



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO – BIÊNIO 2016/2017**

CAIQUE VELOSO

**CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO POR MULHERES E A OCORRÊNCIA DE
VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

**TERESINA
2017**

CAIQUE VELOSO

**CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO POR MULHERES E A OCORRÊNCIA DE
VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: A Enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

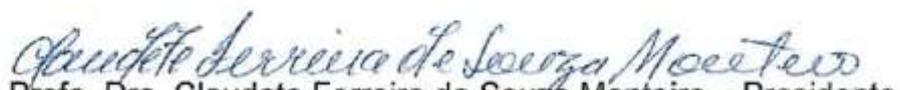
**TERESINA
2017**

CAIQUE VELOSO

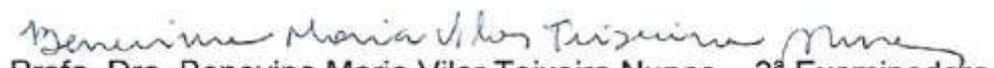
**CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO POR MULHERES E A OCORRÊNCIA DE
VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 21 de dezembro de 2017


Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro – Presidente
Universidade Federal do Piauí – UFPI


Profa. Dra. Luciola Galvão Gondim Correa Feitosa – 1ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ


Profa. Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes – 2ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI


Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Aos meus pais, pelo amor incondicional e
pelas abdições em prol da minha
educação e dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela luz e pela força que me permitem ultrapassar os obstáculos de cada dia e continuar lutando pelos meus objetivos.

Aos meus pais, Hélia Maria de Alencar Veloso e Francisco de Assis Veloso, pelo amor incondicional e por me fazerem acreditar na educação como o caminho mais digno para a realização de sonhos. Obrigado por sempre apoiarem minhas decisões.

Ao meu irmão Caio, exemplo de determinação, pela amizade e companheirismo.

À minha namorada, Ana Angélica, pelo amor, apoio e compreensão, especialmente ao longo desta trajetória.

À professora Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro, por ter me acolhido, pela confiança depositada no desenvolvimento de cada atividade e pelos ensinamentos transmitidos no decorrer da orientação. Externo aqui minha enorme admiração e gratidão.

Aos companheiros da X Turma de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPI, pelo companheirismo em todos os momentos e por tornarem mais fácil a transposição dos desafios que surgiram durante o percurso trilhado. Contem sempre comigo.

Ao Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Saúde Menta e Violência (GEESMV) da Universidade Federal do Piauí, pela colaboração e cumplicidade durante a coleta de dados e nos diversos momentos compartilhados no decorrer deste trabalho.

Aos professores Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior, Dra. Lucíola Galvão Gondim Correa Feitosa e Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes pela leitura cuidadosa deste trabalho e pelas valiosas contribuições.

À Universidade Federal do Piauí, em especial ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela oportunidade de vivenciar este momento e por ter me proporcionado o convívio com excelentes professores, os quais compartilham esforços e sabedoria para o desenvolvimento da ciência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa de estudos disponibilizada durante o primeiro ano do mestrado e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por ter concedido apoio ao macroprojeto, ao qual esta dissertação de mestrado está vinculada.

Às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Teresina, Picos, Parnaíba, Floriano e Bom Jesus pelo consentimento acerca da realização do estudo, bem como aos profissionais de enfermagem atuantes nas Unidades Básicas de Saúde pela receptividade e suporte durante a coleta de dados.

Às mulheres que concordaram em participar do estudo e compartilhar suas experiências particulares sobre o consumo de substâncias psicoativas e a ocorrência de violência por parceiro íntimo.

Aos demais colegas que de alguma forma estiveram presentes ao longo desta jornada e também àqueles que, mesmo distantes, confiaram na minha capacidade e torceram pela concretização deste sonho. Muito obrigado!

Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.

Mahatma Gandhi

RESUMO

Introdução: o consumo de álcool e tabaco envolve situações complexas e múltiplos determinantes que variam de acordo com a cultura, momento histórico e grupo social. Diante disso, ressalta-se a crescente preocupação quanto às mudanças nos padrões de consumo apresentadas no universo feminino, visto que tais substâncias são responsáveis por implicações negativas para a vida das mulheres, dentre as quais figura a exposição destas à violência por parceiro íntimo. **Objetivo:** analisar o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher. **Materiais e método:** estudo transversal, exploratório e analítico realizado com 369 mulheres na faixa de 20 a 59 anos de idade, atendidas em Unidades Básicas de Saúde dos municípios de Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus. A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2015 a março de 2016, por meio da aplicação do *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, *Non-Student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ)* e *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*. Utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22.0, para a realização da análise estatística descritiva, bivariada (teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher) e multivariada (regressão logística binária). O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com as exigências das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, regidas pelas Resoluções n.º 466/2012 e n.º 510/2016. **Resultados:** a prevalência do consumo de álcool foi de 50,1% e do tabaco de 17,9%. Das mulheres entrevistadas, 64,0% foram vítimas de violência por parceiro íntimo: 61,5% de agressão psicológica (60,7% menor e 41,5% severa), 33,6% de abuso físico (32,0% menor e 16,0% severa) e 17,1% de coerção sexual (13,6% menor e 6,2% severa). Ademais, 16,0% relataram a ocorrência de injúrias (14,6% menor e 7,0% severa). O consumo de álcool e o consumo de tabaco pelas mulheres associaram-se estatisticamente à ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher, sendo que o consumo de álcool aumenta em 2,15 vezes a chance da mulher ser violentada pelo parceiro íntimo ($p = 0,001$; IC 95% = 1,37-3,38), enquanto o consumo de tabaco aumenta a chance da mulher ser violentada em 2,04 vezes ($p = 0,038$; IC 95% = 1,04-4,00). Ao considerar a natureza da violência, constatou-se que tanto o consumo de álcool quanto o de tabaco mostrou-se associado às agressões psicológicas menores e severas, aos abusos físicos menores e severos e às injúrias menores e severas. O consumo de álcool associou-se também à coerção sexual menor praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher. **Conclusão:** o presente estudo constatou elevadas prevalências de consumo de álcool e tabaco na amostra e que essas substâncias apresentam-se como fatores de risco à ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher. Dessa forma, faz-se necessário a formulação e o fortalecimento de estratégias e políticas públicas que abordem tais problemáticas no contexto de uma assistência integral e humanizada à saúde das mulheres.

Palavras-chave: Alcoolismo. Tabagismo. Mulheres. Violência contra a Mulher. Violência por Parceiro Íntimo.

ABSTRACT

Introduction: alcohol and tobacco consumption involves complex situations and multiple determinants that vary according to culture, historical moment and social group. Therefore, the growing concern about the changes in patterns of consumption presented in the female universe is highlighted, since these substances are responsible for negative implications for the lives of women, among them, their exposure to intimate partner violence. **Objective:** to analyze the consumption of alcohol and tobacco by women and the occurrence of intimate partner violence against women. **Materials and methods:** a cross-sectional, exploratory and analytical study of 369 women between the ages of 20 and 59 years, attended at the Basic Health Units of the municipalities of Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano and Bom Jesus. Data collection was performed from August 2015 to March 2016, using the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Non-Student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ) and Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Statistical Package for Social Science (SPSS), version 22.0, was used for descriptive, bivariate (Pearson chi-square test or Fisher exact test) and multivariate statistical analysis (binary logistic regression). The development of the study occurred in accordance with the requirements of the directives and norms regulating research involving human beings, governed by Resolutions 466/2012 and 510/2016. **Results:** the prevalence of alcohol consumption was 50,1% and tobacco prevalence was 17,9%. Of the women interviewed, 64,0% were victims of intimate partner violence: 61,5% of psychological abuse (60,7% lower and 41,5% severe), 33,6% of physical abuse (32,0% lower and 16,0% severe) and 17,1% of sexual coercion (13,6% lower and 6,2% severe). In addition, 16,0% reported the occurrence of injuries (14,6% lower and 7,0% severe). Alcohol consumption and smoking by women were statistically associated with the occurrence of intimate partner violence against women, with alcohol consumption increasing by 2,15 times the chance of women being raped by their intimate partner ($p = 0,001$, 95% CI = 1,37-3,38), while smoking increased the chance of women being raped by 2,04 times ($p = 0,038$, 95% CI = 1,04-4,00). When considering the nature of violence, it was found that both alcohol and tobacco consumption were associated with minor and severe psychological aggressions, minor and severe physical abuse, and minor and severe injuries. Alcohol consumption was also associated with the lower sexual coercion practiced by the intimate partner against the woman. **Conclusion:** the present study found high prevalence of alcohol and tobacco consumption in the sample and that these substances present as risk factor for the occurrence of intimate partner violence against woman. Thus, it is necessary to formulate and strengthen strategies and public policies that address such issues in the context of comprehensive and humanized health care for women.

Keywords: Alcoholism. Tobacco Use Disorder. Women. Violence Against Women. Intimate Partner Violence.

RESUMÉN

Introducción: el consumo de alcohol y tabaco implica situaciones complejas y múltiples determinantes que varían de acuerdo con la cultura, momento histórico y grupo social. En este sentido, se destaca la creciente preocupación por los cambios en los patrones de consumo presentados en el universo femenino, ya que tales sustancias son responsables de implicaciones negativas para la vida de las mujeres, entre las cuales figura la exposición de éstas a la violencia por pareja íntima.

Objetivo: analizar el consumo de alcohol y tabaco por mujeres y la ocurrencia de violencia por pareja íntima contra la mujer.

Materiales y método: estudio transversal, exploratorio y analítico realizado con 369 mujeres en el rango de 20 a 59 años de edad, atendidas en Unidades Básicas de Salud de los municipios de Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano y Bom Jesus. La recolección de datos ocurrió en el período de agosto de 2015 a marzo de 2016, por medio de la aplicación del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), No-Student Drugs Use Questionario (NSDUQ) y Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Se utilizó el software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 22.0, para la realización del análisis estadístico descriptivo, bivariada (prueba qui-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher) y multivariada (regresión logística binaria). El desarrollo del estudio se produjo de acuerdo con las exigencias de las directrices y normas reguladoras de investigaciones que involucra a seres humanos, reguladas por las Resoluciones n.º 466/2012 y n.º 510/2016.

Resultados: la prevalencia del consumo de alcohol fue del 50,1% y del tabaco del 17,9%. De las mujeres entrevistadas, el 64,0% fueron víctimas de violencia por socio íntimo: 61,5% de agresión psicológica (60,7% menor y 41,5% severa), 33,6% de abuso físico (32,0% menor y 16,0% severa) y 17,1% de coerción sexual (13,6% menor y 6,2% severa). Además, el 16,0% relató la ocurrencia de injurias (14,6% menor y 7,0% severa). El consumo de alcohol y el consumo de tabaco por las mujeres se asociaron estadísticamente a la ocurrencia de violencia por pareja íntima contra la mujer, mientras que el consumo de alcohol aumenta en 2,15 veces la probabilidad de que la mujer sea violada por el compañero íntimo ($p = 0,001$, IC 95% = 1,37-3,38), mientras que el consumo de tabaco aumenta la probabilidad de que la mujer sea violentada en 2,04 veces ($p = 0,038$, IC 95% = 1,04-4,00). Al considerar la naturaleza de la violencia, se constató que tanto el consumo de alcohol como el de tabaco se asoció a las agresiones psicológicas menores y severas, a los abusos físicos menores y severos ya las injurias menores y severas. El consumo de alcohol se asoció también a la coerción sexual menor practicada por el compañero íntimo contra la mujer.

Conclusión: el presente estudio constató elevadas prevalencias de consumo de alcohol y tabaco en la muestra y que esas sustancias se presentan como factores de riesgo a la ocurrencia de violencia por pareja íntima contra la mujer. De esta forma, se hace necesaria la formulación y el fortalecimiento de estrategias y políticas públicas que aborden tales problemáticas en el contexto de una asistencia integral y humanizada a la salud de las mujeres.

Palabras clave: Alcoholismo. Tabaquismo. Mujeres. Violencia contra la Mujer. Violencia de Pareja.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Síntese dos resultados obtidos mediante os procedimentos de amostragem do estudo. Teresina-PI, 2016.	39
Gráfico 1 – Prevalência do consumo de álcool e tabaco na amostra. Teresina-PI, 2016. (n = 369)	51
Gráfico 2 – Padrão de consumo de álcool das mulheres entrevistadas, segundo o <i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i> (AUDIT). Teresina-PI, 2016. (n = 369)	51
Gráfico 3 – Padrão de consumo de tabaco das mulheres entrevistadas. Teresina-PI, 2016. (n = 66)	52
Gráfico 4 – Distribuição dos casos de violência por parceiro íntimo contra a mulher, conforme natureza do ato violento. Teresina, 2016. (n = 236)	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos itens que compõem a <i>Revised Conflict Tactics Scales</i> (CTS2) em suas respectivas escalas e subescalas. Teresina-PI, 2016	43
Tabela 2 – Caracterização socioeconômica das mulheres. Teresina-PI, 2016. (n = 369)	48
Tabela 3 – Caracterização da amostra segundo os aspectos relacionados à saúde. Teresina-PI, 2016. (n = 369)	49
Tabela 4 – Prevalência da violência perpetrada por parceiro íntimo contra a mulher, segundo a natureza e a severidade da ação violenta. Teresina-PI, 2016. (n = 369)	54
Tabela 5 – Análise bivariada entre as variáveis categóricas independentes (consumo de álcool e consumo de tabaco pelas mulheres) e a variável dependente (violência por parceiro íntimo contra a mulher). Teresina-PI, 2016. (n = 369)	54
Tabela 6 – Análise bivariada envolvendo o consumo de álcool e a natureza da violência por parceiro íntimo contra a mulher. Teresina-PI, 2016. (n = 369)	55
Tabela 7 – Análise bivariada envolvendo o consumo de tabaco e a natureza da violência por parceiro íntimo contra a mulher. Teresina-PI, 2016. (n = 369)	56
Tabela 8 – Regressão logística envolvendo o consumo de álcool e o consumo de tabaco pelas mulheres frente à ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher. Teresina-PI, 2016. (n = 369)	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CQCT – Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

CTS2 – *Revised Conflict Tactics Scales*

ESF – Estratégia Saúde da Família

GEEVSM – Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental

HED – *Heavy Episodic Drinking*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation

LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

NSDUQ – *Non-Student Drugs Use Questionnaire*

OR – *Odds Ratio*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNCTOFR – Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPI – Universidade Federal do Piauí

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

VPI – Violência por Parceiro Íntimo

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Contextualização do problema e construção do objeto de estudo	14
1.2	Objetivos do estudo	17
1.2.1	Geral	17
1.2.2	Específicos	17
1.3	Justificativa	17
2	QUADRO TEÓRICO-CONCEITUAL	19
2.1	Alcoolismo feminino: epidemiologia, riscos e políticas públicas	19
2.2	Tabagismo e sua interface com o universo feminino: prevalência, efeitos na saúde e políticas de enfrentamento	25
2.3	Violência por parceiro íntimo contra a mulher: abordagem conceitual, epidemiológica e política	32
3	MATERIAIS E MÉTODO	38
3.1	Tipo de estudo	38
3.2	Local do estudo	38
3.3	População e amostra	38
3.4	Crerios de inclusão e exclusão	40
3.5	Instrumentos	40
3.5.1	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i>	40
3.5.2	<i>Non-Student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ)</i>	42
3.5.3	<i>Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)</i>	42
3.6	Variáveis do estudo	44
3.7	Coleta de dados	45
3.8	Análise dos dados	46
3.9	Aspectos éticos e legais	46
4	RESULTADOS	48
4.1	Características socioeconômicas e aspectos relacionados à saúde ...	48
4.2	Prevalência e padrão de consumo de álcool e tabaco pelas mulheres	50
4.3	Prevalência da violência por parceiro íntimo contra a mulher	52
4.4	Associação do consumo de álcool e tabaco por mulheres com a violência por parceiro íntimo contra a mulher	54
5	DISCUSSÃO	58
6	CONCLUSÃO	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICES	87
	ANEXOS	93

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e construção do objeto de estudo

O consumo do álcool e do tabaco possui conotação diferenciada das demais drogas na sociedade, uma vez que o caráter lícito, acesso facilitado e baixo custo dessas substâncias resultam em aceitação social e dificultam o seu enfrentamento (OLIVEIRA et al., 2012). Dessa forma, o álcool e o tabaco constituem problemas mundiais, cujos efeitos negativos decorrentes do seu consumo atingem não apenas a saúde pública, mas também a segurança, justiça, economia e previdência social (IMAI; COELHO; BASTOS, 2014; SACKS et al., 2015; COUTINHO et al., 2016).

A dimensão da problemática é evidenciada ao constatar-se que 3,3 milhões de mortes em 2012 estavam relacionadas ao consumo nocivo de álcool, o que representa, aproximadamente, 6,0% do total de mortes no mundo, sendo 7,6% de todas as mortes do sexo masculino e 4,0% de todas as mortes femininas (WHO, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 65,0% dos homens e 45,0% das mulheres consomem álcool no mundo (WHO, 2011). No Brasil, a prevalência do consumo nocivo de álcool é de 13,7%, com destaque para as regiões Centro-Oeste (16,2%) e Nordeste (15,6%). Neste cenário, Teresina apresenta-se como a segunda capital nordestina com maior prevalência de consumo abusivo de álcool (19,4%), sendo 28,0% entre homens e 8,9% entre mulheres (BRASIL, 2016a).

Quanto ao tabagismo, este é apontado como a principal causa evitável de doenças e mortes prematuras, sendo responsável por mais de seis milhões de mortes anuais em todo o mundo (CDC, 2014; WHO, 2015). Estudo norte-americano realizado em 2015 estimou que 15,1% dos adultos eram tabagistas, sendo 16,7% no sexo masculino e 13,6% no sexo feminino (JAMAL et al., 2016). No Brasil, a prevalência de adultos fumantes no mesmo ano era de 10,4% (12,8% no sexo masculino e 8,3% no sexo feminino). Em Teresina, 7,3% dos adultos eram fumantes, sendo 10,3% entre homens e 5,4% entre mulheres (BRASIL, 2016a).

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD), realizado em 2012 nas cinco regiões brasileiras, o álcool e o tabaco apresentam as maiores prevalências de consumo dentre as substâncias psicoativas (50,0% e

16,9%, respectivamente) e figuram como importantes fatores de risco para a morbidade, mortalidade e incapacidades na população (LARANJEIRA et al., 2014).

Ademais, Verplaetse e Mckee (2016) apontam que o álcool e o tabaco possuem influências recíprocas, uma vez que o álcool aumenta o desejo de fumar e diminui o tempo de iniciação tabágica, enquanto o tabaco aumenta o desejo de consumir álcool e diminui os efeitos subjetivos provocados pela substância. Estudos realizados no Brasil e nos Estados Unidos corroboram com este achado ao apontarem que indivíduos tabagistas são, significativamente, mais propensos ao consumo de álcool (ELICKER et al., 2015; RICHTER et al., 2016).

Embora o consumo de substâncias psicoativas seja um fenômeno, historicamente, associado aos homens, tem-se observado diminuição no hiato entre os gêneros, principalmente na população jovem (LÓPEZ-MALDONADO; LUIS; GHERARDI-DONATO, 2011; MALTA et al., 2014a). Segundo Vargas et al. (2015), as drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, são as primeiras substâncias a serem experimentadas pelas mulheres e o primeiro contato, geralmente, ocorre na adolescência, período permeado por dúvidas, instabilidade emocional e crise de identidade.

Destaca-se ainda que o desenvolvimento econômico e as mudanças dos papéis de gênero na sociedade contemporânea, aliados à dupla jornada de trabalho, dificuldades em lidar com os problemas cotidianos e maior suscetibilidade das mulheres ao desenvolvimento de ansiedade e outros transtornos mentais, são fatores que contribuem para a iniciação e manutenção do consumo de substâncias psicoativas na população feminina (WHO, 2014; VARGAS et al., 2015).

Desse modo, o consumo nocivo de álcool e tabaco caracteriza-se como uma situação complexa e com múltiplos determinantes que mudam de acordo com a cultura, momento histórico e grupo social. Ademais, tais substâncias são responsáveis por inúmeros prejuízos sociais, psíquicos e biológicos, além de outras implicações negativas para a vida das mulheres, dentre as quais figura a exposição destas a situações de violência por parceiro íntimo (CAPALDI et al., 2012; UMANA; FAWOLE; ADEOYE, 2014; CALEYACHETTY et al., 2014; LINDNER et al., 2015).

Segundo a OMS (2012), a violência por parceiro íntimo (VPI) é definida como qualquer comportamento dentro de uma relação íntima que cause dano físico, sexual ou psicológico, o que inclui atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. Trata-se de um problema de saúde

pública multidimensional que apresenta elevadas prevalências mundiais e atinge, principalmente, as mulheres (OMS, 2012; BARROS; SCHRAIBER, 2017).

Revisão sistemática realizada no Paquistão acerca da violência por parceiro íntimo contra a mulher evidenciou que a violência psicológica variou de 48 a 84,0%, a física de 16,0% a 80,0% e a sexual de 1,0% a 77,0% (ALI et al., 2014). Além disso, estudos recentes realizados nos continentes africano, americano, asiático, europeu e na Oceania detectaram que a prevalência de VPI contra a mulher foi de 11,9% na Arábia Saudita, 25,4% na Austrália, 28,0% na Suécia e 69,0% em Gana (ALZHRANI; ABAALKHAIL; RAMADAN, 2016; DILLON et al., 2016; ISSAHAKU, 2017; LOVESTAD et al., 2017).

No Brasil, pesquisa desenvolvida no Espírito Santo, demonstrou o predomínio da violência psicológica (25,3%) quando comparada às violências físicas e sexuais (9,9% e 5,7%, respectivamente) (LEITE et al., 2017). Já em São Paulo e na Paraíba, as prevalências de VPI mostraram-se mais elevadas, atingindo 55,7% e 39,0% das mulheres, respectivamente (ALBUQUERQUE et al., 2013; MATHIAS et al., 2013).

Nesse panorama, vale ressaltar que o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais conflitantes, bem como a vitimização da mulher por violência por parceiro íntimo, são significativamente maiores entre aquelas mulheres que possuem transtornos relacionados ao consumo abusivo de substâncias psicoativas (EL-BASSEL et al., 2011; BARROS et al., 2016; FEIJÓ et al., 2016).

Ao considerar apenas as drogas lícitas (álcool e tabaco), estudo populacional realizado com 1355 estudantes universitárias nigerianas do sexo feminino apontou que as mulheres que fumam e/ou consomem álcool apresentam maior probabilidade de serem vítimas de violência por parceiro íntimo (UMANA; FAWOLE; ADEOYE, 2014).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objeto o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher. Frente à hipótese de que existe associação entre o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a VPI contra a mulher, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: qual a relação entre o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher? Com o intuito de obter respostas frente a esta indagação, este estudo possui os seguintes objetivos:

1.2 Objetivos do estudo

1.2.1 Geral

- Analisar o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher.

1.2.2 Específicos

- Estimar a prevalência e o padrão de consumo de álcool e tabaco na amostra estudada.

- Estimar a prevalência da violência por parceiro íntimo contra a mulher.

- Identificar a natureza das ações violentas perpetradas por parceiro íntimo contra as mulheres entrevistadas.

- Analisar a associação do consumo de álcool e tabaco por mulheres com a violência por parceiro íntimo contra a mulher.

