já haviam iniciado a violência física e emocional, respectivamente, contra os seus maridos, e nos outros casos, foram os maridos que iniciaram a violência. | |
| Sapkota D, et al. | 2016 | Nepal | Transversal | 355 Mulheres casadas em idade reprodutiva . | Questionário adaptado do WHO Multi-Country Study | Prevalência da violência doméstica entre mulheres casadas em meio rural e fatores associados. | A prevalência de violência física autor relatada ao longo da vida foi de 29,6% e a prevalência no ano passado foi de 15,2%, enquanto os valores correspondentes para violência sexual foram de 6,8 e 2,3%, e para violência psicológica foram 31,0 e 18,3%. A violência doméstica ao longo da vida foi de 38,6%, enquanto nos últimos 12 meses a prevalência foi de 23,1%. Além disso, 12,4% das mulheres vivenciavam todas as formas de violência concomitantemente. Mulheres com controle do marido e com saúde mental precária apresentaram maior risco de violência doméstica. | Fatores sociais e biológicos acometem mulheres com idades mais avançadas, alterando suas personalidades e saúde mental. Logo, esses fatores estão além do escopo deste estudo. Outra limitação apontada é a de não estabelecer relação causal. |
| Silva EP, et al. | 2011 | Brasil | Coorte. | 960 Mulheres com idades entre 18 e 49 anos cadastradas no | Questionário adaptado do WHO VAW study. | Prevalência da violência por parceiro íntimo antes, durante e após a gestação. | A violência psicológica nos três períodos foi de 42%, a física 28,6% e sexual 9,8%. Durante a gestação, os índices de violência psicológica aumentaram em relação aos outros períodos. Concomitantemente, a ocorrência dos três tipos de violência foram constatadas | Por ser um assunto delicado e por fatores intrínsecos à mulher no momento da entrevista, a prevalência de violência tende a ser subestimada. |

| | | | | | | | | |
|-----------------|------|-------|-------------|--|--|---|--|---|
| | | | | Programa Saúde da Família da cidade do Recife. | | | em aproximadamente 10% da população. | |
| Sinha A, et al. | 2012 | Índia | Transversal | 159 Mulheres já casadas na faixa etária reprodutiva , entre 15 e 49 anos. | Questionário próprio. | Prevalência da violência doméstica sofridas por mulheres casadas. | A prevalência geral de violência doméstica foi de 54%, dos quais 41,9% sofreram violência física e psicológica atual e ao longo da vida. Ter propriedades, maior renda per capita e apoio social foram fatores de proteção contra a violência doméstica, enquanto o vício em álcool e múltiplos parceiros sexuais foram os fatores que contribuíram para isso. | Viés de recordação e informações inverídicas eram inerentes ao estudo. O autor aponta que um estudo mais elaborado e com maior tamanho amostral poderia ser feito no futuro principalmente, para comparar os índices de violência doméstica em moradoras de regiões consideradas favela e as que vivem em outros locais. |
| Tu X, et al. | 2017 | China | Transversal | 1501 mulheres que vivem no mínimo há 2 anos na região e que tiveram relacionamento íntimo nos últimos 12 meses. A pesquisa foi aplicada em pessoas maiores de 16 anos. | Conflict Tactics Scale e Duke Social Supprt Index. | Prevalência e fatores associados a violência por parceiros íntimos em uma amostra de mulheres rurais chinesas | A prevalência de VPI nos últimos 12 meses foi de 29,05% Violência física foi de 7,66%, psicológica 26,58% e sexual 3,2%. | O autor aponta que devemos ter cautela ao generalizar os dados deste estudo principalmente, devido as divergências culturais das entrevistadas. Observa que não investigou importantes fatores sociais como: maus-tratos na infância, satisfação com a relação, disparidade entre a escolaridade do casal e o quanto as mulheres contribuem financeiramente nas famílias. |