1.3 Justificativa

A familiarização com os temas relacionados à saúde mental estabeleceu-se, inicialmente, por meio da disciplina “Saúde Mental e Psiquiatria”, cursada no sexto período do curso de Graduação em Enfermagem, e do desenvolvimento de projetos de pesquisa como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Estadual do Piauí.

Na edição 2013/2014 do programa, investigou-se a prevalência de transtornos demenciais, depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados, enquanto na edição 2014/2015 analisou-se o perfil das violências autoinfligidas intencionalmente atendidas em um hospital de referência da capital piauiense. Em ambos, o consumo de substâncias psicoativas figurou como um dos principais fatores de risco associados, o que despertou o desejo em abordar a problemática.

Em 2015, a integração ao Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental da Universidade Federal do Piauí (GEEVSM) e a oportunidade de participar do macroprojeto intitulado “Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”,

instigou ainda mais o interesse pelo tema. Tal experiência, aliada às discussões promovidas no âmbito do grupo de estudos acerca do consumo de substâncias psicoativas no universo feminino e as consequências à saúde relacionadas a esse consumo, forneceram subsídios para apresentar um projeto e ter sido aprovado no mestrado em enfermagem.

Dessa forma, o atual protagonismo das mulheres frente ao consumo de álcool e tabaco, as elevadas prevalências de violência por parceiro íntimo contra a mulher nos mais diversos cenários, bem como a existência de uma possível relação entre os dois fenômenos, reforçaram a necessidade de pesquisar sobre o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher.

Ademais, observou-se que apesar de um crescente interesse em investigar as problemáticas supracitadas no universo feminino, há uma escassez de estudos no cenário piauiense que abordem, especificamente, o consumo de drogas lícitas (álcool e tabaco) nessa população e suas consequências para a saúde das mulheres, como um possível aumento da violência por parceiro íntimo.

Ressalta-se que mesmo diante da importância da temática, parte considerável dos casos de violência não é identificada pelos profissionais de saúde que compõem os mais diversos serviços, contribuindo para a invisibilidade desse fenômeno. Tal situação pode estar relacionada à baixa qualificação desses profissionais para detectar situações de violência a partir das queixas apresentadas pelas mulheres, bem como para identificar possíveis fatores de risco, como o consumo problemático de substâncias psicoativas.

Acredita-se que ampliar a compreensão acerca do consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de VPI contra a mulher possa auxiliar no planejamento de iniciativas que permitam uma atuação mais eficiente por parte dos profissionais de saúde, além de contribuir para a formulação e aprimoramento de políticas públicas que impactem, positivamente, na qualidade de vida das mulheres e proporcionem redução nos coeficientes de morbimortalidade na população feminina.

2 QUADRO TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 Alcoolismo feminino: epidemiologia, riscos e políticas públicas

Desde a pré-história, a humanidade sempre esteve permeada pelo consumo de substâncias psicoativas, as quais abrangem uma multiplicidade de usos, significados e efeitos (FERTIG et al., 2016). Com o processo civilizatório, o consumo de álcool, antes utilizado, principalmente, em celebrações e ritos religiosos, foi incorporado aos padrões sociais aceitáveis e o álcool tornou-se a substância psicoativa mais consumida no mundo (FERREIRA et al., 2011; LARANJEIRA et al., 2014; WHO, 2014).

Dessa forma, a ingestão de bebidas alcoólicas é parte integrante da vida social de parcela da população atual e figura como um importante marcador das relações sociais e das experiências corporais, bem como da saúde e da doença (CAMPOS; REIS, 2010). Ressalta-se que múltiplos fatores se associam ao início do ato de beber e à evolução do beber problemático, com destaque para a interação entre fatores demográficos, genéticos, psicológicos e socioculturais (ASSIS; CASTRO, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), o consumo de álcool é influenciado por fatores relacionados à vulnerabilidade pessoal e social. Dentre os fatores pessoais destacam-se: idade (jovens são mais propensos aos padrões mais perigosos) e sexo (mulheres metabolizam o álcool com mais rapidez). Já o nível de desenvolvimento, a cultura e a produção, distribuição e regulamentação da substância no país apresentam-se como os principais fatores sociais. Ambos afetam a propensão de algumas pessoas consumirem mais ou menos álcool e seguirem ou não padrões mais prejudiciais.

Além disso, os padrões de consumo de álcool e as suas respectivas complicações estão diretamente relacionados ao volume ingerido e à frequência de uso (WHO, 2015). Dentre os conceitos fundamentais que envolvem os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas estão, principalmente, o uso nocivo ou prejudicial para a saúde e a síndrome de dependência (MANGUEIRA et al., 2015).

Conforme a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a síndrome de dependência engloba um conjunto de fenômenos

comportamentais, cognitivos e fisiológicos decorrentes do consumo repetido e persistente de uma substância psicoativa, caracterizado pelo forte desejo de ingerir a substância, dificuldade de controlar o consumo, aumento da tolerância e abandono progressivo de prazeres alternativos e obrigações em favor do uso da substância. Quando o uso não se faz de maneira regular, o indivíduo torna-se susceptível ao estado de abstinência física (OMS, 2000).

No entanto, quando os critérios para a síndrome de dependência não são preenchidos, mas o padrão de consumo causa um dano real à saúde física ou mental do usuário, tal comportamento é classificado como uso nocivo ou prejudicial de substâncias (OMS, 2000).

O relatório global da Organização Mundial da Saúde sobre álcool e saúde revelou que 65,0% dos homens e 45,0% das mulheres bebiam álcool em todo o mundo (WHO, 2011). Além disso, revisão sistemática envolvendo estudos de quatro continentes constatou que a prevalência do consumo de álcool variou de 30,1% a 95,3% nos homens e 2,8% a 82,0% nas mulheres. Dentre as populações abordadas, os asiáticos apresentaram menores prevalências de beber, quando comparados aos europeus e americanos (WANG et al., 2014).

O consumo de 60 gramas ou mais de álcool puro em uma única ocasião, pelo menos uma vez no mês, é conhecido na literatura internacional como *heavy episodic drinking* (HED), ou uso pesado episódico do álcool. No mundo, em 2010, a prevalência do HED na população com 15 anos ou mais de idade que relatava consumo de álcool foi estimada em 16,0%, atingindo 22,9% na Europa e 22,0% nas Américas (WHO, 2014).

O primeiro levantamento nacional sobre o consumo de álcool na população, realizado entre 2005 e 2006 em 143 municípios, apontou que 52,0% dos brasileiros acima de 18 anos bebiam pelo menos uma vez ao ano. Ao comparar tal percentual com o encontrado no segundo levantamento nacional de álcool e drogas, realizado em 2012, identificou-se um leve decréscimo da prevalência de pessoas que consomem bebidas alcoólicas na população brasileira (52,0% em 2006 versus 50,0% em 2012). Ressalta-se que, em 2012, as mulheres representaram 38,0% das pessoas que consumiram álcool nos últimos 12 meses (LARANJEIRA et al., 2007, 2014).

No entanto, embora a prevalência de consumidores de álcool não tenha apresentado mudanças expressivas ao comparar os dois estudos, observaram-se

alterações consideráveis quanto ao padrão de consumo. Enquanto em 2006 a ingestão de 5 ou mais doses de álcool em um dia habitual de consumo foi referido por 29,0% da população adulta não abstêmia, no ano de 2012 essa proporção passou para 39,0% (LARANJEIRA et al., 2007, 2014).

Além do aumento observado na quantidade de doses ingeridas, a frequência de consumo também cresceu consideravelmente. Em 2006, 42,0% da população não abstinente declarou beber pelo menos uma vez por semana. Já em 2012 a proporção daqueles que bebiam pelo menos uma vez por semana subiu 11 pontos percentuais, ou seja, passou a ser relatada por 53,0% da população não abstinente (LARANJEIRA et al., 2007, 2014).

De acordo com Garcia e Freitas (2015), as prevalências mais expressivas de consumo abusivo de álcool no Brasil foram encontradas nas regiões Centro-Oeste (16,2%) e Nordeste (15,6%), ambas acima da prevalência nacional (13,7%). Verificaram-se prevalências mais elevadas também entre os homens, adultos jovens, de cor preta ou indígena, fumantes e que avaliaram sua saúde como boa ou muito boa.

Dados da pesquisa sobre fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL 2015, apontou que 19,4% da população adulta de Teresina consome bebidas alcoólicas de forma abusiva, sendo 30,2% do sexo masculino e 10,5% do sexo feminino. Assim, Teresina apresenta-se como a segunda capital nordestina com maior percentual de mulheres adultas que fazem uso nocivo de álcool, abaixo apenas de Salvador (15,4%) (BRASIL, 2016a).

Quanto ao consumo de cinco doses ou mais e a frequência de beber pelo menos uma vez por semana identificados por Laranjeira et al. (2007, 2014), as mulheres apresentaram aumento percentual superior ao dos homens. A proporção de mulheres que consumiam cinco doses ou mais aumentou de 17,0% em 2006 para 27,0% em 2012, enquanto a frequência de beber pelo menos uma vez por semana aumentou de 27,0% em 2006 para 38,0% em 2012 (LARANJEIRA et al., 2007, 2014). Assim, embora os homens continuem mais propensos a beber pesadamente que as mulheres, há uma crescente preocupação sobre a mudança dos padrões de consumo apresentados no universo feminino.

Outro fator que merece destaque é a idade de experimentação, cada vez mais, precoce entre as mulheres. Estudos revelaram crescimento no número de meninas que declararam ter começado a beber regularmente até os 17 anos de

idade, uma vez que a proporção era de 36,0% em 2006 e passou para 49,0% em 2012 (LARANJEIRA et al., 2007, 2014). De acordo com Jenkins et al. (2011), mulheres que começam a beber antes dos 18 anos apresentam riscos elevados de desenvolverem transtornos relacionados ao consumo de álcool.

Para Assis e Castro (2010), o início do beber alcoólico no universo feminino está relacionado a fatores situacionais específicos, dentre os quais se destacam as influências familiares e de grupos sociais, problemas conjugais ou interpessoais, perdas de pessoas especiais, violência doméstica e outros que ameassem a condição feminina. O álcool proporciona sensação de euforia, bem-estar e até mesmo de poder que representa, momentaneamente, o alívio e a fuga frente aos problemas cotidianos.

As elevadas prevalências de consumo de álcool detectadas no mundo, principalmente aquelas que envolvem o consumo abusivo e a consequente dependência, contribuem para o desencadeamento de repercussões negativas não apenas aos usuários, como também aos familiares e à sociedade na qual estão inseridos. Dessa forma, tal fenômeno apresenta-se como um importante problema de saúde pública mundial (ROSA, 2012; RAMAMOORTHI et al., 2015; BURNHAMS; PARRY, 2015; MOAZEN et al., 2015).

A cada ano ocorrem aproximadamente 3,3 milhões de mortes no mundo como resultado do consumo nocivo do álcool, o que representa 5,9% do total de mortes (WHO, 2014). Nas Américas, o álcool provoca em média 300.000 mortes anuais, equivalente a uma morte a cada 100 segundos. Destaca-se que em 2012 o Brasil figurou como o terceiro país das Américas com a maior taxa de mortalidade atribuída ao consumo de álcool entre os homens (73,9 óbitos por 100.000 habitantes) e o décimo primeiro entre as mulheres (11,7 óbitos por 100.000 habitantes) (OMS, 2015).

Estudos revelaram que há associação direta entre o padrão de consumo de álcool e a mortalidade, de forma que aqueles que bebem mais pesados estão em maior risco de morte (ROERECKE; GUAL; REHM, 2013; STEWART et al., 2017). Roerecke, Gual e Rehm (2013) estimaram um decréscimo de 40,0% no risco de morte entre os usuários de bebidas alcoólicas que reduziram o consumo para níveis abaixo do pesado, e de 65,0% para os que alcançaram abstinência.

Ainda sobre tal relação, metanálise realizada a partir de 24 estudos de coorte prospectivos desenvolvidos em países de quatro continentes distintos

acrescenta que as mulheres têm um risco aumentado de mortalidade por causas relacionadas ao consumo de álcool quando comparadas aos homens, principalmente aquelas com padrões de consumo elevados (WANG et al., 2014).

Os problemas relacionados ao consumo de álcool também estão entre as maiores causas de incapacidades e carga global de doença, atingindo números significativos em diversos países e gerando altos custos sociais e de saúde (WHO, 2014; LEITE et al., 2015; PILLON, 2016; COUTINHO et al., 2016). Em 2010, o consumo de álcool era o quinto principal fator de risco para carga de doença no mundo e o terceiro no Brasil (IHME, 2013).

Destaca-se, ainda, que o consumo de álcool apresenta-se como causa necessária para a ocorrência de diversas doenças. Neste contexto, o Brasil pertence ao grupo dos cinco países da América com as mais altas taxas de mortalidade por doenças, condições e lesões nas quais o álcool é causa necessária (GAWRYSZEWSKI; MONTEIRO, 2014). No triênio de 2010 a 2012 foram registradas no Brasil 55.380 óbitos tendo como causa básica uma dessas doenças, condições ou lesões, o que resultou em uma taxa de mortalidade de 9,60 óbitos por 100 mil habitantes, com destaque para as regiões Sul e Nordeste (GARCIA et al., 2015).

Além de manter relação causal com mais de 200 tipos de doenças, como desordens mentais, neoplasias e distúrbios hepáticos, o consumo prejudicial do álcool associa-se diretamente à violência doméstica e comunitária, aos acidentes de trânsito, às perturbações familiares e aos comportamentos de risco, como a prática de relações sexuais desprotegidas e o consumo de outras substâncias psicoativas (WHO, 2014; MALTA et al., 2014b; WILSNACK; WILSNACK; KANTOR, 2014).

Wang et al. (2014) e Vargas et al. (2015) apontam que as mulheres são mais vulneráveis aos problemas fisiológicos e psicossociais relacionados ao consumo de álcool. Estudo realizado na Espanha constatou tal vulnerabilidade ao detectar que os problemas médicos, psicológicos ou laborais relacionados ao consumo de álcool foram significativamente maiores no sexo feminino (DÍAZ-MESA et al., 2016). Ademais, Monteiro et al. (2011) confirma que a exposição da mulher a situações de violência por parceiro íntimo apresenta-se como um dos principais problemas relacionados ao consumo prejudicial de álcool pelas mulheres.

Esse maior risco de consequências negativas relacionadas ao consumo de álcool é influenciado por fatores biológicos intrínsecos às mulheres. Segundo Frezza et al. (1990) e Baraona et al. (2001), a menor atividade e concentração gástrica da

enzima álcool desidrogenase retarda o metabolismo do álcool nas mulheres, resultando em maior absorção da substância pela corrente sanguínea. Além disso, o menor teor de água corporal e o maior índice de tecido adiposo nas mulheres contribuem para a menor diluição do álcool e conseqüente aumento dos níveis da substância no sangue (ELY et al., 1999; OMS, 2015).

Neste panorama, o aumento dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres e o elevado número de conseqüências negativas relacionadas a essa prática potencializam a vulnerabilidade feminina e exigem a formulação e adequação de políticas públicas que abordem o uso de álcool no universo feminino.

No Brasil, durante o século XX, prevaleceu a política proibicionista e de repressão aos usuários de drogas. Somente a partir da década de 2000 as políticas públicas relacionadas ao uso de drogas apresentaram-se permeáveis ao enfoque da redução de danos, favorecendo o delineamento de um modelo de atenção com maior enfoque nas atividades relacionadas à saúde dos usuários de álcool e outras drogas (ALVES, 2009).

Dessa forma, a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas passaram a ganhar espaço nas políticas públicas brasileira. Tanto a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003, como a Política Nacional sobre Drogas, em 2005, reiteram o objetivo de implantar uma rede integrada e centrada na atenção comunitária destinada a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. Dessa forma, almejava-se uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas (BRASIL, 2003, 2005a).

Além disso, em 2007 foi publicada a Política Nacional sobre Álcool visando o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo da substância. Dentre as medidas preconizadas para reduzir e prevenir danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de álcool destacam-se: diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas por meio da divulgação de dados epidemiológicos e incentivo à pesquisa; regulamentação, monitoramento e fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas; tratamento e reinserção social de usuários; sensibilização e mobilização da opinião pública sobre o tema; redução de demanda de álcool por populações vulneráveis; e capacitação de profissionais das diversas áreas de atuação (BRASIL, 2007).

Diante do cenário epidemiológico do consumo de álcool na população brasileira e com o intuito de intensificar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

Em 2011, a Portaria n.º 3088 institui a Rede de Atenção Psicossocial. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a). Segundo Quinderé, Jorge e Franco (2014), as redes de atenção são essenciais para a gestão e o cuidado em saúde, visto a complexidade e a interdisciplinaridade inerentes aos problemas de saúde, bem como a multiplicidade de atores sociais envolvidos.

No âmbito das políticas públicas direcionadas às mulheres, as ações voltadas para o consumo de substâncias psicoativas ainda são incipientes. Tanto o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, criado em 1984, como a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher, instituída 20 anos depois, objetivam a implantação de um modelo de atenção à saúde focado em ações voltadas para a saúde sexual e reprodutora da mulher.

Portanto, faz-se necessário a estruturação e reformulação das políticas públicas que abordem o consumo de álcool, com vista a priorizar a promoção da saúde, redução das diversas repercussões negativas relacionadas ao consumo e assistência nos diversos níveis de atenção à saúde para grupos vulneráveis, dentre os quais figuram as mulheres (MANGUEIRA et al., 2015).

2.2 Tabagismo e sua interface com o universo feminino: prevalência, efeitos na saúde e políticas de enfrentamento

O consumo de tabaco afeta, negativamente, quase todos os sistemas corporais e figura como um importante fator de risco para o desenvolvimento de diversas patologias, dentre as quais se destacam as doenças respiratórias obstrutivas crônicas, cardiovasculares e neoplasias (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015; KNIGHT et al., 2017). Dessa forma, o tabagismo é considerado a

maior causa evitável de mortes no mundo e apresenta-se como um importante problema de saúde pública (ERIKSEN et al., 2015; CAÑÓN-BARROSO et al., 2017).

Pesquisa americana identificou que os fumantes reduzem o seu tempo de vida em até uma década, se comparados àqueles que nunca fumaram, e que o abandono do hábito de fumar em adultos entre 25 e 34 anos, 35 e 44 anos ou 45 e 54 anos de idade resulta no aumento da expectativa de vida em cerca de 10, 9 e 6 anos, respectivamente, em comparação com os que continuam a fumar. Além disso, constatou-se a taxa de morte por qualquer causa entre os fumantes é cerca de três vezes maior do que entre os não fumantes (JHA et al., 2013).

Na última década, mais de 50 milhões de pessoas morreram em decorrência das doenças tabaco-relacionadas, sendo que a maioria vivia em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (MACKAY; ERIKSEN, 2012). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2016), ao considerar o consumo e a exposição passiva, o tabaco mata quase 6 milhões de pessoas anualmente no mundo, sendo 1 milhão delas nas Américas.

A elevada mortalidade relacionada ao consumo de tabaco é reflexo direto dos altos índices de tabagismo na população mundial. A prevalência da prática tabágica no mundo em pessoas com 15 anos ou mais é de 21,2%, sendo maior entre os homens (35,8%) que entre as mulheres (6,6%). No entanto, há variações regionais quanto à distribuição por sexo que indicam crescente feminização do consumo. A região das Américas, por exemplo, apresenta uma prevalência geral de 17,1% e uma das menores diferenças entre os sexos: 21,9% em homens e 12,7% em mulheres (OPAS, 2016).

Estima-se que 176 milhões de mulheres adultas fumam todos os dias no mundo. Em países desenvolvidos, a prevalência do tabagismo feminino vem passando por um período de transição e já apresentou reduções significativas entre os anos de 1980 a 2013. Entretanto, as taxas mais elevadas de mulheres fumantes ainda se encontram em países de alta renda (ERIKSEN et al., 2015).

Análises por continente evidenciam que, na Europa, países como França e Alemanha apresentam taxas consideráveis de mulheres fumantes, 30,0% e 39,0%, respectivamente, enquanto Suécia e Noruega ultrapassam os 50,0%. Na América do Norte, Estados Unidos e Canadá têm prevalências intermediárias, em torno de 20% e 29,0%. Já os continentes asiático e africano apresentam taxas abaixo de 10,0%, bem inferiores quando comparadas com os países desenvolvidos. Essas

divergências decorrem, provavelmente, de questões socioeconômicas, culturais e religiosas referentes às diferentes regiões (BORGES; BARBOSA, 2009).

No cenário brasileiro, pesquisa domiciliar desenhada para coletar informações referentes às condições de vida e saúde entrevistou, em 2013, 60.202 indivíduos adultos e identificou que 15,0% deles eram usuários atuais de tabaco. No universo feminino, detectou-se que 11,2% das mulheres eram usuárias atuais e que 9,7% fumavam tabaco diariamente (MALTA et al., 2015).

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) evidenciaram o declínio recente na prevalência de adultos fumantes no país. Em 2012, a prevalência era de 12,1% (15,5% entre homens e 9,2% entre mulheres), enquanto em 2015 houve redução para 10,4% (12,8% entre homens e 8,3% entre mulheres). Destaca-se que as mulheres apresentaram um declínio de prevalência menos acentuado quando comparadas aos homens, confirmando a tendência de feminização do tabagismo, principalmente nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013a, 2016a).

Ademais, as mulheres também apresentaram redução menos expressiva quanto aos padrões de consumo do tabaco. Em 2012, 4,0% dos adultos declararam fumar 20 ou mais cigarros por dia, sendo 5,5% entre homens e 2,8% entre mulheres. Já em 2015, 4,2% dos homens e 2,2% das mulheres relataram fumar 20 ou mais cigarros por dia, perfazendo um percentual de 3,1% na população total (BRASIL, 2013a, 2016a).

O consumo pesado de tabaco na vida adulta, pelas mulheres, está relacionado ao início precoce do tabagismo. Estudo desenvolvido com 3.153 mulheres na região Sul do Brasil evidenciou que a média de idade declarada do início do hábito tabágico foi 17 anos. Constatou-se também que 18,9% das mulheres tabagistas afirmaram fumar seu primeiro cigarro nos primeiros 5 minutos após despertar pela manhã e 37,4% delas entre 6 e 10 minutos, o que pode sugerir uma elevada dependência à nicotina (SCARINCI et al., 2013).

Dentre os motivos que contribuem para a feminização do tabagismo, destacam-se a maior vulnerabilidade das mulheres aos distúrbios mentais, a dupla jornada de trabalho (papel reprodutivo e econômico), o relacionamento instável com o parceiro, a vitimização pela violência doméstica e o histórico familiar de tabagismo (BORGES; BARBOSA, 2009; LUCCHESI et al., 2016). Dessa forma, o início do

consumo do tabaco e sua manutenção são compreendidos pelas mulheres como fonte de prazer e alternativa para o alívio de tensões cotidianas.

Deve-se considerar ainda a relação entre o tabagismo feminino e alguns determinantes socioeconômicos. O hábito de fumar está associado à idade adulta (30-59 anos), ao estado civil solteira, ao baixo nível de escolaridade e ao menor poder aquisitivo, afetando principalmente os segmentos mais empobrecidos da população (OPALEYE et al., 2012; SCARINCI et al., 2013).

A associação entre o tabagismo e o consumo de álcool também merece destaque. Estudo realizado nas 108 maiores cidades do Brasil constatou que o uso de álcool com um padrão de abuso era mais provável de ser encontrado entre fumantes. Assim, beber com frequência ou ser dependente de álcool mostraram-se significativamente associados ao tabagismo (OPALEYE et al., 2012).

Outro aspecto preocupante relacionado à mulher é o consumo de tabaco durante a gestação, o que pode resultar em complicações tanto para a mãe como para o filho. Estudo realizado na Islândia mostrou que 12,2% das gestantes fumavam no momento da primeira consulta e que 5,3% fumaram durante todo o período gestacional (OSKARSDOTTIR; SIGURDSSON; GUDMUNDSSON, 2017). No Brasil, pesquisa detectou que a prevalência de consumo de tabaco durante a gestação foi de 14,0%, sendo que 3,2% cessaram a prática até o final do primeiro trimestre e 10,8% fumaram até o fim da gestação (MARIA et al., 2015).

Puccia e Mamede (2012) e Carneiro et al. (2016) apontam que o tabagismo na gestação também está vinculado à violência por parceiro íntimo contra a mulher. Estudo desenvolvido com gestantes nos Estados Unidos identificou que 80,8% delas relataram ter sofrido algum tipo de violência na gestação atual, seja psicológica (79,8%), física (27,9%) ou sexual (20,2%). Destas, mais da metade eram fumantes atuais, havendo significância estatística entre o tabagismo e a violência física praticada por parceiro íntimo contra a gestante (BAILEY; DAUGHERTY, 2007).

No entanto, a associação entre o tabagismo feminino e a violência por parceiro íntimo contra a mulher não é peculiar ao período gestacional. Metanálise envolvendo mulheres em idade reprodutiva em países de baixa e média renda constatou associação estatisticamente significativa entre a violência contra a mulher exercida pelo parceiro íntimo e o tabagismo atual das mulheres em 29 países distintos (CALEYACHETTY et al., 2014).

Diante do exposto, percebe-se que o tabagismo está inserido no cenário mundial e figura como o principal fator de risco para uma variedade de doenças e agravos à saúde da população. Assim, faz-se necessário, cada vez mais, a formulação e consolidação de políticas públicas voltadas para o combate ao tabagismo, com o intuito de sensibilizar a população para a mudança desse comportamento e, conseqüentemente, reduzir as prevalências de consumo nos diversos contextos sociais.

No Brasil, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, instituída em 2003, foi a primeira a dar ênfase na relação direta e indireta entre o consumo de tabaco e a maior exposição dos jovens tabagistas às agressões. Posteriormente, em 2005, a Política Nacional sobre Drogas apontou a necessidade de reduzir a oferta das substâncias lícitas, inclusive do tabaco, uma vez que são responsáveis pelo aumento do índice de violência no país (BRASIL, 2003, 2005a).

Ressalta-se que o controle sistêmico do tabagismo tem sido realizado desde 1989, quando o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR). Este programa visa reduzir a prevalência de fumantes no país e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo do tabaco (SILVA et al., 2014).

Dentre as medidas instituídas, destacam-se as ações educativas e de atenção à saúde. Em 2002, por meio da Portaria n.º 1.575, buscou-se consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo no âmbito do Sistema Único de Saúde, mediante a criação de Centros de Referências em Abordagem e Tratamento do Fumante e da aprovação de um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas relacionadas à dependência à nicotina (BRASIL, 2002).

Logo em seguida, em 2004, o tratamento da dependência à nicotina foi estendido para a atenção básica (BRASIL, 2004). Além disso, em 2013 houve a atualização das diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com destaque para a identificação, acolhimento e apoio terapêutico aos tabagistas em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2013b).

Além da atenção à saúde e sensibilização da população, o PNCTOFR adotou medidas de regulação do mercado como estratégia de combate ao tabaco. Assim, a criação e o aumento de impostos específicos sobre produtos derivados do tabaco, suspensão do financiamento público para os produtores de fumo que mantém parcerias com indústrias fumageiras, restrição da publicidade, obrigatoriedade das imagens de advertência nas carteiras de cigarro e proibição do uso em ambientes fechados de uso coletivo foram algumas das medidas adotadas no país visando a redução do tabagismo (SILVA et al., 2014).

Tais medidas foram intensificadas pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), adotada pelos países membros da Organização Mundial da Saúde em 2003. No Brasil, o tratado foi assinado em 16 de junho de 2003, resultando na criação da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos em agosto de 2003. Em 27 de outubro de 2005, o Senado Federal aprovou o texto da CQCT mediante o Decreto Legislativo n.º 1.012. Dessa forma, o Brasil foi o centésimo país a ratificar o tratado, promulgado pelo Presidente da República através do Decreto n.º 5.658, de 2 de janeiro de 2006 (BRASIL, 2011b).

Atualmente, 180 países compõem o rol de Estados Partes da CQCT. O tratado é composto de 38 artigos e desde 2005 estabelece medidas relacionadas à redução da demanda e da oferta do tabaco, à proteção ambiental contra os danos do tabaco e à elaboração de leis acerca da responsabilidade penal e civil da indústria do tabaco. Neste panorama, o Brasil figura entre os países cuja situação de implementação encontra-se mais avançada (PORTES; MACHADO, 2015).

Por meio do desenvolvimento de políticas e estratégias que visam o controle do tabagismo, muitos países têm atingido resultados significativos. No Brasil, ao considerar o período de 1989 a 2010, a queda do percentual de fumantes foi de 46% e cerca de 420.000 mortes relacionadas ao tabagismo foram evitadas. Além disso, estima-se que a manutenção e o desenvolvimento de políticas e medidas ainda mais rigorosas poderão reduzir em mais de 39% a prevalência de tabagismo entre 2010 e 2050, o que evitaria cerca de 1,3 milhões de mortes prematuras neste período (LEVY; ALMEIDA; SZKLO, 2012).

Neste panorama, merece destaque as ações destinadas ao tratamento do tabagismo. De acordo com a Portaria Ministerial n.º 761, de 21 de junho de 2016, a abordagem do fumante para a cessação do tabagismo deve ser realizada mediante

intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, aliados ao apoio medicamentoso, quando necessário (BRASIL, 2016b).

Estudo realizado com 160 participantes de Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista do estado do Espírito Santo, Brasil, mostrou que o suporte farmacológico associado ao aconselhamento cognitivo-comportamental foi fundamental para a obtenção e manutenção da abstinência após o tratamento. Como resultado, observou-se que de 9 a 20 meses após o tratamento, 28,7% dos indivíduos permanecem abstinentes, 51,9% recaíram e 19,4% não pararam de fumar (SATTLER; CADE, 2013).

Ressalta-se que há o predomínio de fumantes do sexo feminino nos serviços de apoio à cessação do tabagismo, o que pode ser reflexo da maior preocupação das mulheres com sua saúde. Estudos realizados em serviços de apoio ao tabagista nas regiões Sudeste e Norte do país identificaram, respectivamente, que 72,6% e 56,6% dos fumantes que procuram os serviços com o objetivo de cessar a prática tabágica eram mulheres (KAREN et al., 2012; FRANÇA et al., 2015).

Nesta perspectiva, o sucesso ou insucesso no tratamento está condicionado a múltiplos fatores. A participação em terapias de manutenção está significativamente relacionada à abstinência, uma vez que estas visam manter a motivação dos pacientes e contribuem para reduzir os riscos de recaídas, principalmente na fase inicial. Já a presença de gatilhos de recaídas, compreendidos como condições que estimulam o ato de fumar, a ausência de atividades de lazer e a dependência elevada ou muito elevada mostram-se como dificultadores do processo de cessação do tabagismo, visto que predispõem os pacientes à recaída (FRANÇA et al., 2015).

Ademais, destaca que a conscientização sobre os malefícios do tabagismo e a deterioração da saúde relacionada ao uso do tabaco são apontadas como as principais motivações para a cessação do tabagismo (FERRAZ et al., 2015; CALDEIRA et al., 2016). Azevedo e Fernandes (2011), ao investigarem os fatores relacionados ao insucesso na cessação tabágica, evidenciou que a ausência de doenças relacionadas ao tabaco mostrou-se significativamente associada à incapacidade de parar de fumar entre os pacientes em tratamento.

No universo feminino, a manutenção ou cessação do ato de fumar pode ser influenciada por fatores peculiares. Há indícios de que a nicotina pode interagir de maneira distinta no organismo durante o ciclo menstrual, o que provocaria reações

que dificultariam a cessação. Além disso, alguns fatores sociais externos, como a responsabilidade com filhos e família, podem se tornar obstáculos durante a terapia (LOMBARDI et al., 2011).

Portanto, mesmo diante do progresso no combate ao tabaco obtido nas últimas décadas no país, as peculiaridades e o atual protagonismo da mulher no âmbito da prevalência e do padrão de consumo, bem como a persistência das diversas repercussões biológicas e sociais negativas relacionadas ao tabagismo no universo feminino, preocupam e demandam maior enfoque ao tabaco por parte das políticas públicas voltadas para as mulheres.

2.3 Violência por parceiro íntimo contra a mulher: abordagem conceitual, epidemiológica e política

A violência é definida como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 1996). Segundo Dahlberg e Krug (2006), a violência pode ser classificada em três amplas categorias, segundo as características daqueles que cometem o ato violento: violência autoinfligida, coletiva e interpessoal.

Neste contexto, a violência interpessoal realizada entre membros da família ou entre parceiros íntimos caracteriza a violência doméstica. Tal violência pode se manifestar com diferentes graus de severidade e de várias formas, dentre as quais se destacam a psicológica, física, sexual e aquelas envolvendo abandono, negligência ou privação de cuidados (BRASIL, 2005b). Ademais, estudos nacionais e internacionais apontam que as mulheres são as principais vítimas e sofrem as formas mais graves de violência doméstica (GUCEK; SVAB; SELIC, 2011; LOURENÇO et al., 2013; LINDNER et al., 2015; BARROS; SCHRAIBER, 2017).

No Brasil, a violência doméstica e familiar contra a mulher é definida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, familiar ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

Ressalta-se que, no âmbito da violência doméstica contra a mulher, o parceiro íntimo encontra-se como o principal agressor (MADUREIRA et al., 2014; ACOSTA et al., 2015; BRILHANTE et al., 2016; BARUFALDI et al., 2017). Inquérito epidemiológico realizado em 69 serviços de urgência e emergência situados nas capitais do Brasil entre setembro e outubro de 2001, detectou que dentre os 623 casos de violência doméstica e familiar registrados, 51,5% foram praticadas por companheiros ou ex-companheiros (GARCIA et al., 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), a violência por parceiro íntimo (VPI) caracteriza-se como qualquer comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e ações controladoras.

Além de resultar em diversos agravos físicos, mentais e sociais à mulher, traduzidos em dor e sofrimento, tal problemática gera grande impacto social e econômico para a sociedade, mediante gastos com serviços sociais, legais e de saúde (WHO, 2013; O'DOHERTY et al., 2015). Dessa forma, diante das elevadas prevalências e dos diversos fatores de risco associados, a ocorrência de violência contra a mulher no contexto das relações íntimas apresenta-se como um importante problema de saúde pública no mundo (ALI et al., 2014; DILLON et al., 2016; ISSAHAKU, 2017; LEITE et al., 2017; LOVESTAD et al., 2017).

Estima-se que, em 2010, 30,0% das mulheres com 15 anos ou mais no mundo foram vítimas de violência física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo. Neste contexto, a África Central apresentou a maior prevalência de VPI contra a mulher (65,6%) e a Ásia Oriental, a menor (16,3%) (DEVRIES et al., 2013a). Goodey (2017), em estudo desenvolvido a partir de dados primários dos 28 Estados-Membros da União Europeia, evidenciou que, em 2014, 22,0% das mulheres com 15 anos ou mais experimentaram violência física e/ou sexual cometida por parceiro íntimo.

Na América do Sul, a prevalência estimada de VPI contra a mulher, em 2010, foi de 23,7% (DEVRIES et al., 2013a). Ademais, análises recentes apontam a presença de diferenças na prevalência deste agravo em distintos locais no Brasil. As estimativas atingiram 39,0% em João Pessoa-PB, 44,6% em Recife-PE e 60,9% em São Paulo-SP (ALBUQUERQUE et al., 2013; BARROS; SCHRAIBER, 2017; MENDONÇA; LUDEMIR, 2017).

Deve-se ressaltar que, mesmo diante do protagonismo das violências física e sexual na literatura (LOURENÇO et al., 2013), a ocorrência da violência psicológica no âmbito das relações íntimas é a mais frequente. Em estudo realizado na Suécia acerca da violência por parceiro íntimo contra mulheres, identificou-se que 25,0% delas referiram ter sido vítimas de violência psicológica, 7,5% de violência física e 2,8% de violência sexual (LÖVESTAD et al., 2017).

Apesar de apresentarem percentuais mais elevados, estudos nacionais também detectaram resultados semelhantes quanto ao predomínio da violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo contra a mulher. Pesquisa realizada na região Nordeste do Brasil apontou que 52,7% das mulheres foram vítimas de violência psicológica, 46,1% de violência física e 13,6% de violência sexual (BARROS et al., 2016). Não obstante, estudo desenvolvido na região Sudeste detectou que a prevalência de violência psicológica foi de 52,6%, seguida pela violência física (37,4%) e sexual (20,3%) (BARROS; SCHRAIBER, 2017).

Diante desse cenário, deve-se destacar que o homicídio representa expressão máxima da violência e apresenta-se como uma importante causa de mortalidade prematura no mundo. Revisão sistemática desenvolvida com dados referentes a 66 países detectou que 13,5% dos homicídios foram cometidos por parceiro íntimo, sendo que a proporção para homicídios femininos foi seis vezes maior que para homicídios masculinos (38,6% versus 6,3%) (STÖCKL et al., 2013).

Portanto, a violência por parceiro íntimo contra a mulher abrange um amplo espectro de atos violentos, que vai desde a agressão verbal e outras formas de abuso emocional até o feminicídio. No entanto, os casos não fatais ainda são marcados pela invisibilidade, uma vez que ocorrem principalmente no âmbito privado e, em grande parcela, não geram atendimentos e notificações pelos sistemas de informações (GARCIA, 2016; GURUGE et al., 2017).

Acosta et al. (2015) acrescenta que a violência executada pelo próprio parceiro íntimo é extremamente degradante, considerando-se que é praticada por uma pessoa com quem a vítima mantém ou manteve uma relação íntimo-afetiva. Além disso, ocorre, em sua maioria, no próprio domicílio, ou seja, o local que deveria ser de acolhimento e conforto torna-se cenário para a prática dos atos violentos.

Além disso, a violência por parceiro íntimo constitui uma importante causa de morbidades entre mulheres em todo o mundo, com destaque para o desenvolvimento de transtornos mentais como depressão, ansiedade e transtorno

de estresse pós-traumático (SIJBRANDIJ et al., 2016). Estudo desenvolvido na região Nordeste com 390 mulheres adultas evidenciou que os transtornos mentais mantiveram-se associados à violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo, mesmo na ausência de violência física ou sexual. No entanto, quando a violência psicológica esteve combinada com violência física ou sexual, o risco de desenvolver transtornos mentais mostrou-se mais elevado (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017).

Ainda quanto às repercussões negativas à saúde das mulheres violentadas, destacam-se os danos psicoemocionais e físicos (NETTO et al., 2014; KAPIGA et al., 2017). Distúrbios do sono, alimentação inadequada, falta de energia, síndrome do pânico, tristeza, solidão e baixa autoestima foram apontados como as principais consequências psicoemocionais. Por outro lado, dores pelo corpo, escoriações e hematomas foram relatadas como as principais consequências físicas em decorrência das agressões (NETTO et al., 2014).

Neste panorama, alguns motivos são apontados como empecilhos para o rompimento da relação violenta, dentre os quais estão os atos e sentimentos apreendidos socioculturalmente: a esperança de o agressor mudar de comportamento, o medo de represálias e novas agressões, o medo de perder a guarda dos filhos, a censura da família e da comunidade, a dependência afetiva e econômica, dentre outros problemas (BANDEIRA, 2014).

Deve-se acrescentar que a violência por parceiro íntimo possui uma rede complexa de associações. Estudo realizado na Tanzânia detectou que a VPI contra a mulher está associada a características sociodemográficas, apresentando taxas mais elevadas entre mulheres mais jovens e com menor escolaridade (KAPIGA et al., 2017). Ademais, Renner e Whitney constataram que o estado civil casado e a coabitação são preditores da VPI.

Outro aspecto que merece destaque é a presença de violência na família de origem. Investigação brasileira aponta que presenciar, na infância e adolescência, a violência entre os pais e sofrer as repercussões desta violência tornam as mulheres mais vulneráveis a vivenciarem VPI em seus relacionamentos (PAIXÃO et al., 2015). Corroborando com esses achados, estudo norte-americano afirma que a violência física e sexual na infância, negligência infantil e violência na adolescência também estão associadas à VPI (RENNER; WHITNEY, 2012).

O consumo de substâncias psicoativas também figura como um importante fator de risco para a ocorrência de VPI (ACOSTA et al., 2015; BARROS et al., 2016).

Metanálise desenvolvida a partir de cinquenta e cinco artigos constatou associação positiva entre o consumo de álcool por mulheres e a vitimização destas por violência física ou sexual praticada por parceiro íntimo (DEVRIES et al., 2013b).

Quanto ao tabaco, estudos apontam que o comportamento tabagista na fase adulta resulta em exposição aumentada à violência por parceiro íntimo (KRISTMAN-VALENTE et al., 2016; NEMETH et al., 2016). Revisão meta-analítica constatou associação entre a vitimização de violência por parceiro íntimo contra a mulher e o tabagismo feminino. Ademais, tal associação foi moderadamente mais forte entre as gestantes (CRANE; HAWES; WEINBERGER, 2013).

Dessa forma, a alta prevalência de VPI, os seus fortes vínculos com os sintomas de má saúde física e mental, bem como a existência de múltiplos fatores associados ao fenômeno sublinham a necessidade urgente de desenvolver e testar intervenções adequadas nos diferentes contextos para combater a violência e os comportamentos abusivos entre parceiros íntimos.

No Brasil, as primeiras ações relacionadas ao enfrentamento à violência contra as mulheres foram realizadas em 1985, com a implantação da primeira Delegacia de Defesa da Mulher e do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres, por meio da Lei n.º 7.353/1985. No entanto, até então, as iniciativas de combate à violência contra as mulheres constituíam ações isoladas no âmbito do setor justiça e segurança pública (BRASIL, 2011c).

As estratégias intersetoriais desenvolvidas com o intuito de garantir os direitos das mulheres a uma vida sem violência ganharam força a partir do século XXI. Neste contexto, destacam-se, em 2003, a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres e a obrigatoriedade de notificação dos casos de violência contra a mulher nos serviços de saúde, em 2004, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e, em 2005, a elaboração do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (LIMA et al., 2016).

Ademais, foi sancionada, em 2006, a Lei n.º 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil. Apresenta-se como o dispositivo legal mais impactante no combate à violência contra a mulher, prevendo medidas de integração operacional entre o Poder Judiciário, Ministério Público e a Defensoria Pública com as áreas de assistência social, educação, habitação e saúde (BRASIL, 2006; AMARAL et al., 2016).

Outro marco importante foi a consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres com o objetivo de enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno. Para tal, foi estruturada uma rede de atendimento articulada visando ampliar e melhorar a qualidade do atendimento, identificar e encaminhar adequadamente as mulheres em situação de violência e desenvolver estratégias efetivas de prevenção (BRASIL, 2011c).

Neste contexto, a Atenção Primária, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui-se como um espaço privilegiado para o enfrentamento e rastreamento dos casos de violência contra a mulher. Além de ter grande ênfase nas ações de promoção e prevenção da saúde, tem uma relação mais próxima com a comunidade e um acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida, o que permite o reconhecimento de problemas de saúde comuns que, muitas vezes, podem estar associados à violência contra a mulher (VALE et al., 2013).

Diante do exposto acerca do cenário epidemiológico relacionado à ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher, no Brasil e no mundo, bem como das repercussões negativas ocasionadas à saúde das vítimas e da necessidade de aprimorar e construir políticas públicas eficazes, conclui-se que a VPI contra a mulher representa um problema de saúde pública complexo e multidimensional, o qual demanda discussões nos diferentes contextos sociais e maior atenção ao desenvolvimento de medidas preventivas no âmbito dos serviços de saúde.

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, exploratório e analítico, parte do macroprojeto intitulado “Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”, o qual foi desenvolvido no âmbito do Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM) e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do processo n.º 443107/2014-9.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em 72 Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em cinco municípios piauienses: Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus. Os municípios selecionados são sedes das macrorregiões de saúde do Estado do Piauí, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PIAUI, 2015).

3.3 População e amostra

A população foi composta por mulheres na faixa de 20 a 59 anos de idade, residentes nos referidos municípios, totalizando 347.414 mulheres (260.613 em Teresina, 41.820 em Parnaíba, 22.157 em Picos, 16.836 em Floriano e 5.988 em Bom Jesus) (IBGE, 2010).

Para o cálculo da amostra, utilizou-se a fórmula proposta para pesquisas sociais em populações infinitas (acima de 100.000):

$$n = \frac{Z^2 \times (p \times q) \times N}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times (p \times q)}$$

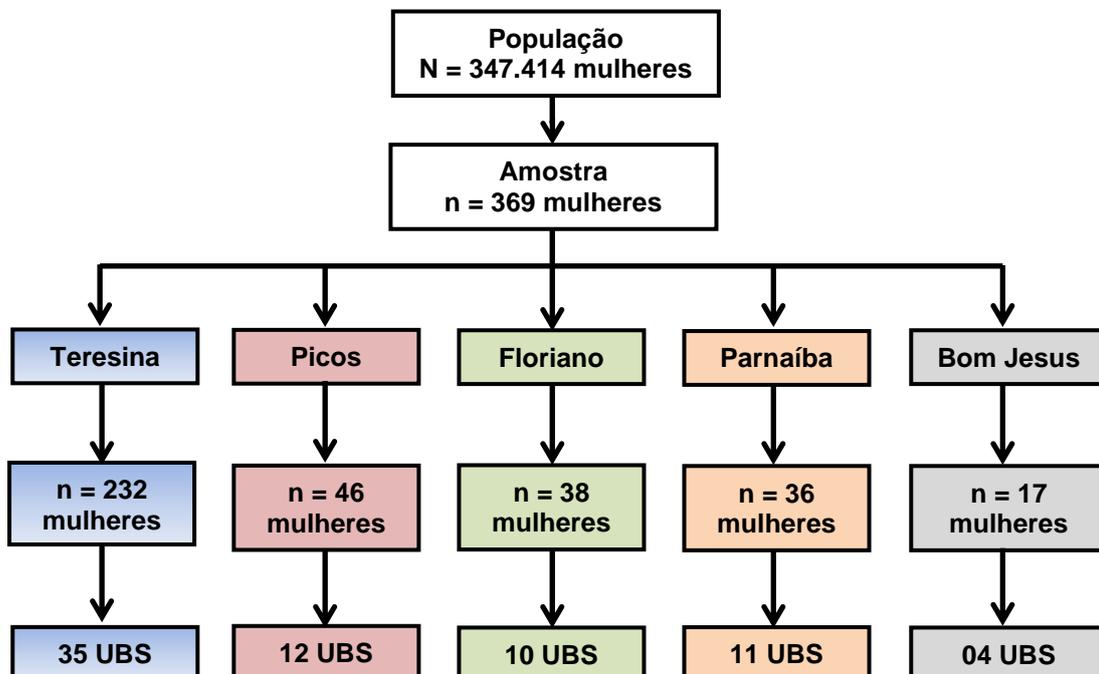
Onde, n = tamanho da amostra, Z = ponto de curva normal correspondente à área de 95% do nível de confiança, p = estimativa de prevalência, $q = 1 - p$ e e = erro amostral em decimais (GIL, 2008).