| | | | | | | | |
|-------------------------|--------|-------------|---|---|---|---|---|
| Vameghi R, et al. 2018 | Irã | Transversal | 500 Mulheres | As ferramentas de coleta de dados usadas incluíram os seguintes questionários: Beck Scale, Spielberger's Anxiety, Cohen's Perceived Stress, Sarason's Perceived Social Support e WHO VAW Study. | Prevalência de violência doméstica contra mulheres. | Os resultados mostraram que 43,2% das mulheres afirmaram ter vivenciado pelo menos um caso de violência doméstica, dentre as quais 16,4%, 15% e 36,6% das mulheres apresentaram violência física, sexual e emocional-verbal, respectivamente. A médias de idade e escolaridade das mulheres violadas e seus cônjuges foram inferiores às das mulheres não violadas. Além disso, as mulheres violadas apresentaram menor nível socioeconômico, maior estresse percebido, maior depressão e maior ansiedade evidente. | A forma como os dados foram coletados pode ter afetado o estudo. |
| Vieira LJS, et al. 2013 | Brasil | Transversal | Mulheres com idade igual ou superior a 12 anos que preencheram 939 formulários de notificação de casos de | Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). | Prevalência da violência contra a mulher e os fatores associados. | 73,8% dos casos notificados foram cometidos por parceiro íntimo. A violência psicológica e moral contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo ou não, foi de 85,7%. Os resultados apontam que geralmente os tipos de violência não ocorrem isoladamente. Mais de 90% dos casos de violência contra a mulher ocorrem dentro das próprias residências. O estudo aponta que mulheres de todos os níveis educacionais enfrentam situações de | Por se tratar de dados extraídos da demanda dos serviços sentinela, não podem ser extrapolados para o restante das mulheres vitimada considerando que, algumas sequer procuram atendimento. |

| | | | | | | | | |
|-----------------|------|-----|-------------|---------------------------------|-----------------------|--|---|---|
| | | | | violência contra a mulher | | | violência, porém, as mais esclarecidas teriam maior autonomia pessoal e menor tolerância às agressões. | |
| Zarei M, et al. | 2017 | Irã | Transversal | 700 Mulheres casadas. | Questionário próprio. | Prevalência da violência contra a mulher e fatores associados. | Os resultados mostraram que todas as mulheres no estudo foram submetidas a violência pelo menos uma vez. Em 11,7% dos casos, a violência foi moderada e grave. Um total de 9,6% foi submetido à violência física, 42,2% à violência verbal e psicológica, 52,4% à violência sexual e 53,4% à violência econômica. Foi uma correlação estatisticamente significativa entre violência e seguintes variáveis; escolaridade, ocupação, histórico de violência doméstica na família e ter um menino na família. Não houve relação estatisticamente significativa entre o número de meninas na família e a violência contra a mulher. | O autor não mencionou limitações no estudo. |

15.2 Bloco geral

| BLOCO A: GERAL | IDENTIFICAÇÃO |
|--|------------------|
| Número do setor: __ | ASET __ |
| Número do domicílio: _____ | ANUM __ |
| Logradouro: _____ | ALOG _____ |
| Data da entrevista: __/__/__ | ADAT __/__/_____ |
| Entrevistadora: _____ | AENT __ |
| <hr/> | |
| x) Qual o seu nome? _____ | |
| x) Qual sua idade? ____ anos completos | AIDADE __ |
| x) Qual sua cor de pele ou raça? | |
| (1) Branca | ACORPEL _ |
| (2) Preta | |
| (3) Parda | |
| (4) Amarelo | |
| (5) indígena | |
| (9) IGN | |
| <hr/> | |
| x) O(a) Sr.(a) possui telefone para contato? | |
| (0) Não (1) Sim → QUAL? _____ | FONE _____ |
| x) Existe algum outro telefone ou número de celular que podemos entrar em contato com o Sr.(a)? | |
| (0) Não (1) Sim → QUAL? _____ | FONE2 _____ |
| <hr/> | |
| AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ITENS DO DOMICÍLIO PARA EFEITO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA. TODOS OS ITENS DE ELETRODOMÉSTICOS QUE VOU CITAR DEVEM ESTAR FUNCIONANDO, INCLUINDO OS QUE ESTÃO GUARDADOS. CASO NÃO ESTEJAM FUNCIONANDO, CONSIDERE APENAS SE TIVER INTENÇÃO DE CONSERTAR OU REPOR NOS PRÓXIMOS SEIS MESES. LEMBRANDO QUE OS DADOS DESSE ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. | |
| <hr/> | |
| Sobre os bens que o(a) Sr.(a) tem em casa. No domicílio tem... | |
| x) Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular | AAUTO _ |
| (0) (1) (2) (3) (4+) | |
| <hr/> | |
| x) Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana | AEMPR _ |