Considerou-se a prevalência presumida de consumo de álcool entre mulheres de 39,0%, conforme constatado no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LARANJEIRA et al., 2014), nível de confiança de 95% e erro máximo de 5%. Assim, obteve-se uma amostra de 369 mulheres.

Em seguida, procedeu-se a estratificação proporcional com o intuito de definir o número de mulheres em cada um dos cinco municípios envolvidos, resultando em 232 mulheres em Teresina, 36 em Parnaíba, 46 em Picos, 38 em Floriano e 17 em Bom Jesus (Figura 1).

Para a seleção do número de Unidades Básicas de Saúde nos cinco municípios do estudo, foi aplicada a mesma prevalência presumida de 39,0% de consumo de álcool entre mulheres (LARANJEIRA et al., 2014). Dessa forma, foram selecionadas 35 das 90 Unidades Básicas de Saúde em Teresina, 11 das 29 em Parnaíba, 12 das 30 em Picos, 10 das 24 em Floriano e 04 das 10 existentes em Bom Jesus (Figura 1).

Figura 1 – Síntese dos resultados obtidos mediante os procedimentos de amostragem do estudo. Teresina-PI, 2016.



Fonte: Próprio Autor

A determinação das Unidades Básicas de Saúde que seriam inseridas no estudo deu-se mediante amostragem do tipo estratificada proporcional,

considerando a distribuição destas nas zonas urbana e rural. Posteriormente, foram sorteadas por meio da função =ALEATORIOENTRE no software *Microsoft Excel* 2010.

Para a definição do número mulheres entrevistadas nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas, também foi por amostra estratificada proporcional, considerando o número de mulheres atendidas em cada Unidade Básica de Saúde no ano de 2014.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão utilizados foram: mulheres atendidas em consultas de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios selecionados e que possuíam parceiros íntimos. Nesse estudo, foi considerado parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro, independentemente da união formal, e namorados atuais (SCHRAIBER et al., 2007).

O critério de exclusão adotado foi para mulheres com dificuldades de comunicação verbal, uma vez que a coleta de dados se faria por meio do diálogo com as entrevistadas.

3.5 Instrumentos

Aplicou-se um formulário estruturado contendo perguntas relacionadas aos aspectos socioeconômicos e às condições de saúde da amostra (APÊNDICE A). O *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) foi utilizado para a avaliação do consumo de álcool (ANEXO A); o *Non-Student Drugs Use Questionnaire* (NSDUQ) para a investigação do consumo de tabaco (ANEXO B) e as *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) para a predição da ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher (ANEXO C).

3.5.1 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

O *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no fim da década de 1980, com o objetivo de garantir um método simples e de fácil aplicação para o rastreamento do consumo de

álcool em seus distintos padrões, baseado numa intervenção breve e eficaz (BABOR et al., 2001). Sua versão em português foi desenvolvida por Méndez (1999) e, posteriormente, adaptada por Lima et al. (2005).

É composto por dez questões, cada uma com margem de 0 a 4 pontos, e permite um espectro de pontuação total de 0 a 40. Caracterizam o consumo de álcool, suas consequências e sintomas de dependência nos últimos doze meses, o que possibilita a identificação de quatro zonas de risco, de acordo com o escore obtido: zona I (até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: indica uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo) e zona IV (a partir de 20 pontos: sugere uma possível dependência) (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

O uso de baixo risco caracteriza-se por não haver extrapolação dos limites recomendados pela OMS (homens: 2 doses-padrão por dia ou 3 doses por ocasião; mulheres e idosos: 1 dose-padrão por dia ou 2 doses por ocasião). Por outro lado, o uso de risco abrange os indivíduos que bebem acima dos limites e que mesmo não apresentando problemas em decorrência do consumo, se expõem a situações de risco; e o uso nocivo é aquele que acarreta dano real à saúde física e/ou mental, além de implicar em consequências sociais adversas e críticas por outras pessoas (BABOR et al., 2001; BABOR et al., 2003).

Já a possível dependência necessita de confirmação diagnóstica e tratamento. É caracterizada pela coexistência de três ou mais situações listadas a seguir: desejo forte ou compulsão para consumir álcool, dificuldades em controlar o uso (início e término, níveis de consumo), estado de abstinência fisiológico e uso de álcool com o intuito de aliviar os sintomas, evidência de tolerância, abandono dos prazeres ou interesses a favor do álcool, persistência no uso do álcool, apesar das consequências nocivas (BABOR et al., 2001; BABOR et al., 2003).

No presente estudo, a prevalência do consumo de álcool na amostra foi detectada por meio da primeira questão do AUDIT (Com que frequências você consome bebidas alcoólicas?). Assim, atribuiu-se o valor “0” (não) quando a entrevistada referiu nunca ter consumido bebidas alcoólicas (opção 0) e “1” (sim) quando o consumo foi positivo em alguma frequência (opções 1 a 4).

3.5.2 Non-Student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ)

O *Non-Student Drugs Use Questionnaire* (NSDUQ) foi proposto por Smart et al. (1981) e aborda o consumo de tabaco e outras drogas (tranquilizantes, cola de sapateiro, cheiro da loló, lança perfume, maconha, cocaína e outros tipos de drogas) tanto pelo respondente como pelo seu companheiro atual. A resposta positiva em uma questão identifica o uso daquela substância nos últimos doze meses.

No presente estudo, utilizou-se apenas a primeira parte do instrumento, referente ao consumo de tabaco pelas mulheres entrevistadas (sim ou não). Além disso, o instrumento permitiu identificar o padrão de consumo de tabaco mediante o questionamento da quantidade médio (em maços) de cigarros consumidos por dia: (1) menos de meio maço, (2) meio a um maço, (3) mais de um maço e menos de dois maços (20 a 40 cigarros) e (4) dois ou mais maços (mais de 40 cigarros).

3.5.3 Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)

As *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) foram concebidas para avaliar as táticas de resolução de conflitos utilizadas por indivíduos em uma relação de casamento, namoro ou afins, o que inclui estratégias de negociação e/ou de violência (STRAUS et al., 1996). Fazem parte de um conjunto de instrumentos de identificação de violência na família, elaborados pelo *Family Research Laboratory* nos Estados Unidos da América, e foram adaptadas, transculturalmente, para uso no Brasil por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002).

O instrumento apresenta 39 questões agrupadas em pares de perguntas referentes a ações do respondente e, reciprocamente, do seu companheiro, perfazendo um total de 78 itens. É composto por cinco escalas, sendo que três delas abordam a ocorrência de agressão psicológica, abuso físico e coerção sexual, enquanto as outras duas questionam as consequências físicas da violência sobre a saúde individual (injúrias) e as táticas de resolução de conflitos por meio da negociação (STRAUS et al., 1996).

Segundo Straus e Gelles (1990) e Straus et al. (1996), as estratégias de resolução de conflitos inseridas no instrumento são definidas da seguinte forma:

- ✓ Agressão psicológica: ações verbais (ameaças) e não verbais (simbólicas) que são susceptíveis de magoar o outro.
- ✓ Abuso físico: uso da força física contra outra pessoa, como chutar, dar bofetadas, derramar líquido quente e segurar com força.
- ✓ Coerção sexual: comportamento que se destina a obrigar o parceiro a envolver-se em atividades sexuais indesejadas (vaginal, oral ou anal), compreendendo ações coercivas como a insistência verbal, ameaças e uso da força física.
- ✓ Injúria: ocorrência de lesões físicas, como danos em ossos ou tecidos, necessidade de atenção médica e presença de dor por um dia ou mais.
- ✓ Negociação: adoção de ações que visam acordo em uma discussão, sustentadas na argumentação racional, comunicação ou expressão de sentimentos de cuidado e respeito pelo parceiro.

Para melhor operacionalização, adotou-se a distinção dos atos violentos em dois níveis de severidade, conforme sugerido por Straus et al. (1996). Assim, as escalas de agressão psicológica, abuso físico, coerção sexual e injúria foram divididas nas subescalas menor e severa. Já a escala de negociação foi subdividida nas subescalas cognitiva e emocional (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos itens que compõem a *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) em suas respectivas escalas e subescalas. Teresina-PI, 2016

Escalas e subescalas	Itens
Agressão psicológica	
Menor	3, 18, 25, 34
Severa	13, 15, 33, 35
Abuso físico	
Menor	4, 5, 9, 23, 27
Severo	11, 14, 17, 19, 22, 31, 37
Coerção sexual	
Menor	8, 26, 32
Severa	10, 24, 29, 38
Injúria	
Menor	6, 36
Severa	12, 16, 21, 28
Negociação	
Emocional	1, 7, 20
Cognitiva	2, 30, 39

Consideraram-se, no presente estudo, apenas os 39 itens que tratam sobre as respostas das mulheres sobre as ações violentas perpetradas pelos seus companheiros. Assim, a partir da aplicação desse instrumento, foram consideradas vítimas de violência por parceiro íntimo as mulheres que referiram a presença de resposta positiva em pelo menos um dos itens das respectivas escalas, conforme recomendado por Straus et al. (1996).

Além disso, o instrumento permite identificar a frequência de ocorrência dos atos violentos, incluindo oito categorias de resposta. As primeiras seis destinam-se a determinar a prevalência nos últimos três meses: [(1) uma vez, (2) duas vezes, (3) 3-5 vezes, (4) 6-10 vezes, (5) 11-20 vezes, (6) mais de 20 vezes]. Já as outras duas categorias são destinadas a determinar a prevalência global [(7) já ocorreu antes] e a inexistência deste tipo de abuso [(8) nunca aconteceu].

Optou-se por avaliar a prevalência global, atribuindo o valor 1 (ocorreu em algum momento) a todas as categorias de resposta de 1 a 7 e o valor 0 (nunca ocorreu) à categoria 8. Tal estratégia já foi utilizada em estudo de validação desenvolvido, em Portugal, por Alexandra e Figueiredo (2006), com o intuito de obter a prevalência de violência entre parceiros íntimos ao longo da vida.

3.6 Variáveis do estudo

As variáveis socioeconômicas de interesse foram: idade (em anos completos), cor/raça (branca, negra, parda, indígena, amarela), religião (católica, evangélica, espírita, outras), orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual), situação conjugal (solteira, casada, união estável, divorciada, viúva), presença de filhos (sim, não), quantidade de filhos, escolaridade (em anos completos), renda mensal (em reais) e fonte de renda (salário próprio, aposentadoria, bolsa família, outros benefícios).

Quanto às condições de saúde, investigaram-se as seguintes variáveis: frequência que procura o serviço de saúde (não costuma procurar, semanalmente, mensalmente, trimestralmente, semestralmente, anualmente), motivo da consulta (questão aberta), presença de gestação (sim, não), exame das mamas no último ano (sim, não), exame citopatológico do colo uterino no último ano (sim, não), presença de morbidades (sim, não), morbidades (questão aberta), realização de atividade física (sim, não), uso de práticas integrativas e complementares de saúde (sim, não).

As variáveis relacionadas ao consumo de álcool e tabaco estavam incluídas no *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) e no *Non-Student Drugs Use Questionnaire* (NSDUQ), respectivamente. Já as referentes à violência por parceiro íntimo encontravam-se nas *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2).

A ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher foi definida como a variável dependente (preditiva ou resposta) do presente estudo. Já as variáveis independentes (explicativas) foram aquelas relacionadas ao consumo de álcool e tabaco.

Ressalta-se que algumas variáveis foram recategorizadas, seja para melhor apresentação ou para viabilizar a análise estatística.

3.7 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu no período de agosto de 2015 a março de 2016 e foi realizada por alunos de graduação e pós-graduação integrantes do Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM) da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Destaca-se o desenvolvimento de treinamentos prévios com todos os colaboradores envolvidos nesta etapa do estudo, a fim de dialogar sobre os instrumentos que seriam utilizados, sanar possíveis dúvidas e padronizar a forma de abordagem às mulheres durante o procedimento de coleta.

Nos municípios de Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus, houve a colaboração de docentes da Universidade Federal do Piauí vinculados ao GEEVSM, os quais conduziram a coleta de dados nos seus respectivos municípios.

Deve-se ressaltar que, previamente ao início da coleta de dados, foi realizado teste piloto com 10% da amostra do estudo em Unidades Básicas de Saúde que não haviam sido selecionadas a partir do processo de amostragem. Este teste não resultou em alterações na estrutura do instrumento.

Quanto à atuação no local da coleta, primeiramente, estabelecia-se o contato com as enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde, com vista a apresentar-lhes o parecer de aprovação do projeto emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa e autorização do município e ofertar-lhes esclarecimentos sobre os objetivos e os procedimentos de coleta de dados do estudo.

As mulheres eram abordadas antes da consulta de enfermagem e, caso manifestassem o desejo de participar da pesquisa, eram conduzidas a uma sala reservada para realização da entrevista.

3.8 Análise dos dados

Os dados obtidos no estudo foram codificados e organizados em planilhas do software *Microsoft Excel 2010*, mediante processo de dupla digitação. Em seguida, realizou-se a exportação dos dados para o programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22.0, no qual se procedeu a análise estatística.

A estatística descritiva foi realizada mediante determinação das medidas de tendência central (frequência absoluta e relativa, média, intervalo mínimo e máximo) e de dispersão (desvio padrão).

Já as análises bivariadas foram conduzidas para avaliar as associações entre as variáveis independentes (consumo de álcool e consumo de tabaco por mulheres) e as variáveis referentes à violência por parceiro íntimo e à natureza das ações violentas. Por se tratarem de variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. Porém, na vigência de frequência absoluta menor que cinco em mais de 20% das caselas, o teste exato de Fisher foi aplicado.

As variáveis independentes que obtiveram um p-valor $\leq 0,02$ nas análises bivariadas compuseram o modelo de regressão logística, com os respectivos p-valores, *odds ratio* e intervalos de confiança. Devido a variável dependente ser categórica dicotômica, aplicou-se o modelo de regressão logística binário.

Para todas as análises realizadas, foi adotado o nível de significância de 5% e o intervalo de confiança foi fixado em 95%. Assim, foram considerados estatisticamente significantes os resultados dos testes que apresentaram $p \leq 0,05$ e intervalos de confiança cujos valores não passaram pelo valor de 1,0. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos.

3.9 Aspectos éticos e legais

O macroprojeto “Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental” foi aprovado pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina e pelas Secretarias

Municipais de Saúde de Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus. Após anuência desses órgãos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e obteve aprovação por meio do parecer n.º 985.391 (CAAE n.º 39796414.5.0000.5214).

Ademais, o projeto dessa dissertação também foi submetido à apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, sendo aprovado mediante parecer n.º 1.806.588 e CAAE n.º 60420416.5.0000.5214 (ANEXO I). Ressalta-se que o desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com as exigências das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, regidas pelas Resoluções n.º 466 de 2012 e n.º 510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012, 2016c).

Todos os participantes receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa, o destino dos dados coletados e as possíveis contribuições dos resultados, além de terem assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), no qual consta a garantia do sigilo das informações e liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento.

4 RESULTADOS

4.1 Características socioeconômicas e aspectos relacionados à saúde

A média de idade da amostra foi de 33,1 anos, com predomínio de mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos (75,1%), pardas (59,6%), católicas (72,4%), heterossexuais (98,6%), casadas ou em união estável (71,8%) e com filhos (70,7%; \bar{x} = 1,5 filhos). A maioria relatou possuir 8 anos ou mais de escolaridade (81,8%; \bar{x} = 10 anos) e ter renda mensal menor ou igual a dois salários mínimos (69,7%; \bar{x} = 799,80). A fonte de renda de 60,9% das mulheres era oriunda do próprio salário e de 24,6% do Programa Bolsa Família (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização socioeconômica das mulheres. Teresina-PI, 2016. (n = 369)

Variáveis	n	%	\bar{x}	\pm	IC 95%	Min-Max
Faixa etária			33,1	9,9	32,1-34,1	20-59
20-39 anos	277	75,1				
40-59 anos	92	24,9				
Cor/raça						
Parda	220	59,6				
Branca	72	19,5				
Negra	68	18,4				
Amarela	6	1,6				
Indígena	3	0,8				
Religião						
Católica	267	72,4				
Evangélica	67	18,2				
Outras	35	9,5				
Orientação sexual						
Heterossexual	364	98,6				
Homossexual	4	1,1				
Bissexual	1	0,3				
Situação conjugal						
Solteira	82	22,2				
Casada/União estável	265	71,8				
Divorciada	14	3,8				
Viúva	8	2,2				
Presença de filhos			1,5	1,4	1,4-1,7	0-9
Sim	261	70,7				
Não	108	29,3				

Tabela 2 – Caracterização socioeconômica das mulheres. Teresina-PI, 2016. (n = 369)

Variáveis	n	%	\bar{x}	\pm	IC 95%	Min-Max
(conclusão)						
Escolaridade			10,0	3,5	9,8-10,6	0-20
Nenhuma	14	3,8				
< 8 anos	53	14,4				
≥ 8 anos	302	81,8				
Renda mensal*			799,8	637	722-877	0-5000
Nenhuma	93	25,2				
≤ dois salários mínimos	257	69,7				
> dois salários mínimos	19	5,1				
Fonte de renda						
Salário próprio	168	60,9				
Aposentadoria	13	4,7				
Bolsa família	68	24,6				
Outros benefícios	27	9,8				

Legenda: \bar{x} = média, \pm = desvio padrão, IC 95% = intervalo de confiança, Min-Max = mínima e máxima.

(*) O salário mínimo de referência foi o do período da coleta de dados (R\$ 788,00).

Quanto aos aspectos relacionados à saúde, 30,1% das mulheres mencionaram frequentar o serviço de saúde mensalmente. O motivo mais relatado foi para consultas de rotina (35,3%) e para realização de exame citopatológico (32,8%). Verificou-se que 20,3% das mulheres estavam gestantes e que a realização do exame das mamas e do exame citopatológico do colo uterino, no último ano, foi referida por 36,9% e 65,6% delas, respectivamente (Tabela 3).

A presença de morbidade foi relatada por 24,7% da amostra, com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica (52,7%). A prática de alguma atividade física foi mencionada por 34,7% das mulheres e 24,9% realizavam práticas alternativas e complementares de saúde (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização da amostra segundo os aspectos relacionados à saúde. Teresina-PI, 2016. (n = 369)

Variáveis	n	%
(continua)		
Frequência que procura o serviço de saúde		
Não costuma procurar	31	8,4
Semanalmente	53	14,4
Mensalmente	111	30,1
Trimestralmente	86	23,3
Semestralmente	60	16,3
Anualmente	28	7,6

Tabela 3 – Caracterização da amostra segundo os aspectos relacionados à saúde. Teresina-PI, 2016. (n = 369)

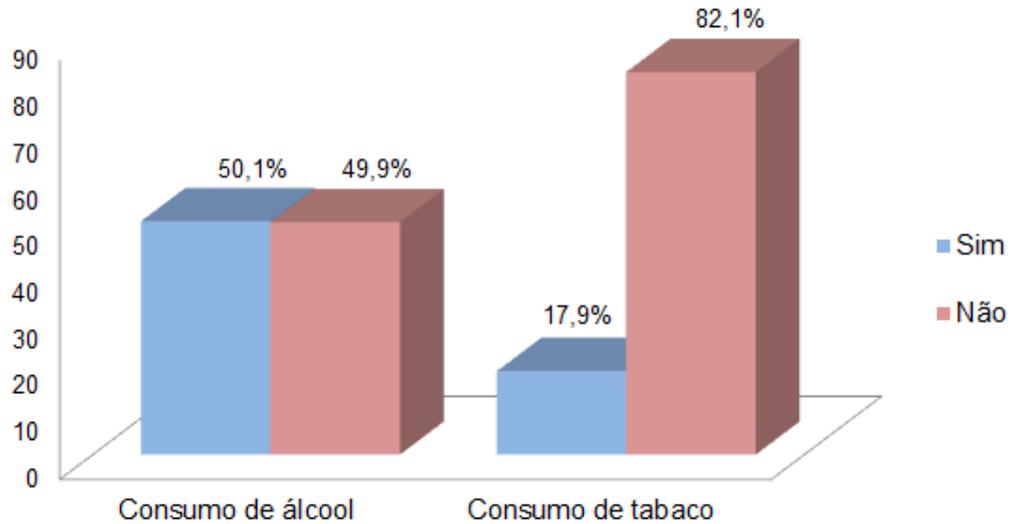
Variáveis	n	%
(conclusão)		
Motivo da consulta		
Exame citopatológico	121	32,8
Pré-natal	69	18,7
Hiperdia	31	8,4
Rotina	130	35,3
Bolsa família	15	4,1
Planejamento familiar	3	0,8
Presença de gestação		
Sim	75	20,3
Não	294	79,7
Exame das mamas (último ano)		
Sim	136	36,9
Não	233	63,1
Exame citopatológico (último ano)		
Sim	242	65,6
Não	127	34,4
Presença de morbidades		
Sim	91	24,7
Não	278	75,3
Morbidades*		
Hipertensão Arterial Sistêmica	48	52,7
Diabetes Mellitus	10	11,0
Obesidade	8	8,8
Distúrbio Gastrointestinal	17	18,7
Distúrbio Osteomuscular	5	5,5
Distúrbio Pulmonar	4	4,4
Transtorno Mental	2	2,2
Outras	7	7,7
Atividade física		
Sim	128	34,7
Não	241	65,3
Práticas integrativas e complementares de saúde		
Sim	92	24,9
Não	277	75,1

Legenda: (*) Múltipla resposta.

4.2 Prevalência e padrão de consumo de álcool e tabaco pelas mulheres

A prevalência do consumo de álcool na amostra foi de 50,1% (n = 185) e a prevalência do consumo de tabaco foi de 17,9% (n = 66) (Gráfico 1). Destaca-se que 132 mulheres relataram consumir apenas o álcool (35,7%), 13 delas relataram consumir apenas o tabaco (3,5%) e 53 consumiam tanto o álcool como o tabaco (14,4%).

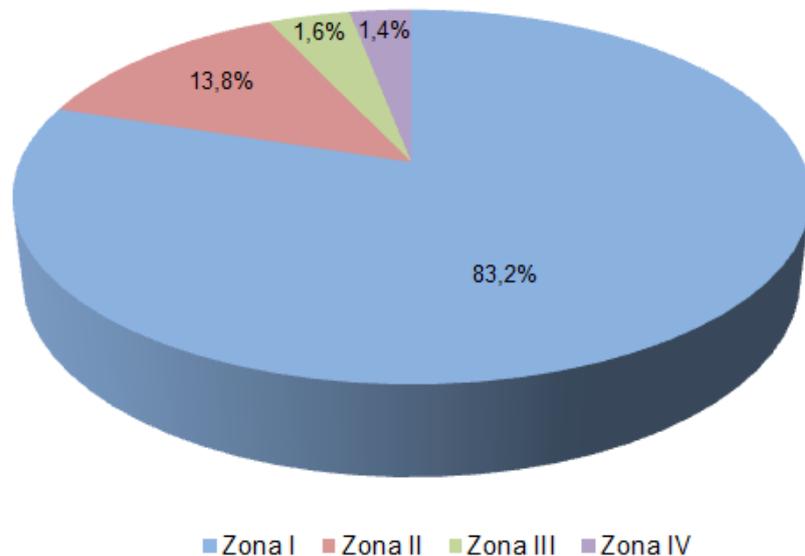
Gráfico 1 – Prevalência do consumo de álcool e tabaco na amostra. Teresina-PI, 2016. (n = 369)



Fonte: Próprio Autor

Quanto ao padrão de consumo de álcool, identificado a partir do AUDIT, constatou-se que 83,2% das mulheres estavam inseridas na zona I (abstinência ou uso de baixo risco), 13,8% na zona II (uso de risco), 1,6% na zona III (uso nocivo) e 1,4% na zona IV (possível dependência) (Gráfico 2).

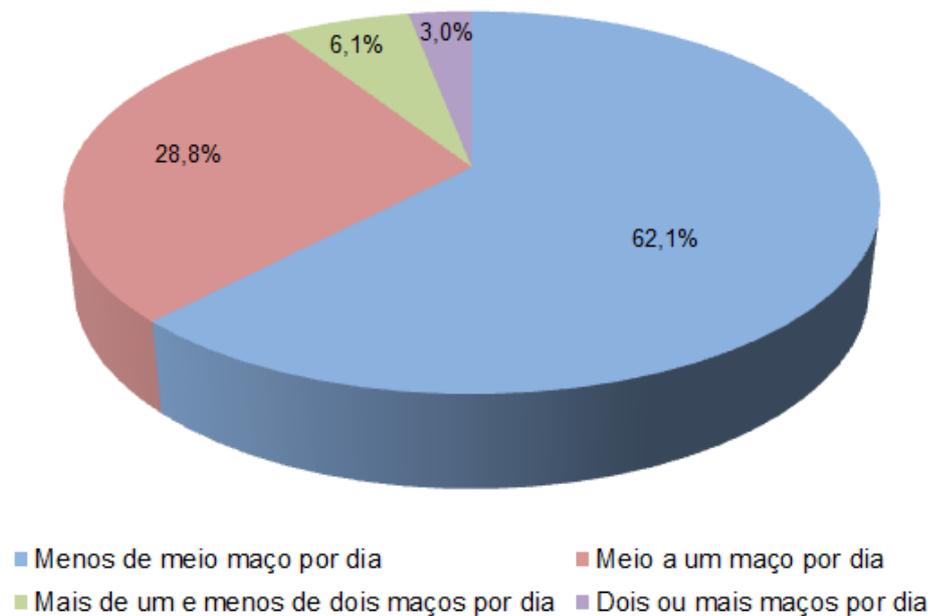
Gráfico 2 – Padrão de consumo de álcool das mulheres entrevistadas, segundo o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT). Teresina-PI, 2016. (n = 369)



Fonte: Próprio Autor

Em relação ao padrão de consumo de tabaco, nos últimos doze meses, observou-se que 62,1% das mulheres fumantes consumiam menos de meio maço por dia; 28,8% entre meio e um maço; 6,1% mais de um e menos de dois maços (20 a 40 cigarros) e 3,0% dois maços ou mais (mais de 40 cigarros) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Padrão de consumo de tabaco das mulheres entrevistadas. Teresina-PI, 2016. (n = 66)

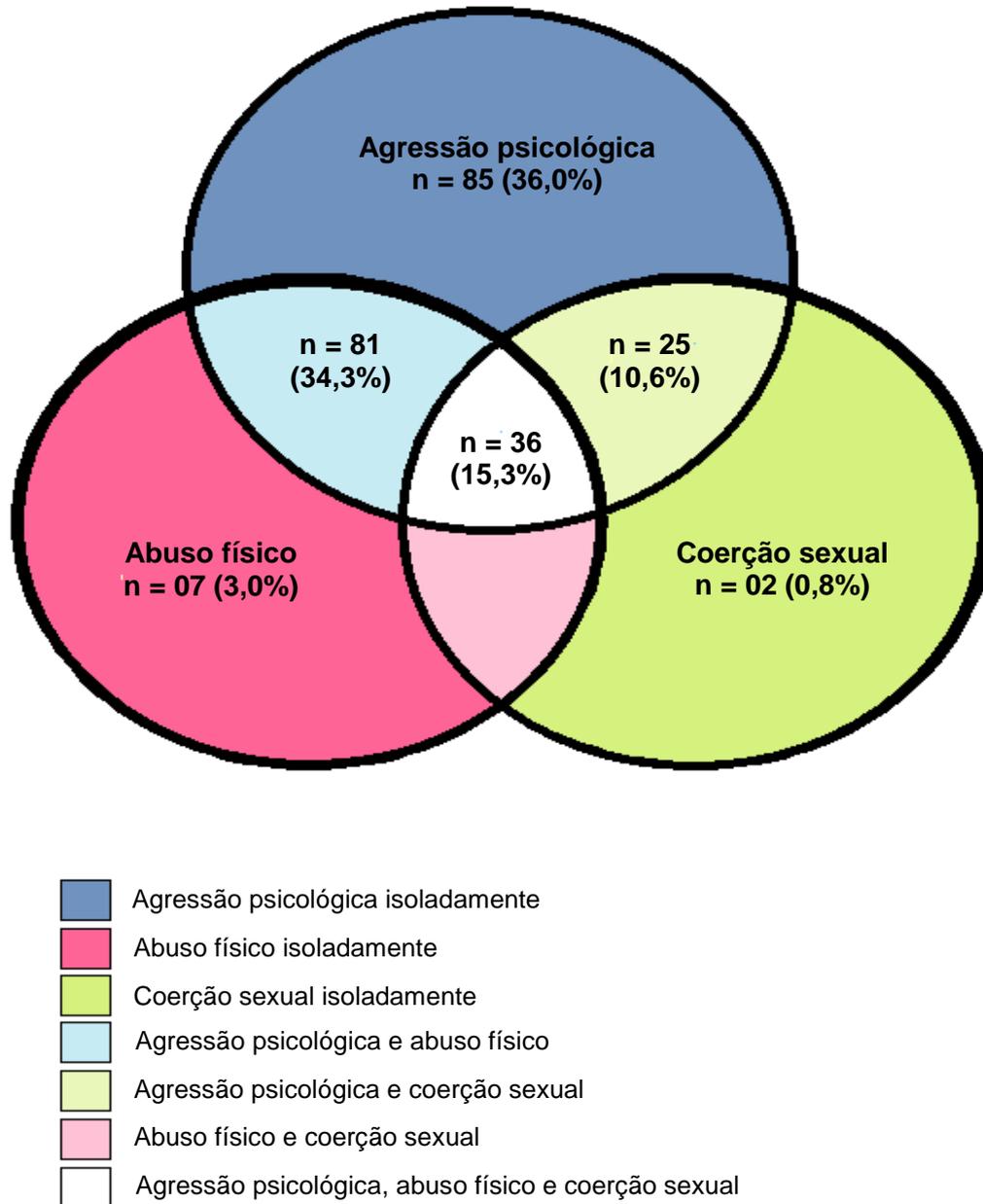


Fonte: Próprio Autor

4.3 Prevalência da violência por parceiro íntimo contra a mulher

A prevalência de violência por parceiro íntimo contra a mulher foi de 64,0% (n = 236). Destaca-se que 36,0% das mulheres violentadas sofreram agressão psicológica isoladamente, 3,0% abuso físico isoladamente e 0,8% coerção sexual isoladamente. Ademais, 34,3% foram vítimas de agressão psicológica e abuso físico, 10,6% foram vítimas de agressão psicológica e coerção sexual e 15,3% relataram a ocorrência conjunta de todas as naturezas de violência (Gráfico 4). Dessa forma, dentre as mulheres violentadas houve predomínio da agressão psicológica (96,2%), seguida pelo abuso físico (52,6%) e coerção sexual (26,7%).

Gráfico 4 – Distribuição dos casos de violência por parceiro íntimo contra a mulher, conforme natureza do ato violento. Teresina-PI, 2016. (n = 236)



Fonte: Próprio Autor

Quanto à natureza e ao nível de severidade, detectou-se que 61,5% das mulheres foram vítimas de agressão psicológica (60,7% menor versus 41,5% severa), 33,6% de abuso físico (32,0% menor versus 16,0% severo) e 17,1% de coerção sexual (13,6% menor versus 6,2% severa). A prevalência de injúrias foi de 16,0%, sendo que a ocorrência de injúria menor (14,6%) foi superior à de injúria severa (Tabela 4).

Tabela 4 – Prevalência da violência perpetrada por parceiro íntimo contra a mulher, segundo a natureza e a severidade da ação violenta. Teresina-PI, 2016. (n = 369)

Tipo de violência*	n	%
Agressão psicológica	227	61,5
Menor	224	60,7
Severa	153	41,5
Abuso físico	124	33,6
Menor	118	32,0
Severa	59	16,0
Coerção sexual	63	17,1
Menor	50	13,6
Severa	23	6,2
Injúria	59	16,0
Menor	54	14,6
Severa	26	7,0

Legenda: (*) Múltipla resposta.

4.4 Associação do consumo de álcool e tabaco por mulheres com a violência por parceiro íntimo contra a mulher

A análise bivariada entre as variáveis categóricas independentes (consumo de álcool e consumo de tabaco pelas mulheres) e a variável dependente (violência por parceiro íntimo contra a mulher) demonstrou que há associação estatisticamente significativa entre o consumo de álcool ($p < 0,001$) e de tabaco ($p = 0,001$) pelas mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise bivariada entre as variáveis categóricas independentes (consumo de álcool e consumo de tabaco pelas mulheres) e a variável dependente (violência por parceiro íntimo contra a mulher). Teresina-PI, 2016. (n = 369)

Variáveis independentes	Violência por parceiro íntimo		OR	IC 95%	p-valor*
	Sim	Não			
	n (%)	n (%)			
Consumo de álcool			2,45	1,58-3,80	
Sim	137 (74,1)	48 (25,9)			<0,001
Não	99 (53,8)	85 (46,2)			
Consumo de tabaco			2,99	1,54-5,83	0,001
Sim	54 (81,8)	12 (18,2)			
Não	182 (60,1)	121 (39,9)			

Legenda: OR = Odds Ratio. IC = Intervalo de confiança.

(*) Teste qui-quadrado de Pearson.

Quanto à natureza da violência, houve associação estatística do consumo de álcool pelas mulheres com a agressão psicológica menor ($p < 0,001$), agressão psicológica severa ($p < 0,001$), abuso físico menor ($p < 0,001$), abuso físico severo ($p < 0,001$), coerção sexual menor ($p = 0,001$), injúria menor ($p < 0,001$) e injúria severa ($p < 0,001$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise bivariada entre o consumo de álcool e a natureza da violência por parceiro íntimo contra a mulher. Teresina-PI, 2016. (n = 369)

Natureza da violência	Consumo de álcool		OR	IC 95%	p-valor
	Sim	Não			
	n (%)	n (%)			
Psicológica Menor			2,49	1,62-3,83	<0,001*
Sim	132 (71,4)	92 (50,0)			
Não	53 (28,6)	92 (50,0)			
Psicológica Severa			2,29	1,50-3,50	<0,001*
Sim	95 (51,4)	58 (31,5)			
Não	90 (48,6)	126 (68,5)			
Física Menor			4,13	2,56-6,66	<0,001*
Sim	86 (46,5)	32 (17,4)			
Não	99 (53,5)	152 (82,6)			
Física Severa			3,18	1,72-5,89	<0,001*
Sim	43 (23,2)	16 (8,7)			
Não	142 (76,8)	168 (91,3)			
Sexual Menor			2,93	1,52-5,65	0,001*
Sim	36 (19,5)	14 (7,6)			
Não	149 (80,5)	170 (92,4)			
Sexual Severa			1,59	0,67-3,77	0,288*
Sim	14 (7,6)	09 (4,9)			
Não	171 (92,4)	175 (95,1)			
Injúria Menor			4,21	2,13-8,30	<0,001*
Sim	42 (22,7)	12 (6,5)			
Não	143 (77,3)	172 (93,5)			
Injúria Severa			6,07	2,05-17,99	<0,001 [‡]
Sim	22 (11,9)	04 (2,2)			
Não	163 (88,1)	180 (97,8)			

Legenda: OR = Odds Ratio. IC = Intervalo de confiança.

(*) Teste qui-quadrado de Pearson.

([‡]) Teste exato de Fisher.

Constatou-se associação estatística entre o consumo de tabaco pelas mulheres e a agressão psicológica menor ($p = 0,002$), agressão psicológica severa

($p < 0,001$), abuso físico menor ($p < 0,001$), abuso físico severo ($p < 0,001$), injúria menor ($p < 0,001$) e injúria severa ($p = 0,005$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Análise bivariada entre o consumo de tabaco e a natureza da violência por parceiro íntimo contra a mulher. Teresina-PI, 2016. (n = 369)

Natureza da violência	Consumo de tabaco		OR	IC 95%	p-valor*
	Sim	Não			
	n (%)	n (%)			
Psicológica Menor			2,55	1,38-4,74	0,002
Sim	51 (77,3)	173 (57,1)			
Não	15 (22,7)	130(42,9)			
Psicológica Severa			2,59	1,50-4,46	<0,001
Sim	40 (60,6)	113 (37,3)			
Não	26 (39,4)	190 (62,7)			
Física Menor			3,50	2,02-6,05	<0,001
Sim	37 (56,1)	81 (26,7)			
Não	29 (43,9)	222 (73,3)			
Física Severa			3,97	2,15-7,33	<0,001
Sim	23 (34,8)	36 (11,9)			
Não	43 (65,2)	267 (88,1)			
Sexual Menor			1,17	0,55-2,49	0,675
Sim	10 (15,2)	40 (13,2)			
Não	56 (84,8)	263 (86,8)			
Sexual Severa			1,69	0,64-4,44	0,289
Sim	06 (9,1)	17 (5,6)			
Não	60 (90,9)	286 (94,4)			
Injúria Menor			5,76	3,07-10,80	<0,001
Sim	25 (37,9)	29 (9,6)			
Não	41 (62,1)	274 (90,4)			
Injúria Severa			3,20	1,38-7,42	0,005
Sim	10 (15,2)	16 (5,3)			
Não	56 (84,8)	287 (94,7)			

Legenda: OR = Odds Ratio. IC = Intervalo de confiança.

(*) Teste qui-quadrado de Pearson.

O modelo de regressão logística binária confirmou que tanto o consumo de álcool ($p = 0,001$; IC 95% = 1,37-3,38) como o consumo de tabaco pelas mulheres ($p = 0,038$; IC 95% = 1,04-4,00) associou-se estatisticamente à ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher. O consumo de álcool aumentou em 2,15 vezes a chance de a mulher ser vítima de violência por parceiro íntimo, enquanto o consumo de tabaco aumentou tal chance em 2,04 vezes (Tabela 8).

Tabela 8 – Regressão logística envolvendo o consumo de álcool e o consumo de tabaco pelas mulheres frente à ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher. Teresina-PI, 2016. (n = 369)

Variáveis independentes	Violência por parceiro íntimo		OR	IC 95%	p-valor
	Sim	Não			
	n (%)	n (%)			
Consumo de álcool			2,15	1,37-3,38	0,001
Sim	137 (74,1)	48 (25,9)			
Não	99 (53,8)	85 (46,2)			
Consumo de tabaco			2,04	1,04-4,00	0,038
Sim	54 (81,8)	12 (18,2)			
Não	182 (60,1)	121 (39,9)			

Legenda: OR = Odds Ratio. IC = Intervalo de confiança.

5 DISCUSSÃO

Embora a literatura científica evidencie a existência de associação entre o consumo de substâncias psicoativas e a violência por parceiro íntimo (VPI) contra a mulher, ainda é incipiente os debates envolvendo o consumo dessas substâncias pelas mulheres violentadas, uma vez que grande parte dos estudos aborda o consumo pelo parceiro íntimo do sexo masculino que pratica os atos violentos (VIEIRA et al., 2014; GILCHRIST et al., 2017; RADCLIFFE et al., 2017).

Outro ponto que merece destaque é o protagonismo das drogas lícitas como fator de risco para uma variedade de doenças e agravos, dentre os quais figura a ocorrência de VPI (SULLIVAN et al., 2015; STENE et al., 2017). Dessa forma, a relação entre o consumo de álcool e tabaco no universo feminino e a ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher merece, cada vez mais, ser investigada e debatida.

Além disso, a possível subnotificação dos casos de VPI contra a mulher nos diversos serviços de saúde, bem como a não investigação dos seus principais fatores associados, tornam oportuna a realização de pesquisas que averiguem tais problemáticas no contexto comunitário, o que favorece a detecção dos atos violentos e sua associação com possíveis fatores de risco relacionados ao cotidiano das mulheres.

O presente estudo foi realizado com mulheres adultas atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em áreas urbanas e rurais de cinco municípios piauienses. A maioria da amostra pertencia à faixa etária de 20 a 39 anos (75,1%), era parda (59,6%), católica (72,4%), casada ou em união estável (72,4%), tinha oito anos ou mais de estudo (81,8%), pelo menos um filho (70,7%) e renda mensal menor ou igual a dois salários mínimos (69,7%).

Tais características assemelham-se com as encontradas em mulheres de outras localidades do Brasil e do exterior. Pesquisa sobre a VPI contra a mulher realizada em Unidades Básicas de Saúde de Vitória, Espírito Santo, detectou que a maior parcela das mulheres tinha menos de 40 anos (59,7%), era parda (52,5%), casada ou em união estável (74,0%), possuía nove ou mais anos de estudo (69,4%) e renda familiar menor ou igual a R\$ 1500,00 (34,6%) (LEITE et al., 2017). Ademais, investigação semelhante desenvolvida em Recife, Pernambuco, identificou que 85,5% das mulheres tinham filhos (BARROS et al., 2016).

Em Ribeirão Preto, São Paulo, pesquisa envolvendo uma amostra de 504 mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) corrobora com os achados supracitados, uma vez que 66,5% delas eram casadas ou coabitavam com seu companheiro, 55,6% eram católicas e 56,6% tinham escolaridade igual ou superior a nove anos (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

No cenário internacional, estudo nigeriano detectou o predomínio de mulheres na faixa etária de 15 a 34 anos (83,2%), casadas (77,6%), com nível educacional secundário ou terciário (83,9%) e desempregadas (39,4%) (TANIMU; YOHANNA; OMEIZA, 2016). Já no Irã, 42,2% das mulheres partícipes eram analfabetas e 96,4% eram donas de casa (NOURI et al., 2012).

Dentre as características socioeconômicas das mulheres, a renda destaca-se como um importante fator de risco para a ocorrência de violência por parceiro íntimo (LINDNER et al., 2015). Reichel (2017) constatou, em análise desenvolvida nos Estados-Membros da União Europeia, que havia maior prevalência de VPI entre os casais com menor status socioeconômico. Dessa forma, as mulheres que relataram ter baixa renda apresentaram taxas mais altas de violência por parceiro íntimo.

A situação financeira também foi destacada em estudo realizado em Abidjan, na Costa do Marfim, com o objetivo de examinar as características sociais e estruturais do ambiente urbano que influenciam no acontecimento de VPI contra mulheres. Detectou-se que a pobreza (marcada pelo desemprego e instabilidade de habitação) e a mudança dos papéis de gênero contribuem para as experiências de VPI contra a mulher (CARDOSO et al., 2016).

Renner e Whitney (2012) destacam que o fato de ser casada ou morar com um parceiro também se configura como um fator preditor para a ocorrência de VPI contra a mulher. Ademais, revisão crítica da literatura apontou outros fatores socioeconômicos que estão associados à violência por parceiro íntimo, com destaque para a baixa escolaridade, desemprego, dependência financeira, histórico de violência familiar na infância/adolescência e deficiência das redes de prevenção e proteção à mulher (LOURENÇO et al., 2013).

Dessa forma, diante dos vários fatores de risco associados e das potenciais consequências físicas e mentais ocasionadas às mulheres em decorrência da violência por parceiro íntimo, os profissionais de saúde devem estar atentos na

captação, notificação e apoio dos casos de VPI entre mulheres usuárias dos serviços de saúde, principalmente no âmbito da atenção primária.

Na presente pesquisa, 67,8% das mulheres relataram que procuram o serviço de saúde, pelo menos, uma vez a cada três meses. Tal informação merece atenção, uma vez que estudo realizado em São Paulo concluiu que a ocorrência de VPI estava associada à alta frequência de procura aos serviços de Atenção Primária à Saúde (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010).

A busca pela consulta de enfermagem entre as mulheres que compuseram a amostra deste estudo estava relacionada, principalmente, a questões gineco-obstétricas. Dessa forma, 32,8% das consultas foram destinadas à realização de exame citopatológico do colo uterino e 18,7% ao acompanhamento de mulheres em período gestacional (consulta pré-natal).

Quanto às condições de saúde das mulheres do estudo, 36,9% delas referiram realização do exame das mamas e 65,6% haviam realizado o exame citopatológico do colo uterino, no último ano. Barreto, Mendes e Thuler (2012), ao avaliarem a cobertura das ações de rastreamento do câncer de mama em um município da Paraíba, identificaram que 58,9% das mulheres entrevistadas haviam sido avaliadas com exame clínico das mamas, enquanto a cobertura do exame mamográfico foi de 49,0%.

Além disso, Grianelli, Thuler e Silva (2014), ao pesquisarem sobre o rastreamento para o câncer do colo de útero entre 764 mulheres assistidas pela Estratégia Saúde da Família dos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, constataram que 70,7% estavam com os exames citopatológicos do colo uterino atualizados, percentual semelhante ao detectado neste estudo.

Destaca-se que a realização desses exames nas consultas de enfermagem figura como o momento ideal para que o profissional que atua na Atenção Primária à Saúde aborde o público feminino de forma multidimensional e investigue outros aspectos referentes à saúde física e psicossocial, com destaque para temas como o consumo de substâncias psicoativas e a vivência de violência por parceiro íntimo.

Estudo realizado com 358 gestantes em um serviço de pré-natal no município de Ribeirão Preto, São Paulo, detectou que 63 mulheres (17,6%) haviam sofrido VPI durante a gestação, sendo que 60 delas sofreram violência psicológica (95,2%), 23, violência física (36,5%) e uma, violência sexual (1,6%). Ademais, 43,1%

relataram que a convivência com o parceiro piorou no decorrer do período gestacional (OLIVEIRA et al., 2015).

Resultados semelhantes foram detectados em uma amostra comunitária de mulheres mexicanas que vivem nos Estados Unidos. O estudo apontou que 13,1% das mulheres relataram VPI durante a gestação, sendo que aquelas com menor apoio social apresentaram maior probabilidade de vivenciar os episódios de violência praticados pelo parceiro íntimo (JACKSON et al., 2015).

Laanpere et al. (2012) apontam que a não utilização de contracepção, o aborto induzido por repetição e o histórico de infecções sexualmente transmissíveis são outros fatores associados à exposição das mulheres à VPI. Dessa forma, confirma-se a existência de relação entre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e a vulnerabilidade destas à ocorrência de violência por parceiro íntimo, o que evidencia a necessidade de estratégias que fortaleçam o rastreamento dessa violência contra a mulher nos serviços que ofertam, principalmente, assistência à saúde reprodutiva e sexual.