(0) (1) (2) (3) (4+)

x) **Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho** AROUPA _
(0) (1) (2) (3) (4+)

x) **Quantidade de banheiros** ABANNHO _
(0) (1) (2) (3) (4+)

x) **DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel** ADVD _
(0) (1) (2) (3) (4+)

x) **Quantidade de geladeiras** AGELA _
(0) (1) (2) (3) (4+)

x) **Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex** AFREZ _
(0) (1) (2) (3) (4+)

x) **Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones** ACOMP _
(0) (1) (2) (3) (4+)

x) **Quantidade de lavadora de louças** ALAVA _
(0) (1) (2) (3) (4+)

x) **Quantidade de fornos micro-ondas** AMICR _
(0) (1) (2) (3) (4+)

x) **Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional** AMOTO _
(0) (1) (2) (3) (4+)

x) **Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca** ASECA _
(0) (1) (2) (3) (4+)

x) **Até que série/ano o(a) Sr. (a) estudou?** AESC __

Anotação: _____

(Codificar quando encerrar o questionário)

Anos completos de estudo: __ anos (88) NSA (99) IGN

x) Qual sua situação conjugal?

ASICO _

- (1) Casado(a) ou mora com companheiro(a)
 - (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a)
 - (3) Separado(a)
 - (4) Viúvo(a)
 - (9) IGN
-

x) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria?

Pessoa 1: R\$ _____ por mês

ARF1: _____

Pessoa 2: R\$ _____ por mês

ARF2: _____

Pessoa 3: R\$ _____ por mês

ARF3: _____

Pessoa 4: R\$ _____ por mês

ARF4: _____

Pessoa 5: R\$ _____ por mês

ARF5: _____

(00000) Não recebe renda

(88888) NSA

(99999) IGN

x) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima?

(0) Não

AROU _

(1) Sim → QUANTO? R\$ _____ por mês

AQUA _____

(88888) NSA

(99999) IGN

x) Com quem o(a) Sr.(a) vive?

(1) Sozinho(a)/sem companheiro(a)

AVIVE _

(2) Esposo(a)/com companheiro(a)

(3) Pai e mãe

(4) Filho/Filha

AVIOU _

(5) Outros _____

(8) NSA

(9) IGN

x) Quantas pessoas moram no domicílio?

Nº __ (88) NSA (99)IGN

AMODO __

x) **Alguém no domicílio recebe algum auxílio/ajuda como Programa Bolsa família?**

(0) Não (1) Sim (9) Ignorado

APBF _

AGORA VOU CONVERSAR COM O(A) SENHOR(A) SOBRE SEU TRABALHO.

x) **O(A) Sr. (a) está trabalhando?**

(0) Não → Pule para a questão x

ATRAB _

(1) Não, mas já trabalhei

(2) Sim → Pule para a questão x

(9) IGN

x) **Se já trabalhou mas não está trabalhando, qual a sua situação em relação a trabalho?**

(Pule para a questão x)

(1) Desempregado

ANTR _

(2) Aposentado

(3) Encostado

(4) Pensionista

AOUTR _

(5) Outro _____

(8) NSA

(9) IGN

X) **Se está trabalhando qual é sua ocupação?**

Ocupação:

AOCUP _ _ _ _

X) **Qual sua forma de vínculo com o seu trabalho?**

(1) Contrato por prazo indeterminado

AVINC _

(2) Contrato por prazo determinado

(3) Autônomo

(8) NSA

(9) Ignorado

x) **O(A) Sr.(a) tem propriedade rural?**

APRU _

(0) Não → Pule para a questão x (1) Sim (9) Ignorado

x) **O que o(a) Sr.(a) é da propriedade rural?**

(1) Proprietário(a)

APRORU _

(2) Marido / esposa / companheiro(a) ou filho(a) de proprietário(a)

(3) Outro familiar do proprietário

(4) Arrendatário(a)

- (5) Empregado(a)
- (6) Empreiteiro/diarista
- (7) Safrista ou empregado temporário
- (9) IGN

x) **Quantos m² ou hectares tem a propriedade?** ATAMA _
(1) m² (2) Hec. ____ m² / hec (8888) NSA (9999) IGN AMEHE ____

x) **Possui animais na propriedade para o consumo familiar?** AANI _
(0) Não, não possui
(1) Sim → **Quantos?** ____ AAQ ____
(8) NSA
(9) Ignorado

x) **Possui horta ou plantação de alimentos para o consumo familiar?**
(0) Não, não possui AHORTA _
(1) Sim
(8) NSA
(9) Ignorado

x) **Qual o rendimento anual da propriedade?** R\$ _____ AREP _____

AGORA VOU CONVERSAR COM O SENHOR ALGUNS ASPECTOS DE SUA MORADIA

x) **Qual o tipo de construção da moradia?** AMORA _
(1) Alvenaria
(2) Madeira
(3) Mista
(8) NSA
(9) Ignorado

x) **A moradia possui algum tipo de fogão à lenha para cozinhar?** ALENHA _
(0) Não
(1) Sim
(2) Sim, mas não é utilizado com frequência
(8) NSA
(9) Ignorado

x) **A água utilizada nesse domicílio é proveniente de?**

- (1) Rede geral de distribuição AAGUA _
(2) Poço ou nascente
(3) Outro meio _____ AOUM __
(8) NSA
(9) Ignorado
-

- x) O domicílio possui rede de tratamento de esgoto?
(0) Não (1) Sim (9) IGN AESGO _
-

AGORA VOU LER PARA O(A) SENHOR(A) ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO EM CASA. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OU SEJA, DE <MÊS> ATÉ <MÊS> DE 2017. AS PERGUNTAS SÃO PARECIDAS UMAS COM AS OUTRAS, MAS É IMPORTANTE QUE O(A) SENHOR(A) RESPONDA CADA UMA DELAS.

- x) Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida? IA01 _
(0) Não (1) Sim (9) IGN
-

- x) Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais? IA02 _
(0) Não (1) Sim (9) IGN
-

- x) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? IA03 _
(0) Não (1) Sim (9) IGN
-

- x) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? IA04 _
(0) Não (1) Sim (9) IGN
-

- x) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida? IA05 _
(0) Não (1) Sim (9) IGN

15.3 Bloco de questionários das mulheres

| BLOCO B: MULHERES | IDENTIFICAÇÃO |
|---|------------------|
| Número do setor: __ | BSET __ |
| Número do domicílio: ____ | BNUM ____ |
| Número do entrevistado: ____ | BNEN ____ |
| Número do questionário: _____ | BNUQ _____ |
| Data da entrevista: __/__/____ | BDAT __/__/____ |
| Entrevistadora: _____ | BENT __ |
| <hr/> | |
| x) Qual é o seu nome? _____ | |
| x) Qual é a sua idade? ____ anos completos (999)IGN | BIDADE ____ |
| x) Qual seu peso? ____, __kg (999)IGN | BPESO ____, __ |
| x) Qual a sua altura? ____ cm (999)IGN | BALTURA ____, __ |
| x) Qual sua raça ou cor de pele? | BCORPEL _ |
| (1) BRANCA | |
| (2) PRETA | |
| (3) PARDA | |
| (4) AMARELO | |
| (5) INDÍGENA | |
| X) Até que série a Sra. estudou? | |
| Anos completos de estudo: ____ anos (88) NSA (99) IGN | BESC __ |
| <hr/> | |
| X) Qual a sua situação conjugal? | BSICO _ |
| (1) Casada | |
| (2) Solteira | |
| (3) Separada/Divorciada | |
| (4) Viúva | |
| (9) IGN | |
| <hr/> | |
| X) Com quem a Sra. vive atualmente? | |
| (1) Sozinha | BQVIVE1 _ |
| (2) Com cônjuge | BQVIVE2 _ |
| (3) Com companheiro(a) | BQVIVE3 _ |
| (4) Somente com filho(s) | BQVIVE4 _ |
| (5) Com pai e/ou mãe | BQVIVE5 _ |
| (6) Outro | BQVIVE6 _ |
| (9) IGN | |
| <hr/> | |
| <hr/> | |

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE HÁBITO DE FUMAR
(Considere como ex-fumante os indivíduos que pararam de fumar há 1 mês. Para tempos menores do que esse, o indivíduo é considerado fumante. Considerar como fumante o indivíduo que consome 1 cigarro ou mais por dia, há mais de 1 mês.)