Neste contexto, revisão sistemática da literatura acerca de intervenções para prevenção de VPI contra a mulher no período gestacional identificou que tanto a visita domiciliar como o desenvolvimento de variadas formas de aconselhamento de suporte no decorrer das consultas realizadas pelos profissionais da saúde são estratégias eficazes no combate à VPI (VAN PARYS et al., 2014).

A violência por parceiro íntimo contra a mulher foi relatada por 64,0% das mulheres da presente pesquisa, percentual elevado quando comparado aos resultados de outras capitais nordestinas. Em Recife e em João Pessoa, detectou-se que a prevalência de VPI entre mulheres cadastradas na ESF foi de 24,4% e 39,0%, respectivamente (ALBUQUERQUE et al., 2013; SILVA; LIMA; LUDERMIR, 2017).

Entretanto, resultado semelhante ao deste estudo foi observado em pesquisa realizada com 661 mulheres atendidas em serviços de saúde da rede pública de São Paulo, a qual apontou que 60,9% delas foram vítimas de violência por parceiro íntimo (BARROS; SCHRAIBER, 2017).

No cenário internacional, os percentuais de VPI contra a mulher também se mostraram, em sua maioria, inferiores. No continente africano, produções científicas constataram que 53,6% das mulheres na Costa do Marfim, 43,7% em Uganda e 42,0% na Nigéria foram vítimas de VPI (SHUMAN et al., 2016; KINYANDA et al., 2016; TANIMU; YOHANNA; OMEIZA, 2016). Porém, as menores prevalências foram

encontradas nos continentes europeu e asiático. Na Noruega, 13,5% das mulheres reportaram VPI, enquanto na Arábia Saudita a prevalência foi de 11,9% (ALZHRANI; ABAALKHAIL; RAMADAN, 2016; STENE et al., 2017).

Por outro lado, pesquisa desenvolvida com uma amostra de mulheres em Gana demonstrou prevalência de violência por parceiro íntimo contra a mulher superior ao encontrado nos cinco municípios piauienses investigados. Dentre as 443 mulheres entrevistadas, 306 (69,0%) haviam experimentado VPI de alguma natureza, sendo que 62,0%, 34,0% e 27,0% delas sofreram, nessa ordem, violência psicológica, sexual e física (ISSAHAKU, 2017).

Embora o presente estudo também tenha identificado predomínio de agressão psicológica (61,5%), contrapõe-se ao estudo de Issahaku (2017) ao revelar maior prevalência de abuso físico (33,6%) que de coerção sexual (17,1%). Resultados similares foram observados no estado de São Paulo, onde a prevalência de VPI psicológica, física e sexual foi de 53,8%, 32,2% e 12,4%, respectivamente (MATHIAS et al., 2013).

Ainda quanto à natureza das ações violentas, elevados percentuais foram identificados no Irã, onde 79,7% das mulheres foram vítimas de VPI psicológica, 60,0% de VPI física e 32,9% de VPI sexual (NOURI et al., 2012). Já na Suécia, as prevalências de VPI contra a mulher foram inferiores às encontradas na maioria dos estudos: 25,0% psicológica, 7,5% física e 2,8% sexual (LOVESTAD et al., 2017).

Embora muitas vezes seja negligenciada pelos serviços de proteção à mulher e pelos profissionais de saúde, a agressão psicológica merece atenção, visto que, geralmente, apresenta-se como a primeira forma de violência no contexto de uma cadeia que pode chegar até o seu ponto máximo, o feminicídio. Resultados deste estudo apontam que a maioria dos casos de agressões psicológicas estava conjugada com outros tipos de violências, especialmente as físicas.

Além disso, constatou-se que 15,3% das mulheres relataram a ocorrência conjunta de agressão psicológica, abuso físico e coerção sexual. Tal achado é semelhante ao encontrado em pesquisas realizadas na Europa e na África: dentre as mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo em Oslo, Noruega, 11,7% mencionaram ter experimentado violência de todas as naturezas, enquanto em Mwanza, Tanzânia, tal prevalência foi de 12,6% (STENE et al., 2017; KAPIGA et al., 2017).

Ressalta-se que a VPI pode resultar em uma ampla gama de problemas físicos e mentais à saúde das mulheres, incluindo injúrias (lesões físicas), dor crônica, transtornos mentais (ansiedade e depressão, principalmente) e distúrbios do sono. Nas mulheres piauienses, observou-se que 14,6% e 7,0% das vítimas de VPI apresentaram, respectivamente, injúria menor e injúria severa como consequência do abuso físico perpetrado por parceiro íntimo. Estes resultados corroboram com os encontrados no Sri Lanka, onde 11,2% das mulheres violentadas evoluíram com injúrias severas (JAYASURIYA; WIJEWARDENA; AXEMO, 2011).

Pesquisa multicêntrica realizada em mais de 40 países, localizados em cinco continentes distintos, concluiu que há relação direta entre a gravidade da violência física perpetrada por parceiro íntimo e o consumo de álcool, sendo que a gravidade da VPI física perpetrada é maior quando envolve o consumo de tal substância, seja apenas pela parceira violentada ou por ambos os envolvidos na ação violenta (GRAHAM et al., 2011).

Neste contexto, produções nacionais e internacionais confirmam o consumo de álcool como um dos principais fatores de risco para a ocorrência de VPI contra a mulher (REINGLE et al., 2014; ALLY et al., 2016; TANIMU; YOHANNA; OMEIZA, 2016; STENE et al., 2017). Resultados obtidos em investigação espanhola demonstraram elevada prevalência de violência de gênero entre mulheres usuárias de mais de uma substância psicoativa de abuso, sendo o álcool a principal droga de consumo (CALDENTEY et al., 2017).

Os fatores desencadeantes do consumo de substâncias psicoativas por mulheres estão relacionados às suas características individuais, bem como aos seus aspectos socioculturais, com destaque para a faixa etária precoce, baixa escolaridade, baixa inserção no mercado de trabalho, conflitos intrafamiliares, fraco vínculo afetivo e consumo de drogas no ambiente familiar ou em grupos de amigos (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

No presente estudo, 50,1% das mulheres referiram o consumo de bebidas alcoólicas, o que representa uma prevalência maior que a detectada nacionalmente. Segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), realizado periodicamente nas cinco regiões brasileiras, a prevalência do consumo de álcool entre mulheres foi de 41,0% em 2006 e 38,0% em 2012 (LARANJEIRA et al., 2014).

Resultado similar foi detectado em porto-riquenhas que vivem nos Estados Unidos, uma vez que 25,0% delas declararam-se ex-etilistas e 35,0% relataram

consumo atual de bebidas alcoólicas, sendo que destas, 27,0% eram bebedoras moderadas e 8,0%, bebedoras pesadas (ANDREWS-CHAVEZ et al., 2014).

Por outro lado, a Rússia apresenta-se com um dos países com maior prevalência de consumo de álcool no universo feminino. Pesquisa desenvolvida com mulheres russas em idade fértil constatou que 89,0% delas haviam consumido bebidas alcoólicas nos últimos 3 meses, sendo que 65,0% relataram o consumo de quatro ou mais doses em uma única ocasião (BALACHOVA et al., 2012).

Em relação aos padrões de consumo, estudo brasileiro desenvolvido em dois municípios de Minas Gerais detectou que 87,4% das mulheres estavam inseridas na zona I (abstinência ou uso de baixo risco), 10,6% na zona II (uso de risco), 0,7% na zona III (uso nocivo) e 1,4% na zona IV (possível dependência) (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007). Tais achados assemelham-se aos encontrados neste estudo, visto que 83,2% das mulheres da amostra enquadraram-se na zona I, 13,8% na zona II, 1,6% na zona III e 1,4% na zona IV.

Os padrões de consumo de álcool entre as mulheres na Coreia do Sul também se mostraram similares aos encontrados nas mulheres piauienses. Pesquisa composta por uma amostra de 8112 mulheres sul coreanas com idade igual ou superior a 19 anos, identificou que 82,7% delas eram abstinentes ou faziam uso de baixo risco, 12,2% faziam uso de risco, 2,9% faziam uso nocivo e 2,2% faziam uso compatível com uma possível dependência (RHA et al., 2017).

Já na África do Sul, estudo realizado na província do Cabo Oriental, com mulheres na faixa etária de 18 a 40 anos, apontou que a prevalência de dependência de álcool nos últimos 12 meses foi 19,1% (ANDERSSON et al., 2017). Assim, o percentual de dependência encontrado no país africano é muito superior ao estimado neste estudo, visto que a prevalência de uma possível dependência nas mulheres que compuseram a amostra foi de 1,4%.

Quanto às consequências do consumo de substâncias psicoativas no universo feminino, Souza, Oliveira e Nascimento (2014), ao investigarem reportagens publicadas em revistas brasileiras de circulação nacional acerca das repercussões sociais e na saúde desse consumo, destacaram a vitimização dessas em situações de VPI, bem como o aumento do consumo de drogas por mulheres, com destaque para o álcool.

Deve-se ressaltar que, no presente estudo, 74,1% das mulheres que referiram o consumo de álcool foram vítimas de violência por parceiro íntimo. Além

disso, constatou-se associação estatisticamente significativa entre o consumo de álcool por mulheres e a ocorrência de VPI contra a mulher.

Segundo Mendes, Cunha e Nogueira (2011), o consumo de álcool é capaz de elevar a tendência a comportamentos violentos e impulsivos, inclusive no universo feminino, os quais podem determinar a ocorrência de morbidades e mortalidades por causas violentas. Assim, as mulheres que consomem álcool tornam-se mais susceptíveis ao desenvolvimento de relacionamentos conflituosos, o que pode aumentar a probabilidade de vitimização em episódios de violência por parceiro íntimo.

Análise realizada a partir de uma amostra domiciliar representativa de todas as regiões geográficas do Brasil evidenciou que o consumo de álcool aumenta em 1,6 vezes a possibilidade de vitimização em casos de violência por parceiro íntimo (ALLY et al., 2016). Tal associação foi mais expressiva nesta pesquisa, uma vez que o consumo de álcool aumentou em 2,15 vezes a chance da mulher ser vítima de VPI. Dessa forma, confirma-se que o consumo de álcool desempenha um papel importante na ocorrência de violência por parceiro íntimo.

Vieira, Perdoná e Santos (2011) constataram associação entre o consumo de álcool pela mulher e a ocorrência de abuso físico praticado pelo parceiro íntimo, sendo que uso de álcool pela entrevistada aumentou em mais de duas vezes sua chance de sofrer tal violência. Esse resultado corrobora com o presente estudo, no qual o consumo de álcool aumentou em mais de quatro vezes as chances de ocorrer abuso físico menor e em mais de três vezes a possibilidade da mulher vivenciar abuso físico severo.

Pesquisa desenvolvida com adultos de 20 a 59 anos de idade, residentes na zona urbana de Florianópolis, Santa Catarina, concorda com os achados supracitados, uma vez que detectou que o uso abusivo de álcool pela mulher aumentou em 2,5 vezes sua chance de sofrer violência física moderada e 4,18 vezes sua chance de sofrer violência física grave perpetrada pelo parceiro íntimo (LINDNER et al., 2015).

Internacionalmente, estudo realizado em Uganda, continente africano, concluiu que além de associar-se com a violência física, o consumo de álcool pelas mulheres também apresentou associação estatística com as violências por parceiro íntimo de naturezas psicológica e sexual (KINYANDA et al., 2016). Tais dados vão de encontro aos detectados neste estudo, visto que o consumo de álcool pelas

mulheres da amostra associou-se à ocorrência de agressões psicológicas (menores e severas) e coerção sexual menor contra as mulheres.

Além da problemática acerca do álcool, o consumo de tabaco entre as mulheres também se apresenta como um importante problema de saúde pública (ERIKSEN *et al.*, 2015; CAÑÓN-BARROSO *et al.*, 2017). Mesmo diante das fortes políticas mundiais de combate ao tabagismo e seus resultados exitosos, o tabagismo feminino ainda preocupa e merece atenção, principalmente em países desenvolvidos.

Embora investigação sobre o consumo de tabaco em 187 países tenha identificado redução na prevalência global do tabagismo em mulheres de 10,6% em 1980 para 6,2% em 2012 (NG *et al.*, 2014), dados desagregados de cinco pesquisas representativas a nível nacional, na Índia, apontou que o tabagismo entre as mulheres dobrou de 1,4% para 2,9% no período de 2005 a 2010 (GOEL *et al.*, 2014).

Estudo indiano identificou que a maior prevalência de tabagismo feminino encontra-se nos estados que apresentam menor Produto Interno Bruto per capita e menores níveis de escolaridade (GOEL *et al.*, 2014). Ainda quanto às características socioeconômicas, o percentual de tabagismo atual apresenta-se significativamente maior entre mulheres adultas com idade entre 25 e 55 anos, inclusive no Brasil (LOMBARDI *et al.*, 2011; CAIXETA *et al.*, 2013).

Nas mulheres piauienses partícipes desta pesquisa, a prevalência de consumo de tabaco foi de 17,9%, superior ao encontrado em pesquisa domiciliar de base populacional envolvendo 60.202 indivíduos brasileiros com idade igual ou superior a 18 anos, a qual apontou que 11,0% das mulheres entrevistadas eram usuárias atuais de tabaco (MALTA *et al.*, 2015).

Estudo envolvendo mulheres de 14 países, localizados em continentes distintos, com idades compreendidas entre 15 e 49 anos, identificou que o tabagismo atual entre mulheres em idade reprodutiva variou de 0,4% no Egito a 30,8% na Rússia. A prevalência foi menor ou igual a 2,3% em Bangladesh, China, Índia, Tailândia e Vietnã e maior que 10,0% no Brasil, Uruguai, Polônia, Turquia e Ucrânia (CAIXETA *et al.*, 2013).

Dessa forma, constata-se que as maiores prevalências de tabagismo feminino pertencem aos países europeus e americanos, enquanto os países

africanos e asiáticos destacam-se por apresentarem as menores prevalências de consumo de tabaco por mulheres em idade fértil.

No Irã, país localizado na Ásia Ocidental, estudo desenvolvido com 500 mulheres constatou que apenas 1,0% eram tabagistas, sendo que nenhuma delas consumia 10 ou mais cigarros por dia (ABDOLLAHIFARD et al., 2013). No entanto, na Ásia Oriental, estudo japonês realizado com uma amostra de 11861 mulheres identificou que 11,1% eram tabagistas atuais. Dentre elas, 48,7% consumiam menos de 10 cigarros por dia, 45,9% consumiam mais de 10 e menos de 20 cigarros por dia e 5,4% consumiam mais de 20 cigarros por dia (WATANABE et al., 2016).

As mulheres piauienses diferiram das japonesas quanto aos padrões de consumo de tabaco, uma vez que 62,1% relataram consumir menos de meio maço (10 cigarros) por dia, 28,8%, mais de meio maço (10 cigarros) e menos de um maço (20 cigarros) por dia e 9,1%, mais de um maço (20 cigarros) por dia. Percebe-se, portanto, que as mulheres que compuseram a amostra deste estudo apresentam maior percentual de consumo de mais de 20 cigarros por dia quando comparadas às mulheres do Japão.

A literatura científica aponta que os padrões de consumo de tabaco são ainda maiores em populações de risco, pois apresentam maior vulnerabilidade frente ao consumo de substâncias psicoativas. Pesquisa nigeriana, realizada com 323 mulheres profissionais do sexo, detectou que 20,7% das mulheres eram fumantes atuais, sendo que 37,4% destas fumavam mais de 10 cigarros por dia (ODUKOYA et al., 2013).

No Brasil, estudo com a mesma população evidenciou que 71,1% das mulheres profissionais do sexo da cidade de Botucatu, São Paulo, eram tabagistas, sendo que 81,4% delas fumavam diariamente, com média de 22,3 cigarros consumidos por dia, o que corresponde a aproximadamente 8,6 maços por semana (DEVÓGLIO et al., 2017).

De acordo com Caleyachetty et al (2014) e Sullivan et al. (2015), o tabagismo feminino figura como um fator de risco para a ocorrência de VPI contra a mulher. Estudo epidemiológico realizado em amostra adulta dos Estados Unidos (n = 25.778) detectou que a nicotina foi a substância mais utilizada pelas mulheres que haviam sido vítimas de violência por parceiro íntimo no último ano (AFIFI et al., 2012).

O fumar apresenta-se como uma maneira de lidar com o estresse de um relacionamento prejudicado pelos conflitos. No entanto, a nicotina presente no tabaco pode estar relacionada à violência por parceiro íntimo através de alterações comportamentais, uma vez que as mulheres que consomem o tabaco podem tornar-se mais impulsivas, irritáveis e propensas a entrar em conflito com o parceiro íntimo, o que pode aumentar a probabilidade de ocorrência de VPI contra a mulher (CUNRADI; TODD; MAIR, 2015).

No presente estudo, 81,8% das mulheres que relataram o consumo de tabaco foram vítimas de violência por parceiro íntimo. Além disso, constatou-se que a chance de vivenciar algum tipo de VPI aumentou 2,04 vezes entre as mulheres tabagistas.

Resultado similar foi obtido em pesquisa desenvolvida em uma comunidade urbana no Nordeste dos Estados Unidos com uma amostra de 123 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos e vítimas de violência por parceiro íntimo atual. Identificou-se que 86,0% das mulheres violentadas consumiram tabaco nos últimos três meses, sendo que 73,0% delas apresentaram um padrão de consumo diário (SULLIVAN et al., 2011).

Estudo realizado a partir de dados de 21.162 mulheres residentes nos Estados Unidos sobre a violência por parceiro íntimo e os riscos associados à saúde cardiovascular, constatou que 4975 mulheres foram vítimas de violência por parceiro íntimo ao longo da vida, sendo que mais de um terço delas relatou tabagismo atual. Além disso, concluiu que há associação estatística entre os fenômenos, sendo que o consumo de tabaco atual aumentou em 2,8 vezes a chance da mulher vivenciar episódios de VPI (DICHTER; CERULLI; BOSSARTE, 2011).

Jun et al. (2008), ao avaliar a ocorrência de violência por parceiro íntimo em 54200 enfermeiras norte americanas, detectou relação entre o tabagismo e os diversos tipos de violência por parceiro íntimo. As mulheres que sofreram abuso psicológico isolado eram 33,0% mais propensas a fumar do que aquelas não expostas a tal violência. Ademais, o risco de tabagismo demonstrou-se ser maior entre aquelas que relataram sofrer violência física ou sexual aliada à violência psicológica.

O estudo supracitado difere dos resultados encontrados nos municípios piauienses envolvidos nesta investigação, pois detectou associação entre o

tabagismo e a violência sexual. Por outro lado, corrobora ao identificar, também, associação entre o consumo de tabaco e as violências psicológica e física.

Pesquisa desenvolvida por Sullivan et al. (2015), com 186 mulheres inglesas, apresentou resultados ainda mais semelhantes aos deste estudo ao constatar que as mulheres que relataram fumar diariamente experimentaram maior violência psicológica e física perpetrada por parceiro íntimo, quando comparados às mulheres não fumantes.

Quanto à severidade dos atos violentos perpetrados por parceiro íntimo, Crane, Pilver e Weinberger (2014) apontam que tanto a vitimização por VPI severa quanto por VPI menor foram significativamente maiores entre os fumantes atuais (diários ou não diários). Tal achado concorda com o encontrado na presente análise, uma vez que o tabagismo feminino associou-se tanto às violências menores como com as violências severas perpetradas por parceiros íntimos.

Diante do exposto, percebe-se a relação direta entre o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a sua vitimização em casos de violência por parceiro íntimo. Ao considerar as consequências adversas para a saúde advindas desses fenômenos, faz-se necessário melhor coordenação entre os serviços de prevenção e apoio à mulher, bem como a sensibilização do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde sobre as temáticas, as quais devem ser constantemente debatidas nos serviços de saúde.

6 CONCLUSÃO

Além de confirmar a violência por parceiro íntimo (VPI) contra a mulher como um problema de saúde pública de grande magnitude e presente no cotidiano das mulheres dos municípios piauienses, os resultados deste estudo destacaram o protagonismo do consumo de álcool e tabaco por mulheres como um fator de risco associado à ocorrência de VPI no universo feminino.

A amostra do estudo foi composta, predominantemente, por mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, pardas, católicas, heterossexuais, casadas ou em união estável, com filhos, oito anos ou mais de estudo e renda menor ou igual a dois salários mínimos. Além disso, 30,1% delas frequentavam o serviço de saúde mensalmente, principalmente por motivos gineco-obstétricos, 24,7% relataram a presença de alguma morbidade, 34,7% a prática de atividades físicas e 24,9% a realização de prática alternativas e complementares de saúde.

Constatou-se elevada prevalência de violência por parceiro íntimo contra as mulheres (64,0%), sendo que a agressão psicológica foi relatada por 61,5% das mulheres, o abuso físico por 33,6%, a coerção sexual por 17,1% e a injúria por 16,0%. Destaca-se que grande parte delas foram vítimas de mais de um tipo de violência e que 15,3% da amostra relataram a ocorrência conjunta de todas as naturezas de violência.

Quanto ao consumo de substâncias psicoativas, 50,1% e 17,9% das mulheres referiram o consumo de álcool e tabaco, respectivamente. Em relação ao álcool, observou-se que 83,2% eram abstinente ou faziam uso de baixo risco, 13,8% uso de risco, 1,6% uso nocivo e 1,4% eram possíveis dependentes. Já dentre as tabagistas, 62,1% das mulheres fumantes consumiam, diariamente, menos de meio maço, 28,8% entre meio e um maço, 6,1% mais de um e menos de dois maços e 3,0% dois maços ou mais.

Tanto o consumo de álcool como o de tabaco por mulheres associou-se à ocorrência de VPI no universo feminino. O consumo de álcool aumentou em 2,15 vezes a chance de a mulher ser vítima de violência por parceiro íntimo, enquanto o consumo de tabaco aumentou tal chance em 2,04 vezes.

Ademais, detectou-se associação entre o consumo de álcool por mulheres e sua vitimização em episódios de agressões psicológicas (menores e severas), abusos físicos (menores e severos), coerções sexuais (menores) e injúrias (menores

e severas). Quanto ao tabaco, houve associação entre o seu consumo pelo público feminino e a ocorrência de agressões psicológicas (menores e severas), abusos físicos (menores e severos) e injúrias (menores e severas).

Diante da necessidade de reforçar a coordenação entre os serviços de prevenção e apoio às mulheres que consomem álcool e/ou tabaco e que vivenciam a violência por parceiro íntimo, os achados supracitados poderão contribuir para a formulação de estratégias e políticas públicas que abordem tais problemáticas no contexto de uma assistência integral e humanizada à saúde das mulheres.

Ademais, acredita-se que o presente estudo disponibiliza informações que subsidiarão enfermeiros e outros profissionais da saúde acerca da prática preventiva e do manejo dos casos de VPI contra a mulher e seus fatores associados, além de influenciar a realização de outros estudos e favorecer os debates sobre os fenômenos em diferentes âmbitos sociais.

Quanto à limitação do estudo, observa-se a utilização do delineamento transversal, uma vez que este impossibilita a definição de causalidade entre o consumo de álcool e tabaco e a ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher.