X) **A Sra. fuma ou já fumou?** BFUMA _
(0) Não, nunca fumou (*Pule para a questão<BALCO>*)
(1) Já fumou, mas parou (*Pule para a questão<BFUMAV>*)
(2) Sim, fuma
(9) IGN

X) **Há quanto tempo a Sra. fuma?** BFUMAQ _
(1) Anos
(2) Meses
__ (99) IGN BFUMAQT __

X) **Quantos cigarros a Sra. fuma por dia?**
(*Depois de anotar esta resposta, pule para a próxima instrução*)
__ _ cigarros (999) IGN BCIGDIA __

X) **Por quanto tempo a Sra. fumou?** BFUMAV _
(1) Anos
(2) Meses
__ (99) IGN BFUMAVA __

X) **Há quanto tempo a Sra. parou de fumar?** BPAROU1 _
(1) Anos
(2) Meses
__ (99) IGN BPAROU __

X) **Quantos cigarros a Sra. fumava por dia?** BQFUMAVA __
__ _ cigarros (999) IGN

AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE A FREQUÊNCIA E A QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA QUE A SRA. CONSOME. CONSIDERE UMA DOSE CONFORME A FIGURA MOSTRADA.

X) **Na última semana, a Sra. consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida de álcool?** BALCO _
(0) Não (*Pule para a próxima instrução*)
(1) Sim
(9) IGN

X) Na última semana, em quantos dias, aproximadamente, a Sra. consumiu bebidas alcoólicas?

__ Dias por semana (88) NSA (99) IGN BALCDSEM __

X) Nos dias em que a Sra. bebeu, quantas doses, em média, a Sra. ingeriu por dia?

__ Doses por dia (88) NSA (99) IGN BALCQTD __

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

X) Em uma semana normal você anda, faz atividades moderadas (como carregar pesos leves) ou faz atividades vigorosas (como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas), durante pelo menos 30 minutos por dia, como parte do seu trabalho?

BAFTRAB_

- (0) Não
(1) Sim
(9) IGN
-

X) Na última semana você andou de bicicleta ou caminhou por pelo menos 30 minutos por dia para ir de um lugar para outro? (NÃO inclua o pedalar/caminhar por lazer ou exercício)

BAFDES_

- (0) Não
(1) Sim
(9) IGN
-

X) Na última semana você caminhou, fez atividades moderadas (como pedalar, tomar banho no rio, praticar esportes por diversão) ou atividades vigorosas (como correr, jogar futebol, pedalar em ritmo rápido) por pelo menos 30 minutos por dia, no seu tempo livre?

BAFLAZ_

- (0) Não
(1) Sim
(9) IGN
-

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO A SENHORA TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS. ULTIMAMENTE...

X) A Sra. tem podido concentrar-se bem no que faz?

PMCONCE_

- (1) MAIS QUE O COSTUME
(2) MENOS QUE O COSTUME
(3) IGUAL AO COSTUME
(4) MUITO MENOS QUE O COSTUME
-

X) As preocupações da Sra. têm lhe feito perder muito sono?

PMSONO_

- (1) ABSOLUTAMENTE NÃO

- (2) UM POUCO MAIS QUE O COSTUME
- (3) NÃO MAIS QUE O COSTUME
- (4) MUITO MAIS QUE O COSTUME

X) A Sra. tem sentido que tem um papel útil na vida? PMUTILVIDA _
(1) MAIS ÚTIL QUE O COSTUME
(2) MENOS ÚTIL QUE O COSTUME
(3) IGUAL AO DE COSTUME
(4) MUITO MENOS ÚTIL QUE O COSTUME

X) A Sra. tem se sentido capaz de tomar decisões? PMDECSOES _
(1) MAIS QUE O COSTUME
(2) MENOS QUE O COSTUME
(3) IGUAL AO COSTUME
(4) MUITO MENOS QUE O COSTUME

X) A Sra. tem notado que está constantemente agoniada e tensa? PMTENSA _
(1) ABSOLUTAMENTE NÃO
(2) UM POUCO MAIS QUE O COSTUME
(3) NÃO MAIS QUE O COSTUME
(4) MUITO MAIS QUE O COSTUME

X) A Sra. tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades? PMDIFICUL _
(1) ABSOLUTAMENTE NÃO
(2) UM POUCO MAIS QUE O COSTUME
(3) NÃO MAIS QUE O COSTUME
(4) MUITO MAIS QUE O COSTUME

X) A Sra. tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia? PMATINORMAL _
(1) ABSOLUTAMENTE NÃO
(2) UM POUCO MAIS QUE O COSTUME
(3) NÃO MAIS QUE O COSTUME
(4) MUITO MAIS QUE O COSTUME

X) A Sra. tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas? PMENFRENTAR _
(1) ABSOLUTAMENTE NÃO
(2) UM POUCO MAIS QUE O COSTUME
(3) NÃO MAIS QUE O COSTUME
(4) MUITO MAIS QUE O COSTUME

X) A Sra. tem se sentido pouco feliz e deprimida? PMPOUCOFELIZ _
(1) ABSOLUTAMENTE NÃO
(2) UM POUCO MAIS QUE O COSTUME
(3) NÃO MAIS QUE O COSTUME

(4) MUITO MAIS QUE O COSTUME

X) A Sra. tem perdido confiança em si mesma? PMCONFIANÇA _
(1) ABSOLUTAMENTE NÃO
(2) UM POUCO MAIS QUE O COSTUME
(3) NÃO MAIS QUE O COSTUME
(4) MUITO MAIS QUE O COSTUME

X) A Sra. tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada? PMNAOSERVE _
(1) ABSOLUTAMENTE NÃO
(2) UM POUCO MAIS QUE O COSTUME
(3) NÃO MAIS QUE O COSTUME
(4) MUITO MAIS QUE O COSTUME

X) A Sra. se sente razoavelmente feliz considerando todas as circunstâncias? PMFELIZ _
(1) ABSOLUTAMENTE NÃO
(2) UM POUCO MAIS QUE O COSTUME
(3) NÃO MAIS QUE O COSTUME
(4) MUITO MAIS QUE O COSTUME

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SENHORA E A SUA FAMÍLIA

X) A Sra. está grávida ou amamentando no momento? BGRAMA _
(0) Não
(1) Sim → Se SIM ou não sei, encerre esse questionário.
(2) Não sei
(9) IGN

X) A Sra. tem quantos filhos? __ BFILHOS __

X) A Sra. tem quantos filhos(as) que moram na sua casa?
__ filhos FSNFILHOS __

X) A Sra. foi ao posto de saúde no último ano? FSFREQUENT _
(0) Não
(1) Sim
(9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SEUS HÁBITOS ALIMENTARES

X) A Sra. tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? FSASSISTINDOTV _

- (0) Não
 - (1) Sim
 - (2) Não sabe
-

X) **Quais refeições a Sra. faz ao longo do dia?** FSREFEICOES _
Marque mais de uma alternativa.

- (1) Café da manhã
 - (2) Lanche da manhã
 - (3) Almoço
 - (4) Lanche da tarde
 - (5) Jantar
 - (6) Ceia
-

X) **A Sra. consumiu feijão ontem?** FSFEIJAO _

- (0) Não
 - (1) Sim
 - (2) Não sabe
-

X) **A Sra. consumiu frutas frescas ontem (não considerar suco de frutas)?** FSFRUTAS _

- (0) Não
 - (1) Sim
 - (2) Não sabe
-

X) **A Sra. consumiu verduras e/ou legumes ontem (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)?** FSLEGUMES _

- (0) Não
 - (1) Sim
 - (2) Não sabe
-

X) **A Sra. consumiu hambúrguer e/ou embutidos ontem (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)?** FSEMBUTIDOS _

- (0) Não
 - (1) Sim
 - (2) Não sabe
-

X) **A Sra. consumiu bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) ontem?** FSBADOCI _

- (0) Não
 - (1) Sim
 - (2) Não sabe
-

X) **A Sra. consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados ontem?** FSSALGADO _

- (0) Não
(1) Sim
(2) Não sabe
-

X) A Sra. consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) ontem?

- (0) Não FSDOCES _
(1) Sim
(2) Não sabe
-

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA RELAÇÃO COM SEU PARCEIRO ÍNTIMO. ENTENDEMOS POR PARCEIRO ÍNTIMO QUALQUER RELAÇÃO SEXUAL COM PESSOAS DO SEXO MASCULINO QUE VOCÊ TENHA TIDO AO LONGO DA SUA VIDA.

X) A Sra. já teve um parceiro íntimo?