Por último, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que possa investigar a relação de causa e efeito entre os fenômenos, bem como o desenvolvimento de estudos intervencionais na população feminina que permitam embasar linhas de atenção e cuidados tanto às mulheres consumidoras de substâncias psicoativas lícitas, como àquelas vítimas de VPI, com intuito de permitir que tenham uma vida com mais qualidade.

REFERÊNCIAS

- ADBOLLAHIFARD, G. et al. Are the predictors of hookah smoking differ from those of cigarette smoking? Report of a population-based study in Shiraz, Iran, 2010. **Int J Prev Med**, v. 4, n. 4, p. 459-66, 2013.
- ACOSTA, D. F. et al. Violence against women committed by intimate partners: (in)visibility of the problem. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 121-7, 2015.
- AFIFI, T. O. et al. Victimization and Perpetration of intimate partner violence and substance use disorders in a Nationally Representative Sample. **J Nerv Ment Dis**, v. 200, n. 8, p. 684-91, 2012.
- ALBUQUERQUE, J. B. C. et al. Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Eletr Enf**, v. 15, n. 2, p. 382-90, 2013.
- ALEXANDRA, C.; FIGUEIREDO, B. Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. **Psicol: Teor Prat**, v. 8, n. 2, p. 14-39, 2006.
- ALI, P. A. et al. Intimate partner violence in Pakistan: a systematic review. **Trauma Violence Abuse**. V. 16, n. 3, p. 299-315, 2014.
- ALLY, E. Z. et al. Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 38, n. 2, p. 98-105, 2016.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309-19, 2009.
- ALZHRANI, T. A.; ABAALKHAIL, B. A.; RAMADAN, I. K. Prevalence of intimate partner violence and its associated risk factors among Saudi female patients attending the primary healthcare centers in Western Saudi Arabia. **Saudi Med J**, v. 37, n. 1, p. 96-9, 2016.
- AMARAL, L. B. M. et al. Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidades social de proteção. **Est Feministas**, v. 24, n. 2, p. 521-40, 2016.
- ANDERSSON, L. M. C. et al. Prevalence and socioeconomic characteristics of alcohol disorders among men and women in the Eastern Cape Province, South Africa. **Health Soc Care Community**, p. 1-11, 2017.
- ANDREWS-CHAVEZ, J. Y. et al. Factors associated with alcohol consumption patterns in a Puerto Rican urban cohort. **Public Health Nutrition**, v. 18, n. 3, p. 464-73, 2014.

ASSIS, D. F. F.; CASTRO, N. T. Alcoolismo feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos Contextos**, v. 9, n. 2, p. 358-70, 2010.

AZEVEDO, R. C. S.; FERNANDES, R. F. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. **São Paulo Med J**, v. 129, n. 6, p. 380-6, 2011.

BABOR T. F. et al. **The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care**. Genebra: World Health Organization, 2001.

BABOR, T. F. et al. **AUDIT**: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool- roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BAILEY, B. A.; DAUGHERTY, R. A. Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. **Matern Child Health J**, v. 11, p. 495-503, 2007.

BALACHOVA, T. et al. Women's alcohol consumption and risk for alcohol-exposed pregnancies in Russia. **Addiction**, v. 107, n. 1, p. 109-17, 2012.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Rev Soc Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-69, 2014.

BARAONA, E. et al. Gender differences in pharmacokinetics of alcohol. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 25, p. 502-7, 2001.

BARRETO, A. S. B.; MENDES, M. F. M.; THULER, L. C. S. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 34, n. 2, p. 86-91, 2012.

BARROS, C. R. S.; SCHRAIBER, L. B. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. **Rev Saúde Pública**, v. 51, p. 7-17, 2017.

BARROS, E. N. et al. Prevalence and factors associated with intimate partner violence among women in Recife/Pernambuco, Brazil. **Ciêns Saúde Colet**, v. 21, n. 2, p. 591-8, 2016.

BARUFALDI, L. A. et al. Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. **Ciêns Saúde Colet**, v. 22, n. 9, p. 2929-38, 2017.

BORGES, M. T. T.; BARBOSA, R.H.S. Gender signs on female smoking: a sociological approach to women's cigarette smoking. **Ciêns Saúde Colet**, v.14, n. 4, p.1129-39, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.575, de 29 de agosto de 2002**. Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.035, de 31 de maio de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. **Resolução n.º 3, de 27 de outubro de 2005**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: CONAD, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. **Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 6.117, de 22 de maio de 2007**. Aprova a Política Nacional sobre Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-1010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

_____. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2011c.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília: CNS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 571, de 5 de abril de 2013**. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 761, de 21 de junho de 2016**. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**, Brasília: CNS, 2016.

BRILHANTE, A. V. M. et al. A bibliometric study on gender violence. **Saúde Soc**, v. 25, n. 3, p. 703-15, 2016.

BURNHAMS, N. H.; PARRY, C. D. H. The state of interventions to address substance-related disorders in South African workplaces: implications for research, policy, and practice. **S Afr J Psychol**, v. 45, n 4, p. 495-507, 2015.

CAIXETA, R. Current tobacco use and secondhand smoke exposure among women of reproductive age — 14 countries, 2008-2010. **Morb Mortal Wkly Rep**, v. 309, n. 4, p. 336-8, 2013.

CALDEIRA, S. et al. Violência de mulher idosa tabagista: um estudo na fenomenologia social de Alfred Schütz. **Rev Min Enferm**, v. 20, p. 1-7, 2016.

CALDENTEY, C. et al. Violencia de género en mujeres con consumo de sustancias ingresadas en el hospital general: cribado y prevalência. **Adicciones**, v. 29, n. 3, 172-9, 2017.

CALEYACHETTY, R. et al. Intimate partner violence and current tobacco smoking in low- to middle-income countries: Individual participant meta-analysis of 231,892 women of reproductive age. **Glob Public Health**, v. 9, n. 5, p. 570-8, 2014.

CAMPOS, E. A.; REIS, J. G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. **Interface**, v. 14, n. 34, p. 539-50, 2010.

Cañón-Barroso, L. et al. Tabaquismo y riesgo coronario en la población de un centro de salud: estudio de cohortes retrospectivo. **Rev Esp Salud Pública**, v. 91, p. 1-6, 2017.

CAPALDI, D. M. et al. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. **Partner Abuse**, v. 3, n. 2, p. 231-80, 2012.

CARDOSO, L. F. et al. What factors contribute to intimate partner violence against women in urban, conflict-affected settings? Qualitative findings from Abidjan, Côte d'Ivoire. **J Urban Health**, v. 93, n. 2, p. 364-8, 2016.

CARNEIRO, J. F. et al. Physical violence by an intimate partner and the inappropriate use of prenatal care services among women in Northeastern Brazil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19, n. 2, p. 243-55, 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress**: a report of the Surgeon General. Atlanta: CDC, 2014.

COUTINHO, E. S. F. et al. Cost of diseases related to alcohol consumption in the Brazilian Unified Health System. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 28, p. 1-8, 2016.

CRANE, C. A.; HAWES, S. W.; WEINBERGER, A. H. Intimate partner violence victimization and cigarette smoking: a meta-analytic review. **Trauma Violence Abuse**, v. 14, n. 4, p. 305-15, 2013.

CRANE, C. A.; PILVER, C. E.; WEINBERGER, A. H. Cigarette smoking among intimate partner violence perpetrators and victims: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Am J Addict**, v. 23, n. 5, p. 493-501, 2014.

CURANDI, C. B.; TODD, M.; MAIR, C. Discrepant patterns of heavy drinking, marijuana use, and smoking and intimate partner violence: results from the California Community Health Study of Couples. **J Drug Educ**, v. 45, n. 2, p. 73-95, 2015.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciêñ Saúde Colet**, v. 11, n. suppl, p. 1163-78, 2006.

DEVÓGLIO, L. L. et al. Smoking among female sex workers: prevalence and associated variables. **J Bras Pneumol**, v. 43, n. 1, p. 6-13, 2017.

DEVRIES, K. M. et al. The global prevalence of intimate partner violence against women. **Science**, v. 340, p. 1527-8, 2013a.

DEVRIES, K. M. et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. **Addiction**, v. 109, p. 379-91, 2013b.

DÍAZ-MESA, E. M. et al. Diferencias de género en la gravedad de la adicción. **Adicciones**, v. 28, n. 4, p. 221-30, 2016.

DICHTER, M. E.; CERULLI, C.; BOSSARTE, R. M. Intimate partner violence victimization among women veterans and associated heart health risks. **Womens' Health**, v. 21, p. 190-4, 2011.

DILLON, G. et al. Influence of intimate partner violence on domestic relocation in metropolitan and non-metropolitan young Australian women. **Violence Against Women**, v. 22, n. 13, p. 1597-620, 2016.

EL-BASSEL, N. et al. Intimate partner violence and HIV among drug-involved women: contexts linking these two epidemics-challenges and implications for prevention and treatment. **Subst Use Misuse**, v. 46, n. 2-3, p. 295-306, 2011.

ELICKER, E. et al. Use of alcohol, tobacco and other drugs by adolescents students from Porto Velho-RO, Brazil. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 3, p.399-410, 2015.

ELY, M. et al. Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water. **Alcohol Alcohol**, v. 34, p. 894-902, 1999.

ERIKSEN, M. et al. **The Tobacco Atlas**. New York City: World Lung Foundation; American Cancer Society, 2015.

FEIJÓ, M. R. et al. Álcool e violência nas relações conjugais: um estudo qualitativo com casais. **Psicol Estud**, v. 21, n. 4, p. 581-92, 2016.

FERRAZ, L. et al. Tabagismo: motivos da cessação e da recaída na população de um NASF. **Hygeia**, v. 11, n. 20, p. 127-37, 2015.

FERTIG, A. et al. Women crack users: knowing their life stories. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 310-16, 2016.

FERREIRA, L. N. et al. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1473-86, 2011.

FRANÇA, S. A. S. et al. Factors associated with smoking cessation. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 10, p. 1-8, 2015.

FREZZA, M. et al. High blood alcohol levels in women. **N Engl J Med**, v. 322, n. 2, p. 95-9, 1990.

GARCIA, L. P. The invisible magnitude of violence against women. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 25, n. 3, p. 451-4, 2016.

GARCIA, L. P. et al. Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. **Rev Panam Salud Publica**, v. 38, n. 5, p. 418-24, 2015.

GARCIA, L. P. et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cad Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 1-11, 2016.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Heavy drinking in Brazil: results from the 2013 National Health Survey. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 2, p. 227-37, 2015.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; MONTEIRO, M. G. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007-09. **Addiction**, v. 109, n. 4, p. 570-7, 2014.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GILCHRIST, E. A. et al. Alcohol use, alcohol-related aggression and intimate partner abuse: A cross-sectional survey of convicted versus general population men in Scotland. **Drug Alcohol Rev**, v. 36, p. 20-23, 2017.

GOEL, S. et al. Smoking trends among women in India: analysis of nationally representative surveys (1993–2009). **South Asian J Cancer**, v. 3, n. 4, p. 200-2, 2014.

GOODEY, J. Violence against women: placing evidence from a European Union-wide survey in a policy context. **J Inter Violence**, v. 32, n. 12, p. 1760-91, 2017.

GRAHAM, K. et al. Alcohol may not cause partner violence but it seems to make it worse: a cross national comparison of the relationship between alcohol and severity of partner violence. **J Interpers Violence**, v. 26, n. 8, p. 1503-23, 2011.

GRIANELLI, V. R.; THULER, L. C. S.; SILVA, G. A. Adesão ao rastreamento para câncer de colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 36, n. 5, p. 198-204, 2014.

GUCEK, N. K.; SVAB, I.; SELIC, P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005-2009). **Croat Med J**, v. 22, p. 728-34, 2011.

GURUGE, S. et al. Intimate partner violence in the post-war context: women's experiences and community leaders' perceptions in the Eastern Province of Sri Lanka. **PLoS ONE**, v. 12, n. 3, p. 1-16, 2017.

IMAI, F. I.; COELHO, I. Z.; BASTOS, J. L. Consumo excessivo de álcool, tabagismo e fatores associados em amostra representativa de graduados da Universidade Federal de Santa Catarina, 2012: estudo transversal. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 23, n. 3, p. 435-46, 2014.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **Global burden of disease country profiles**. Seattle: IHME, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Brasília: IBGE, 2010.

ISSAHAKU, P. A. Correlates of intimate partner violence in Ghana. **SAGE Open**, p. 1-14, 2017.

JACKSON, C. L. et al. Intimate partner violence before and during pregnancy: related demographic and psychosocial factors and postpartum depressive symptoms among mexican american women. **J Interpers Violence**, v. 30, n. 4, p. 659-79, 2015.

JAMAL, A. et al. Current cigarette smoking among adults — United States, 2005–2015. **Morb Mortal Wkly Rep**, v. 65, n. 44, p. 1205-11, 2016.

JAYASURIYA, V.; WIJewardena, K.; AXEMO, P. Intimate partner violence against women in the Capital Province of Sri Lanka: prevalence, risk factors, and help seeking. **Violence Against Women**, v. 17, n. 8, p. 1086-1102, 2011.

JENKINS, M. B. et al. Correlates of alcohol abuse/dependence in early-onset alcohol-using women. **Am J Addict**, v. 20, n. 5, p. 429-34, 2011.

JHA, P. et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. **N Engl J Med**, v. 368, n. 4, p. 341-50, 2013.

JUN, H. J. et al. Intimate partner violence and cigarette smoking: association between smoking risk and psychological abuse with and without co-occurrence of physical and sexual abuse. **Am J Public Health**, v. 98, n. 3, p. 527-35, 2008.

KAPIGA, S. et al. Prevalence of intimate partner violence and abuse and associated factors among women enrolled into a cluster randomized trial in northwestern Tanzania. **BMC Public Health**, v. 17, n. 190, p. 1-11, 2017.

KAREN, S. K. K. et al. Características clínicas de fumante atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. **Medicina**, v. 45, n. 3, p. 337-42, 2012.

KINYANDA, E. et al. Intimate partner violence as seen in postconflict eastern Uganda: prevalence, risk factors and mental health consequences. **BMC Int Health Hum Rights**, v. 16, n. 5, p. 1-11, 2016.

KNIGHT, J. A. et al. Alcohol consumption and cigarette smoking in combination: a predictor of contralateral breast cancer risk in the WECARE study. **Int J Cancer**, v. 141, n. 5, p. 916-924, 2017.

KRISTMAN-VALENTE, A. N. et al. The relationship between interpersonal violence victimization and smoking behavior across time and by gender. **J Soc Work Pract Addict**, v. 16, n. 1-2, p. 132-59, 2016.

LAANPERE, M. et al. Intimate partner violence and sexual health outcomes: a population-based study among 16–44-year-old women in Estonia. **Eur J Public Health**, v. 23, n. 4, p. 688-93, 2012.

LARANJEIRA, R. R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRA, R. R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas; Universidade Federal de São Paulo, 2014.

LEITE, I. C. et al. Burden of disease in Brazil and its regions, 2008. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1551-64, 2015.

LEITE, F. M. C. et al. Violence against women in Vitoria, Espírito Santo, Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 51, p. 33-45, 2017.

LEVY, D.; ALMEIDA, L. M.; SZKLO, A. The Brazil simsmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. **PLOS Medicine**, v. 9, n. 11, p. 1-12, 2012.

LINDNER, S. R. et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**, v. 31 n. 4, p.815-26, 2015.

LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. **Alcohol Alcohol**, v. 40, n. 6, p. 584-9, 2005.

LIMA, L. A. A. et al. Marcos e dispositivos legais no combate à violência contra a mulher no Brasil. **Rev Enferm Referência**, v. 4, n. 11, p. 139-46, 2016.

LOMBARDI, E. M. S. et al. Women and smoking: risks, impacts, and challenges. **J Bras Pneumol**, v. 37, n. 1, p. 118-28, 2011.

LÓPEZ-MALDONADO, M. C.; LUIS, M. A. V.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. esp., p. 707-13, 2011.

LOURENÇO, L. M. et al. Panorama da violência entre parceiros íntimos: uma revisão crítica da literatura. **Rev Interam Psicol**, v. 47, n. 1, p. 91-100, 2013.

LÖVESTAD, S. et al. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 335-46, 2017.

LUCCHESI, R. et al. Factors associated with harmful use of tobacco during pregnancy. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 3, p. 325-31, 2016.

MACKAY, J.; ERIKSEN, M. **The Tobacco Atlas**. Geneva: World Health Organization, 2012.

MADUREIRA, A. B. et al. Profile of men who commit violence against women who are arrested in delicto flagrante: contributions to confronting the phenomenon. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 600-6, 2014.

MAGNABOSCO, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S.; RONZANI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n. 4, p. 637-47, 2007.

- MALTA, D. C. et al. Alcohol consumption among Brazilian Adolescents according to the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, n. suppl, p. 203-14, 2014a.
- MALTA, D. C. et al. Trend of the risk and protective factors of chronic diseases in adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2009 e 2012). **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, n. suppl 1, p. 77-91, 2014b.
- MALTA, D. C. et al. Use of tobacco and exposure to tobacco smoke in Brazil: results from the National Health Survey 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 2, p. 239-48, 2015.
- MANGUEIRA, S. O. et al. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicol Soc**, v. 27, n. 1, p. 157-68, 2015.
- MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Triggering factors for drug abuse in women. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 662-70, 2013.
- MARIA, F. N. et al. Uso de álcool e tabaco por gestantes em maternidade do Sul de Santa Catarina. **Arq Catarin Med**, v. 44, n. 1, p. 41-61, 2015.
- MATHIAS, A. K. R. A. et al. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n. 4, p. 185-91, 2013.
- MENDES, M. C.; CUNHA, J. R. F.; NOGUEIRA, A. A. A mulher e o uso de álcool. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 11, p. 323-7, 2011.
- MENDÉZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. 1999. 128f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.
- MENDONÇA, M. F. S.; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 32, p. 1-8, 2017.
- MOAZEN, B. et al. Burden of drug and alcohol use disorders in Iran: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Arch Iran Med**, v. 18, n. 8, p. 480-5, 2015.
- MONTEIRO, C. F. S. et al. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 567-72, 2011.
- MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. **Cad Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 163-76, 2002.
- MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011.

NEMETH, J. M. et al. Risk factors for smoking in rural women: the role of gender-based sexual and intimate partner violence. **J Women's Health**, v. 00, n. 00, p. 1-10, 2016.

NETTO, L. A. et al. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 5, p. 458-64, 2014.

NG, M. et al. Smoking Prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. **JAMA**, v. 311, n. 2, p. 183-92, 2014.

NOURI, R. et al. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Marivan County, Iran. **J Fam Viol**, v. 27, p. 391-0, 2012.

O'DOHERTY, L. et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. **Cochrane Database**, n. 7, 2015.

ODUKOYA, O. O. et al. Alcohol consumption and cigarette smoking pattern among brothelbased female sex workers in two local government areas in Lagos state, Nigeria. **Afr Health Sci**, v. 13, n. 2, p. 490-7, 2013.

OLIVEIRA, G. C. et al. Consumo abusivo de álcool em mulheres. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 2, p. 60-8, 2012.

OLIVEIRA, L. C. Q. et al. Intimate partner violence in pregnancy: identification of women victims of their partners. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. esp, p. 233-8, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão. 8 ed.** São Paulo: EDUSP, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevalência da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência.** Washington: OMS, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud em las Américas.** Washington: OMS; OPAS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco.** Washington: OPAS, 2016.

OPALEYE, E. S. et al. The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 34, n. 1, p. 43-51, 2012.

OSKARSDOTTIR, G. N.; SIGURDSSON, H.; GUDMUNDSSON, K. G. Smoking during pregnancy: a population-based study. **Scand J Public Health**, v. 45, p. 1—15, 2016.

PAIXÃO, G. P.N. et al. Women experiencing the intergenerationality of conjugal violence. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 874-9, 2015.

PIAUI. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Diretor de Regionalização. Teresina, 2015.

PILLON, S. C. Uso e abuso de álcool e tabaco: os caminhos da prevenção. **SMAD. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 12, n. 4, p. 198-9, 2016.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. The burden of smoking-related diseases in Brazil: mortality, morbidity and costs. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1283-97, 2015.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implementação na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 38, n. 5, p. 370-9, 2015.

PUCCIA, M. I. R.; MAMEDE, M. V. Revisão integrativa sobre a violência por parceiro íntimo na gestação. **Rev Eletr Enf**, v. 14, n. 4, p. 944-56, 2012.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis**, v. 24, n. 1, p. 253-71, 2014.

RADCLIFFE, P. et al. Accounting for intimate partner violence perpetration. A cross-cultural comparison of English and Brazilian male substance users' explanations. **Drug Alcohol Rev**, v. 36, p. 64-71, 2017.

RAMAMOORTHY, R. et al. Epidemiology, etiology, and motivation of alcohol misuse among Australian Aboriginal and Torres Strait Islanders of the northern territory: a descriptive review. **J Ethn Subst Abuse**, v. 14, n. 1, p. 1-11, 2015.

REICHEL, D. Determinants of intimate partner violence in Europe: the role of socioeconomic status, inequality, and partner behavior. **J Interpers Violence**, v. 32, n. 12, p. 1853-73, 2017.

REINGLE, J. M. et al. On the pervasiveness of event-specific alcohol use, general substance use, and mental health problems as risk factors for intimate partner violence. **J Interpers Violence**, v. 29, n. 16, p. 2951-70, 2014.

RENNER, L. M.; WHITNEY, S. D. Risk factors for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among young adults. **Child Abuse Neglect**, v. 36, p. 40-52, 2012.

RHA, E. Y. et al. Gender-specific relationship between alcohol consumption and injury in the South Korean adults: a nationwide cross-sectional stud. **Medicine**, v. 96, n. 14, p. 1-6, 2017.

RICHTER, L. et al. The co-occurrence of nicotine and other substance use and addiction among youth and adults in the United States: implications for research, practice, and policy. **Am J Drug Alcohol Abuse**, v. 43, n. 2, p. 132-45, 2016.

ROERECKE, M.; GUAL, A.; REHM, J. Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: systematic review and meta-analyses. **J Clin Psychiatric**, v. 74, n. 12, p. 1181-9, 2013.

ROSA, M. C. El consumo de alcohol como un problema de salud pública. **Rev Cuba Hig Epidemiol**, v. 50, n. 3, p. 425-6, 2012.

SACKS, J. J. et al. 2010 National and state costs of excessive alcohol consumption. **Am J Prev Med**, v. 49, n. 5, p. 73-9, 2015.

SATTLER, A. C.; CADE, N. V. Prevalência de abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciêñ Saúde Colet**, v. 18, n. 1, p. 253-64, 2013.

SCARINCI, I. C. et al. Prevalência do uso de produtos derivados do tabaco e fatores associados em mulheres no Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1450-8, 2013.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; BARROS, C. R. S.; CASTILHO, E. A. Violence against women by intimate partners: use of health services. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 2, p. 237-45, 2010.

SHUMAN, S. J. et al. Perceptions and experiences of intimate partner violence in Abidjan, Côte d'Ivoire. **PLoS ONE**, v. 11, n. 6, p. 1-12, 2016.

SIJBRANDIJ, M. et al. Problem Management Plus (PM+) in the treatment of common mental disorders in women affected by gender-based violence and urban adversity in Kenya: study protocol for a randomized controlled trial. **Int J Ment Health Syst**, v. 10, n. 44, p. 1-8, 2016.

SILVA, S. T. et al. Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciêñ Saúde Colet**, v. 19, n. 2, p. 539-52, 2014.

SILVA, J. M. M.; LIMA, M. C.; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 34, p. 1-11, 2017.

SMART, R. G. et al. Drug use among non-student youth. **WHO Offset Publication**, v. 60, p. 1-58, 1981.

SOUZA, M. R. R.; OLIVEIRA, J. F.; NASCIMENTO, E. R. Women's health and the phenomenon of drugs in brazilian magazines. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 1, p. 92-100, 2014.

STENE, L. E. et al. Intimate partner violence and prescription of potentially addictive drugs: prospective cohort study of women in the Oslo Health Study. **BMJ Open**, v. 2, p. 1-11, 2012.

STEWART, D. et al. Alcohol consumption and all-cause mortality: an analysis of general practice database records for patients with long-term conditions. **J Epidemiol Community Health**, v. 71, n. 8, p. 729-35, 2017.

STÖCKL, H. et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **Lancet**, v. 382, p. 859-65, 2013.

STRAUS, M. A.; GELLES, R. J. **Physical violence in american families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families**. New Jersey: Transaction Publishers, 1990, 622 pp.

STRAUS, M. A. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. **J Fam Issues**, v. 17, n. 1, p. 283-316, 1996.

SULLIVAN, T. P. et al. Applying experience sampling methods to partner violence research: safety and feasibility in a 90-day study of community women. **Violence Against Women**, v. 17, n. 2, p. 251-66, 2011.

SULLIVAN, T. P. et al. Correlates of smoking status among women experiencing intimate partner violence: substance use, posttraumatic stress, and coping. **Am J Addict**, n. 24, n. 6, p. 546-53, 2015.

TANIMU, T. S.; YOHANNA, S.; OMEIZA, S. Y. The pattern and correlates of intimate partner violence among women in Kano, Nigeria. **Afr J Prim Health Care Fam Med**, v. 8, n. 1, p. 1-6, 2016.

UMANA J. E.; FAWOLE O. I.; ADEOYE I. A. Prevalence and correlates of intimate partner violence towards female students of the University of Ibadan, Nigeria. **BMC Womens Health**, v. 14, n. 141, p. 1-8, 2014.

VALE, S. L. L. et al. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na Atenção Básica. **Rev Rene**, v. 14, n. 4, p. 683-93, 2013.

VAN PARYS, A. S. et al. Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. **PLoS ONE**, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2014.

VARGAS, D. et al. O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, p. 782-91, 2015.

VERPLAETSE, T. L.; MCKEE, S. A. An overview of alcohol and tobacco/nicotine interactions in the human laboratory. **Am J Drug Alcohol Abuse**, v. 43, n. 2, p. 186-96, 2016.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Factors associated with intimate partner physical violence among health service users. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 730-7, 2011.

VIEIRA, L. B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 3, p. 366-72, 2014.

WANG, C. et al. Effect of drinking on all-cause mortality in women compared with men: a meta-analysis. **J Womens Health**, v. 23, n. 5, p. 373-81, 2014.

WATANABE, T. et al. Association between Smoking Status and Obesity in a Nationwide Survey of Japanese Adults. **PLoS ONE**, v. 11, n. 3, p. 1-14, 2016.

WILSNACK, S. C.; WILSNACK, R. W.; KANTOR, L. W. Focus on: women and the costs of alcohol use. **Alcohol Res**, v. 35, n. 2, p. 219-28, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATON (WHO). **Violence: a public health priority**. Geneva: WHO, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATON (WHO). **Global status report on alcohol and health**. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATON (WHO). **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATON (WHO). **Global status report on alcohol and health 2014**. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATON (WHO). **WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015**. Geneva: WHO, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Formulário n.º ____ Data da Entrevista: ____/____/____
Nome do Entrevistador(a): _____

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1) Qual é a sua idade (em anos)?	
2) Como você considera a sua cor/raça? 1. Branco 2. Negro 3. Pardo 4. Indígena 5. Amarela 6. Não sabe informar	
3) Deseja informar orientação sexual? 1. Sim 2. Não Caso SIM, qual? _____	
4) Qual a sua situação conjugal? 1. Solteira 2. Casada 3. União consensual 4. Divorciada 5. Viúva	
5) Possui filhos? 1. Sim 2. Não	
6) Caso SIM, quantos?	
7) Qual cidade você nasceu?	
8) Qual cidade você reside?	
9) Quantas pessoas residem com você?	
10) A casa em que você mora é: 1. Casa própria 2. Alugada 3. Cedida 4. Situação de rua 5. Ocupação 6. Não sabe informar 7. Outros especificar: _____	
11) Quantos cômodos possui a casa que você mora?	
12) Qual o material utilizado na construção de sua casa? 1. Alvenaria/tijolo 2. Taipa 3. Madeira 4. Palha 5. Outro material especificar: _____	
13) Frequentou escola? 1. Sim 2. Não	
14) Caso SIM, quantos anos estudou?	
15) Predomínio de escola particular ou pública? 1. Pública 2. Particular	
16) Você trabalha? 1. Sim 2. Não	
17) Se sim, qual a sua ocupação? _____	
18) Você tem renda pessoal? 1. Sim 2. Não	
19) Caso SIM, qual é a sua renda mensal? (em reais)	
20) Qual a sua fonte de renda? 1. Salário 2. Aposentadoria 3. Bolsa-estudo 4. Bolsa família 5. Outro benefício	
21) Qual é a renda mensal da sua família? (em reais)	
22) Qual a sua religião? 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Outra: especificar _____ 5. Nenhuma	

PARTE 2 – CONDIÇÕES DE SAÚDE

1) Com que frequência procura os serviços de saúde? 1. Não costuma procurar 2. 1x na semana 3. 2x no mês 4. 1 x no mês 5. 1x a cada 3 meses 6. 1 x a cada 6 meses 7. 1x no ano	
---	--

2) Qual o motivo da consulta de enfermagem atual?	
3) Refere presença de outras morbidades? 1. Hipertensão 2. Diabetes 3. Obesidade 4. Problema gastrointestinal 5. Problema osteomuscular 6. Problemas pulmonares 7. Transtornos mentais 8. Outra: especificar _____ 9. Não Se NÃO, pule a próxima pergunta.	
4) Faz uso de medicação para tratar os referidos agravos? 1. Sim 2. Não	
5) Você está gestante? 1. Sim 2. Não . Caso SIM: G ___ P ___ A ___ .	
6) Esta gestação foi planejada?	
7) Faz uso de métodos contraceptivos? 1. Sim 2. Não.	
8) Se não, qual motivo:	
9) Caso SIM, qual? 1. Anticoncepcionais orais 2. Anticoncepcionais injetáveis 3. Preservativos 4. DIU 5. Diafragma 6. Tabela 7. Coito interrompido	
10) Realizou exame das mamas no último ano? 1. Sim 2. Não	
11) Realizou exame citopatológico no último ano? 1. Sim 2. Não	
12) Refere prática de atividade física? 1. Sim 2. Não	
13) Possui alguma deficiência? 1. Sim 2. Não	
14) Você frequenta curandeiro/benzedeiro? 1. Sim 2. Não	
15) Você faz uso de práticas integrativas e complementares? 1. Sim 2. Não Caso SIM, especificar: (plantas medicinais, homeopatia, acupuntura, florais, etc)	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa. Para tanto, precisa decidir se aceita ou não participar. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e peça esclarecimentos ao responsável pelo estudo sobre as dúvidas que você vier a ter. Este estudo está sendo conduzido pela Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

Após obter as informações necessárias e desejar participar do estudo, assine o final deste documento, que se apresenta em duas vias; uma delas será sua e a outra pertencerá ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Esclarecimentos éticos sobre a pesquisa podem ser buscados junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI) localizado no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa – PROPEAQ. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI, telefone: 86 3237-2332.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – Graduação em Enfermagem/Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato: (86) 3215-5558

Pesquisadores participantes: Fernando José Guedes da Silva Júnior, Belisa Maria da Silva Melo, Lorena Uchôa Portela Veloso, Giovanna de Oliveira Libório Dourado.

Telefone para contato: (86) 9976-7784

Os objetivos da pesquisa são:

Objetivo geral: analisar as relações entre violência, consumo de álcool e outras drogas e as consequências à saúde mental em mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família.

Objetivos específicos: caracterizar a amostra do estudo quanto às variáveis sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida (uso de álcool e drogas); estimar a prevalência de violência e do consumo de álcool e outras drogas na amostra do estudo; estimar a prevalência de transtornos mentais comuns na amostra estudada; identificar os fatores associados a violência e ao consumo de álcool e outras drogas; verificar associação entre as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida com situações de violência e o consumo de álcool e outras drogas; e, analisar a associação entre a presença de sofrimento mental com violência e consumo de álcool e outras drogas.

Riscos: O desenvolvimento deste estudo implicará em riscos mínimos considerando que o procedimento de coleta de dados se fará por meio de instrumentos internacionais e validados no Brasil que já foram testados e aplicados em diversos contextos. Entende-se que mesmo validado o participante que poderá se sentir constrangido ao respondê-lo, Assim, para evitar esse risco informamos que os participantes poderão desvincular-se do estudo se assim acharem necessário.

Benefícios: não será imediato para participante, mas será revertido em ações relacionadas ao enfrentamento dessa problemática. Espera-se contribuir com informações para o redirecionamento das políticas públicas e da prática da enfermagem no que tange a abordagem destas questões na consulta de enfermagem destinadas a esse contingente populacional em detrimento à vulnerabilidade a qual estão expostos. Destaca-se ainda que a partir dos resultados obtidos, poderão ser elaboradas estratégias de prevenção voltadas para a saúde desse grupo por meio de ações integradas pelo setor saúde, notadamente pela enfermagem e direcionada a família e comunidade.

Procedimentos: Sua participação consistirá em responder perguntas contidas no roteiro com características sociodemográficas e econômicas, bem como as questões contidas no *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, no *Non-Student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ)*, no *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)* e no *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*, todos validados e traduzidos para o português.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º do prontuário/ n.º matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li e que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”**. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, riscos, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos importantes. Ficou claro também, que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/ tratamento neste serviço.

Local e data: _____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para participação deste estudo.

Teresina, ____ de _____ de 20____.

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Pesquisadora responsável pelo estudo

ANEXOS

ANEXO A – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca
- (1) Mensalmente ou menos
- (2) De 2 a 4 vezes por mês
- (3) De 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?

- (0) 0 ou 1
- (1) 2 ou 3
- (2) 4 ou 5
- (3) 6 ou 7
- (4) 8 ou mais

3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10

4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se

sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

Anote aqui o resultado: _____



ANEXO B – NON-STUDENT DRUGS USE QUESTIONNAIRE (NSDUQ)



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

NON-STUDENT DRUGS USE QUESTIONNAIRE (NSDUQ)

“Agora vamos falar sobre outros hábitos que as pessoas têm no dia-a-dia...”

<p>Você fumou nos últimos doze meses? Caso a resposta seja NÃO, confirme se realmente não fumou nenhum cigarro. 1. Sim 0. Não</p>	
<p>Se sim, quantos cigarros, em média, você fuma(ava)?</p> <p>1. Menos de meio maço por dia 2. Meio a um maço por dia 3. Mais de um e menos de dois maços por dia (20 a 40 cigarros) 4. Dois ou mais maços por dia (mais de 40 cigarros)</p>	

“Também é importante saber sobre o uso de drogas por você. Essas questões são muito importantes para a gente. Gostaria de lembrar novamente que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa”.

“Nos últimos 12 meses...”	
<p>Você usou tranquilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan, Lorax, Diazepan, ou outros? 1. Sim 0. Não</p>	
<p>Você usou cola de sapateiro, cheiro da loló ou lança perfume? 1. Sim 0. Não</p>	
<p>Você usou maconha? 1. Sim 0. Não</p>	
<p>Você usou cocaína? 1. Sim 0. Não</p>	
<p>Você usou outros tipos de drogas? Quais? _____</p>	
Caso tenha relatado uso de drogas, pule a próxima questão	
<p>As pessoas se preocupam com o seu uso de drogas (ou tranquilizantes) e/ou sugerem que você pare de usá-las? 1. Sim 0. Não</p>	
“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o uso, pelo seu companheiro, de qualquer bebida que contenha álcool no último ano”.	
<p>Ele bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? 1. Sim 0. Não Se NÃO, CONFIRME com a respondente se ele realmente não bebe um pouquinho nem em situações/ocasiões especiais. Respondendo SIM, pule as próximas quatro questões seguintes?</p>	
<p>Alguma vez ele sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber? 1. Sim 0. Não</p>	
<p>As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 1. Sim 0. Não</p>	
<p>Ele se sente culpado pela maneira com que costuma beber? 1. Sim 0. Não</p>	
<p>Ele costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? 1. Sim 0. Não</p>	

<i>“Também é importante saber sobre o uso de drogas por seu companheiro atual. Essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa”.</i>	
Ele usou tranquilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan, Lorax, Diazepan, ou outros? 1. Sim 0. Não	
Ele usou cola de sapateiro, cheiro da loló ou lança perfume? 1. Sim 0. Não	
Ele usou maconha? 1. Sim 0. Não	
Ele usou cocaína? 1. Sim 0. Não	
Ele usou outros tipos de drogas? Quais? _____	
Caso tenha relatado uso de drogas, pule a próxima questão	
As pessoas se preocupam com o seu uso de drogas (ou tranquilizantes) e/ou sugerem que você pare de usá-las? 1. Sim 0. Não	

ANEXO C – REVISED CONFLICT TACTICS SCALES (CTS2)



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

REVISED CONFLICT TACTICS SCALES (CTS2)

*Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia, quer coisas diferentes ou discutem e se agridem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão. Os casais também têm maneiras diferentes de tentar resolver seus problemas. Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre um casal. Solicitamos que você marque se você e seu companheiro fizeram cada uma dessas coisas durante os **últimos três meses**.*

QUANTAS VEZES DURANTE OS ÚLTIMOS TRÊS MESES:	1	2	3-5	6-10	11-20	Mais que vinte	Já ocorreu antes	Nunca
1a Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando?	1	2	3	4	5	6	7	8
1b Seu companheiro (mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?	1	2	3	4	5	6	7	8
2a Você explicou para seu companheiro o que você não concordava com ele?	1	2	3	4	5	6	7	8
2b Seu companheiro explicou para você o que ele não concordava com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
3a Você insultou ou xingou o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
3b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
4a Você jogou alguma coisa no seu companheiro que poderia machucá-lo?	1	2	3	4	5	6	7	8
4b. Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
5a Você torceu o braço do seu companheiro(a) ou puxou o cabelo dele?	1	2	3	4	5	6	7	8
5b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8

6a Você teve uma torção, contusão, "mancha roxa" ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
6b Seu companheiro teve uma torção, contusão, "mancha roxa" ou pequeno corte por causa de uma briga com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
7a Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	1	2	3	4	5	6	7	8
7b Seu companheiro mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	1	2	3	4	5	6	7	8
8a Você obrigou o seu companheiro a fazer sexo sem usar camisinha?	1	2	3	4	5	6	7	8
8b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
9a Você deu um empurrão no seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
9b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
10a Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro a fazer sexo oral ou anal com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
10b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
11a Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
11b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
12a Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
12b Seu companheiro desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
QUANTAS VEZES DURANTE OS ÚLTIMOS TRÊS MESES:	1	2	3-5	6-10	11-20	Mais que vinte	Já ocorreu antes	Nunca
13a Você chamou o seu companheiro de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida?	1	2	3	4	5	6	7	8
13b Seu companheiro chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida?	1	2	3	4	5	6	7	8
14a Você deu um murro ou acertou o seu companheiro com alguma coisa que pudesse machucar?	1	2	3	4	5	6	7	8
14b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
15a Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu	1	2	3	4	5	6	7	8

companheiro de propósito?								
15b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
16a Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
16b Seu companheiro foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
17a Você sufocou ou estrangulou seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
17b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
18a Você gritou ou berrou com o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
18b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
19a Você jogou o seu companheiro contra a parede com força?	1	2	3	4	5	6	7	8
19b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
20a Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	1	2	3	4	5	6	7	8
20b Seu companheiro disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	1	2	3	4	5	6	7	8
21a Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi?	1	2	3	4	5	6	7	8
21b Seu companheiro deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você, mas não foi?	1	2	3	4	5	6	7	8
22a Você deu uma surra no seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
22b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
23a Você segurou o seu companheiro com força?	1	2	3	4	5	6	7	8
23b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
24a Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro a fazer sexo com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
24b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8

25a Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão?	1	2	3	4	5	6	7	8
25b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
26a Você insistiu em fazer sexo quando o seu companheiro não queria sem usar força física?	1	2	3	4	5	6	7	8
26b Seu companheiro fez isso com você	1	2	3	4	5	6	7	8
QUANTAS VEZES DURANTE OS ÚLTIMOS TRÊS MESES:	1	2	3-5	6-10	11-20	Mais que vinte	Já ocorreu antes	Nunca
27a Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
27b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
28a Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
28b Seu companheiro quebrou um osso por causa de uma briga com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
29a Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro fazer sexo oral ou anal com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
29b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
30a Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?	1	2	3	4	5	6	7	8
30b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
31a Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro de propósito?	1	2	3	4	5	6	7	8
31b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
32a Você insistiu para que seu companheiro fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física?	1	2	3	4	5	6	7	8
32b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
33a Você acusou o seu companheiro de ser "ruim de cama"?	1	2	3	4	5	6	7	8

34b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
35a Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
35b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
36a Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
36b Seu companheiro sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
37a Você chutou o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
37b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
38a Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro fazer sexo com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
38b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
39. Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?	1	2	3	4	5	6	7	8
39b Seu companheiro concordou em tentar uma solução que você sugeriu?	1	2	3	4	5	6	7	8

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE TERESINA**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu, Francisco das Chagas de Sá e Paiva, responsável pela instituição Fundação Municipal de Saúde de Teresina, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Responsável pela Instituição  Francisco das Chagas de Sá e Paiva Presidente Fundação Municipal de Saúde	Pesquisadora 
---	---

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FLORIANO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FLORIANO
ESTADO DO PIAUÍ
Secretaria Municipal de Saúde

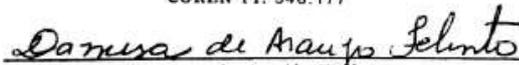
DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado “Violência, consumo de álcool e outras drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e conseqüências à saúde mental”, que está sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a. Claudete Ferreira de Souza Monteiro, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI), cujo objetivo é analisar as relações entre violência, consumo de álcool e outras drogas e as conseqüências à saúde mental em mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família, pelo período de execução previsto no referido Projeto – outubro de 2015 a junho de 2016.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução CNS nº 466/12, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, bem como apresentar cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética e cópia do trabalho final ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Floriano (NEPS/Floriano), desta Secretaria.

Floriano-PI, 28 de novembro de 2014.

Danusa de A. Felinto
Coord. da Atenção Básica
COREN-PI: 346.177


Danusa de Araújo Felinto
Coordenação da Atenção Básica

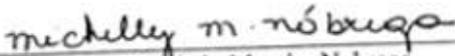
ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PICOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PICOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 01.632.094/0001-84
RUA MARCOS PARENTE, 641 CENTRO
(89) 3415 4252 / (89) 3415 4250

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado “Violência, consumo de álcool e outras drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”, coordenado pela Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro da Universidade Federal do Piauí está autorizado a ser executado em Picos.

Picos, 08 de novembro de 2014.



Michely Morcira Nobrega
Coordenadora

ANEXO G – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PARNAÍBA – PIAUÍ

OFÍCIO 05/2014

Parnaíba, 16 de dezembro de 2014

Declaro para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado: Violência, consumo de álcool e outras drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental, encontra-se autorizado para ser realizado na Estratégia Saúde da Família, em Parnaíba.

Secretário de Saúde ou outro representante

ANEXO H – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS

 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

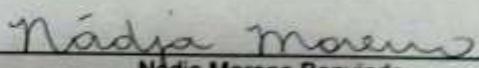
CNPJ : 00.749.590/0001-0
Secretaria Municipal da Saúde
R. Arsênio Santos, 792 - Centro
CEP : 64.900-000 - Bom Jesus - PI

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, NADJA MORENO BENVINDO, Secretária de Saúde do município de Bom Jesus-PI, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa, intitulada: " Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental" e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Bom Jesus-PI, 26 de janeiro de 2016.


Nádja Moreno Benvindo
Secretária Municipal de Saúde

Nádja Moreno Benvindo Falcão
Secretária de Saúde
Bom Jesus-PI

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação entre o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a violência perpetrada por parceiro íntimo

Pesquisador: CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60420416.5.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.806.588

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo multicêntrico, descritivo, exploratório, transversal e analítico que está sendo desenvolvido por meio de um inquérito epidemiológico, oriundo do macroprojeto "Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental", já aprovado pelo CEP-UFPI CAAE 39796414.5.0000.5214 com Parecer nº 985.391. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cinco municípios do Estado Piauí: Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus - municípios sede das macrorregiões de saúde do Estado do Piauí, conforme Plano Diretor de Regionalização. A população fonte da pesquisa são mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos, dos municípios acima citados.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a associação entre o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência perpetrada por parceiro íntimo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: riscos mínimos, relacionados ao manuseio do banco de dados com informações sigilosas acerca dos participantes do estudo, as quais serão preservadas mediante manutenção da confidencialidade e do sigilo por parte dos pesquisadores.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

Handwritten signature



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.806.588

Benefícios: Os benefícios não serão imediatos para os participantes, mas espera-se contribuir com informações para o redirecionamento das políticas públicas e da prática da enfermagem no que tange a abordagem destas questões na consulta de enfermagem destinadas a esse contingente populacional em detrimento à vulnerabilidade a qual estão expostas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de grande relevância

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos anexados adequadamente e conferidos pelo secretário do CEP.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido pois está de acordo com as recomendações da resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_798924.pdf	28/09/2016 06:46:01		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	28/09/2016 06:44:22	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_Caique.pdf	23/09/2016 16:31:40	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_ClaudeteFSM.pdf	23/09/2016 16:27:02	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_Floriano.pdf	23/09/2016 16:25:26	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_BomJesus.pdf	23/09/2016 16:25:09	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

Handwritten signature



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.806.588

Outros	Autorizacao_Parnaiba.pdf	23/09/2016 16:24:51	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_Picos.pdf	23/09/2016 16:24:12	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_Teresina.pdf	23/09/2016 16:23:49	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Instrumentos_macroprojeto.doc	23/09/2016 16:18:33	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Parecer_CEP_macroprojeto.pdf	23/09/2016 16:17:01	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Fiel_Depositario.pdf	23/09/2016 16:15:57	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	23/09/2016 16:14:19	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	TCUD.pdf	23/09/2016 16:13:34	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	23/09/2016 16:12:55	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	23/09/2016 16:11:57	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ALCOOL_TABACO_VPI.doc x	23/09/2016 16:11:00	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_pesquisadores.pdf	23/09/2016 16:07:26	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550

UF: PI **Município:** TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

domenica



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.806.588

TERESINA, 04 de Novembro de 2016

Assinado por:
Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
(Coordenador)

Profa. Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria PROPESQ Nº 10/2016

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br