- (0) Não *(Pule para a próxima instrução que fala sobre trabalho)* ALPARCINT _
(1) Sim
(9) IGN
-

ALGUM PARCEIRO ÍNTIMO, AO LONGO DA SUA VIDA, TRATOU A SRA. DA SEGUINTE FORMA:

X) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?

- (0) Não *(Pule para a questão <ALDEPRECIOU>)* ALINSULTOU _
(1) Sim
(9) IGN
-

X) Em caso afirmativo, isso aconteceu nestes 12 meses de sua vida?

- (0) Não ALINSULTOU12 _
(1) Sim
(9) IGN
-

X) Depreciou ou humilhou a Sra. diante de outras pessoas?

- (0) Não *(Pule para a questão <ALASSUSTOU>)* ALDEPRECIOU _
(1) Sim
(9) IGN
-

X) Em caso afirmativo, isso aconteceu nestes 12 meses de sua vida?

- (0) Não ALDEPRECIOU12 _
(1) Sim
(9) IGN
-

X) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?

- (0) Não *(Pule para a questão <ALMACHUCOU>)* ALASSUSTOU _

- (1) Sim
- (9) IGN

X) **Em caso afirmativo, isso aconteceu nesses 12 meses de sua vida?** ALASSUSTOU12 _
(0) Não
(1) Sim
(9) IGN

X) **Ameaçou machucá-la ou alguém de quem a Sra. gosta?** ALMACHUCOU _
(0) Não (*Pule para a questão <ALDURACA>*)
(1) Sim
(9) IGN

X) **Em caso afirmativo, isso aconteceu nesses 12 meses de sua vida?** ALMACHUCOU12 _
(0) Não
(1) Sim
(9) IGN

X) **Qual a duração do relacionamento em que a Sra. mencionou ter vivenciado as situações já citadas?** ALDURACA_
(1) Menos de 6 meses
(2) De 6 meses a 1 ano
(3) Mais de 1 ano
(9) IGN
-- (99) IGN ALDURACA1_ _

X) **O que a Sra. fez quando vivenciou a(s) situação(ões) já citadas?**
(1) Realizou denúncia aos serviços competentes (serviços de apoio à mulher, delegacias, disk 100, outros) ALATITUDE1 _
(2) Buscou ajuda em serviços de saúde (UBS, ambulatórios, outros) ALATITUDE2 _
(3) Solicitou orientações na comunidade em que vive (igrejas, grupos de convivência da comunidade, outros) ALATITUDE3 _
(4) Procurou apoio da família ou com amigos ALATITUDE4 _
(5) Não contou a ninguém ALATITUDE5 _
(6) Outro ALATITUDE6 _
(9) IGN

(Só faça esta pergunta se a resposta a pergunta anterior for “não contou para ninguém”. Se não, pule esta pergunta)

X) **Por que a Sra. optou por não contar para ninguém?**
(1) Medo de separação do parceiro ALSIGILO1 _
(2) Desconhecimento de onde procurar apoio ALSIGILO2 _
(3) Vergonha de ter passado por essas situações ALSIGILO3 _
(4) Sentiu-se ameaçada pelo parceiro ALSIGILO4 _
(5) Descrença de que algum serviço especializado pudesse auxiliá-la ALSIGILO5 _

- (6) Acreditar que não era necessário
- (7) Outros motivos
- (9) IGN

ALSIGILO6_

AGORA VAMOS FALAR SOBRE TRABALHO REMUNERADO

X) A Sra. está trabalhando?

BTRAB _

- (0) Não (*Pule para a próxima instrução <BRELIG>*)
- (1) Não, mas já trabalhei
- (2) Sim (*Pule para a questão <BOCUP>*)
- (9) IGN

X) Se já trabalhou, mas não está trabalhando, qual a sua situação em relação a trabalho?

BNTR _

(Depois de marcar a resposta, pule para a questão <BRELIG>)

- (1) Desempregada
- (2) Aposentada
- (3) Encostada
- (4) Pensionista
- (5) Outro _____
- (9) IGN

BOUTR _

X) Se está trabalhando, qual é a sua ocupação principal?

BOCUP __

Ocupação: _____

X) Qual sua forma de vínculo com seu trabalho?

BVINC __

- (1) Contrato por prazo indeterminado
- (2) Contrato por prazo determinado
- (3) Autônomo
- (9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE RELIGIÃO

X) A Sra. pratica alguma religião?

BRELIG _

- (0) Não pratico
 - (1) Católica
 - (2) Evangélica
 - (3) Espírita
 - (4) Candomblé/Umbanda
 - (5) Não possui
 - (6) Outra
 - (9) IGN
-

15.4 Folder

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS AD (ÁLCOOL E DROGAS)
RUA MARECHAL FLORIANO 493 – CENTRO/ (53) 3231-7375

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS CONVIVER RIO GRANDE
RUA PRESIDENTE VARGAS 688 – PARQUE/ (53) 9 8107-5867

CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DA FURG (CAPS)
(53) 3293-5234

CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)
(53) 3239-1529

CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS):
RUA CORONEL SAMPAIO, nº 113 – CENTRO/ (53) 3231-1940

DELEGACIA ESPECIALIZADA NO ATENDIMENTO À MULHER (DEAM)
Endereço: Marechal Floriano, nº 42. - CENTRO/ (53) 3231-4107

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS AD (ÁLCOOL E DROGAS)
RUA MARECHAL FLORIANO 493 – CENTRO / (53) 32317375

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Faculdade de Medicina

Programa de Pós Graduação em Saúde Pública (PPGSP)

Rua: General Osório, S/N. Fone (53) 3237
-4638/ 3237-4641
Rio Grande do Sul/ RS



**ESTUDO SOBRE A SAÚDE DA
POPULAÇÃO RURAL RIO-GRANDINA**



Sala do Programa de Pós-
Graduação de Saúde Pública:
(53) 3237-4641



@saudedapopulacaoriograndina



ppg.saudepublica@furg.br

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci

Estudo Sobre a Saúde da População Rural Rio-grandina

A Faculdade de Medicina da **FURG** está realizando um estudo para conhecer as condições de saúde das mulheres, crianças e idosos residentes na área rural do município de Rio Grande– RS.

Você e sua família estão convidados a participar da pesquisa, pois seu endereço foi selecionado. Um de nossos entrevistadores visitará sua casa e lhe fará algumas perguntas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para os serviços de saúde, também nos jornais, rádio e televisão locais, mas seu nome e outras informações pessoais serão mantidos em **SIGILO**.

Nosso objetivo é **conhecer** as necessidades em saúde para propor medidas que possam melhorar a saúde de crianças, mulheres e idosos na área rural em Rio Grande.

Desde já agradecemos sua participação!

Você sabe os endereços e telefones dos estabelecimentos de saúde e órgãos sociais da sua região?

Abaixo, segue uma lista de estabelecimentos públicos em Rio Grande/ RS:

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – TOROTAMA

RUA DA CORSAN 27- ILHA DA TOROTAMA/ (53) 3237-7029

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – QUINTINHA

RUA 1 ESQUINA AVENIDA A 08 – QUINTINHA/ (53) 3239-1298

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BÁSICA DA FAMÍLIA – DOMINGOS PETROLINE- RUA VALDEMAR C DE AGUIAR 459 – DOMINGOS PETROLINE/ (53) 3802-1002

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ILHA DOS MARIQUEIROS—RUA FREDERICO DE ALBUQUERQUE 581/ (53) 3237-8039

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – BOLAXA

RUA ANA PERNIGOTTI 320 – BOLAXA/(53) 3236-2506

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – TAIM

CAPILHA BR 471 S/N - TAIM/ (53) 9 99639683

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - POVO NOVO

PRACA CORONEL MARCELINO S/N – POVO NOVO/ (53) 3237-9157

POSTO DA QUINTA—RUA JOÃO MOREIRA 188 - QUINTA/ (53) 3239-1200

15.5 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na área da saúde.



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 51/2017

CEPAS 87/2016

Processo: 23116.009484/2016-26

CAAE: 62520116.9.0000.5324

Título da Pesquisa: Saúde da população rural de Rio Grande, RS: um estudo sobre crianças e suas mães, mulheres em idade fértil e idosos.

Pesquisador Responsável: Rodrigo Dalke Meucci

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 40/2017, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**Saúde da população rural de Rio Grande, RS: um estudo sobre crianças e suas mães, mulheres em idade fértil e idosos**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 31/03/2018.

Rio Grande, RS, 27 de abril de 2017.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG