



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 – NÍVEL DOUTORADO

ARIANE GOMES DOS SANTOS

**SUSPEIÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS NÃO PSICÓTICOS EM MULHERES
E SUA RELAÇÃO COM A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

TERESINA
2018

ARIANE GOMES DOS SANTOS

**SUSPEIÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS NÃO PSICÓTICOS EM MULHERES
E SUA RELAÇÃO COM A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dr^a. Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Área de Concentração: A Enfermagem no contexto social brasileiro
Linha de pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas em Enfermagem

TERESINA
2018

**Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde
Serviço de Processamento Técnico**

Santos, Ariane Gomes dos.
S237s Suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres e sua relação com a violência por parceiro íntimo / Ariane Gomes dos Santos. – – Teresina, 2018.
150 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

“Orientadora: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro”
Bibliografia

1. Mulheres. 2. Transtornos Mentais. 3. Violência por Parceiro Íntimo. 4. Saúde Mental. 5. Enfermagem. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 616.89

ARIANE GOMES DOS SANTOS

**SUSPEIÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS NÃO PSICÓTICOS EM MULHERES
E SUA RELAÇÃO COM A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em: ____ de _____ de 2018.

Prof.^a Dr.^a Claudete Ferreira de Souza Monteiro - Presidente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Morais - 1^a Examinadora
Universidade Estadual do Ceará- UECE

Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas- 2^a Examinador
Fundação Oswaldo Cruz - Ceará

Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior - 3^a Examinador
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof.^a Dr.^a Inez Sampaio Nery- 4^a Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof.^a Dr.^a Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes- 1^a Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Ribeiro dos Santos- 2^a Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

A Deus por me proporcionar condições para alcançar essa vitória.

Aos meus pais, Pedro e Lourdes, por serem meus grandes incentivadores.

Ao meu esposo, Mariano Neto, pelo companheirismo, amor e paciência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar força e perseverança para lutar por meus objetivos e por ser presença constante em minha vida.

À Universidade Federal do Piauí, na pessoa do Magnífico Reitor Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes, e à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na pessoa da Prof.^a Dr.^a Maria Eliete Batista Moura, por buscarem sempre o engrandecimento do programa e viabilizarem qualificação profissional a pessoas que almejam, por meio do conhecimento, melhorar suas práticas profissionais.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento do macroprojeto, do qual originou-se esta tese e às participantes deste estudo pela confiança em fornecer informações pessoais que foram de extrema relevância para o alcance dos resultados deste trabalho.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Claudete Ferreira de Souza Monteiro, por seus ensinamentos que muito contribuíram para o meu aprendizado, por direcionar tão bem cada passo desta pesquisa, pelo compromisso com produções científicas de qualidade e por ser um exemplo de liderança.

Aos membros da banca examinadora: Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Morais, Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas, Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior, Prof.^a Dr.^a Inez Sampaio Nery, Prof.^a Dr.^a Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes e Prof.^a Dr.^a Ana Maria Ribeiro dos Santos pelas contribuições para melhoria deste estudo.

Aos meus pais, Pedro Jose dos Santos e Lourdes Gomes dos Santos, pelo amor e apoio incondicional.

Ao meu esposo, Antônio Mariano da Costa Neto, por me apoiar e ajudar durante toda essa jornada.

Ao meu irmão, Luciano Gomes dos Santos, pela amizade e apoio.

Aos meus amigos por me proporcionarem felicidade, descontração e por torcerem sempre por mim.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Doutorado pelos conhecimentos partilhados.

Aos colegas de trabalho e de turma do doutorado pelo companheirismo, descontração e conhecimentos compartilhados.

RESUMO

INTRODUÇÃO: os transtornos mentais não psicóticos em mulheres e sua relação com os diferentes tipos de violência por parceiro íntimo merecem atenção especial da equipe de saúde, pois tanto a violência quanto os transtornos mentais não psicóticos são pouco diagnosticados. Isso dificulta a escolha do tratamento adequado a essas mulheres. Dessa forma, maiores investimentos na atenção básica e na saúde mental são essenciais. **OBJETIVO:** avaliar a suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres e sua relação com os tipos de violência por parceiro íntimo. **MATERIAL E MÉTODO:** estudo analítico transversal, com amostra de 369 mulheres, de 20 a 59 anos, de cinco municípios piauienses. O período de coleta dos dados ocorreu de agosto de 2015 a maio de 2016. As informações trabalhadas nesta tese resultaram da aplicação de três instrumentos: o formulário de caracterização sociodemográfica e de saúde, o *Self Reporting Questionnaire* (utilizado para verificar a suspeição de transtornos mentais não psicóticos) e as *Conflict Tactic Scales* (utilizado para verificar o autorrelato de violência por parceiro íntimo). A análise dos dados deu-se por meio do *software R*, versão 3.4.1. Foram realizados teste Qui-Quadrado de Pearson, modelos de regressão logística binária e expressos os valores de *Odds Ratio* com respectivos intervalos de confiança. **RESULTADOS:** a violência por parceiro íntimo aumentou em 3,46 vezes as chances de mulheres terem suspeitas de transtornos mentais não psicóticos. As que relataram abuso físico sem sequelas, em grau severo, apresentaram 2,58 vezes mais chances de terem sintomas de humor depressivo ansioso. O abuso físico com sequelas, em grau menor, aumentou em 3,7 vezes a propensão ao desenvolvimento de sintomas de humor depressivo ansioso. A agressão psicológica, em grau menor, elevou em 2,07 vezes as chances de mulheres terem sintomas de decréscimo de energia vital. Essa propensão aumentou para 2,27 vezes quando a agressão psicológica foi em grau severo. O abuso físico sem sequelas, em menor grau, elevou a 2,23 vezes e no grau severo a 3,06 a propensão de apresentarem sintomas de decréscimo de energia vital. Já o abuso físico com sequelas, em grau menor, aumentou 3,13 vezes as chances de mulheres possuírem sintomas de decréscimo de energia vital. A agressão psicológica, em grau menor, aumentou em 2,93 vezes as chances de mulheres terem pensamentos depressivos e em grau severo 3,11. A agressão física sem sequelas, menor, gerou 3,86 vezes mais propensão de mulheres desenvolverem pensamentos depressivos e 6,13 vezes quando o grau se tornou severo. Mulheres que sofreram coerção sexual, menor, apresentaram 2,47 vezes mais chances de terem pensamentos depressivos. A agressão física com sequelas, em graus menor e severo, aumentou em 5,92 e 7,3 vezes, respectivamente, as chances de desenvolverem pensamentos depressivos. **CONCLUSÃO:** a suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres está relacionada com os diferentes tipos de violência por parceiro íntimo. Este estudo mostrou associações entre sintomas de humor depressivo-ansioso, decréscimo da energia vital, pensamentos depressivos e as violências psicológica, física e sexual (em graus menor e severo).

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres. Transtornos Mentais. Violência por Parceiro Íntimo. Saúde Mental. Enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: non-psychotic mental disorders in women and their relation to the different types of intimate partner violence deserve special attention from the health team, since both violence and non-psychotic mental disorders are poorly diagnosed. This makes it difficult to choose the right treatment for these women. Thus, greater investments in basic care and mental health are essential. **OBJECTIVE:** to evaluate the suspicion of non-psychotic mental disorders in women and their relation to the types of intimate partner violence. **MATERIAL AND METHOD:** a cross-sectional analytical study with a sample of 369 women aged 20 to 59 from five municipalities in Piauí. The data collection period was from August 2015 to May 2016. The information elaborated on this thesis resulted from the application of three instruments: the socio-demographic and health characterization form, the Self Reporting Questionnaire (used to check for suspected non-psychotic mental disorders) and the Conflict Tactic Scales (used to verify self-report of intimate partner violence). Data analysis was performed using software R, version 3.4.1. Pearson's Chi-Square test, binary logistic regression models were used and Odds Ratio values were expressed, with respective confidence intervals. **RESULTS:** intimate partner violence increased by 3.46 times the chances of women suspecting non-psychotic mental disorders. Those who reported physical abuse without severe sequelae were 2.58 times more likely to have symptoms of depressive anxious mood. Physical abuse with sequelae, to a lesser extent, increased by 3.7 times the propensity to develop depressive anxious mood symptoms. Psychological aggression, to a lesser extent, increased the chances of women experiencing a decrease in vital energy by 2.07 times. This propensity increased to 2.27 times when psychological aggression was severe. Physical abuse without sequelae, to a lesser extent, increased to 2.23 times and in the severe degree to 3.06, more likely to present symptoms of decreased vital energy. Physical abuse with sequelae, to a lesser extent, increased 3.13 times the odds of women experiencing symptoms of decreased vital energy. Psychological aggression, to a lesser degree, increased by 2.93 times the chances of women having depressive thoughts and to a severe degree 3,11. Physical aggression without sequelae, smaller, generated 3.86 times more propensity for women to develop depressive thoughts and 6.13 times when the grade became severe. Women who were sexually coerced, younger, were 2.47 times more likely to have depressive thoughts. Physical aggression with sequelae, in minor and severe degrees, increased by 5.92 and 7.3 times, respectively, the chances of developing depressive thoughts. **CONCLUSION:** the suspicion of non-psychotic mental disorders in women is related to the different types of intimate partner violence. This study showed associations between symptoms of depressive-anxious mood, decrease in vital energy, depressive thoughts and psychological, physical and sexual violence (in minor and severe degrees).

KEY WORDS: Women; Mental Disorders; Intimate Partner Violence; Mental Health; Nursing.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: los trastornos mentales no psicóticos en las mujeres y su relación con los diferentes tipos de violencia por socio íntimo merecen atención especial del equipo de salud, pues tanto la violencia como los trastornos mentales no psicóticos son poco diagnosticados. Esto dificulta la elección del tratamiento adecuado a estas mujeres. De esta forma, las mayores inversiones en la atención básica y la salud mental son esenciales. **OBJETIVO:** evaluar la sospecha de trastornos mentales no psicóticos en mujeres y su relación con los tipos de violencia por pareja íntima. **MATERIAL Y MÉTODO:** estudio transversal analítico, con muestra de 369 mujeres, de 20 a 59 años, de cinco municipios piauienses. El período de recolección de los datos ocurrió de agosto de 2015 a mayo de 2016. Las informaciones trabajadas en esta tesis resultaron de la aplicación de tres instrumentos: el formulario de caracterización sociodemográfica y de salud, el Self Reporting Questionnaire (utilizado para verificar la sospecha de trastornos mentales no psicóticos) y las Conflict Tactic Scales (utilizado para verificar el autorrelatorio de violencia por socio íntimo). El análisis de los datos se dio a través del software R, versión 3.4.1. Se realizaron pruebas Qui-cuadrado de Pearson, modelos de regresión logística binaria y expresados los valores de Odds Ratio, con respectivos intervalos de confianza. **RESULTADOS:** la violencia por socio íntimo aumentó en 3,46 veces las posibilidades de que las mujeres tenían sospechas de trastornos mentales no psicóticos. Las que relataron abuso físico sin secuelas, en grado severo, presentaron 2,58 veces más probabilidades de tener síntomas de humor depresivo ansioso. El abuso físico con secuelas, en grado menor, aumentó en 3,7 veces la propensión al desarrollo de síntomas de humor depresivo ansioso. La agresión psicológica, en grado menor, elevó en 2,07 veces las posibilidades de que las mujeres tenían síntomas de disminución de energía vital. Esta propensión aumentó a 2,27 veces cuando la agresión psicológica fue en grado severo. El abuso físico sin secuelas, en menor grado, elevó a 2,23 veces y en el grado severo a 3,06 más propensión de presentar síntomas de decrecimiento de energía vital. El abuso físico con secuelas, en grado menor, aumentó 3,13 veces las probabilidades de que las mujeres tenían síntomas de disminución de energía vital. La agresión psicológica, en grado menor, aumentó en 2,93 veces las posibilidades de que las mujeres tenían pensamientos depresivos y en grado severo 3,11. La agresión física sin secuelas, menor, generó 3,86 veces más propensión de mujeres a desarrollar pensamientos depresivos y 6,13 veces cuando el grado se tornó severo. Las mujeres que sufrieron coerción sexual, menor, presentaron 2,47 veces más posibilidades de tener pensamientos depresivos. La agresión física con secuelas, en grados menor y severo, aumentó en 5,92 y 7,3 veces, respectivamente, las posibilidades de desarrollar pensamientos depresivos. **CONCLUSIÓN:** la sospecha de trastornos mentales no psicóticos en mujeres, está relacionada con los diferentes tipos de violencia por socio íntimo. Este estudio mostró asociaciones entre síntomas de humor depresivo-ansioso, disminución de la energía vital, pensamientos depresivos y las violencias psicológicas, físicas y sexual (en grados menor y severo).

PALABRAS CLAVE: Mujeres; Trastornos Mentales; Violencia de Pareja; Salud Mental; Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Distribuição do tamanho da amostra por município. Teresina, PI, Brasil, 2018. 43
- Quadro 2** - Distribuição dos itens do *Self Reporting Questionnaire* conforme dimensões. Teresina, PI, Brasil, 2018. 45
- Quadro 3** - Distribuição de itens das *Conflict Tactic Scales* segundo dimensões e subescalas. Teresina, PI, Brasil, 2018. 47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e relações com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Teresina, 2018 (n=369).	56
Tabela 2 - Condições de saúde e relações com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Teresina, 2018 (n=369).	58
Tabela 3 – Associação entre o autorrelato de VPI, a recorrência dessa violência e a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Teresina, 2018 (n=369).	61
Tabela 4 – Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas de humor depressivo ansioso. Teresina, 2018 (n=369).	62
Tabela 5 - Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas somáticos. Teresina, 2018 (n=369).	64
Tabela 6 - Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas de decréscimo da energia vital. Teresina, 2018 (n=369).	66
Tabela 7 - Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas de pensamento depressivo. Teresina, 2018 (n=369).	69
Tabela 8 - Classificação inicial do modelo sem variáveis regressoras. Teresina, 2018 (n=369).	71
Tabela 9 - Classificação final do modelo com variáveis regressoras. Teresina, 2018 (n=369).	72
Tabela 10 - Regressão logística multivariada estimada para suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Teresina, 2018 (n=369).	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APA- *American Psychiatric Association*
- APS- Atenção Primária em Saúde
- CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
- CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
- CID-10- Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde
- CINAHL- *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*
- CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CTS-2- *Conflict Tactic Scales*
- DSM-V- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
- DP- Distúrbios psicoemocionais
- ESF- Estratégia Saúde da Família
- FMS- Fundação Municipal de Saúde
- FUNDAC- Fundação Cultural do Piauí
- GEEVSM- Grupo de Estudo sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental
- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IC- Intervalo de Confiança
- IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OMS- Organização Mundial de Saúde
- ONU- Organização das Nações Unidas
- OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde
- OR- *Odds Ratio*
- PDR- Plano Diretor de Regionalização
- PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- SCOPUS- Scopus Info Site
- SF- Sintomas Físicos
- SIM- Sistema de Informação de Mortalidade
- SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SRQ-20- *Self Reporting Questionnaire*

SPSS- *Software Statistical Package for the Social Science*

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT- Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TMC- Transtornos Mentais Comuns

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFPI- Universidade Federal do Piauí

VPI- Violência por Parceiro Íntimo

WHO- *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Contextualização do problema e construção do objeto de estudo	13
1.2 Objetivos	17
1.2.1 Geral	17
1.2.2 Específicos	17
1.3 Justificativa e relevância do estudo	18
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	21
2.1 Violência por parceiro íntimo contra a mulher: contextualização e repercussões	21
2.2 Políticas públicas e assistência multiprofissional a mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo	25
2.3 Transtornos mentais não psicóticos	32
2.3.1 Transtornos mentais não psicóticos no universo feminino	34
2.4 Atenção primária em saúde na assistência a pacientes com transtornos mentais	36
3 MATERIAL E MÉTODO	40
3.1 Delineamento do estudo	40
3.2 Local do estudo	40
3.3 População e amostra	41
3.4 Variáveis do estudo	43
3.5 Instrumentos de coleta dos dados	44
3.6 Operacionalização do estudo	51
3.7 Procedimentos para análise dos dados	52
3.8 Aspectos éticos e legais	54
4 RESULTADOS	55
4.1 Análise bivariada	55
4.2 Análise multivariada	70
5 DISCUSSÃO	74
5.1 Fatores sociodemográficos relacionados com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos	74
5.2 Condições de saúde relacionadas com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos	77
5.3 Autorrelato de violência por parceiro íntimo, sua recorrência e associações com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos	80
5.4 Tipos e intensidades de VPI relacionados com os domínios da suspeição de transtornos mentais não psicóticos	83
5.4.1 Humor depressivo ansioso	83
5.4.2 Sintomas somáticos	85
5.4.3 Decréscimo da energia vital	86
5.4.4 Pensamentos depressivos	87
6 CONCLUSÃO	92
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	120
ANEXOS	126

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e construção do objeto de estudo

Os transtornos mentais não psicóticos, também denominados transtornos mentais comuns (TMC) ou sofrimento mental, caracterizam-se por sintomas definidos por Goldberg (1994) como sofrimento psíquico, insônia, cefaleia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, tristeza, depressão, ansiedade e sintomas somáticos.

Esses transtornos possuem elevada prevalência e acometem pessoas de todo o mundo (FONE et al., 2013; SKAPINAKIS et al., 2013; APA, 2014; GONÇALVES et al., 2014; GAGE et al., 2015). Segundo estudos, essa prevalência oscila de 15,0% a 50,3% (KASCKOW et al., 2013; KROENKE et al., 2013; AILLON et al., 2014; LUCCHESI et al., 2014).

No Brasil, a prevalência dos transtornos mentais não psicóticos varia conforme a região, apresentando menor percentagem na região central (31,47%) e a maior no Nordeste, com 64,3% (GONÇALVES et al., 2014; LUCCHESI et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta diversos fatores que podem colocar em risco a saúde mental das pessoas, tais como bruscas mudanças sociais, situações estressantes no trabalho, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e transgressão dos direitos humanos. Há também aspectos psicológicos e de personalidade peculiares que tornam as pessoas suscetíveis aos transtornos mentais. Por fim, há causas biológicas e genéticas que contribuem para desequilíbrios químicos no cérebro (OMS, 2016a).

É importante compreender que os riscos à saúde mental devem ser vistos sob a perspectiva de gênero, o qual influencia a expressão de sofrimento entre homens e mulheres (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015). Destaca-se que os transtornos mentais não psicóticos estão presentes com maior frequência entre mulheres (COUTINHO et al., 2014; VIDAL et al., 2014).

Outra questão que se relaciona com a incidência de transtornos mentais não psicóticos em mulheres é a violência. Estudos mostram que vítimas de violência por parceiro íntimo (VPI) podem desencadear transtornos mentais relacionados à

violência cotidiana a que estão expostas (BARBOSA; LEITE, 2014; LAGDON; ARMOUR; STRINGER, 2014; LUDERMIR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2014). Para a vítima de VPI, a agressão por parte da pessoa com quem está emocionalmente envolvida pode gerar sentimentos de impotência, queda da autoestima e depressão (VERDUIN et al., 2015).

Dados da OMS mostraram que aproximadamente 35% das mulheres em todo o mundo sofrem violência física e/ou sexual perpetrada por seus parceiros íntimos (WHO, 2013). Segundo informações do panorama da violência contra as mulheres, no Brasil, a prevalência da VPI chega a 48,1%. No Piauí, os dados da violência sofrida por mulheres registrados, em 2014, foram de 35,5% (BRASIL, 2016a).

Nota-se que a violência contra as mulheres é fenômeno mundial e uma das manifestações mais extremas e perversas da desigualdade de gênero, produto das diferenças de poder, que impacta significativamente no processo saúde-doença e na perspectiva de vida das mulheres (ALI; KRANTZ; MOGREN, 2012; BARUFALDI et al., 2017).

Aspectos ligados às questões de gênero têm influência na VPI, uma vez que esse tipo de abuso está ligado à posição desigual das mulheres nos relacionamentos e ao controle masculino sobre bens e comportamentos femininos, de modo que, quando a mulher o desafia ou o homem não pode manter seu poder, estabelece-se a violência (JEWKES, 2002).

Assim, a área da saúde mental traz contribuições na tentativa de compreender a complexidade do fenômeno da violência, visto que todas as formas de violência produzem, em diferentes proporções, transtornos mentais não psicóticos. Estes podem ser intensos e assolar as possibilidades existenciais de pessoas ou famílias. Entende-se, com isso, que a VPI prejudica a mulher, ao retirar dela seu lugar de cidadã que pensa, sente e deseja. A pessoa exposta à violência ocupa um lugar de passividade e subordinação ao agressor (NAVES, 2014).

Mesmo com o prejuízo ocasionado à vida da mulher que vivencia atos de VPI, um argumento extensivamente utilizado para explicar a baixa reclamação e denúncia por parte dessas mulheres é a rejeição de que seu marido ou companheiro seja preso. Elas tendem a permanecer com a ideia de que o agressor vai mudar,

vivendo em uma condição de opressão, medo, vergonha e pressão social, fato que contribui para o surgimento de transtornos mentais não psicóticos (BOIRA; CARBAJOSA; MÉNDEZ, 2016).

Além disso, apesar do sofrimento gerado pelo agressor à mulher, esta não consegue vislumbrar sua condição de vítima por alimentar sentimento de culpa pela violência sofrida. Com isso, essas mulheres têm dificuldade para amar, divertir-se, estudar e cuidar dos filhos (NAVES, 2014).

Nessa conjuntura, destaca-se a invisibilidade da violência psicológica, a qual gera danos na vida da mulher, mas não é encarada como ato nocivo pela sociedade, por serviços de saúde e de segurança pública, nem pela própria mulher. Isso ocorre porque a violência psicológica possui difícil identificação. Desse modo, não é necessário ser agredida fisicamente para estar em uma relação violenta. Algumas palavras, atitudes ou ameaças podem ser responsáveis por desencadear prejuízos à saúde física e mental de uma pessoa (OLIVEIRA; JORGE, 2007; MEEKERS; PALLIN; HUTCHINSON, 2013).

Relatórios internacionais analisam a VPI em uma perspectiva mundial e revelam a gravidade do problema e destacam a necessidade de abordar esta temática a partir de um olhar interdisciplinar (DEVRIES et al., 2013a; LAURENT; PLATZER; IDOMIR, 2013; STÖCKL et al., 2013; WHO, 2013). Vivências traumáticas, além de lesões ao corpo, geram danos emocionais que dificilmente serão superados sem o acompanhamento articulado da segurança pública, saúde, assistência psicossocial e educação. Estas compõem as diferentes esferas de atuação que tangenciam esse fenômeno (DOURADO; NORONHA, 2014).

As intervenções precoces às mulheres vítimas de VPI podem contribuir para cessar a fonte do transtorno mental não psicótico, prevenir ou tratar as consequências das agressões, bem como diminuir a morbimortalidade feminina (BARROS et al., 2016). Dentre as intervenções precoces, o apoio social é fator de proteção fundamental contra o desenvolvimento de sequelas de doença mental por VPI. Portanto, na fase aguda após identificação de VPI, os profissionais de saúde devem envolver esforços para mobilizar apoios sociais e facilitar referências a serviços legais, médicos e psicossociais apropriados. Estes envolvem não só a obtenção de referências adequadas, mas também a educação das vítimas sobre os

sintomas de transtornos mentais que podem surgir com o trauma (VIGOD; STEWART, 2015).

Destaca-se que os transtornos mentais não psicóticos representam a maior parte da demanda de saúde mental que chega à rede de atenção primária, tal aspecto é confirmado por meio do uso mais rotineiro do serviço (LEITE et al., 2017). Soma-se a isto o fato de mulheres expostas à VPI fazerem uso de serviços de saúde com mais frequência do que as mulheres não violentadas (REES et al., 2011; SIJBRANDIJ et al., 2016). Dessa forma, levando-se em consideração a elevada prevalência, os prejuízos para saúde da pessoa e família, bem como o ônus gerado aos cofres públicos, considera-se os transtornos mentais não psicóticos entre mulheres que sofrem VPI como um problema de saúde pública.

Tal situação elucida a importância do papel da atenção primária à saúde e equipe de saúde da família na promoção da saúde da população de sua área de abrangência. A equipe multiprofissional deve estar capacitada para atender mulheres que vivem em situação de violência, acolhendo-as por meio da escuta qualificada e do diálogo, devem transmitir a confiança necessária para que vítimas dos diversos tipos de violência possam falar sobre suas aflições e, com isso, a equipe multiprofissional desenvolva ações singulares que previnam agravos decorrentes da violência sofrida.

Ademais, cabe aos serviços de saúde não somente acolher as vítimas, como também realizar a vigilância do problema, além de auxiliar na implementação de medidas preventivas e assistenciais às mulheres (QUADROS et al., 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2015). Os profissionais de saúde devem adotar estratégias que inibam comportamentos violentos, utilizando uma abordagem de prevenção primária, para isso devem: oferecer ao usuário um momento para pensar/refletir; desempenhar boa comunicação; exercitar a habilidade da empatia; ouvir e acolher o usuário; encarar suas queixas emocionais como legítimas; proporcionar suporte de forma que não gere dependência ao usuário, nem sobrecarga ao profissional (BRASIL, 2013).

Nota-se, assim, que os sinais de transtornos mentais não psicóticos, entre mulheres vítimas de violência, merecem atenção especial da equipe de saúde. Tanto a violência quanto os transtornos mentais não psicóticos são pouco diagnosticados. Isso dificulta a escolha do tratamento adequado a essas mulheres.

Nesse contexto, maiores investimentos na atenção básica e na saúde mental são essenciais (BARROS et al., 2016).

Assim, a abordagem diferenciada desta tese está na associação entre os tipos de VPI (física, sexual e psicológica) e o humor depressivo ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. Estes constituem os domínios dos transtornos mentais não psicóticos.

Destaca-se que identificar a suspeição de transtornos mentais não psicóticos e seus domínios entre mulheres que relatam diferentes tipos VPI é essencial para minimizar danos à sua saúde física e mental. Com profissionais capacitados e sensíveis para suspeição do transtorno mental não psicótico entre sua clientela será possível buscar formas de enfrentamento a essa problemática e de empoderamento a mulheres agredidas por seus companheiros (OMS, 2010).

Tendo em vista a problemática apresentada, levantou-se a seguinte hipótese: a suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres está relacionada com os diferentes tipos de violência por parceiro íntimo. Assim, o objeto de estudo é a suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres e sua relação com os diferentes tipos de violência por parceiro íntimo.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

- Avaliar a suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres e sua relação com os tipos de violência por parceiro íntimo.

1.2.2 Específicos

- Verificar como o autorrelato de VPI, as condições sociodemográficas e de saúde se associam com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres;

- Verificar associações entre sintomas de humor depressivo ansioso, decréscimo da energia vital, pensamentos depressivos e sintomas somáticos e as violências psicológica, física e sexual (em graus menor e severo);
- Comparar a suspeição de transtornos mentais não psicóticos entre mulheres que relataram VPI e as que não relataram;
- Identificar como a recorrência da VPI pode relacionar-se com a suspeição dos transtornos mentais não psicóticos;
- Verificar relações entre tentativas de negociação cognitiva e emocional da violência relatada e a suspeição de transtornos mentais não psicóticos, em seus domínios.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

Os transtornos mentais não psicóticos são considerados grave problema de saúde pública e possuem elevada prevalência na população mundial. Soma-se a isso a possibilidade de associação com relatos de VPI, o fato de serem marcados pela invisibilidade e gerarem consequências negativas para vida das vítimas. Torna-se, pois, relevante a realização deste estudo, o qual poderá favorecer ao conhecimento público sobre a temática.

Para consolidar a importância do desenvolvimento desta tese, foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados PubMed, CINAHL, LILACS, *Web of Science* e SCOPUS, intitulada: “Tipos de transtornos mentais não psicóticos em mulheres adultas violentadas por parceiro íntimo: uma revisão integrativa”, com o objetivo de identificar na literatura os tipos de transtornos mentais não psicóticos em mulheres adultas vítimas de violência por parceiro íntimo. Os descritores utilizados foram: mulheres, mulheres agredidas, violência por parceiro íntimo, maus-tratos conjugais, transtornos mentais e seus correspondentes no Mesh e títulos CINAHL. Obteve-se amostra composta por 19 artigos, publicados em revistas internacionais, na língua inglesa, com predomínio de estudos transversais (78,9%). Os tipos de transtornos mentais não psicóticos mais encontrados foram depressão (73,7%) e transtorno de estresse pós-traumático (52,6%). No momento, esta revisão encontra-se aceita para publicação na Revista da Escola de Enfermagem da USP.

É relevante salientar que existem outras pesquisas que abordaram a temática deste estudo. Todavia, algumas trabalharam apenas com a relação entre a existência ou não de transtorno mental comum entre mulheres que sofreram diferentes tipos de violência, sem citar os domínios dos transtornos mentais (OLIVEIRA; JORGE, 2007; LUDERMIR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2014; MENDONÇA; LUDERMIR, 2017); outra discorreu sobre a presença específica de depressão entre vítimas de violência (KIM; LEE, 2013); e outros autores abordaram a relação entre os domínios dos transtornos mentais comuns com a VPI, mas sem identificar os tipos, nem os graus da violência sofrida (BARROS et al., 2016).

Nota-se, dessa forma, que o tema vem sendo estudado, porém a abordagem apresentada nesta tese é diferenciada, tendo em vista que não foram encontrados estudos que especificassem a análise da relação entre a VPI dos tipos física, sexual e psicológica, nos graus menor e severo, e a suspeição de transtornos mentais não psicóticos nos domínios: humor depressivo ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital, pensamentos depressivos.

Justifica-se desenvolver este estudo que preencherá essa lacuna do conhecimento científico e trará acréscimos à literatura preexistente, tendo em vista que esse tema propõe problemas que, ainda, estão longe de serem extintos.

Acredita-se que o aprofundamento dessas questões assuma relevância social, visto que a ampliação do conhecimento sobre essa temática fornecerá subsídios para auxiliar na prevenção de novos casos de transtornos mentais não psicóticos entre mulheres que sofreram VPI. Ademais, contribuirá para o desenvolvimento de instrumentos de planejamento com ações e metas direcionadas à prevenção da VPI e ao reconhecimento da suspeição dos transtornos mentais não psicóticos ocasionados para que intervenções eficazes sejam realizadas.

Políticas públicas que promovam o empoderamento das mulheres, por meio da educação e estabilidade financeira, podem contribuir para a diminuição da VPI. Tais políticas devem considerar a atenção primária em saúde como local de escolha para identificação, assistência e referência de mulheres que sofrem VPI. É relevante ressaltar que a habilidade de suspeitar de transtornos mentais não psicóticos em mulheres que relatam vivenciar violência por parte do parceiro é indispensável para o rastreamento dessas doenças no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Além disso, devem haver profissionais qualificados que estimulem a participação ativa das mulheres em espaços criados para a promoção da consciência pública sobre os direitos humanos. Dessa forma, a prevenção primária da VPI poderá ter como consequência o bem-estar físico e mental de mulheres, famílias e comunidades.

Este estudo contribuirá, portanto, para fomentar discussões entre profissionais de saúde e gestores, que poderão contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas e aplicabilidade das já existentes, para melhoria da atenção integral às mulheres com suspeição de transtornos mentais não psicóticos e autorrelato de VPI.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Violência por parceiro íntimo contra a mulher: contextualização e repercussões

A violência contra a mulher é toda e qualquer agressão fundamentada no gênero, que culmine em agravo físico, sexual, psicológico, matrimonial ou sofrimento para mulher (BLITCHTEIN-WINICKI; REYES-SOLARI, 2012; AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2015). A violência por parceiro íntimo (VPI) ocorre quando o parceiro íntimo ou ex-parceiro causa danos físicos, coerção sexual, abuso psicológico e/ou comportamentos controladores (OMS, 2010).

Essa violência é cercada por questões pautadas no gênero, na cultura e em convenções que a torna assunto privativo da família (LAGDON; ARMOUR; STRINGER, 2014). Isso contribui para o fato da VPI configurar-se como a forma mais prevalente e endêmica de violência contra a mulher, ocorrendo entre pessoas de diferentes raças, religiões, classes econômicas e sociais (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013; MEEKERS; PALLIN; HUTCHINSON, 2013; LEITE et al., 2015; SILVA; OLIVEIRA, 2015; WHO, 2016).

Dessa forma, a VPI contra mulheres é fruto de uma construção cultural, política e religiosa, sendo mediada pela disparidade entre os sexos, que leva à assimetria de poder e ao domínio do homem sobre a mulher, em uma relação construída a partir de um modelo masculino de dominação (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013). Este modelo incentiva a subordinação das mulheres nas relações de gênero, ao considerá-las inferiores (GUEDES; FONSECA, 2011).

Até meados da década de 1960 predominava o desinteresse político, social e acadêmico pela VPI, pois, nesse período, o fenômeno era considerado intrínseco à vida cotidiana das famílias e associado, exclusivamente, à vida íntima do casal. Com isso, não demandava qualquer preocupação pública, por ser temática ignorada, minimizada e invisível (TOMÁS, 2016).

Com efeito, tendo em vista que as desigualdades de gênero constituem a essência da violência contra a mulher, reduzi-las poderá minimizar a ocorrência desse agravo. Foi somente a partir de 1970 que a violência contra a mulher passou

a ser vislumbrada como um problema público, a ocupar agendas acadêmicas, políticas e a despertar o interesse de segmentos sociais (TOMÁS, 2016).

Entretanto, mesmo com o reconhecimento desse agravo como um problema de saúde pública desde a década de 1970, ainda ocorre com elevada frequência até os dias atuais. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelaram que a prevalência global de violência física e/ou sexual contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo foi de 30% (WHO, 2016), com prevalência mais elevada (aproximadamente 37%) entre mulheres residentes nos países da África, Oriente Médio e Sudeste da Ásia, seguidas das Américas (cerca de 30%) (WHO, 2013).

A elevada prevalência da violência nas relações íntimas deve ser encarada como transgressão dos direitos humanos, uma vez que infringe a cidadania feminina, sua liberdade de ir e vir de forma segura, seu direito de se expressar e de ter sua integridade física, psíquica e social respeitada. Observa-se, assim, que as iniquidades de gênero são demonstradas nas relações de poder desequilibradas (HESLER et al., 2013).

É relevante ressaltar que a VPI constitui importante causa de morbimortalidade de mulheres no mundo (BRASIL, 2011; WAISELFISZ, 2012). Globalmente, 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por um parceiro íntimo (WHO, 2016). No Brasil, os dados também são expressivos. O mapa da violência 2015 revelou que o país ocupa a quinta colocação no *ranking* mundial de homicídio de mulheres, atrás apenas de El Salvador, Colômbia, Guatemala e Rússia (WAISELFISZ, 2015).

Dados divulgados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), que tomou como referência o ano de 2014, revelaram que treze mulheres são assassinadas por dia no Brasil (CERQUEIRA et al., 2016). Quanto às unidades da federação brasileira, a taxa mais elevada de relatos de violência foi registrada no Distrito Federal, seguido por Piauí e Goiás (BRASIL, 2015a).

Vale ressaltar que a taxa de feminicídios ilustra somente o extremo da violência física. Um número superior de mulheres sofre diariamente episódios de diferentes tipos de violência que podem ser graves e recorrentes. Isso poderá refletir significativamente na saúde física e mental das vítimas (OPAS, 2013).

De acordo com a Lei nº 11.340 de 2006, os tipos de violência são definidos em cinco domínios, são eles: físico, patrimonial, sexual, moral e psicológico. A violência física provoca ferimentos e causa danos ao corpo; a violência patrimonial causa destruição de bens materiais; a violência sexual acontece quando o agressor obriga a vítima, por meio de conduta constrangedora, a presenciar, manter ou a participar de relação sexual, sem seu consentimento; a violência moral refere-se a qualquer ato que caracterize calúnia, difamação ou injúria; e a violência psicológica caracterizada como um dano psicológico, como a diminuição da autoestima, coação, humilhações, imposições, desvalorização e desrespeito (BRASIL, 2006).

Usualmente, a VPI inicia-se com o abuso emocional e avança para ofensiva, física ou sexual. Esses diferentes tipos de violência também podem acontecer simultaneamente (RODRIGUEZ-BORREGO; VAQUERO-ABELLAN; ROSA, 2012; BARROS et al., 2016; VASCONCELOS; HOLANDA; ALBUQUERQUE, 2016). Estudos revelam que mulheres violentadas, habitualmente, sofrem mais de um tipo de violência (FRIDH; LINDSTRÖM; ROSVALL, 2014; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Estes mesmos autores consideram que o abuso físico entre mulheres é amplamente combinado com o sexual e o psicológico. Além disso, o sofrimento ocasionado pela junção desses vários tipos de agressões tende a ser recorrente (FRIDH; LINDSTRÖM; ROSVALL, 2014; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Apesar do sofrimento ocasionado pela VPI, existem razões que impedem a denúncia por parte da mulher. Torna-se fundamental a compreensão dessas razões para avanços das estratégias de intervenção. Um dos pontos cruciais é o medo, ele inativa a vítima e gera falta de compromisso da família, vizinhos ou profissionais (WALTERMAURER, 2012; GRACIA; GARCÍA; LILA, 2014).

Esse medo constitui-se não somente da violência do agressor, como também dos comentários de alheios, da pressão social e da incerteza do futuro financeiro tanto para a mulher quanto para seus filhos (WALTERMAURER, 2012; GRACIA; GARCÍA; LILA, 2014). Em relação ao suporte dado pela família à vítima, é ambivalente e, por vezes, pode gerar culpa devido à falta de apoio familiar e social (BOIRA; CARBAJOSA; MÉNDEZ, 2016).

Para mulheres que vivem sob uma atmosfera de violência, a família não é considerada unidade fundamental para a vida social, mas apenas um meio de sobrevivência individual. Isso ocorre porque essas mulheres vivem em um ambiente familiar permeado por ameaças de morte, espancamentos, humilhações e desprezo entre o casal. Ademais, muitas vítimas não possuem recursos econômicos próprios, nem suporte familiar necessário para ter uma vida independente, permanecem, então, condenadas a abusos rotineiros (VILA; CALDERÓN, 2014).

O relacionamento violento é uma ameaça à sobrevivência da mulher e dos filhos. Superar essa situação denota estar em posição de igualdade em relação ao homem, possibilitando-lhe elevar sua autoestima, liberar-se da dependência econômica e não permitir a violência (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Neste sentido, é importante identificar os fatores específicos que podem reforçar a VPI para, assim, facilitar a concepção de estratégias de intervenções eficazes para essa problemática. Dentre esses fatores estão: pobreza, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, impunidade e o próprio relacionamento com o agressor (BOIRA; CARBAJOSA; MÉNDEZ, 2016).

Considerando os danos acarretados à saúde da mulher e consequentes repercussões na sua capacidade laboral, no relacionamento familiar e social, a prevenção e o enfrentamento da VPI impetram a articulação de distintos setores, como justiça, segurança pública, saúde e educação (BRASIL, 2011). No entanto, os serviços de saúde são a porta de entrada para essas vítimas de VPI e, muitas vezes, os profissionais não estão preparados para investigar e intervir em situações de violência.

Ocorre, ainda, que algumas formas de violência contra a mulher, como a psicológica, são consideradas tão triviais que não são compreendidas como agressões; em algumas situações, precisam ser descritas para que sejam reconhecidas (DOURADO; NORONHA, 2014). Já a violência física é a mais fácil de ser identificada, especialmente pelas marcas corporais que contribuem para a visibilidade do agravo. Todavia, vale salientar que não é somente a violência física que deixa marcas em médio e longo prazo, as violências psicológica e sexual também geram impactos negativos para a mulher, repercutindo sobre a sua saúde física e mental (GOMES et al., 2012).

É importante destacar que mesmo quando o ato violento não deriva em dano físico pode gerar transtornos mentais difíceis de serem identificados. Salienta-se, ainda, o fato das relações violentas tenderem a ocorrer de forma repetitiva e sobreposta, tornando-se progressivamente mais graves (SOUSA; NOGUEIRA; GRADIM, 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Dessa forma, nota-se que apesar do reconhecimento da VPI como problema de saúde pública, há necessidade de dar visibilidade a esse agravo, bem como desnaturalizar as diferenças de gênero, que estão arraigadas culturalmente à sociedade, para que seja possível quebrar o silêncio que paira sobre essa temática tão frequente e pouco valorizada.

2.2 Políticas públicas e assistência multiprofissional a mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo

São elevadas as proporções que a VPI assume mundialmente, o que a torna um grave problema de saúde pública e exige atenção diferenciada de profissionais e, sobretudo, do poder público (SILVA et al., 2013). É imperativo proporcionar visibilidade a essa problemática.

O Brasil possui políticas de saúde que preconizam a prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher, bem como a organização dos serviços para atender as vítimas (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Contudo, a implementação dessas políticas, ainda, está aquém da real necessidade da população.

A partir de 2003, foram ampliadas as políticas públicas para o enfrentamento à violência contra as mulheres, no Brasil, e incluídas ações integradas, dentre elas: o desenvolvimento de normas e padrões de atendimento; aprimoramento da legislação; estímulo à formação de redes de serviços; incentivo a projetos educativos e culturais de prevenção à violência; e facilitação do acesso de mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (BRASIL, 2011).

Também foram promulgados diferentes documentos e leis, entre os quais estão: planos nacionais de políticas para as mulheres; Lei Maria da Penha; política e pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres; diretrizes de

abrigo das mulheres em situação de violência; diretrizes nacionais de enfrentamento à violência contra as mulheres do campo e da floresta; norma técnica do centro de atendimento à mulher em situação de violência; e norma técnica das delegacias especializadas de atendimento à mulher (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, é importante destacar a Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, promulgada em 2006 (BRASIL, 2006), e a Lei 13.104 de 2015, que torna o homicídio de mulheres crime hediondo (BRASIL, 2015b). Essas leis representam uma conquista política na luta pelos direitos das mulheres brasileiras (PASINATO, 2015). Em análise sobre sua efetividade, estudo sobre a Lei Maria da Penha, desenvolvido em 2015 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), mostrou que essa lei levou à diminuição de aproximadamente 10% da taxa de homicídios contra as mulheres dentro das residências, o que a torna um fator protetor que poupa milhares de casos de violência doméstica no Brasil (CERQUEIRA et al., 2015).

No entanto, mesmo com o amparo de Leis, com tamanha efetividade, a elevada prevalência da problemática da violência por parceiro íntimo ainda a mantém como problema de saúde e de segurança pública a ser resolvido, tendo em vista que essa violência ocupa espaços, muitas vezes, invisíveis aos olhares públicos e da sociedade e nem sempre são denunciadas.

A problemática da VPI tem conexão com a saúde, visto que mulheres em situação de violência procuram atendimento para necessidades alheias à violência e esta passa despercebida pelos profissionais de saúde (VALE et al., 2013).

Por isso, a constituição de políticas para superar a violência é considerada um tema transversal no campo da saúde pública. Torna-se imprescindível um esforço de articulação entre os pontos de atenção em saúde, pois, devido à complexidade do fenômeno, há necessidade de abordagem intersetorial e interdisciplinar para o desenvolvimento de políticas públicas integradas (BRASIL, 2016b).

A eficácia das políticas formuladas depende da capacidade de integração de recursos humanos e materiais. Por conseguinte, a consolidação de uma rede integrada de cuidados às pessoas em situação de violência deve estar entre as iniciativas prioritárias do poder público, haja vista que mulheres vítimas de VPI

geralmente apresentam problemas de saúde e geram custos expressivos com tratamento (BRASIL, 2016b).

Destarte, a linha de cuidados constitui-se em estratégia de ação que tem por objetivo fortalecer a atenção integral à saúde das vítimas de violência, de forma ininterrupta e resolutiva. Isso se torna possível, pois expressa os fluxos assistenciais seguros e garantidos à mulher para que sejam atendidas suas necessidades de saúde. O cuidado deve ocorrer de forma humanizada e integral, constituindo-se como princípio que norteia as relações entre pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2016b).

A implantação de uma linha de cuidado no campo da violência torna possível a organização de recursos que viabilizam o acesso, o cuidado e a proteção à vítima de violência; contribui, também, para a integração de ações desenvolvidas na rede e permite o estabelecimento de fluxos e o investimento em educação permanente. Além disso, fortalece o acolhimento, atendimento, notificação e seguimento dos casos (BRASIL, 2016b).

Para melhoria da atenção às vítimas de VPI, faz-se necessários o aperfeiçoamento e implementação de políticas públicas que visem qualificar o profissional de saúde para o correto preenchimento de fichas de notificação de violência contra a mulher, além de ampliar a cobertura do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tornando-o mais seguro, eficaz e de fácil manipulação. Esses são elementos essenciais para garantia de precisão aos processos de tomada de decisão (SILVA; OLIVEIRA, 2016).

Acredita-se que a adequada notificação dos casos de VPI contribua para alertar gestores, docentes e profissionais da área da saúde, ajuda a capacitá-los e confere destaque ao problema da violência contra a mulher (SILVA; OLIVEIRA, 2016).

No entanto, apesar da publicidade sobre a violência contra a mulher na atualidade, ainda existe dificuldade em abordar essa temática, tanto por parte das mulheres violentadas quanto dos profissionais da saúde. Dois aspectos contribuem para o silêncio que envolve a VPI: o não reconhecimento da violência contra a mulher como um problema de saúde e a ênfase na linguagem do adoecimento, que prejudica o diálogo entre profissionais da saúde e pacientes (VALE et al., 2013).

O desconhecimento do arcabouço legal que impõe limites à violência, o medo e a vergonha também são fatores que dificultam a procura das vítimas de VPI pelos serviços de saúde (SILVA et al., 2012). Quando buscam esses espaços, devido à presença de lesões físicas, ainda omitem suas reais causas durante as consultas (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Esse silêncio envolve questões culturais, como a submissão da mulher em relação ao homem; a falta de apoio para a denúncia por parte da família, que recomenda a reconciliação do casal; o medo de perder o lar e seu *status* social ou mesmo de sofrer novas agressões (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Observa-se, com isso, que é relevante desenvolver estratégias de empoderamento para que mulheres busquem uma vida sem violência. Nessa conjuntura, é essencial que os serviços de saúde busquem articulação com os diferentes níveis de atenção, mormente a partir da interdisciplinaridade e da intersetorialidade. Outrossim, o acolhimento e a escuta, que favorecem a humanização, devem estar sempre presentes entre os profissionais que prestam assistência direta à clientela (GOMES et al., 2014).

O atendimento de saúde aos casos de violência requer uma equipe multidisciplinar, qualificada e com uma visão holística da saúde da mulher. A assistência deve incluir tratamento dos danos físicos e psicológicos, bem como encaminhamentos intersetoriais, conforme a necessidade de cada mulher violentada (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Quando se trata de ações referentes à violência contra a mulher, a atenção primária em saúde merece ênfase, uma vez que possui destaque em ações de promoção e prevenção de saúde. Além disso, valoriza a visita domiciliar, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF); almeja acesso frequente, constante e legitimado às mulheres; gera vínculo com a comunidade; e é direcionada a problemas corriqueiros de saúde muito relacionados com a VPI contra a mulher (VALE et al., 2013).

Essa atenção oferecida à mulher vítima de VPI, na atenção básica, tem repercussões importantes no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento a situações violentas vividas. Isso reduz a vulnerabilidade dessa mulher à violência e promove sua saúde e direitos de cidadania (PEDROSA; SPINK, 2011).

Nesses casos, a atuação dos profissionais de saúde faz-se crucial para o enfrentamento de episódios de VPI, tendo em vista que pode desenvolver vínculo com os usuários do serviço e com a comunidade (VALE et al., 2013). A assistência à mulher vítima de VPI deve ocorrer em suas dimensões subjetivas, ampliando para além do bem-estar físico. Assim sendo, para efetivação da assistência de saúde integral, faz-se imprescindível o desenvolvimento de habilidades que vislumbrem o enfrentamento da VPI e o seu reconhecimento como uma demanda das mulheres e um problema de saúde pública (CORTES; PADOIN, 2016).

A VPI também traz como consequência o desenvolvimento de transtornos mentais não psicóticos entre mulheres, problemas como esses são frequentes na atenção básica e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ampliar as habilidades e os recursos para reduzir a VPI contribui para a melhoria da qualidade da assistência em serviços que acolham questões de saúde mental (BRASIL, 2016b).

Ressalta-se que a qualidade da atenção destinada a vítimas de VPI está intimamente relacionada com a otimização da escuta profissional. Uma escuta qualificada evita julgamentos morais, críticas e acolhe o indivíduo em seu sofrimento. Essas mulheres carecem de apoio para lidar com a sua dor e tentar reestruturar suas vidas (BRASIL, 2016b).

Ter o profissional de saúde da atenção básica como um interlocutor representa um caminho para lidar com transtornos mentais não psicóticos, que podem desencadear somatizações ou complicações clínicas. O exercício de expressar sofrimentos, a possibilidade de ouvir a si próprio enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional atento, contribui para ofertar distintas formas de perceber seus sofrimentos e criar possibilidades de enfrentamento (BRASIL, 2013).

Por outro lado, cabe ao profissional de saúde oferecer à paciente as formas para lidar com situações que elevam o sofrimento. A segurança para realizar estas orientações derivará do vínculo estabelecido com o usuário ao longo do tempo, isso torna-se possível a partir do momento em que o profissional se dispõe a ser interlocutor (BRASIL, 2013). Nesse arcabouço, a ESF e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) assumem indispensável papel na identificação de casos

de VPI, tendo em vista que tem como alicerce a família e o contexto social no qual está inserida.

Nota-se que o cuidado, o respeito e a confiança estabelecida entre a mulher e o profissional são primordiais para o enfrentamento da VPI e suas consequências (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Não é presumível constituir uma assistência proveitosa em um ambiente permeado pela violência, pois não existe cuidado sem respeito à dignidade humana. O diálogo e a escuta empática estabelecem relações dignas, humanizadas, respeitadas e tornam possíveis trocas autênticas que estimulem a aceitação da alteridade e da diversidade alheia. O ouvir leva à compreensão da realidade do outro e gera condições para ampliar a empatia (BRASIL, 2016b).

Assim, para acolher essas mulheres, faz-se necessário que profissionais de saúde assumam uma postura de estar com, em uma relação intersubjetiva com as mulheres, para que possam compreender e intervir nas suas necessidades de cuidado. Em prol desse acolhimento, esses profissionais devem compartilhar responsabilidades com mulheres, familiares e equipe multiprofissional, em uma relação de reciprocidade de perspectivas (CORTES; PADOIN, 2016).

Todavia, muitos profissionais da saúde possuem receio em se envolver em casos de VPI, já que a natureza do problema tem origem no ambiente privado e devido à ausência de estratégias nos serviços para atuarem perante esse fenômeno. Isso pode gerar constrangimentos e sentimentos de impotência diante da problemática em questão (VALE et al., 2013).

Além disso, muitos serviços não estão preparados para proporcionar assistência especializada à mulher que sofre VPI. A ausência de suporte institucional, de protocolos com orientações técnicas para o atendimento a esses casos e o reduzido espaço físico dos serviços, que não garantem a privacidade das pacientes, nem a dinâmica de trabalho dos profissionais, geram dificuldades na identificação e atuação diante de casos de VPI (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Torna-se clara a necessidade da concepção de espaços de reflexão e de capacitação para esses profissionais. A capacitação e a discussão de casos são

importantes e devem estimular o envolvimento dos componentes da equipe multiprofissional (BRASIL, 2016b).

A partir dessa capacitação, busca-se que os profissionais de saúde tenham preocupação com a redução das consequências e agravos decorrentes da VPI a fim de que as mulheres se sintam mais seguras e acolhidas. A atenção adequada, por parte do profissional de saúde, é encarada como um momento de desabafo, no qual a mulher pode abrandar seu sofrimento perante a situação de violência. É relevante também proteger, apoiar e ajudar a mulher a entender que ela não é culpada pela violência que sofreu (CORTES; PADOIN, 2016).

Assim, há necessidade de maior investimento financeiro, para capacitação de profissionais de saúde, visando prepará-los para o reconhecimento de sinais e sintomas de violência (KIND et al., 2013), além do adequado encaminhamento da mulher agredida aos serviços de segurança pública e justiça para a aquisição de medidas protetivas (GARCIA et al., 2016).

Em síntese, para o enfrentamento da VPI, é necessário superar alguns desafios para a rede de serviços na atenção à saúde das mulheres que sofrem violência, são eles: a sensibilização dos gestores para formação dos profissionais sobre o tema; organização dos serviços com equipes interdisciplinares, protocolos, referência e contrarreferência; notificação dos casos de violência; construção de uma rede intra e intersetorial articulada para o apoio às vítimas; implementação das ações de prevenção da violência contra a mulher por profissionais de saúde; inclusão dos agressores com orientação aos casais para solucionarem seus conflitos sem recorrerem à violência; e desnaturalização de valores culturais relativos à mulher e à violência (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Verifica-se, portanto, que a VPI contra a mulher é um problema complexo e multifatorial. Logo, a construção e implementação de políticas públicas não podem limitar-se ao setor saúde e devem incluir áreas como gênero, direitos humanos, justiça e segurança pública. Porém, vale ressaltar que os serviços de saúde são primordiais por serem a porta de entrada para mulheres que sofreram VPI (GARCIA et al., 2016).

Os transtornos mentais não psicóticos podem se tornar efeito consequente da VPI, desta maneira a atenção a essas mulheres precisa ter como meta o pleno

exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sintomatologia apresentada. Para que isso seja possível é primordial organizar serviços abertos com a participação ativa dos usuários e formação de redes com outras políticas públicas: educação, moradia, trabalho e cultura (BRASIL, 2013).

Deste modo, é premente que tais políticas vislumbrem a educação permanente de profissionais de saúde para o reconhecimento de vítimas de VPI e incentivem intervenções que minimizem seu impacto na qualidade de vida dessas pessoas.

2.3 Transtornos mentais não psicóticos

Transtornos mentais comuns ou não psicóticos são situações de saúde em que surgem sintomas de depressão, ansiedade e somatizações que interferem nas atividades diárias do indivíduo que os apresentam, embora não preencham os critérios formais para diagnóstico de transtornos do humor e/ou de transtornos específicos de ansiedade estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM- V) e a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (APA, 2014; COUTINHO et al., 2014; OMS, 2016b).

Entretanto, o fato do quadro clínico não se adequar em categorias diagnósticas estabelecidas, não diminui sua relevância, uma vez que os sintomas provocam sofrimento e maximizam a procura por consultas e exames, muitas vezes, desnecessários (GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013). Dessa forma, esse agravo é tão importante quanto as condições psiquiátricas bem estabelecidas, pois além do sofrimento do indivíduo gera considerável impacto socioeconômico devido ao absenteísmo e demandas por serviços de saúde (GUIRADO; PEREIRA, 2016; CARMO et al., 2017).

É relevante contextualizar esses transtornos mentais a partir do conceito de doença mental. Para Sampaio (1998) esta é descrita por meio da lógica causa-efeito e da vinculação entre psíquico e orgânico. Este autor acredita que a doença mental tenha existência objetiva e que haja um específico psicopatológico gerador do sofrimento. Com isso, defende que doença mental não é a ruptura sujeito-objeto,

sujeito-outro, o consciente estado do ser, a legítima construção ideológica de interesses conflituosos, nem a fatalidade inevitável do biológico.

Destarte, saúde e doença não são fenômenos isolados definidos em si mesmos, mas, sim, fortemente vinculados ao contexto social, econômico e cultural. Não é possível discorrer sobre doença mental sem articular com a saúde mental; a sociedade que as constitui; o Estado que cria políticas assistencialistas e de prevenção; o avanço dos conhecimentos sobre saneamento, nutrição e profilaxia; o acesso aos serviços de saúde; a urbanização desenfreada; e a especialização dos saberes, visto que esses aspectos contribuem para o surgimento de novas formas de adoecer e morrer, como também para o aumento dos problemas crônico-degenerativos e de novas formas de sofrer a condição humana por meio dos sofrimentos psíquicos (SAMPAIO, 1998).

Apesar dos transtornos mentais não psicóticos não constituírem causa efetiva de mortalidade são responsáveis por aproximadamente 12% da incapacitação decorrente de doenças, principalmente em mulheres (AQUINO; NICOLAU; PINHEIRO, 2011). Projeções mundiais para 2030 incluem os transtornos mentais não psicóticos entre as perturbações mais incapacitantes do ser humano (SKAPINAKIS et al., 2013).

A Organização Mundial de Saúde prevê que o índice de morbidade por causas mentais e neurológicas cheguem a 15% no ano de 2020, sendo que minoria da população com transtornos mentais não psicóticos receberão tratamento apropriado (OMS, 2001).

Dessa forma, o conhecimento sobre esses transtornos torna-se essencial para sua identificação e desenvolvimento de intervenções específicas precoces, as quais contribuem para melhoria do prognóstico (LOPES et al., 2016). Por esse motivo, é importante incluir os transtornos mentais não psicóticos como prioridade na atenção primária à saúde, da mesma forma que outras morbidades crônicas (GONÇALVES et al., 2014).

2.3.1 Transtornos mentais não psicóticos no universo feminino

Mulheres têm cerca de duas vezes mais chances de apresentar transtornos mentais não psicóticos do que os homens. Esse aspecto possivelmente esteja mais relacionado à diferença de gênero, aos papéis sociais da mulher e do homem, do que à divergência biológica de sexo. O gênero influencia tanto a vulnerabilidade ao sofrimento quanto suas formas de expressão, há formas socialmente melhor aceitas de sofrimento para cada gênero. Homens, por exemplo, possuem mais problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas do que mulheres (BRASIL, 2013).

Todos os seres humanos são sexo e gênero, possuem um sexo, biologicamente determinado, que influencia algumas de suas condições de saúde, mas também gênero, pois são produto do processo sociocultural que molda na sociedade os papéis femininos e masculinos e define as pautas de relação entre homens e mulheres. Existe, por conseguinte, uma relação de mútua determinação entre sexo e gênero no qual este último adquire a maior hierarquia na produção dos estados de saúde. Logo, as desigualdades em saúde observadas entre homens e mulheres devem ser analisadas a partir dessa dupla determinação: as relações de gênero e as peculiaridades do sexo biológico (BARATA, 2009).

Com isso, entende-se que o sexo é biológico, enquanto o gênero é social, construído pelas diferenças culturais. O gênero, dessa forma, vai além do sexo, pois na definição do que é ser homem ou mulher é levado em consideração não somente os cromossomos ou a conformação genital, mas também a autopercepção e a maneira como a pessoa se expressa socialmente (JESUS, 2012).

Especificamente com relação ao sexo feminino, acredita-se que há uma predisposição sociobiológica para o surgimento de algumas patologias psiquiátricas, como os transtornos mentais não psicóticos (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Dunn e Steiner (2000) propuseram a hipótese de suscetibilidade biológica para esclarecer a divergência nas prevalências de transtornos mentais entre os sexos. Para esses autores, em mulheres ocorre um desequilíbrio na interação entre o eixo hipotálamo-hipotalâmico-gonadal e outros neuromoduladores. Dessa forma, o ritmo neuroendócrino relacionado à reprodução na mulher seria vulnerável a mudanças e extremamente afetado por fatores psicossociais, ambientais e fisiológicos (DUNN; STEINER, 2000).

Por outro lado, a literatura mostra, também, que a elevada prevalência de transtornos mentais não psicóticos entre mulheres está relacionada à desvalorização das mesmas pela sociedade, à sobrecarga na jornada de trabalho, tanto no lar quanto no emprego, a piores condições sociodemográficas, econômicas e à violência sofrida especialmente por seus parceiros íntimos (LUDERMIR, 2008a; AQUINO; NICOLAU; PINHEIRO, 2011).

A frequência de transtornos mentais não psicóticos entre mulheres que sofrem VPI é bastante elevada. Estudo mostra que 38,2% dessas mulheres apresentaram humor depressivo ansioso; 36,0% sintomas somáticos; 36,3% decréscimo de energia vital; e 41,1% pensamentos depressivos (BARROS et al., 2016). Verifica-se, assim, que a VPI está positivamente associada à incidência de transtornos mentais não psicóticos (KIM; LEE, 2013).

Mulheres em situação de VPI, também, podem ter risco aumentado para o desenvolvimento de outras morbidades psíquicas, dentre elas: o uso abusivo de drogas (lícitas e ilícitas), depressão, ansiedade, fobias (ROCHA et al., 2010), Transtornos de Estresse Pós-Traumático (TEPT), distúrbios alimentares e de sono, prejuízos na autoestima, autoagressão e comportamento sexual de risco. Destaca-se que as violências física e sexual aumentam, ainda, as chances de comportamento suicida (BRASIL, 2011).

Entre os anos de 2010 a 2013, aproximadamente, 10% das mulheres, atendidas em um centro de estudos aplicados em psicologia, relataram, no decorrer do processo psicoterápico, terem sofrido agressões verbais, físicas e/ou sexuais por seus parceiros. Em número significativo de mulheres que procuram por atendimento psicológico em consequência da presença de transtornos mentais, estes são decorrentes, primária ou secundariamente, da vivência com situações de violência (NAVES, 2014).

Isso ocorre porque quando expostas a eventos rotineiros de VPI, mulheres podem se tornar tristes, com baixa autoestima, elevados níveis de frustração, desconfiança e, conseqüentemente, com baixa qualidade de vida (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015; BRASIL, 2016b).

Assim, as mulheres precisam de apoio para superar medos, uma vez que, com frequência, apresentam quadro de crise, descompensação psíquica ou

transtorno mental. Essa problemática necessita ser encarada em seu entorno familiar e social para ampliar a compreensão dos transtornos mentais não psicóticos e evitar focalizar, somente, em aspectos biológicos. Contudo, muitos serviços de saúde não estão preparados para disponibilizar a ajuda que essas mulheres precisam (BRASIL, 2016b).

2.4 Atenção primária à saúde na assistência a pacientes com transtornos mentais

A Política Nacional de Saúde Mental determina a implantação e implementação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária eficaz, adequada para atender com resolutividade os pacientes que necessitem de cuidado. A rede de saúde mental, conforme essa perspectiva, deve ser formada por: ações de saúde mental na Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, residências terapêuticas, leitos de atenção integral em saúde mental (em CAPS III e em hospital geral), Programa de Volta para Casa, cooperativas de trabalho e geração de renda, centros de convivência e cultura (BRASIL, 2010a).

A atenção primária deve viabilizar o primeiro acesso das pessoas aos serviços de saúde, inclusive daquelas que demandam cuidado em saúde mental. Isso se torna possível porque as atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF) são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, que permite aos profissionais de saúde proximidade para conhecimento da situação familiar, social e econômica de cada pessoa, bem como de sua relação com a comunidade. Assim, o cuidado em saúde mental na atenção primária é privilegiado pela facilidade de acesso das equipes aos usuários (BRASIL, 2013).

Com o propósito de ampliar a abrangência e o escopo de ações da atenção primária, bem como sua resolutividade, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Para ofertar melhor atendimento à saúde mental na Atenção Primária em Saúde (APS), recomenda-se o desenvolvimento do

trabalho de forma compartilhada. As Equipes de Saúde da Família devem atuar com apoio matricial em saúde mental dado pelos profissionais dos NASF (BRASIL, 2013).

O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que amplia a visão clínica das ESF e evita encaminhamentos indiscriminados, busca, assim, a corresponsabilização entre as equipes de saúde da família e saúde mental e a desconstrução da lógica de referência e contrarreferência, que favorece a não responsabilização e dificulta o acesso da população (BRASIL, 2010a).

Com isso, por aumentar a capacidade das ESF em assistir ao sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, o apoio matricial viabiliza a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e reabilitação psicossocial, a partir da APS (BRASIL, 2010a).

O apoio matricial e equipe de referência são arranjos organizacionais para a gestão do trabalho em saúde e buscam aumentar possibilidades para realização da clínica ampliada e integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões (MORAIS; TANAKA, 2012).

Dessa forma, a ESF integrada ao NASF proporciona aos seus componentes o debate das ideias, o desenvolvimento da capacidade criadora e a consciência crítica. Esses elementos viabilizam o contato com os diversos saberes e estimula os profissionais na elaboração de estratégias e ações para a resolução de problemas de forma mais humanizada (BRASIL, 2010a), além de unificar o objetivo da equipe multiprofissional para o cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013).

No entanto, é conveniente destacar que a atenção básica, ainda, encontra dificuldades em manter o seguimento na assistência aos casos de saúde mental. Constata-se que os usuários recebem o atendimento de forma pontual nos dias dos encontros com o matriciamento (MORAIS; TANAKA, 2012).

Observa-se, também, que os sintomas apresentados pelas pacientes são usualmente identificados pelos serviços de saúde como sofrimento somático, levando-se em consideração somente aspectos biológicos. Nesse sentido, as queixas orgânicas ou alterações fisiológicas são as mais vislumbradas por serem “objetivas” (AZEVEDO, 2012). Isso demonstra a fragilidade do acesso e da integralidade na atenção aos casos de saúde mental. Assim, o apoio matricial tende

a constituir-se em mais uma atividade especializada na atenção básica (MORAIS; TANAKA, 2012).

Deste modo, é possível afirmar que a atuação dos profissionais da atenção básica em relação à assistência em saúde mental mostra que as equipes de saúde da família descuidam no que tange a ações que podem ser desenvolvidas com o usuário junto à família e à comunidade (MORAIS; TANAKA, 2012). Pacientes com transtornos mentais não psicóticos podem não receber o tratamento adequado, retornando outras vezes ao serviço, fato que sobrecarrega o sistema e eleva os gastos públicos com exames e intervenções medicamentosas desnecessárias (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015).

Diante dessa situação, são necessários a sistematização das buscas de transtornos mentais não psicóticos na atenção primária à saúde e o estabelecimento de cuidados específicos de saúde mental (LUCCHESI et al., 2014). Deve-se considerar que há um componente subjetivo do sofrimento relacionado a toda e qualquer doença. Os problemas de saúde física interferem, direta ou indiretamente, na saúde mental. Nesse sentido, será sempre relevante e indispensável a articulação entre saúde mental e toda a rede de saúde, especialmente com a APS (BRASIL, 2010a).

No entanto, apesar das discussões sobre a temática terem avançado bastante, o atual modelo de atenção psicossocial não viabiliza o acolhimento adequado às mulheres em geral, uma vez que não identifica as especificidades de gênero. Logo, é necessária a criação de uma agenda específica sobre gênero e saúde mental, que deve abranger a interface entre saúde da mulher, direitos sexuais e reprodutivos, bem como os investimentos em políticas públicas transversais, para o fortalecimento da atual política de saúde mental brasileira. Dessa forma, será possível conceber os transtornos mentais como decorrentes de diversidades sociais e diferenças de gênero (CAMPOS, 2016).

Nesse contexto, é indispensável que os sintomas de transtornos mentais não psicóticos sejam facilmente identificados pelas equipes de saúde na APS. A partir disso, devem ser organizadas intervenções precoces, por meio da escuta e amparo à mulher, para controlar sintomas e manter sua integridade mental, sem gerar repercussões negativas em sua qualidade de vida e produtividade laboral

(BOTTI et al., 2010). Isso justifica a necessidade de ações de rastreamento de possíveis casos de transtornos mentais não psicóticos na sociedade (LUCCHESI et al., 2014).

Com isso, os gestores públicos precisam qualificar profissionais dos serviços de saúde para que reconheçam as consequências que as diferenças de gênero exercem na saúde física e mental de mulheres. É imprescindível que sejam viabilizadas todas as possibilidades de tratamento disponíveis para mulheres vítimas de transtornos mentais não psicóticos (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015). Assim, nos casos em que a VPI está presente, a saúde mental também merece acompanhamento e intervenções que visem à redução de prováveis transtornos mentais não psicóticos (BANFORD, 2015).

Torna-se relevante, portanto, novas formas de abordagem dessa problemática, considerando-se as repercussões dos transtornos mentais não psicóticos na vida de mulheres e, assim, ampliar o foco da atenção em saúde para além da dicotomia corpo e mente, valorizando o acolhimento e a escuta.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo analítico de abordagem quantitativa e delineamento transversal. O estudo transversal é a estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade. Frequentemente, a característica que define a população alvo de um estudo transversal está relacionada com critérios geográficos, políticos e administrativos que a limitam em termos espaciais. Entretanto, uma população também pode ser descrita em função de outras características, tais como sexo, faixa etária ou ocupação (MEDRONHO et al., 2006). Estudos analíticos são aqueles delineados para averiguar a existência de associação entre exposição e doença ou condição relacionada à saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

O presente estudo foi realizado mediante utilização de banco de dados obtido a partir do macroprojeto intitulado: “Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº. 443107/2014-9, cujos dados foram coletados de agosto de 2015 a maio de 2016.

Esse macroprojeto já foi explorado, em estudos anteriores, para verificação de diferentes agravos entre mulheres, dentre eles: tabagismo, uso de drogas associado a sofrimento mental, prevalência de VPI e suas relações com uso de álcool e outras drogas.

3.2 Local do estudo

Foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cinco municípios do Piauí, os quais foram selecionados por corresponderem às sedes das macrorregiões de saúde do Estado, definidas a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR), foram eles: Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus.

O estado do Piauí está localizado no nordeste brasileiro, possui 224 municípios e uma população estimada, em 2016, de 3.212.180 habitantes (IBGE, 2016).

A macrorregião de Teresina possui 55 municípios e abrange as regiões de saúde dos Carnaubais, Entre rios e Vale do Sambito; a macrorregião de Parnaíba possui 33 municípios e suas regiões de saúde de abrangência são a Planície litorânea e Cocais; a macrorregião de Picos possui 61 municípios distribuídos entre as regiões de saúde do Vale do Guaribas, Canidé e Vale do Sambito; a macrorregião de Floriano possui 52 municípios e suas regiões de saúde de abrangência são o Vale dos rios Piauí e Itaueira, Serra da Capivara e Tabuleiro do alto Parnaíba; por fim, na macrorregião de Bom Jesus possui 23 municípios que estão integrados à região de saúde da Chapada das Mangabeiras (FUNDAC, 2015).

3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos. Dados do último censo realizado pelo IBGE mostraram que em Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus, essa população totalizou 347.414 mulheres (IBGE, 2010).

A escolha da faixa etária justificou-se a partir de dados do Ministério da Saúde que apontaram que, no Brasil, as mulheres jovens e adultas de 20 a 59 anos sofrem maior violência, tendo registrado 79,9% das agressões (BRASIL, 2010b).

Compuseram a amostra as mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade de 20 a 59 anos e ser atendida em consultas de enfermagem de UBS dos referidos municípios. O critério de exclusão adotado foi apresentar dificuldade auditiva ou de comunicação verbal, detectada no momento do convite, por observação do pesquisador, tendo em vista a importância dessas funções para aplicação dos instrumentos.

Para o cálculo da amostra mínima necessária para o estudo, utilizou-se a fórmula para populações infinitas com base na proporção populacional:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Em que $Z_{\alpha/2}$ é o ponto da curva normal que corresponde ao intervalo de confiança desejado (95%); p compreende a proporção de indivíduos pertencentes à categoria a ser estudada, para a qual considerou-se a estimativa da prevalência de transtornos mentais não psicóticos 39,4%, conforme Araújo, Pinho e Almeida (2005); q é a proporção não pertencente à categoria ($q=1-p$); e E consiste no erro máximo de estimativa (5%). A amostra mínima encontrada por meio do cálculo foi de 367, no entanto utilizou-se para este estudo 369 mulheres. Como a amostra utilizada foi maior que a amostra mínima necessária, isso não acarretou prejuízos ao estudo.

Para obtenção da amostra, utilizou-se como referência o número de UBS de cada município estudado. A amostragem realizada foi do tipo estratificada proporcional (CALLEGARI-JACQUES, 2003). Essa estratégia permitiu proceder com a seleção da amostra de acordo com a proporção de UBS, da zona urbana e rural, dos cinco municípios anteriormente citados, as quais foram sorteadas, de forma aleatória, no *software Excel 2010*.

Para a determinação do número de UBS a serem utilizadas nos cinco municípios, optou-se por aplicar uma proporção baseada na mesma prevalência de 39,4% de transtornos mentais não psicóticos (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005), utilizada para calcular o tamanho amostral. Esse referencial foi utilizado para permitir a aleatorização na escolha das UBS.

Para o cálculo do número mulheres entrevistadas, foi realizada nova amostra estratificada proporcional ao número de atendimentos realizados no total de unidades básicas de cada município de coleta, obtendo-se: 232 mulheres em Teresina, 36 em Parnaíba, 46 em Picos, 38 em Floriano e 17 em Bom Jesus, conforme descrito no Quadro 1.

Especificamente em Teresina, o total de mulheres foi proporcionalmente dividido nas três regionais de saúde da capital, incluindo zonas urbana e rural, conforme total de atendimentos ocorridos. De forma que, na Regional Norte (8.288 mulheres atendidas), a amostra foi de 35 mulheres; na Regional Leste-sudeste (28.340 atendimentos), 121 mulheres; e na Regional Sul (17.742 atendimentos), 76 mulheres.

Quadro 1 - Distribuição do tamanho da amostra por município. Teresina, PI, Brasil (2018).

Município	Nº de UBS – referência 2014	Nº de UBS selecionadas	Nº de Mulheres atendidas nas UBS	Amostra
Teresina	90	35	54.370	232
Parnaíba	29	11	8.486	36
Picos	30	12	10.652	46
Floriano	24	10	8.980	38
Bom Jesus	10	04	3.909	17
Total	183	72	86.397	369

3.4 Variáveis do estudo

As variáveis independentes do estudo abrangeram as características sociodemográficas, de saúde e o relato de violência por parceiro íntimo. As sociodemográficas subdividiram-se em qualitativas: cor/raça; situação conjugal; possuir filhos; Local que nasceu; tipo de residência; trabalho remunerado; e religião; as quantitativas foram: idade e escolaridade (anos de estudo).

Dentre as variáveis de saúde, as qualitativas foram: presença de morbidades; uso de medicamentos; presença de gestação; uso de métodos contraceptivos; tipo de método contraceptivo utilizado; realização de exame das mamas no último ano; realização de exame citopatológico no último ano e uso de práticas integrativas e complementares. As variáveis quantitativas foram número de gestação, parto, aborto e frequência da procura por serviços de saúde, apresentada no nível de mensuração ordinal.

O relato de violência por parceiro íntimo foi obtido no nível de mensuração qualitativo por meio da dicotomização dos itens dos domínios das *Conflict Tactic Scales* (CTS-2) em sim (1) e não (0). A variável dependente do estudo compreendeu a suspeição de transtornos mentais não psicóticos, medida por meio

do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), no nível de mensuração também qualitativo.

3.5 Instrumentos de coleta dos dados

As informações para realização deste estudo foram obtidas a partir da aplicação de três instrumentos: formulário de caracterização sociodemográfica e de condições de saúde (APÊNDICE A), *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (ANEXO A) e *Conflict Tactic Scales* (CTS-2) (ANEXO B).

O formulário de caracterização sociodemográfica e de saúde foi elaborado, exclusivamente, para este estudo por pesquisadores componentes do Grupo de Estudo sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM) da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Quanto ao *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), foi originalmente criado por Harding et al. (1980), sendo validado em diferentes países, entre eles o Brasil (LIMA et al., 1996; HUSAIN; CREED; TOMENSON, 2000; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). A validação no Brasil ocorreu em 1986 e sofreu readequação como ponto de corte para rastreamento dos transtornos mentais na comunidade em 2008. A partir de então, o instrumento vem sendo amplamente utilizado para suspeição diagnóstica dos transtornos mentais não psicóticos (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; ROCHA et al., 2010; MOREIRA et al., 2011).

O SRQ-20 possui bom desempenho para avaliação da suspeição dos transtornos mentais não psicóticos, ao mostrar que, apesar da natureza múltipla dos transtornos emocionais, o instrumento apresenta capacidade de identificar fatores, com fácil aplicabilidade e confiabilidade, indispensáveis para o rastreamento da saúde mental dos entrevistados (GUIRADO; PEREIRA, 2016).

É composto por 20 questões, das quais quatro abrangem sintomas físicos e 16 compreendem distúrbios psicoemocionais, medidas em escala nominal dicotomizada: (1) sim ou (0) não. O escore de corte do SRQ-20 para este estudo foi sete ou mais respostas afirmativas. Se essa pontuação foi alcançada, houve suspeição de transtornos mentais não psicóticos (GUIRADO; PEREIRA, 2016).

Os itens do SRQ-20 distribuem-se em quatro domínios/dimensões: humor depressivo ansioso (4 itens); sintomas somáticos (6 itens); decréscimo de energia vital (6 itens); pensamentos depressivos (4 itens) (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). A divisão dos itens do instrumento por domínio encontra-se descrita no Quadro 2.

Quadro 2 - Distribuição dos itens do *Self Reporting Questionnaire* conforme dimensões. Teresina, PI, Brasil (2018).

Dimensões do SRQ-20	Itens
Humor depressivo ansioso	Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? (DP) Assusta-se com facilidade? (DP) Sente-se triste ultimamente? (DP) Você chora mais do que de costume? (DP)
Sintomas somáticos	Tem dores de cabeça frequentemente? (SF) Você dorme mal? (DP) Você sente desconforto estomacal? (SF) Você tem má digestão? (SF) Você tem falta de apetite? (SF) Tem tremores nas mãos? (DP)
Decréscimo de energia vital	Você se cansa com facilidade? (DP) Tem dificuldade em tomar decisão? (DP) Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas? (DP) O seu trabalho traz sofrimento? (DP) Sente-se cansado todo o tempo? (DP) Tem dificuldade de pensar claramente? (DP)
Pensamentos depressivos	Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida? (DP) Tem perdido o interesse pelas coisas? (DP) Tem pensado em dar fim à sua vida? (DP) Sente-se inútil em sua vida? (DP)

Legenda: SF: sintomas físicos; DP: distúrbios psicoemocionais

Fonte: SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009.

Já as CTS-2 foram criadas para identificação da violência entre indivíduos que tenham relação de namoro, casamento ou afins (MORAES; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2002). São compostas por 39 itens agrupados em pares de perguntas destinadas ao participante e ao companheiro, perfazendo um total de 78 questões (STRAUS et al., 1996).

Uma das principais formas de conhecer a magnitude da violência por parceiro íntimo é o desenvolvimento de estudos com o emprego de diferentes escalas de mensuração. As *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS-2) têm sido utilizadas, mundialmente, para avaliação do autorrelato da violência entre indivíduos no âmbito familiar. Foram concebidas por Straus e colaboradores, em 1996, e fazem parte de um conjunto de instrumentos elaborados pelo *Family Research Laboratory*, nos Estados Unidos (MORAES; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2002).

A violência perpetrada pelo parceiro íntimo é provocada por danos físicos, psicológicos ou sexuais, e a escala identifica o relato de VPI por meio dessas formas de agir. Logo, a escala permite também a averiguação da natureza dessas ações. As CTS-2 são para identificar algumas dessas naturezas, não necessariamente abordando todas as formas (LINDNER et al., 2015), podendo ser utilizada para a avaliação específica da ocorrência da VPI contra a mulher, a partir do seu autorrelato, possibilitando vislumbrar de forma bastante efetiva esse problema tão presente e ao mesmo tempo tão mascarado na sociedade.

A única dificuldade para utilização do instrumento refere-se à grande quantidade de questões que o compõem. Porém, destaca-se que todas são importantes, visto que são várias as naturezas da violência, as quais precisam ser abordadas em seus aspectos e complexidades (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

As CTS-2 foram subdivididas em cinco dimensões, com duas subescalas cada: coerção sexual (severo e menor); abuso físico sem sequelas (severo e menor); abuso físico com sequelas (severo e menor); agressão psicológica (severo e menor); e negociação (cognitiva e emocional) (STRAUS et al., 1996; ALEXANDRA; FIGUEIREDO, 2006).

Por não haver a subdivisão das escalas, descrita no instrumento original, este detalhamento foi feito no Quadro 3, conforme recomendações dos autores das escalas e dos responsáveis pela validação do instrumento em língua portuguesa (STRAUS et al., 1996; ALEXANDRA; FIGUEIREDO, 2006) (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição de itens das *Conflict Tactic Scales* segundo dimensões e subescalas. Teresina, PI, Brasil (2018).

(continua)

Subescalas CTS-2	Itens
Coerção sexual (Severo)	10a- Você usou de força, por exemplo, segurar ou bater nele(a) ou usar uma arma, para obrigar o(a) seu(sua) companheiro(a) a fazer sexo oral ou anal com você? 10b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso?
	24a- Você usou de força, por exemplo, segurar ou bater nele(a) ou usar uma arma, para obrigar o(a) seu(sua) companheiro(a) a fazer sexo com você? 24b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso?
	29a- Você fez ameaças para obrigar o(a) seu(sua) companheiro(a) a fazer sexo oral ou anal com você? 29b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	32a- Você insistiu para que seu(sua) companheiro(a) fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física? 32b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	38a- Você fez ameaças para obrigar o(a) seu(sua) companheiro(a) a fazer sexo com você? 38b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	8a- Você obrigou o(a) seu(sua) companheiro(a) a fazer sexo sem usar camisinha? 8b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
Coerção sexual (Menor)	26a- Você insistiu em fazer sexo quando o(a) seu(sua) companheiro(a) não queria sem usar força física? 26b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	11a- Você usou uma faca ou arma contra o(a) seu(sua) companheiro(a)? 11b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
Abuso físico sem sequelas (Severo)	14a- Você deu um murro ou acertou o(a) seu(sua) companheiro(a) com alguma coisa que pudesse machucar? 14b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	17a- Você sufocou ou estrangulou seu(sua) companheiro(a)? 17b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	19a- Você jogou o(a) seu(sua) companheiro(a) contra a parede com força? 19b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	22a- Você deu uma surra no(a) seu(sua) companheiro(a)? 22b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	31a- Você queimou ou derramou líquido quente em seu(sua) companheiro(a) de propósito? 31b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	37a- Você chutou o(a) seu(sua) companheiro(a)? 37b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?

Quadro 3 - Distribuição de itens das *Conflict Tactic Scales* segundo dimensões e subescalas. Teresina, PI, Brasil (2018).

(continuação)

Abuso físico sem sequelas (Menor)	4a- Você jogou alguma coisa no(a) seu(sua) companheiro(a) que poderia machucá-lo(a)?
	4b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	5a- Você torceu o braço do(a) seu(sua) companheiro(a) ou puxou o cabelo dele(a)?
	5b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	9a- Você deu um empurrão no(a) seu(sua) companheiro(a)?
	9b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
Abuso físico com sequelas (Severo)	23a- Você segurou o(a) seu(sua) companheiro(a) com força?
	23b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	27a- Você deu um tabefe ou bofetada no(a) seu(sua) companheiro(a)?
	27b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	12a- Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o(a) seu(sua) companheiro(a)?
	12b- Seu(sua) companheiro(a) desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você?
Abuso físico com sequelas (Menor)	16a- Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?
	16b- Seu(sua) companheiro(a) foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você?
	21a- Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi?
	21b- Seu(sua) companheiro (a) deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você, mas não foi?
	28a- Você quebrou um osso por causa de uma briga com o(a) seu(sua) companheiro (a)?
	28b- Seu(sua) companheiro(a) quebrou um osso por causa de uma briga com você?
Abuso físico com sequelas (Menor)	6a- Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu(sua) companheiro(a)?
	6b- Seu(sua) companheiro(a) teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com você?
	36a- Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o(a) seu(sua) companheiro(a)?
	36b- Seu(sua) companheiro(a) sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você?

Quadro 3 - Distribuição de itens das *Conflict Tactic Scales* segundo dimensões e subescalas. Teresina, PI, Brasil (2018).

(conclusão)

Agressão psicológica (Severo)	13a- Você chamou o(a) seu(sua) companheiro(a) de gordo(a), feio(a) ou alguma coisa parecida? 13b- Seu(sua) companheiro(a) chamou você de gorda(o), feia(o) ou alguma coisa parecida?
	15a- Você destruiu alguma coisa que pertencia ao(a) seu(sua) companheiro(a) de propósito? 15b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso?
	33a- Você acusou o(a) seu(sua) companheiro(a) de ser “ruim de cama”? 33b- Seu(sua) companheiro(a) a(o) acusou disso?
Agressão psicológica (Menor)	3a- Você insultou ou xingou o(a) seu(sua)companheiro(a)? 3b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	18a- Você gritou ou berrou com o(a) seu(sua)companheiro (a)? 18b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso com você?
	25a- Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? 25b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso?
	34a- Você fez alguma coisa para ofender o(a) seu(sua)companheiro(a)? 34b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso?
	35a- Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no(a) seu(sua)companheiro(a)? 35b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso?
Negociação Emocional	1a- Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando? 1b- Seu(sua) companheiro(a) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?
	7a- Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele? 7b- Seu(sua) companheiro(a) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?
	20a- Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema? 20b- Seu(sua) companheiro(a) disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?
Negociação Cognitiva	2a- Você explicou para seu(sua) companheiro(a) o que você não concordava com ele? 2b- Seu(sua) companheiro(a) explicou para você o que ele(a) não concordava com você?
	30a- Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças? 30b- Seu(sua) companheiro(a) fez isso?
	39a- Você concordou com a solução que foi sugerida por ele? 39b- Seu(sua) companheiro(a) concordou em tentar uma solução que você sugeriu?

As CTS-2 são medidas em escala ordinal de oito pontos cuja resposta mede a frequência de eventos de VPI, variando de (1) “1” a (6) “mais de 20”, também pode informar se (7) já ocorreu antes ou (8) nunca ocorreu.

Para as dimensões de “agressão psicológica”, “coerção sexual” e “abuso físico”, os autores recomendam a estruturação de duas variáveis: uma de prevalência e outra de cronicidade. A prevalência refere-se à porcentagem de sujeitos que reporta uma ou mais ações que compõem cada uma das escalas em determinado período. Já a cronicidade é a frequência com que os atos verificados por cada escala ocorrem entre os sujeitos que os praticam (STRAUS et al., 1996).

Todavia, neste estudo, utilizou-se, para análise, somente a prevalência, tendo em vista que o CTS-2 foi aplicado buscando autorrelato de VPI apenas nos últimos 3 meses, fato que impossibilita a averiguação de cronicidade do problema.

A variável de prevalência foi dicotomizada em (0) nunca ocorreu o evento ou (1) se um ou mais dos atos na escala ocorreu (STRAUS et al., 1996). Nas respostas para a categoria 7 (“já ocorreu antes”) atribuiu-se a pontuação 0 (zero), se não ocorreu nenhum tipo de violência antes; e a pontuação 1 (um) para os casos em que ocorreu qualquer tipo de violência anterior (PAIVA; FIGUEIREDO, 2006). A pontuação neste item possibilitou a identificação da reincidência da VPI.

A amplitude da utilização das CTS-2 como identificadoras da violência por parceiro íntimo contra mulheres também foi verificada em revisão integrativa realizada pela autora desta tese e coautores. A análise das produções científicas possibilitou verificar que as CTS-2 são utilizadas mundialmente para identificação da violência por parceiro íntimo contra mulheres. Os achados permitiram vislumbrar que o instrumento foi utilizado, principalmente, para indicar a prevalência do fenômeno, bem como as principais formas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo contra a mulher (SANTOS et al., 2017).

Dessa forma, observa-se que as CTS-2 são escalas de fácil compreensão e aplicação para verificar o autorrelato de VPI, sendo utilizadas em diversas realidades espaciais e sociais, constituindo-se como um instrumento confiável e eficaz ao identificar o relato de VPI contra a mulher, além de encontrarem-se traduzidas e validadas em diversos países do mundo (STRAUS, 2004).

Assim, as CTS-2 e o SRQ-20 são dois instrumentos que contribuem para o rastreamento de VPI e de transtornos mentais não psicóticos. Ressalta-se que o diferencial deste estudo está na associação de dados adquiridos por meio dos instrumentos CTS-2 e SRQ-20, além da avaliação quanto aos seus domínios. Ambos os instrumentos utilizados são recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde e estão sob domínio público. Por serem instrumentos validados, dão maior robustez à qualidade das informações.

3.6 Operacionalização do estudo

A coleta dos dados foi realizada por equipe previamente treinada, composta por alunos de graduação e de pós-graduação que faziam parte do Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM), do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

O treinamento da equipe responsável pela coleta de dados para utilização dos instrumentos foi realizado por meio de três encontros realizados em janeiro de 2015. No primeiro encontro foram trabalhados apenas o instrumento de caracterização que inclusive culminou em mudanças do instrumento. Nos demais encontros foram apresentados os fundamentos teóricos dos instrumentos, objetivos e aplicabilidades práticas.

Realizou-se um teste piloto, anteriormente à aplicação dos formulários, com o objetivo de aperfeiçoar o instrumento construído (APÊNDICE A), bem como testar o desempenho e promover ambientação da equipe de coleta (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O teste piloto foi realizado em janeiro de 2015, com 10% da amostra, 37 mulheres, as quais foram atendidas em UBS que não haviam sido sorteadas a partir do processo de amostragem e, dessa forma, essas mulheres não foram inclusas na amostra final do estudo.

A realização do piloto não implicou em mudanças do instrumento, mas permitiu a familiarização dos pesquisadores no processo de abordagem dos participantes e com os instrumentos de coleta.

Durante a coleta dos dados, primeiramente, estabeleceu-se contato com as enfermeiras das UBS a fim de apresentar o projeto e descrever como seria realizada a coleta. A abordagem às mulheres foi realizada por meio de parceria entre as enfermeiras das UBS e a equipe de coleta dos dados, antes das consultas de enfermagem, para priorizar a consulta realizada pelos enfermeiros e envolvê-los na pesquisa.

A coleta ocorreu nos turnos da manhã e tarde, de segunda a sexta-feira, até a finalização da amostra definida. A mulher foi conduzida a um ambiente privativo ou outro local que favorecesse a obtenção de dados mais autênticos pelos membros da equipe de coleta dos dados. O tempo médio para coleta foi de 40 minutos.

Os itens presentes nos instrumentos de pesquisa foram, cuidadosamente, lidos para as participantes visando evitar expressões que influenciassem suas respostas.

3.7 Procedimentos para análise dos dados

Os dados foram digitados em dupla planilha no *Microsoft Excel*® e validados para identificação de possíveis erros de digitação. Foram transportados para o *software IBM*® *SPSS*® (*software Statistical Package for the Social Science*), versão 21.0, criando-se um banco de dados que viabilizou o processamento estatístico.

O conjunto de dados do SPSS foi exportado para o programa R, versão 3.4.1, por meio do pacote para leitura de dados no formato *sav* (formato do arquivo utilizado pelo programa SPSS).

O *software* estatístico R, versão 3.4.1, foi utilizado para exploração e análise estatística dos dados. É um programa livre que possui uma extensa possibilidade de análises e uma ampla rede de colaboradores desenvolvendo diariamente pacotes com novos métodos estatísticos. O R pode ser obtido via Internet no endereço www.r-project.org e possui versões para os sistemas operacionais Windows, Unix e Macintosh. Para utilizar o *software*, são necessários conhecimentos básicos de programação. Diferente do *software* SPSS, não há necessidade de programar para obter os resultados das análises. Destaca-se, contudo, que ambos são confiáveis,

ricos em funcionalidades estatísticas e extensamente utilizados em diversas áreas do conhecimento.

Para classificação do relato dos tipos de violência, as participantes que responderam afirmativamente em algum item dos domínios da CTS-2 foram categorizadas como: ocorreu um ou mais dos atos do domínio (1), caso contrário, não ocorreu nenhum dos eventos listados no domínio (0). Para o SRQ-20, mulheres que responderam sete ou mais respostas afirmativas foram classificadas com suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Quanto aos domínios dessa escala, foi considerada (1) se algum item do domínio teve resposta afirmativa e (0) nos casos em que nenhum questionamento teve resposta afirmativa.

Para análise Bivariada foram feitos cruzamentos para verificar a existência de associações por meio do teste Qui-quadrado ou exato de Fisher, quando não satisfeitas todas as pressuposições para o teste Qui-quadrado. Utilizou-se 5% de nível de significância. Para quantificar a intensidade da associação, utilizou-se o “odds ratio” e respectivos intervalos com 95% de nível de confiança.

Para análise multivariada foi realizada a técnica de regressão logística binária para verificar se as variáveis selecionadas por meio do teste de associação Qui-quadrado (p -valor <0.10) eram predictoras da suspeição de transtornos mentais. Os modelos bivariados foram ajustados para cada variável independente e as com valor de $p<0,10$ foram inseridas no modelo multivariado. O método para escolha das variáveis que compuseram o modelo se deu por seleção *forward* (Wald), que é um método de seleção passo a passo com teste para entrada de nova variável baseado na significância da estatística de pontuação e teste de remoção com base na probabilidade da estatística de Wald.

O teste Omnibus foi utilizado para testar se o modelo final foi relevante quando comparado com o modelo básico, formado somente por uma constante. Utilizou-se o teste de Hosmer and Lemeshow para verificar a qualidade do ajuste, assim como o R^2 de Nagelkerke. Para verificar a significância dos coeficientes estimados para o modelo de regressão logística binária foi aplicado o teste de Wald.

Foram expressos os valores de *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC). Todos os testes levaram em consideração 0,05 como nível de significância e os intervalos de confiança com nível de 0,95 de confiança.

3.8 Aspectos éticos e legais

O macroprojeto foi aprovado pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina e pelas Secretarias Municipais de Saúde de Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus (ANEXOS C, D, E, F, G). Após autorização por esses órgãos foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) via Plataforma Brasil que obteve aprovação por meio do parecer nº 985.391/2015 (ANEXO H).

Embora o macroprojeto tenha sido aprovado pelo CEP da Universidade Federal do Piauí- UFPI, o projeto desta tese também foi submetido à apreciação ética e somente após aprovação, parecer nº 2.379.740/2017, foi iniciada a análise de informações contidas no banco de dados do macroprojeto (ANEXO I), conforme recomendações da Resolução nº 510/ 2016 (BRASIL,2016c).

No macroprojeto, as mulheres foram convidadas a participar e após apresentação dos objetivos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) de acordo com a determinação da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foram obedecidos os princípios da ética, sigilo e confidencialidade durante todo o manuseio do banco de dados.

4 RESULTADOS

4.1 Análise bivariada

Sobre as características sociodemográficas, este estudo mostrou que mulheres com filhos tiveram 1,7 vezes mais chances de apresentarem suspeitas de transtornos mentais não psicóticos quando comparadas com as que não tinham filhos ($p=0,035$). As mulheres que residiam na capital do estado possuíam 41% menos propensão de terem suspeição de transtornos mentais não psicóticos em relação às que residiam no interior ($p=0,021$).

O tempo de estudo associou-se com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos ($p<0,001$). Observou-se que mulheres que tiveram até 3 anos de estudo apresentaram 2,84 vezes mais propensão para desenvolver suspeição de transtornos mentais não psicóticos; nas que tiveram 4 a 7 anos essa propensão foi de 2,34 vezes mais; e nas que tinham de 8 a 11 anos tiveram 3,02 vezes mais chances, quando comparadas a mulheres que tiveram 12 ou mais anos de estudo.

Também houve associação estatisticamente significativa entre o fato das mulheres trabalharem e a suspeição de transtornos mentais não psicóticos ($p=0,031$), de modo que mulheres que trabalhavam apresentaram 1,62 vezes mais chances de apresentarem suspeitas de transtornos mentais não psicóticos se comparadas com as que não trabalhavam.

As demais variáveis sociodemográficas não apresentaram associação estatisticamente significativa com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos ($p> 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e relações com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Teresina, 2018. (n=369).

Variáveis	Suspeição de transtornos mentais não psicóticos						p-valor	(continua) odds (IC95%)
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Cor/raça								
Branca	28	20,4	44	19,0	72	19,5		-
Negra	29	21,2	39	16,8	68	18,5		
Parda	79	57,7	141	60,8	220	59,6	0,400	
Indígena	-	-	3	1,3	3	0,8		
Amarela	1	0,7	5	2,1	6	1,6		
Situação conjugal								
Solteira	34	24,8	48	20,7	82	22,2		-
Casada	45	32,8	100	43,1	145	39,3		
União Estável	47	34,3	73	31,5	120	32,5	0,250	
Divorciada	6	4,4	8	3,4	14	3,8		
Viúva	5	3,7	3	1,3	8	2,2		
Possuir filhos								
Sim	106	77,4	155	66,8	261	70,7	0,035	1,70 (1,05 ; 2,76)
Não	31	22,6	77	33,2	108	29,3		
Local que nasceu								
Capital	47	34,3	93	40,1	140	37,9		-
Interior	84	61,3	133	57,3	217	58,8	0,518	
NSI	6	4,4	6	2,6	12	3,3		
Local que reside								
Capital	72	52,6	151	65,1	223	60,4	0,021	0,59 (0,39 ; 0,91)
Interior	65	47,4	81	34,9	146	39,6		
Tipo de moradia								
Própria	86	62,8	162	69,8	248	67,2		-
Alugada	35	25,5	48	20,7	83	22,5		
Cedida	16	11,7	19	8,2	35	9,5	0,382	
Ocupação	-	-	2	0,9	2	0,5		
Outros	-	-	1	0,4	1	0,3		
Material da casa								
Alvenaria	134	97,8	228	98,3	362	98,1		-
Taipa	3	2,2	3	1,3	6	1,6	0,599	
Madeira	-	-	1	0,4	1	0,3		
Frequentou escola								
Sim	130	94,9	225	97,0	355	96,2	0,303	-
Não	7	5,1	7	3,0	14	3,8		

Tabela 1 - Características sociodemográficas e relações com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Teresina, 2018. (n=369).

Variáveis	Suspeição de transtornos mentais não psicóticos						p-valor	(conclusão) odds (IC95%)	
	Sim		Não		Total				
	n	%	n	%	n	%			
Tipo de escola									
Pública	110	84,6	198	88,0	308	86,7	0,350	-	
Particular	20	15,4	27	12,0	47	13,3			
Tempo de estudo									
Até 3 anos	9	6,5	10	4,4	19	5,1	<0,001	2,84 (1,08; 7,49)	
4 a 7 anos	20	14,6	27	11,6	47	12,7		2,34 (1,18; 4,62)	
8 a 11 anos	69	50,4	72	31,0	141	38,2		3,02 (1,85;4,93)	
12 ou mais anos	39	28,5	123	53,0	162	44,0		1	
Trabalho remunerado									
Sim	76	55,5	101	43,5	177	48,0	0,031	1,62 (1,06 ; 2,47)	
Não	61	44,5	131	56,5	192	52,0			
Renda pessoal									
Sim	109	79,6	167	72,0	276	74,8	0,113	-	
Não	28	20,4	65	28,0	93	25,2			
Religião									
Católica	96	70,1	171	73,7	267	72,4	0,342	-	
Evangélica	24	17,5	43	18,5	67	18,2			
Espírita	5	3,6	5	2,2	10	2,7			
Outras	-	-	2	0,9	2	0,5			
Nenhuma	12	8,8	11	4,7	23	6,2			

P-valor em negrito representa significância estatística a um nível de significância de 0,05.

A Tabela 2 mostrou que a presença de morbidades possui associação estatisticamente significativa com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos ($p=0,001$). As mulheres que possuíam morbidades apresentaram 3,43 vezes mais chances de terem suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Dentre as morbidades, a hipertensão arterial e os problemas gastrintestinais apresentaram associação significativa com a suspeição desses transtornos, com valores de

$p < 0,001$ e $0,016$, respectivamente. Ressalta-se que mulheres com hipertensão apresentaram 2,72 vezes e as com problemas gastrintestinais 3,29 vezes mais chances de terem suspeitas de transtornos mentais não psicóticos.

O uso de medicamentos para os agravos à saúde apresentou associação significativa com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos ($p < 0,001$). As mulheres que usavam medicamentos apresentaram 4,06 vezes mais propensão ao desenvolvimento desses transtornos ao serem comparadas com as que não usavam.

Fazer uso de contraceptivos, também, mostrou associação significativa com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos ($p = 0,003$). As participantes que usavam contraceptivos tiveram 1,92 vezes mais chances de desenvolverem esses transtornos ao serem comparadas com as que não usavam.

As demais condições de saúde não apresentaram associação estatisticamente significativas com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos ($p > 0,05$).

Tabela 2 - Condições de saúde e relações com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Teresina, 2018. (n=369).

(continua)

Variáveis	Suspeição de Transtornos Mentais não psicóticos						p-valor	odds (IC95%)
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Procura por serviços de saúde								
Não costuma procurar	11	8,0	20	8,6	31	8,4		
Uma vez na semana	4	3,0	8	3,5	12	3,2		
Duas vezes na semana	19	13,9	22	9,5	41	11,1		
Uma vez no mês	40	29,2	71	30,6	111	30,1	0,130	-
Uma vez a cada 3 meses	38	27,7	48	20,7	86	23,3		
Uma vez a cada 6 meses	21	15,3	39	16,8	60	16,3		
Uma vez no ano	4	2,9	24	10,3	28	7,6		

Tabela 2 - Condições de saúde e relações com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Teresina, 2018. (n=369).

Variáveis	Suspeição de Transtornos Mentais não psicóticos						p-valor	odds (IC95%)
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Presença de Morbidades								
Sim	54	39,4	37	15,9	91	24,7	0,001	3,43 (2,10 ; 5,60)
Não	83	60,6	195	84,1	278	75,3		
Diabetes								
Sim	3	2,2	7	3,0	10	2,7	0,636	-
Não	134	97,8	225	97,0	359	97,3		
Hipertensão								
Sim	28	20,4	20	8,6	48	13,0	<0,001	2,72 (1,47 ; 5,05)
Não	109	79,6	212	91,4	321	87,0		
Obesidade								
Sim	3	2,2	5	2,2	8	2,2	0,982	-
Não	134	97,8	227	97,8	361	97,8		
Problema Gastrointestinal								
Sim	11	8,0	6	2,6	17	4,6	0,016	3,29 (1,19 ; 9,10)
Não	126	92,0	226	97,4	352	95,4		
Problema osteomuscular								
Sim	3	2,2	2	0,9	5	1,4	0,287	-
Não	134	97,8	230	99,1	364	98,6		
Uso de medicação para agravos								
Sim	46	36,2	28	12,3	74	20,8	<0,001	4,06 (2,37 ; 6,93)
Não	81	63,8	200	87,7	281	79,2		
Gestação								
Sim	24	17,5	51	22,0	75	20,3	0,300	-
Não	113	82,5	181	78,0	294	79,7		
Nº de Gestações								
Um	12	52,2	23	44,2	35	46,7	0,187	-
Dois	2	8,7	17	32,7	19	25,3		
Três ou mais	9	39,1	12	23,1	21	28,0		

Tabela 2 - Condições de saúde e relações com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Teresina, 2018. (n=369).

Variáveis	Suspeição de Transtornos Mentais não psicóticos						p-valor	odds (IC95%)
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
(conclusão)								
Nº de partos								
Nenhum	11	47,8	25	48,1	35	46,7		
Um	5	21,8	16	30,8	21	28,0	0,549	-
Dois ou mais	7	30,4	11	21,1	19	25,3		
Nº de abortos								
Nenhum	20	83,3	47	92,2	67	89,3	0,248	-
Mais de um	4	16,7	4	7,8	8	10,7		
Uso de contraceptivos								
Sim	74	54,0	88	37,9	162	43,9	0,003	1,92 (1,25 ; 2,95)
Não	63	46,0	144	62,1	207	56,1		
Exame das mamas no último ano								
Sim	55	40,1	81	34,9	136	36,9	0,310	-
Não	82	59,9	151	65,1	233	63,1		
Exame citopatológico no último ano								
Sim	95	69,3	147	63,4	242	65,6	0,240	-
Não	42	30,7	85	36,6	127	34,4		
Possui alguma deficiência								
Sim	8	5,8	9	3,9	17	4,6	0,386	-
Não	129	94,2	223	96,1	352	95,4		
Frequenta curandeiro/ benzedeiro								
Sim	20	14,6	21	9,1	41	11,1	0,100	-
Não	117	85,4	211	90,9	328	88,9		
Uso de plantas medicinais								
Sim	39	28,5	50	21,6	89	24,1	0,130	-
Não	98	71,5	182	78,4	280	75,9		
Homeopatia								
Sim	1	0,7	2	0,9	3	0,8	0,891	-
Não	136	99,3	230	99,1	366	99,2		
Acupuntura								
Sim	1	0,7	3	1,3	4	1,1	0,614	-
Não	136	99,3	229	98,7	365	98,9		

P-valor em negrito representa significância estatística a um nível de significância de 0,05.

Na Tabela 3, observou-se associação estatisticamente significativa entre o autorrelato de VPI, a recorrência dessa violência e a suspeição de transtornos mentais não psicóticos, valores de $p < 0,001$ e $p = 0,005$, respectivamente. De modo que, mulheres que relataram sofrer VPI tiveram 3,46 vezes mais chances de terem suspeitas desses transtornos quando comparadas com as que não relataram violência. As que relataram recorrência da VPI aumentaram em 2,04 vezes as chances de terem suspeição de transtornos mentais não psicóticos, quando comparadas com as que não relataram recorrência.

Tabela 3 – Associação entre o autorrelato de VPI, a recorrência dessa violência e a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Teresina, 2018. (n=369)

Variáveis	Suspeição de Transtornos Mentais não psicóticos						p-valor	odds (IC95%)
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Autorrelato de VPI							3,46 (2,16; 5,54)	
Sim	105	48,2	113	51,8	218	59,1	<0,001	
Não	32	21,2	119	78,8	151	40,9		
Recorrência da VPI							2,04 (1,23; 3,38)	
Sim	40	50,6	39	49,4	79	21,4	0,005	
Não	97	33,4	193	66,6	290	78,6		

P-valor em negrito representa significância estatística a um nível de significância de 0,05.

A Tabela 4 mostrou que o abuso físico sem sequelas, em grau severo, apresentou associação estatisticamente significativa com sintomas de humor depressivo ansioso ($p = 0,047$). As mulheres que mencionaram ter sofrido esse tipo de violência apresentaram 2,58 vezes mais chances de terem sintomas de humor depressivo ansioso, ao serem comparadas com as que não relataram.

O outro tipo de violência que apresentou associação estatisticamente significativa com sintomas de humor depressivo ansioso foi o abuso físico com sequelas, em grau menor ($p = 0,015$). As mulheres que disseram ter sofrido esse tipo de violência apresentaram 3,7 vezes mais propensão de terem sintomas de humor depressivo ansioso, quando comparadas com as que não relataram.

Destaca-se que os demais tipos de violência e as tentativas de negociação não apresentaram associações estatisticamente significativa com a presença de sintomas de humor depressivo ansioso ($p>0,05$).

Tabela 4 – Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas de humor depressivo ansioso. Teresina, 2018. (n=369)

(continua)

Violência relatada	Sintomas de Humor Depressivo Ansioso				Total (369)	p-valor	Odds (IC95%)
	Sim (293)		Não (76)				
	n	%	n	%			
Agressão Psicológica (Menor)							
Sim	183	81,7	41	18,3	224	0,222	1,42 (0,85 ; 2,36)
Não	110	75,9	35	24,1	145		
Agressão Psicológica (Severo)							
Sim	125	81,7	28	18,3	153	0,431	1,28 (0,76 ; 2,15)
Não	168	77,8	48	22,2	216		
Abuso físico sem sequelas (Menor)							
Sim	101	85,6	17	14,4	118	0,060	1,82 (1,01 ; 3,30)
Não	192	76,5	59	23,5	251		
Abuso físico sem sequelas (Severo)							
Sim	53	89,8	6	10,2	59	0,047	2,58 (1,06 ; 6,25)
Não	240	77,4	70	22,6	310		
Coerção sexual (Menor)							
Sim	42	84,0	8	16,0	50	0,499	1,42 (0,64 ; 3,17)
Não	251	78,7	68	21,3	319		
Coerção sexual (Severo)							
Sim	22	95,7	1	4,3	23	*0,059	6,1 (0,81 ; 45,45)
Não	271	78,3	75	21,7	346		

Tabela 4 – Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas de humor depressivo ansioso. Teresina, 2018. (n=369).

Violência relatada	Sintomas de Humor				Total (369)	p-valor	Odds (IC95%)
	Depressivo		Ansioso				
	Sim (293)		Não (76)				
	n	%	n	%			(conclusão)
Abuso físico com sequelas (Menor)							
Sim	50	92,6	4	7,4	54	0,016	3,7 (1,29 ; 10,63)
Não	243	77,1	72	22,9	315		
Abuso físico com sequelas (Severo)							
Sim	23	88,5	3	11,5	26	0,350	2,07 (0,61 ; 7,09)
Não	270	78,7	73	21,3	343		
Negociação emocional							
Sim	276	80,2	68	19,8	344	0,238	1,91 (0,79 ; 4,61)
Não	17	68,0	8	32,0	25		
Negociação cognitiva							
Sim	265	79,8	67	20,2	332	0,706	1,27 (0,57 ; 2,82)
Não	28	75,7	9	24,3	37		

* Teste Exato de Fisher quando não satisfeitas todas as pressuposições para o teste Qui-quadrado.

Não houve associação estatisticamente significativa entre o autorrelato dos tipos de violência e a presença de sintomas somáticos entre as mulheres entrevistadas. As tentativas de negociação cognitiva e emocional também não mostraram associação significativa com esse domínio dos transtornos mentais não psicóticos ($p > 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas somáticos. Teresina, 2018. (n=369).

(continua)

Violência relatada	Sintomas Somáticos				Total (369)	p-valor	odds(IC95%)
	Sim (291)		Não (78)				
	n	%	n	%			
Agressão Psicológica (Menor)							
Sim	183	81,7	41	18,3	224	0,127	1,53 (0,92;2,53)
Não	108	74,5	37	25,5	145		
Agressão Psicológica (Severo)							
Sim	29	19,0	124	81,0	153	0,462	1,25 (0,76;2,10)
Não	49	22,7	167	77,3	216		
Abuso físico sem sequelas (Menor)							
Sim	98	83,1	20	16,9	118	0,224	1,47 (0,84;2,58)
Não	193	76,9	58	23,1	251		
Abuso físico sem sequelas (Severo)							
Sim	52	88,1	7	11,9	59	0,084	2,21 (0,96;5,08)
Não	239	77,1	71	22,9	310		
Coerção sexual (Menor)							
Sim	43	86,0	7	14,0	50	0,253	1,76 (0,76;4,08)
Não	248	77,7	71	22,3	319		
Coerção sexual (Severo)							
Sim	21	91,3	2	8,7	23	*0,187	2,96 (0,68;12,82)
Não	270	78,0	76	22,0	346		
Abuso físico com sequelas (Menor)							
Sim	45	83,3	9	16,7	54	0,490	1,40 (0,65; 3,01)
Não	246	78,1	69	21,9	315		

Tabela 5 - Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas somáticos. Teresina, 2018. (n=369).

Violência relatada	Sintomas Somáticos				Total (369)	p-valor	odds(IC95%)
	Sim (291)		Não (78)				
	n	%	n	%			
(conclusão)							
Abuso físico com sequelas (Severo)							
Sim	22	84,6	4	15,4	26	0,620	1,51 (0,51; 4,52)
Não	269	78,4	74	21,6	343		
Negociação emocional							
Sim	270	78,5	74	21,5	344	0,691	0,70 (0,23; 2,09)
Não	21	84,0	4	16,0	25		
Negociação cognitiva							
Sim	261	78,6	71	21,4	332	0,892	0,89 (0,57 ; 2,03)
Não	30	81,1	7	18,9	37		

*Teste Exato de Fisher quando não satisfeitas todas as pressuposições para o teste Qui-quadrado.

Na Tabela 6 foi possível observar que a agressão psicológica, em grau menor, apresentou associação estatisticamente significativa com sintomas de decréscimo da energia vital ($p=0,002$). As mulheres que relataram ter sofrido esse tipo de violência apresentaram 2,07 vezes mais chances de terem sintomas de decréscimo de energia vital em relação às que não relataram. Essa propensão aumentou para 2,27 vezes entre mulheres que referiram vivência com a agressão psicológica em grau severo ($p<0,001$).

O abuso físico sem sequelas, em menor grau, apresentou associação significativa com sintomas de decréscimo da energia vital ($p=0,003$). As participantes que relataram ter sofrido esse tipo de violência apresentaram 2,23 vezes mais propensão de apresentarem sintomas de decréscimo de energia vital se comparadas com as que não relataram. As mulheres que disseram ter vivido esse mesmo tipo de violência, em grau severo, apresentaram 3,06 vezes mais chances de apresentarem sintomas de decréscimo de energia vital ($p=0,004$).

O abuso físico com sequelas, em grau menor, também mostrou associação estatisticamente significativa com os sintomas de decréscimo da energia vital ($p=0,005$), de forma que mulheres que relataram esse tipo de violência apresentaram 3,13 vezes mais propensão de possuírem sintomas de decréscimo de energia vital.

Os demais tipos de violência, bem como a negociação emocional e cognitiva, não apresentaram associação estatisticamente significativa com sintomas de decréscimo da energia vital ($p>0,05$).

Tabela 6 - Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas de decréscimo da energia vital. Teresina, 2018. (n=369).

(continua)

Violência relatada	Sintomas de decréscimo de Energia Vital				Total (369)	p-valor	odds(IC95%)
	Sim (250)		Não (119)				
	n	%	n	%			
Agressão Psicológica (Menor)							
Sim	166	74,1	58	25,9	224	0,002	2,07 (1,33 ; 3,25)
Não	84	57,9	61	42,1	145		
Agressão Psicológica (Severo)							
Sim	119	77,8	34	22,2	153	<0,001	2,27 (1,42;3,62)
Não	131	60,6	85	39,4	216		
Abuso físico sem sequelas (menor)							
Sim	93	78,8	25	21,2	118	0,003	2,23 (1,33 ; 3,70)
Não	157	62,5	94	37,5	251		
Abuso físico sem sequelas (Severo)							
Sim	50	84,7	9	15,3	59	0,004	3,06 (1,45 ; 6,45)
Não	200	64,5	110	35,5	310		

Tabela 6 - Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas de decréscimo da energia vital. Teresina, 2018. (n=369).

(conclusão)

Violência relatada	Sintomas de decréscimo de Energia Vital				Total (369)	p-valor	odds(IC95%)
	Sim (250)		Não (119)				
	n	%	n	%			
Coerção sexual (Menor)							
Sim	37	74,0	13	26,0	50	0,393	1,42 (0,72 ; 2,78)
Não	213	66,8	106	33,2	319		
Coerção sexual (Severo)							
Sim	18	78,3	5	21,7	23	0,377	1,77 (0,64 ; 4,88)
Não	232	67,1	114	32,9	346		
Abuso físico com sequelas (Menor)							
Sim	46	85,2	8	14,8	54	0,005	3,13 (1,43 ; 6,85)
Não	204	64,8	111	35,2	315		
Abuso físico com sequelas (Severo)							
Sim	22	84,6	4	15,4	26	0,091	2,77 (0,93 ; 8,26)
Não	228	66,5	115	33,5	343		
Negociação emocional							
Sim	237	68,9	107	31,1	344	0,128	2,05 (0,90 ; 4,63)
Não	13	52,0	12	48,0	25		
Negociação cognitiva							
Sim	227	68,4	105	31,6	332	0,561	1,32 (0,65 ; 2,66)
Não	23	62,2	14	37,8	37		

P-valor em negrito representa significância estatística a um nível de significância de 0,05.

Na Tabela 7, observa-se que o autorrelato de agressão psicológica, em grau menor, possui associação significativa com sintomas de pensamentos depressivos ($p < 0,001$), de forma que mulheres que relatam esse tipo de violência possuem 2,93 vezes mais chances de terem pensamentos depressivos que as que não relatam.

Quando a violência psicológica possui grau severo, nota-se associação estatisticamente significativa com sintomas de pensamentos depressivos ($p < 0,001$), sendo que as chances de mulheres que mencionam esse tipo de violência terem pensamentos depressivos aumentam para 3,11 vezes em relação às que não relatam.

A agressão física sem sequelas, menor, também teve associação significativa com pensamentos depressivos ($p < 0,001$). As participantes que disseram sofrer esse tipo de violência tiveram 3,86 vezes mais propensão de desenvolverem pensamentos depressivos que as que não relataram. Essa propensão aumentou para 6,13 vezes quando o grau se tornou severo.

A coerção sexual, menor, apresentou associação estatisticamente significativa ($p = 0,005$) com os pensamentos depressivos, de modo que mulheres que relataram esse tipo de abuso apresentaram 2,47 vezes mais chances de apresentarem pensamentos depressivos quando comparadas às que não relatam.

Há, também, associação significativa entre agressão física com sequelas, em grau menor, e pensamentos depressivos ($p < 0,001$). Quanto à intensidade e interpretação da odds, nota-se que mulheres que referem essa agressão têm 5,92 vezes mais chances de desenvolverem pensamentos depressivos se comparadas com aquelas que não relataram. Observa-se que quando o grau dessa violência passa a ser severo, as chances de a mulher apresentar sintomas de pensamentos depressivos aumentam para 7,3 vezes.

A negociação emocional e cognitiva não apresentaram associação estatisticamente significativa com sintomas de pensamentos depressivos ($p > 0,05$).

Tabela 7 - Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas de pensamento depressivo. Teresina, 2018. (n=369).

(continua)

Violência relatada	Sintomas de pensamentos Depressivos		Total		p-valor	odds(IC95%)
	Sim (291)	Não (78)	(369)			
	n	%	n	%		
Agressão Psicológica (Menor)						
Sim	77	34,4	147	65,6	<0,001	2,93 (1,72 ; 4,98)
Não	22	15,2	123	84,8		
Agressão Psicológica (Severo)						
Sim	61	39,9	92	60,1	<0,001	3,11 (1,93 ; 5,00)
Não	38	17,6	178	82,4		
Abuso físico sem sequelas (Menor)						
Sim	54	45,8	64	54,2	<0,001	3,86 (2,38 ; 6,29)
Não	45	17,9	206	82,1		
Abuso físico sem sequelas (Severo)						
Sim	36	61,0	23	39,0	<0,001	6,13 (3,51 ; 11,11)
Não	63	20,3	247	79,7		
Coerção sexual (Menor)						
Sim	22	44,0	28	56,0	0,006	2,47 (1,34 ; 4,57)
Não	77	24,1	242	75,9		
Coerção sexual (Severo)						
Sim	10	43,5	13	56,5	0,616	2,22 (0,94 ; 5,24)
Não	89	25,7	257	74,3		

Tabela 7 - Associação entre o autorrelato de diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, nos graus menor e severo, e sintomas de pensamento depressivo. Teresina, 2018. (n=369).

Violência relatada	Sintomas de pensamentos				Total (369)	p-valor	odds(IC95%) (conclusão)
	Depressivos Sim (291)		Não (78)				
	n	%	n	%			
Abuso físico com sequelas (Menor)							
Sim	33	61,1	21	38,9	54	<0,001	5,92 (3,22 ; 10,87)
Não	66	21,0	249	79,0	315		
Abuso físico com sequelas (Severo)							
Sim	18	69,2	8	30,8	26	<0,001	7,30 (3,05 ; 17,24)
Não	81	23,6	262	76,4	343		
Negociação emocional							
Sim	92	26,7	252	73,3	344	~1,000	0,94 (0,38 ; 2,32)
Não	7	28,0	18	72,0	25		
Negociação cognitiva							
Sim	85	25,6	247	74,4	332	0,162	0,57 (0,28 ; 1,15)
Não	14	37,8	23	62,2	37		

P-valor em negrito representa significância estatística a um nível de significância de 0,05.

4.2 Análise multivariada

Para a aplicação da técnica de regressão logística binária foram validados 355 casos dos 369 amostrados. Isso ocorre porque alguns participantes podem ter optado por não responder a alguns itens dos formulários. Constatou-se 127 (35,8%) casos com suspeição de transtornos mentais não psicóticos e 228 (64,2%) sem suspeição de transtornos mentais não psicóticos.

Percebe-se que o modelo estatístico inicial mostra a classificação dos casos sem a utilização das variáveis regressoras. Os 228 casos observados sem suspeição foram classificados corretamente, representando 100,0% de acerto. Os

127 casos observados com suspeição de transtornos mentais não psicóticos foram classificados incorretamente, representando 0,0% de acerto. Como resultado global, o percentual de acerto inicial é de apenas 64,2%. Esse resultado serviu como base para comparar com o modelo desenvolvido com base nas variáveis regressoras (Tabela 8).

Tabela 8- Classificação inicial do modelo sem variáveis regressoras. Teresina, 2018. (n=369).

Observado		Predição		Correta (%)
		Suspeição de transtornos mentais não psicóticos		
		Não	Sim	
Suspeição	Não	228	-	100,0
	Sim	127	-	-
Resultado global (%)				64,2

Ponto de corte utilizado para classificação de 0,5.

As variáveis selecionadas para o modelo final, por meio do método *Foward* (Wald), foram: tempo de estudo; morar na capital do estado; trabalhar; ter morbidades; usar contraceptivos; e relatar sofrer VPI. Ao realizar o teste de Omnibus ($\chi^2=90,664$ gl=8; p-valor<0,001), rejeita-se a hipótese de que o modelo final é igual ao modelo sem regressores. Aplicando o Teste de Hosmer and Lemeshow obtém-se: $\chi^2=10,492$, gl=8, com p-valor=0,232, ou seja, os valores previstos pelo modelo não são significativamente diferentes dos observados.

A Tabela 9 mostra a classificação dos casos para o modelo final com as variáveis regressoras. Dos 228 casos de não suspeição, foram classificados corretamente 87,7%. Quanto aos 127 casos observados com suspeição de transtornos mentais não psicóticos, 52,0% foram classificados corretamente.

Comparando os valores das Tabelas 8 e 9, observa-se que houve melhora no percentual de classificação global, que foi para 74,9%.

Tabela 9 - Classificação final do modelo com variáveis regressoras. Teresina, 2018. (n=369).

Observado		Predição		
		Suspeição de transtornos mentais não psicóticos		Correta (%)
		Não	Sim	
Suspeição	Não	200	28	87,7
	Sim	61	66	52,0
Resultado global (%)				74,9

A Tabela 10 mostrou os coeficientes estimados das variáveis que foram utilizadas no modelo de regressão logística.

A partir desta tabela foi possível afirmar que todos os parâmetros estimados são significativamente diferentes de zero (p -valor $<0,05$), excetuando-se para o tempo de estudo até 3 anos. Com relação a tempo de estudo, concluiu-se que mulheres que possuíam tempo de estudo de 4 a 7 anos e de 8 a 11 anos tiveram, respectivamente, 2,61 e 2,75 vezes mais chances de desenvolverem suspeição de transtornos mentais não psicóticos se comparadas às que possuíam mais de 12 anos de estudo. As mulheres que residiam na capital do estado apresentaram 42,0% menos propensão de terem suspeitas de transtornos mentais não psicóticos quando comparadas com as que residiam no interior ($p=0,04$). As que trabalhavam possuíam 1,97 vezes mais chances de terem suspeitas desses transtornos do que as que não trabalhavam ($p=0,009$).

Mulheres que possuíam morbidades apresentaram 4,29 vezes mais chances de apresentarem suspeição de transtornos mentais não psicóticos do que as que não tinham morbidades ($p<0,001$).

O uso de contraceptivos também aumentou em 1,98 vezes as chances de as mulheres entrevistadas apresentarem suspeição de transtornos mentais não psicóticos ($p= 0,01$).

A mulheres que relataram sofrer VPI apresentaram 4,07 vezes mais propensão de terem suspeição de transtornos mentais não psicóticos quando comparadas com às que não relataram ($p<0,001$).

Tabela 10 - Regressão logística multivariada estimada para suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Teresina, 2018. (n=369).

Variáveis do modelo	p-valor	Odds-Ratio (OR)	IC(95%) – OR	
			LI	LS
Tempo de estudo	0,003	-	-	-
Até 3 anos	0,230	2,05	0,635	6,618
4 a 7 anos	0,024	2,61	1,137	5,976
8 a 11 anos	<0,001	2,75	1,575	4,789
Morar na capital do estado	0,041	0,58	0,341	0,977
Trabalhar	0,009	1,97	1,186	3,277
Possuir morbidades	<0,001	4,29	2,370	7,765
Uso de contraceptivos	0,010	1,98	1,178	3,316
Violência por parceiro íntimo	<0,001	4,07	2,320	7,135
Constante	<0,001	0,065	-	-

P-valor em negrito representa significância estatística a um nível de significância de 0,05.

5 DISCUSSÃO

Este estudo mostrou importantes associações entre fatores sociodemográficos, condições de saúde e o autorrelato de VPI com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Observou-se, também, que os tipos e graus da VPI relacionaram-se, de diferentes formas, com os domínios dos transtornos mentais não psicóticos. Os aspectos trazidos nesta tese merecem ser levados em consideração para maior familiarização com a temática, melhoria do acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde, da gestão pública contra esses agravos e, por conseguinte, para o melhor enfrentamento desta problemática por parte das mulheres.

5.1 Fatores sociodemográficas relacionados com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos

Observou-se nesta pesquisa que, dentre os fatores sociodemográficos, o fato de ter filhos, trabalho remunerado e possuir menos que 12 anos de estudo aumentam as chances de suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Já o fato de residir na capital do estado reduz a propensão a essa suspeição.

Para mulheres que residem na zona rural, a baixa escolaridade, os recursos sociais e econômicos limitados e outras desvantagens demográficas produzem eventos estressantes que geram maior risco para problemas de saúde mental (SIMMONS et al., 2015). Em mulheres, características como baixa escolaridade e nível socioeconômico tendem, também, a aumentar o risco de sofrer VPI (ABRAMSKY et al., 2011; MEEKERS; PALLIN; HUTCHINSON, 2013).

As questões de saúde mental podem ser mais acentuadas para mulheres que moram em zonas rurais, uma vez que elas podem ter menos oportunidades de trabalho remunerado, menos relações sociais, menos acesso aos serviços de saúde, que mulheres que vivem na zona urbana. Além disso, a falta de perspectivas de melhores condições de vida e a sobrecarga física do trabalho domiciliar e no campo são fatores contribuintes para a fragilidade da saúde mental (PARREIRA et al., 2017). Dados da Organização das Nações Unidas revelaram que, embora

representem quase metade (43%) da mão de obra do campo, as agricultoras têm o trabalho, muitas vezes, ignorado (ONU, 2017).

Sobre a escolaridade, é sabido que esta aumenta oportunidades de emprego, melhora a autoestima e induz a aquisição de novos conhecimentos, que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis. Desta maneira, influencia as condições socioeconômicas e apresenta papel social. A baixa escolaridade diminui o poder de decisão das pessoas. Em decorrência disso, gera a incapacidade de influenciar o meio e, por conseguinte, ocasiona danos à saúde mental (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Os resultados apresentados nesta tese apontaram que ter 12 ou mais anos de estudo foi um fator protetor contra a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Fato presente tanto na análise bivariada quanto na multivariada.

Estudo desenvolvido em Uberaba-MG mostrou que cada ano a mais de estudo diminui em 12% as chances de a mulher ter transtornos mentais não psicóticos (PARREIRA et al., 2017). Sobre a VPI sofrida por mulheres, estudo desenvolvido no norte do Iran mostrou que 72,2% das mulheres que não foram abusadas por seus parceiros possuíam mais que 12 anos de estudo (SOLEIMANI; AHMADI; YOSEFNEZHAD, 2017). Observa-se, portanto, uma tendência linear de aumento da prevalência de transtornos mentais não psicóticos em função do menor grau de escolaridade. Neste contexto, os resultados apresentados por estudo realizado em São Paulo reafirmaram que maiores graus de escolaridade funcionam como fator de proteção para transtornos mentais não psicóticos (MARAGNO et al., 2006).

Este estudo mostrou resultado controverso ao apontar que mulheres que trabalhavam tinham maior propensão à suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Por um lado, esses transtornos têm adquirido relevância e constituem-se em uma das principais morbidades que atingem trabalhadores de diversas áreas (TAVARES et al., 2014). Em contrapartida, outros autores mostram que as mulheres desempregadas estão em maior risco de sintomas depressivos em comparação com as mulheres empregadas, e o risco aumenta ainda mais quando as mulheres estão expostas à VPI (DOUGÉ; LEHMAN; MCCALL-HOSENFIELD, 2014). Outro estudo

mostrou que 71,4% das mulheres que sofreram VPI eram donas de casa (SOLEIMANI; AHMADI; YOSEFNEZHAD, 2017).

Apesar da literatura mostrar resultados diferentes dos encontrados neste trabalho, é salutar considerar que a saúde mental de trabalhadores pode ser comprometida por questões relacionadas a suas atividades laborais. O atual papel das mulheres no mercado de trabalho sobrepõe atribuições tradicionais a atividades domiciliares, fato que amplia a jornada de trabalho e gera fadiga, estresse e sintomas psíquicos (LUDERMIR, 2008b).

Por mais que tenha ocorrido um significativo avanço no campo da saúde mental relacionado às atividades ocupacionais, ainda existem empecilhos para a definição de condutas para investigação e acompanhamento terapêutico de trabalhadores que apresentam sofrimento psíquico (SANTOS et al., 2016).

A jornada dupla de trabalho das mulheres deve ser levada em consideração quando se trata da suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Mulheres que trabalham em busca de renda e possuem família com filhos dedicam maior parte do seu tempo a atividades domésticas e laborais, fato que prejudica a vivência com momentos de lazer.

É relevante salientar que mesmo com independência financeira há mulheres que possuem dependência psicológica de uma figura masculina ou desejam manter padrões sociais. Isso pode contribuir para que elas permaneçam em uma situação de violência mesmo tendo estabilidade econômica.

Neste estudo, percebeu-se que o fato das mulheres terem filhos também se relacionou com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Tal achado pode ser explicado partindo-se do pressuposto de que mulheres que possuem filhos têm elevada sobrecarga doméstica e maiores responsabilidades com o lar.

Na Bahia, estudo mostrou que 39,8% das mulheres com filhos apresentaram alta sobrecarga doméstica, contra 22,4% para aquelas que não tinham filhos (PINHO; ARAÚJO, 2012). Outros autores também revelaram que o número de filhos influenciou a prevalência observada de transtornos mentais não psicóticos, de modo que quanto maior o número de filhos, maior a prevalência desses transtornos, mesmo mantendo atividades de lazer (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Verificou-se, com a discussão dos fatores sociodemográficos, que estes aspectos podem se relacionar com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. Assim sendo, é salutar que profissionais de saúde investiguem as condições de vida do paciente antes de estabelecerem condutas profissionais, tendo em vista que aspectos sociodemográficos interferem na saúde física e mental das pessoas.

5.2 Condições de saúde relacionadas com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos

Quanto às condições de saúde analisadas nesta pesquisa, observou-se que a presença de morbidades, dentre elas hipertensão arterial e doenças gastrintestinais, fazer uso de medicamentos para agravos e uso de contraceptivos apresentaram associações com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos.

Em pesquisa realizada na Austrália com 1.494 mulheres adultas foram revelados resultados semelhantes aos encontrados nesta tese, ao demonstrar que os distúrbios do estado mental foram associados a maiores probabilidades de morbidades físicas (QUIRK et al., 2017). Estudo desenvolvido em Uberaba-MG também mostrou associação entre a presença de doenças crônicas e o desenvolvimento de transtornos mentais não psicóticos (PARREIRA et al., 2017).

Pesquisa realizada com 350 mulheres adultas da Província de Lublin-Polônia corrobora com os achados deste trabalho ao mostrar que doenças físicas crônicas e exposição à violência foram associadas com sintomas de ansiedade e depressão (KARAKUŁA-JUCHNOWICZ et al., 2017).

A associação reversa, do mesmo modo, foi apresentada por outros estudos, ao apontarem que pessoas com transtorno mental têm risco aumentado ao desenvolvimento de doenças físicas (FOK et al., 2014; QUIRK et al., 2017) e possuem maior propensão para mortalidade precoce (FOK et al., 2012).

É relevante salientar que os transtornos mentais não psicóticos apresentam sintomas proeminentes que trazem incapacitação funcional comparável ou pior do que quadros crônicos bem estabelecidos (GOLDBERG, 2012). A presença de comorbidades nos usuários de saúde mental é bastante considerável, pois causa

elevação na taxa de mortalidade nestes pacientes e dificuldade de tratamento adequado para o quadro físico e psiquiátrico (GOMES, 2012).

Estudo mostra que mulheres com transtornos mentais experimentam maior dificuldade em acessar cuidados adequados para transtornos do estado mental e recebem tratamento relativamente diferente, incluindo a farmacoterapia (FRANCEY et al., 2017).

Dentre as patologias investigadas neste estudo, a hipertensão arterial e as doenças gastrintestinais se destacaram por apresentarem associação significativa com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos.

A relação entre hipertensão e transtornos mentais não psicóticos em mulheres pode ser explicada ao considerar-se que eventos produtores de estresse provocam alterações no sistema endócrino, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças, dentre elas os distúrbios mentais (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003). Esse estresse emocional também influencia o desencadeamento e a manutenção da hipertensão, podendo constituir-se em barreira para a adesão ao tratamento (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

Estudo realizado com 290 hipertensos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde da região oeste do município de São Paulo mostrou que mulheres hipertensas apresentam maior percentual de transtornos mentais não psicóticos do que homens, o correspondente a 62,8% e 30,8%, respectivamente (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

O contexto físico, psíquico, social e familiar da mulher, bem como sua participação como força de trabalho, pode favorecer o aparecimento de sinais e sintomas físicos e psíquicos como depressão, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade e queixas somáticas, definidos como transtornos mentais comuns (GOLDBERG, 1994). No contexto da gênese da hipertensão arterial, os fatores psicoemocionais também têm papel relevante (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

No que tange às doenças gastrintestinais, estudo mostra que a ansiedade pode contribuir para os sintomas somáticos, dentre eles distúrbios intestinais. Em casos graves, deve-se considerar encaminhamento para profissional de saúde mental em busca do tratamento mais eficaz (SPILLER; THOMPSON, 2012).

Quanto à associação entre a suspeição de transtornos mentais não psicóticos e o uso de medicamento para agravos, foram encontrados dados na literatura que explicam essa relação. Estudo realizado com 277 pessoas em Minas Gerais mostrou que a maior parte dos entrevistados (57,14%), que apresentou indicativo de transtornos mentais não psicóticos, declarou fazer uso de algum medicamento (MOREIRA et al., 2011).

No que se refere à associação entre transtornos mentais e o uso de contraceptivos, pesquisa realizada com mulheres que viviam na Dinamarca descreveu que o uso de contraceptivos hormonais foi associado a subsequente uso de antidepressivos e primeiro diagnóstico de depressão. O estudo sugere, então, que a depressão é um potencial efeito adverso do uso de anticoncepcionais hormonais (SKOVLUND et al., 2016).

Outra pesquisa mostrou que a interação medicamentosa entre anticoncepcionais hormonais e psicotrópicos reduz a eficácia destes (GUEDES; MOURA; ALMEIDA, 2009). Estudo realizado por Inoue, Barratt e Richters (2015) mostrou que os hormônios esteroides sexuais têm influência nas regiões corticais e subcorticais envolvidas no processamento emocional e cognitivo, isso pode influenciar no surgimento de sintomas de depressão.

Gingnell et al. (2013) descreveram que o uso de contraceptivos orais combinados entre as mulheres gera efeitos adversos emocionais resultantes da deterioração do humor e mudanças na reatividade cerebral emocional.

Os hormônios sexuais femininos também tornam mulheres suscetíveis a maior risco de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Pesquisa recente destacou papel modulador desses hormônios para processos cognitivos e emocionais potencialmente subjacentes ao surgimento de sintomas de TEPT (MIEDL et al., 2018).

Após todas as condições de saúde discutidas, pôde-se identificar que muitos fatores estão relacionados com a suspeição dos transtornos mentais não psicóticos em mulheres. Entende-se, com isso, que a equipe multiprofissional de saúde da atenção primária deve assistir a mulher de forma integral, acolhedora e atentar para todas as suas necessidades.

Levando-se em conta que a população atendida pelos profissionais da atenção primária, em parte, são pessoas em situação de vulnerabilidade social, sujeitas a más condições de trabalho, desemprego, má alimentação e violência, há desafios para assistência de saúde a esse público. Esses obstáculos precisam ser superados para que indivíduos adoecidos mental e socialmente sejam tratados com a importância devida, de modo que profissionais da atenção primária à saúde não foquem somente no cuidado de doenças crônicas, quando para essas pessoas o principal problema advém do quadro mental (GONÇALVES, 2017).

A atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) propõe que sejam introduzidas, na rede pública de saúde, ações voltadas a segmentos sociais específicos, como o caso de mulheres portadoras de transtornos mentais. Em suas diretrizes, a atenção integral à saúde da mulher deverá ser norteada pelo respeito às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais (BRASIL, 2004).

Para assistir o paciente psiquiátrico é necessário conhecimento amplo da história de saúde pregressa e das condições de vida atuais para que seja possível desenvolver um planejamento terapêutico adequado. Assim, a equipe de saúde juntamente com o usuário será capaz de planejar cuidados biopsicossociais com base na integralidade do indivíduo (SORDI et al., 2015).

Dessa forma, pôde-se observar neste tópico que condições de saúde física se associam com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos e que tal aspecto deixa clara a necessidade de atendimento a mulheres na atenção primária de forma holística, dando a estas, assistência à saúde qualificada, com a atenção necessária para observação de sinais e sintomas que vão além de aspectos físicos e que afetam diretamente a qualidade de vida das mulheres que os vivenciam.

5.3 Autorrelato de violência por parceiro íntimo, sua recorrência e associações com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos

Esta pesquisa mostrou que as mulheres que relataram sofrer VPI possuem maiores chances de desenvolverem a suspeição de transtornos mentais não

psicóticos que as que não relataram. As chances de apresentarem suspeitas desse tipo de transtorno também aumentaram nos casos de reincidência da VPI.

Estudos corroboram com os resultados encontrados nesta pesquisa ao mostrarem que a VPI está fortemente associada com transtornos psiquiátricos não psicóticos (VIVES-CASES et al., 2011; IVERSON; DARDIS; POGODA, 2017; MACHISA; CHRISTOFIDES; JEWKES, 2017; MENDONÇA; LUDERMIR, 2017). Pesquisa desenvolvida com mulheres iranianas destacou que as que experimentaram VPI eram mais propensas a ter sintomas de distúrbios de saúde mental do que as não violentadas (SOLEIMANI; AHMADI; YOSEFNEZHAD, 2017). Outros autores também demonstram fortes associações entre o TEPT e a VPI, de forma que mulheres que experimentaram a vitimização repetida possuem maiores taxas de TEPT do que as vítimas pela primeira vez (IVERSON; DARDIS; POGODA, 2017).

Estudo desenvolvido na Tanzânia mostrou que cerca de 40% das mulheres relataram sintomas de má saúde mental com base em SRQ-20, ponto de corte de 7/8 (KAPIGA et al., 2017). Fatores que aumentam o risco para o desenvolvimento de transtornos mentais incluem predisposição biológica à doença mental, história prévia de adversidade psicossocial, VPI, problemas financeiros, intensidade e cronicidade de traumas (STEWART; VIGOD, 2017).

Estudo realizado na Suécia com 573 mulheres de 18 a 65 anos apontou que viver com a VPI está associado a sérios resultados de saúde mental, como depressão e sintomas depressivos (LÖVESTAD et al., 2017). Pesquisa domiciliar aleatória com 511 mulheres de Gauteng, África do Sul, mostrou que 50% das mulheres experimentaram VPI durante a vida, destas 23% estavam deprimidas, 14% com compulsão por bebidas alcoólicas e 11,6% apresentavam sintomas de TEPT (MACHISA; CHRISTOFIDES; JEWKES, 2017).

Esta informação também pôde ser verificada em pesquisa realizada no Quênia, em que 1.393 mulheres foram examinadas para verificar problemas psicológicos. Destas, 518 mulheres (37%) apresentaram resultados positivos, dos quais 421 (81%) eram de mulheres que experimentaram VPI (BRYANT et al., 2017).

Dessa maneira, o fato de a mulher não conseguir exprimir seu sofrimento diante da situação de violência a que é exposta faz com que a VPI gere efeitos

psicológicos negativos, tais como redução da capacidade de relaxamento do tônus muscular, irritabilidade, desenvolvimento de sentimentos de incompetência e de inutilidade, depressão, distúrbios do sono, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, fobias, consumo abusivo de álcool, tristeza, raiva, medo, isolamento, confusão e perda de memória, síndrome de dor crônica, dificuldades de socialização, tendências suicidas, entre outras morbidades (LAGDON; ARMOUR; STRINGER, 2014; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014; BARROS et al., 2016; SIJBRANDIJ et al., 2016).

Assim, a equipe multiprofissional de saúde ao suspeitar de atos de violência entre um casal deve abordar os envolvidos diretamente durante a fase de avaliação, principalmente em sessões individuais, quando cada parceiro pode falar livremente, sem temer consequências da parte do outro (BARLOW, 2016).

Abordagens interprofissionais para educação e treinamentos sobre VPI recorrente e saúde mental são eficazes e devem ser implementados para que seja ofertado o suporte apropriado para mulheres que experimentam esses problemas (MASON et al., 2017).

Em conformidade com os resultados apresentados na análise multivariada deste estudo, Szalacha et al. (2017) também encontraram a violência como um dos mais fortes preditores de transtornos mentais não psicóticos. A VPI é um contribuinte fundamental para as disparidades em saúde mental.

Portanto, a “boa” convivência com o companheiro reduz as chances de a mulher ter transtornos mentais não psicóticos (PARREIRA et al., 2017). Reconhecer a violência por parceiro íntimo contra a mulher como problema de saúde mental é um passo essencial, que exige respostas concretas e multissetoriais apoiadas por um forte compromisso político (KUMAR; NIZAMIE; SRIVASTAVA, 2013).

Após análise dos resultados desta categoria analítica e comparação com a literatura científica existente, pôde-se constatar que a VPI e sua recorrência relacionam-se fortemente com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos. O modelo metodológico utilizado neste estudo não permite obter inferências de que a VPI é causa direta dos transtornos mentais, no entanto associações estatisticamente significativas foram encontradas. Isso torna a relação entre os agravos fator relevante a ser considerado por profissionais de saúde e gestores públicos, os quais

devem identificar precocemente a VPI, buscar estratégias para o empoderamento de mulheres, a fim de evitar a recorrência da violência e trabalhar sob ótica multifatorial dos transtornos mentais não psicóticos, tendo em vista que estes possuem diversos aspectos relacionados.

5.4 Tipos e intensidades de VPI relacionados com os domínios da suspeição de transtornos mentais não psicóticos

Observou-se nesta tese que as violências psicológica, física e sexual, em intensidades menor e severa, relacionaram-se de diferentes formas com sintomas dos quatro domínios de transtornos mentais não psicóticos. A discussão das associações foi apresentada por domínios: humor depressivo ansioso, sintomas somáticos, decréscimo da energia vital e pensamentos depressivos.

5.4.1 Humor depressivo ansioso

Neste estudo, mulheres que relatavam sofrer abuso físico sem sequelas, em grau severo, e o abuso físico com sequelas, em grau menor, tiveram chances de apresentarem sintomas de humor depressivo ansioso. Os demais tipos de violência não mostraram associação significativa com sintomas desse domínio dos transtornos mentais não psicóticos.

O humor depressivo ansioso é caracterizado por sintomas como nervosismo, tensão, preocupação, tristeza, choro e susto com facilidade (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

A tristeza pode ser considerada em alguns indivíduos como um estágio inicial do quadro depressivo, o que permite considerar isso como um estado mental "em risco" (TEBEKA et al., 2018). Assim, a identificação da tristeza na população em geral pode ser útil para detectar sujeitos vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais. Isso poderia ajudar a propor metas e estratégias de prevenção precoce desse agravo (MCGORRY; NELSON, 2016).

A depressão é a principal causa de incapacidade nas Américas. Na América Latina e Caribe, os países gastam, em média, 2% do orçamento em saúde mental (WHO, 2017).

Os transtornos depressivos são maiores em mulheres que vivenciam violência por parceiro íntimo em comparação com as não vítimas. Este autor descreve em seu estudo que mulheres que sofrem VPI possuem probabilidade quase em dobro de terem problemas relacionados à saúde mental (KRAHÉ, 2018).

Abusos físicos e verbais podem ser ações que gerem culpa e autorrecriação intensas. Muitas pacientes culpam a si mesmas por viverem em um ambiente de violência e atribuem seus problemas à fraqueza ou à falta de força de vontade. Acreditam que bastaria serem “mais fortes” para esses episódios não acontecerem (BARLOW, 2016).

Pesquisa realizada com 298 mulheres que haviam sido vítimas de violência doméstica criminal por parceiro íntimo masculino mostrou que a ameaça com uma arma de fogo, independente de outras formas de violência, está relacionada a sintomas de TEPT em mulheres. Aproximadamente, um quarto da amostra (24,2%) experimentou ameaça com uma arma de fogo ao longo de seu relacionamento e 12,5% temiam que seus parceiros usassem uma arma de fogo contra elas (SULLIVAN; WEISS, 2017). Esse medo que circunda a vida de mulheres vítimas de VPI pode ser fator preponderante para o surgimento de transtornos mentais não psicóticos.

Muitas vítimas de violência física são traumatizadas pela experiência, especialmente porque formas severas de abuso por parceiro tendem a persistir ao longo do tempo. Uma revisão meta-analítica encontrou que mulheres que vivenciam violência de parceiro íntimo apresentam duas a três vezes mais chances de desenvolver transtorno depressivo em comparação com as que não foram vítimas (BEYDOUN et al., 2012).

Estudo desenvolvido na Suécia também mostrou resultados semelhantes ao descreverem que mulheres expostas às violências física e sexual tiveram 3,78 maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos em comparação com mulheres sem experiência de tais violências (LÖVESTAD et al., 2017).

Pesquisa realizada com 775 gestantes, em São Paulo, constatou que a violência doméstica e transtornos mentais foram altamente correlacionados. Cerca de 27,15% das mulheres entrevistadas experimentaram violência doméstica e cerca de 38,24% delas foram diagnosticadas com transtornos mentais. A principal associação encontrada foi entre a ansiedade e a violência física (FERRARO et al., 2017).

Observou-se nesta categoria analítica que os sintomas de humor depressivo ansioso se relacionam com o abuso físico com e sem sequelas. Isso não implica em afirmar que os demais tipos de violência não devem ser considerados, pois todas podem, de alguma forma, gerar impactos na vida das vítimas.

5.4.2 Sintomas somáticos

Esta pesquisa não apresentou associações significativas no que se refere à associação entre tipos e intensidades de VPI e os sintomas somáticos.

Esse domínio é caracterizado por sintomas como dores de cabeça, insônia, desconforto estomacal, má digestão, falta de apetite e tremores nas mãos (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

A VPI é uma ocorrência comum e particularmente prevalente entre mulheres. Está relacionada com problemas de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade, TEPT, uso de substâncias, distúrbios alimentares e uma série de condições psicossomáticas (STEWART; VIGOD, 2017).

Um mesmo transtorno pode se manifestar de forma distinta em pessoas diferentes (JURUENA, 2017). A literatura mostra que a VPI está fortemente associada ao distúrbio do sono e à saúde mental (LALLEY-CHARECZKO et al., 2015). Indivíduos com transtornos mentais também apresentam o agravante de possuírem relações sociais prejudicadas (ONGERI et al., 2018). Assim, os transtornos psiquiátricos não psicóticos em vítimas de VPI podem incluir sintomas somáticos, ansiedade, insônia, disfunção social e depressão (SOLEIMANI; AHMADIB; YOSEFNEZHAD, 2017).

Mesmo que este estudo não tenha mostrado associações estatisticamente significativas entre nenhum tipo de VPI e os sintomas somáticos, considera-se

relevante citar esta categoria, tendo em vista que muitas mulheres e profissionais de saúde levam em consideração somente os aspectos físicos das patologias, sem atentar que esses efeitos podem ser sintomas somáticos de distúrbios psicológicos.

5.4.3 Decréscimo da energia vital

Foi possível identificar associações significativas entre agressão psicológica, em graus menor e severo; abuso físico sem sequelas, em graus menor e severo; e o abuso físico com sequelas, em grau menor, com a presença de sintomas de decréscimo da energia vital. Observou-se, ainda, que quando as violências psicológica e física foram severas, as chances de a mulher apresentar sintomas de decréscimo da energia vital aumentaram.

Esse domínio é caracterizado por sintomas como cansaço com facilidade, dificuldades de tomar decisões ou ter satisfação em suas tarefas, dificuldade de pensar e ter sofrimento com atividades laborais (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Estudo realizado na Suécia com 573 mulheres que sofreram VPI apontou que, entre as mulheres entrevistadas, 45,7% relataram experimentar fadiga e cansaço visíveis todos os dias ou uma vez por semana, enquanto 29,7% referiram dificuldades em adormecer e mais 18,3% tiveram dificuldades em se concentrar nos últimos 12 meses (LÖVESTAD et al., 2017).

A VPI física pode ter como consequências sintomas de decréscimo da energia vital por meio de dificuldades de despertar, menor interesse em alimentar e socializar com outros (SLAVICH; IRWIN, 2014). Estudo realizado com mais de 24.000 mulheres encontrou uma associação entre VPI e a saúde precária, dificuldade para caminhar, realizar atividades diárias, perda de memória, tonturas e problemas reprodutivos (ELLSBERG et al., 2008).

Outro estudo desenvolvido com 2.091 mulheres elucidou que a forma mais comum de VPI foi a agressão psicológica (22,3%). Quando se trata de padrão de VPI, a agressão psicológica é mais frequente que agressão física, coação sexual ou lesão (SOLEIMANI; AHMADIB; YOSEFNEZHAD, 2017).

Foi possível observar neste tópico a associação entre a VPI física e psicológica com os sintomas de decréscimo da energia vital. A severidade das agressões contribuiu para aumentar as chances de a mulher apresentar sintomas deste domínio dos transtornos mentais não psicóticos. Assim, nota-se a importância da investigação cuidadosa por parte da equipe de saúde diante de casos de VPI a fim de buscar uma intervenção precoce desses casos, de forma a evitar o agravamento das consequências oriundas dos atos violentos.

5.4.4 Pensamentos depressivos

Os pensamentos depressivos foram o domínio dos transtornos mentais não psicóticos que apresentou associação significativa com mais tipos e intensidades de VPI, dentre eles: agressão psicológica, em graus menor e severo; agressão física sem sequelas, em graus menor e severo; agressão física com sequelas, em graus menor e severo; e coerção sexual, em grau menor. Ressalta-se que a severidade das agressões que tiveram associação estatisticamente significativa elevou as chances de mulheres apresentarem sintomas de pensamentos depressivos.

Enquadram-se nesse domínio pessoas que se sentem incapazes de desempenhar papel útil na vida, perdem o interesse pelas coisas, sentem-se inúteis e pensam em acabar com a própria vida (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Em estudo desenvolvido na França, com 38.694 indivíduos, a tristeza foi associada a problemas psiquiátricos e ao suicídio (TEBEKA et al., 2018). O risco de suicídio é significativamente maior entre indivíduos com má saúde física e/ou mental (ONGERI et al., 2018). Outro estudo mostrou que 42% das mulheres, que sofreram VPI, relataram ideação suicida e 31% disseram ter tentado suicídio em algum momento de sua vida (KARAKURT; SMITH; WHITING, 2014). Uma revisão sistemática recente também apontou que mulheres expostas à VPI podem estar em alto risco de morte por suicídio (MACISAAC; BUGEJA; JELINEK, 2017).

Estudo com 134 mulheres em uma cidade da Costa do Golfo-EUA mostrou que 28% da amostra mencionaram tentativa de suicídio e 20% afirmaram ter ideação suicida. As correlações indicaram que a ideação e as tentativas de suicídio foram

amplamente associadas ao controle coercivo por parte do companheiro (WOLFORD-CLEVINGER; SMITH, 2017).

Nas relações, o comportamento de controle é perpetrado principalmente por parceiros masculinos (STARK, 2012). Mulheres submetidas a controle coercivo que apresentam sintomas depressivos associados podem ter risco de ideação suicida e de tentativa de suicídio (WOLFORD-CLEVINGER; SMITH, 2017).

O abuso psicológico, incluindo controlar o comportamento, é tão prejudicial para a saúde da mulher quanto outras formas de VPI. Controle de comportamento é usado pelo perpetrador para obter obediência e dependência. Isso gera privação de aspectos importantes na vida cotidiana, como recursos econômicos, vida social e direito a emprego assalariado (STARK, 2012). Entretanto, o comportamento de controle é, muitas vezes, percebido como menos prejudicial e mais aceitável que a violência física (WILLIAMS et al., 2012).

Estudo realizado com 390 mulheres adultas em Pernambuco mostrou que a incidência de transtornos mentais não psicóticos foi de 44,6% entre as mulheres que relataram violência por parceiro íntimo nos últimos 12 meses e 43,4% nos últimos sete anos. Os distúrbios mentais permaneceram associados à violência psicológica, mesmo na ausência de violência física ou sexual. Contudo, quando a violência psicológica é concomitante à violência física ou sexual, o risco de transtornos mentais não psicóticos foi ainda maior (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017)

É primordial destacar que mulheres expostas ao controle de comportamento possuem maior probabilidade de apresentarem sintomas de depressão (LÖVESTAD et al., 2017). Esta é classificada pela OMS como o principal contribuinte para mortes por suicídio (WHO, 2017). Estudo longitudinal, nacionalmente representativo, desenvolvido na Coreia, mostrou que mulheres vítimas de VPI possuem mais de quatro vezes mais chances de apresentarem sintomas de depressão e aproximadamente sete vezes maior propensão de terem ideação suicida, quando comparadas às mulheres que não experimentaram VPI (PARK et al., 2017).

Mulheres expostas a condições físicas e sexuais de violência também são mais suscetíveis a sintomas depressivos (LÖVESTAD et al., 2017). Estudo realizado com 1.049 mulheres na Tanzânia corrobora com essa informação ao mostrar que

violência física e sexual foram associadas ao aumento do relato de sintomas de má saúde mental (KAPIGA et al., 2017).

Todavia, é relevante salientar que os casais, muitas vezes, não mencionam temas como violência sexual, mesmo quando eles estão presentes (BARLOW, 2016). Fato que contribui para que mulheres que experimentaram abuso sexual, também, apresentem maior risco de suicídio (DEVRIES et al., 2013b).

Pesquisa mostrou que violência sexual foi associada com maior gravidade dos sintomas de TEPT (LÖVESTAD et al., 2017). Em estudo realizado na Austrália com 230 mulheres adultas, mais da metade da amostra tinha experimentado pelo menos um incidente de violência sexual. A maioria relatou carícias indesejadas e ser forçada ao sexo devido à pressão e coerção por parte do parceiro. Outra forma de violência sexual encontrada nesta pesquisa foi o fato de o companheiro recusar o uso do preservativo quando foi convidado a fazê-lo. As mulheres que experimentaram violência sexual tiveram maior probabilidade de ter ansiedade, sentirem-se abatidas, deprimidas ou sem esperança (TARZIA et al., 2017).

A prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre essas mulheres sugere que todas as formas de violência sexual devem ser consideradas como um fator potencial importante para a suspeição de transtornos mentais não psicóticos (TARZIA et al., 2017). Os eventos estressantes da vida, especialmente perdas pessoais, negligência e abuso físico, emocional ou sexual, aumentam a probabilidade de doença mental ao tornarem a resposta cerebral mais intensa e hipersensível ao estresse (JURUENA, 2017).

Outro estudo desenvolvido na Austrália com 1.163 mulheres destacou que a gravidade da lesão em mulheres agredidas por parceiros íntimos é maior que a da lesão provocada por terceiros, de modo que foi observada lesão moderada ou grave em 30,4% de mulheres abusadas sexualmente por parceiros íntimos, 16,4% por estranhos e 14,9% por amigos/conhecidos (ZILKENS et al., 2017).

Estudo realizado em Rasht, no Irã, com um total de 2.091 mulheres casadas, demonstrou que o tipo de VPI mais prevalente foi a agressão psicológica, mas estiveram presentes também a agressão física, coação sexual ou lesão. Os domínios dos transtornos psiquiátricos não psicóticos nas vítimas de VPI foram significativamente afetados nos seguintes aspectos: sintomas somáticos ansiedade/

insônia, disfunção social e depressão. O abuso psicológico e sexual foram preditores de todos esses aspectos da saúde mental, exceto da disfunção social (SOLEIMANI; AHMADI; YOSEFNEZHAD, 2017). Todavia, estudo desenvolvido com 1.501 mulheres da zona rural de Guangyuan, na China, apontou que o apoio social foi considerado importante fator protetor sobre as violências física, psicológica e sexual (HOU et al., 2018).

Assim, a prevalência dos diferentes tipos de VPI entre mulheres é bastante elevada. As descobertas de que os abusos psicológico, físico e sexual são frequentemente experimentados simultaneamente e que todos os tipos de VPI podem resultar em problemas de saúde mental sugerem que os profissionais de saúde devem visualizar todas as vítimas de VPI como potenciais suspeitas de disfunção de saúde mental (SOLEIMANI; AHMADIB; YOSEFNEZHAD, 2017).

Quanto mais grave for a violência, mais elevado o risco de traumas psicológicos. Formas mais severas e recentes de violência produzem sintomas mais graves de trauma, especialmente distúrbios de ansiedade. No caso de ansiedade fóbica, os sintomas desaparecem ao longo do tempo, independentemente da gravidade da vitimização (MOYA, 2018). Isso indica que a resolução dos problemas protege as pessoas de eventos estressantes da vida (JURUENA, 2017).

Pesquisa desenvolvida na Espanha com 10.171 mulheres, amostra com representatividade nacional, mostrou que o comportamento de controle e as violências física e sexual atuais, também, foram associados com a mais alta probabilidade de relatar resultados de má saúde emocional, quando comparados à violência anterior (RIO; VALLE, 2017).

A partir dessas informações, justifica-se a importância da realização desta tese com investigação da VPI sofrida somente nos últimos três meses que antecediam a pesquisa. Além disso, essa estratégia contribuiu para diminuição do viés de memória, o qual ocorre quando os participantes do estudo dão respostas falsas ou omitem informações por não lembrarem, com perfeição, de fatos que ocorreram no passado.

Após análise dos resultados apresentados neste tópico, observou-se que tanto a violência psicológica quanto a física e a sexual elevaram as chances de mulheres terem sintomas de pensamentos depressivos. Este foi o único domínio que

apresentou associação com esses três tipos de violência. Isso torna-se preocupante quando se considera que dentre os sintomas deste domínio dos transtornos mentais não psicóticos está a ideação suicida. Pela gravidade dos sintomas apresentados é indispensável que gestores e profissionais de saúde busquem estratégias para captação e acompanhamento dessas mulheres, contribuindo, dessa forma, para o enfrentamento deste agravo por meio do empoderamento feminino.

Após discussão apresentada nesta categoria, sugere-se que estudos mais específicos sobre ideação suicida e demais sintomas de pensamentos depressivos relacionados com VPI entre mulheres sejam realizados. A partir do conhecimento aprofundado sobre a temática será possível o desenvolvimento de estratégias mais eficazes por parte dos profissionais de saúde.

6 CONCLUSÃO

A suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres está relacionada com os diferentes tipos de violência por parceiro íntimo. Observou-se que o autorrelato de VPI e sua recorrência se relacionaram com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres. Nestas, as características sociodemográficas e condições de saúde também devem ser consideradas, tendo em vista que fatores como baixa escolaridade, ter filhos, trabalho remunerado, residir no interior do estado, possuir morbidades, como hipertensão arterial e doenças gastrintestinais, fazer uso de medicamentos e anticoncepcionais elevam a propensão de mulheres a terem suspeitas de transtornos mentais não psicóticos.

Observou-se associações entre sintomas de humor depressivo ansioso, decréscimo da energia vital, pensamentos depressivos e as violências psicológica, física e sexual (em graus menor e severo). O único domínio dos transtornos mentais não psicóticos que não apresentou relação com os diferentes tipos de VPI foram os sintomas somáticos. Notou-se, também, que as tentativas de negociação cognitiva e emocional sobre a violência relatada não se relacionaram com a suspeição de transtornos mentais não psicóticos, em seus domínios.

Acredita-se que os achados poderão contribuir para intervenções mais precisas por parte dos profissionais de saúde a mulheres vítimas de formas singulares de violência. Vale destacar que tanto o grau menor quanto o grau severo da VPI foram associados com o desenvolvimento de sintomas de transtornos mentais não psicóticos em seus diferentes domínios.

Isso torna possível afirmar que embora a violência sofrida seja considerada leve pode desencadear efeitos psicológicos degradantes na vida de mulheres agredidas. Este aspecto merece atenção de profissionais da saúde que, em parte das vezes, atentam somente para aspectos físicos severos da VPI, sem observar as consequências psicológicas e sexuais. Estas, em muitas situações, são negligenciadas por serem consideradas privativas da vida pessoal do casal.

Destaca-se que as respostas obtidas sobre VPI entre as mulheres tiveram o viés de memória minimizado, visto que este estudo buscou informações sobre VPI sofrida apenas dos últimos três meses, fato que evita a coleta de informações falsas

devido a esquecimentos por parte das entrevistadas. Quanto aos fatores de confusão, tentou-se controlá-los por meio da análise multivariada dos dados, a qual permitiu a verificação de relações mais complexas entre as variáveis estudadas.

Das limitações apresentadas pelo estudo, tem-se o desenho utilizado, que por se tratar de estudo transversal não tornou possível verificar a relação entre causa e efeito, apesar da existência de relação entre fatores sociodemográficos, de saúde, o autorrelato de VPI e a suspeição dos transtornos mentais não psicóticos. Isso justifica necessidade da realização de novas pesquisas que explorem melhor esta relação e superem os limites metodológicos apresentados nesta investigação.

Outra limitação apresentada foi o fato do SRQ-20 especificamente rastrear casos suspeitos de transtornos mentais não psicóticos. Apesar do SRQ-20 ter padrões considerados confiáveis para estudos de prevalência, o ideal para diagnóstico seria a consulta com psiquiatra. Ressalta-se que essas limitações não diminuem a importância dos resultados alcançados neste trabalho.

Esta tese poderá despertar outras questões de estudo por tratar-se de fenômeno complexo, que poderá instigar tanto estratégias para o desenho de pesquisas quanto de políticas públicas para intervenções biopsicossociais para vítimas de VPI com transtornos mentais não psicóticos e agressores.

Espera-se que os resultados desta tese contribuam para a sensibilização de gestores, profissionais da área da saúde e demais áreas do conhecimento envolvidas com a temática sobre a importância de encarar essa problemática com compromisso político, de promover a saúde das mulheres, de dar maior visibilidade a essa temática e de planejar políticas públicas que modifiquem a realidade vislumbrada neste estudo.

Os profissionais da saúde, em especial aqueles que atuam na atenção primária e saúde mental, são fundamentais para o cuidado. A equipe de saúde deve estar preparada para reconhecer casos de VPI, bem como a suspeição de transtornos mentais não psicóticos, e, assim, atender de forma eficaz essas mulheres, de modo a não somente identificar a violência, como também notificar, prevenir sequelas, buscar recursos para organizar projetos terapêuticos e, se necessário, encaminhar as vítimas aos serviços de apoio mais adequados à situação de violência ou de saúde mental. Isso contribuirá para que vítimas de VPI

adotem comportamentos que auxiliem na conquista de sua autonomia e proteção do seu bem-estar.

REFERÊNCIAS

ABRAMSKY, T. et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **BMC Publ Health**, v. 11, n. 109, p.1-17, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3049145/pdf/1471-2458-11-109.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

ACOSTA, D.F.; GOMES, V.L.O.; BARLEM, E.L.D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta paul enferm**. São Paulo, v. 26, n. 6, p. 547–553, nov./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/07.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2017.

AILLON, J.L. et al. Prevalence, types and comorbidity of mental disorders in a Kenyan primary health centre. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. v.49, n. 8, p. 1257–1268, aug. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23959589>. Acesso em: 28 fev. 2017.

ALEXANDRA, C.; FIGUEIREDO, B. Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 8, n. 2, p. 14-39, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v8n2/v8n2a02.pdf>. Acesso em: 12 maio 2017.

ALI, T.S.; KRANTZ, G.; MOGREN. I. Violence permeating daily life: a qualitative study investigating perspectives on violence among women in Karachi, Pakistan. **Int J Womens Health**, v. 4, p. 577-585, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/win7/Downloads/IJWH-33325---violence-permeating-daily-life---a-qualitative-study-inves_110112.pdf. Acesso em: 09 jan. 2018.

AMARAL, N.A.; AMARAL, C.A.; AMARAL, T.L.M. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 980-988, out-dez., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_14.pdf. Acesso em: 12 jan. 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2018.

ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev Psiq Clín.** São Paulo, v.33, n.2, p. 43-54, 2006.

Disponível em:

file:///C:/Users/win7/Downloads/Epidemiologia_dos_transtornos_psiquiatricos_na_mul.pdf. Acesso em: 12 Jun. 2017.

AQUINO, P.S.; NICOLAU, A.I.O.; PINHEIRO, A.K.B. Desempenho das atividades de vida de prostitutas segundo o Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney.

Rev Bras Enferm. Brasília, v.64, n. 1, p. 136-44, jan./ fev. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a20.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2017.

ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico.

Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, v.5, n.3, p.337-348, jul./ set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>.

Acesso em: 09 jan. 2018.

AZEVEDO, L.F.M. Um estudo sobre a “Doença dos Nervos” para além de um sofrimento incorporado. **Gerais: Rev Interinst Psicol.** Minas Gerais, v. 5, n. 2, p. 223–235, jul./dez. 2012. Disponível em:

<http://www.projetocavas.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/189/259>.

Acesso em: 07 mar. 2017.

BANFORD, A.J. The Relationship Between Family-of-Origin Experience and Current Family Violence: A Test of Mediation by Attachment Style and Mental Health Symptom Distress.

The American Journal of Family Therapy, v. 43, issue 1, p. 84–96, sept. 2015. Disponível em:

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01926187.2014.954491?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 18 jan. 2017.

BARATA, R.B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In:

Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. P. 73-93. Disponível em:

<https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em 10 jan. 2018.

BARBOSA, L.B.; LEITE, J.F. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. **Av. psicol. Latinoam.** v. 32, n. 2, p. 309-20, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n2/v32n2a09.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2017.

BARLOW, D.H. (Org). **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos:** Tratamento passo a passo. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. Disponível em:

https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=MUA_DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=Manual+CI%C3%ADnico+dos+Transtornos+Psicol%C3%B3gicos:+Tratamento+passo+a+passo&ots=wqYmN0qbH1&sig=IV4KEjqFMgoUZtkApMGPAwHEbPk#v=onepage&q&f=false. Acesso em 03 jan. 2018.

BARROS, E.N. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 591-598, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200591. Acesso em: 25 fev. 2017.

BARUFALDI, L. A. et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2929-38, 2017.

BEYDOUN, H.A. et al. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. **Soc. Sci. Med.** v. 75, issue.6, p. 959-975, sept. 2012. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0277953612003838/1-s2.0-S0277953612003838-main.pdf?_tid=aaf69c52-f220-11e7-82de-00000aab0f6c&acdnat=1515160958_cec485dd0dcf8d10e0966df1fa0a0d25. Acesso em: 03 jan. 2018.

BLITCHTEIN-WINICKI, D.; REYES-SOLARI, E. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. **Rev. perú. med. exp. salud pública**, v. 29, n.1, p.35-43, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v29n1/a06v29n1.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

BOIRA, S.; CARBAJOSA, P.; MÉNDEZ, R. Miedo, conformidad y silencio. La violencia en las relaciones de pareja en áreas rurales de Ecuador. **Psychosocial Intervention**, v. 25, n.1, p. 9–17, apr. 2016. Disponível em: http://psychosocial-intervention.elsevier.es/en/miedo-conformidad-silencio-la-violencia/articulo/S1132055915000381/#.WL7T-m_yvIU. Acesso em: 30 set. 2016.

BORGES, T.L.; HEGADOREN, K.M.; MIASSO, A.I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Rev Panam Salud Pública**. v. 38, n. 3, p.195–201, 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n3/v38n3a03.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2017.

BOTTI, N.C.L. et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. **BarBaroi**, Santa Cruz do Sul, n.33, p. 178-93,

ago./dez. 2010. Disponível em:
<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1583/1318>. Acesso em: 07 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 23 dez. 2017.

_____. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, Lei Maria da Penha**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004_2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em 07 Ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família Brasília: Ministério da Saúde, 2010a**. 152 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 09 set. 2017

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 132 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em: 22 fev. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: CONAS, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 02 ago. 2017.

_____. Secretaria de Políticas para as mulheres. **Balanco 2015 - 1º Semestre - LIGUE 180**. Brasília-DF: Secretaria de Políticas para as mulheres, 2015a. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/ligue-180-central-de-atendimento-a-mulher/balanco1sem2015-versao-final.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm. Acesso em 07 ago. 2016.

_____. Senado Federal. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais**. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher contra a Violência, 2016a. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. **Caderno de apoio: atenção à saúde da pessoa em situação de violência**. São Paulo: SMS, 2016b. 52p. Disponível em: file:///C:/Users/POSTO02/Downloads/Caderno_Apoio_01-04-16.pdf. Acesso em: 08 fev. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução 510/16**. Brasília: CONAS, 2016c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 16 set. 2017.

BRYANT, R.A. et al. Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: A randomised clinical trial. **PLOS Medicine**, aug. 2017. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1002371&type=printable>. Acesso em: 04 jan. 2018.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto alegre: Artmed, 2003.

CAMPOS, I.O. **Saúde mental e gênero em um CAPS II de Brasília: condições sociais, sintomas, diagnósticos e sofrimento psíquico**. 2016. 122 p. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20567/1/2016_loneidedeOliveiraCampos_Parcial.pdf. Acesso em: 12 dez. 2016.

CARMO, M.B.B. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis?. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 30, p.1-8, sept. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/2017nahead/1516-4446-rbp-1516444620162139.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

CERQUEIRA, D. et al. **Avaliando a efetividade da lei Maria da Penha.** Rio de Janeiro: IPEA, 2015. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3538/1/td_2048.pdf. Acesso em: 19 Jul. 2016.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2016.** Rio de Janeiro: IPEA, 2016. 55p. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/atlas_da_violencia_2016_ipea_e_fbisp.pdf. Acesso em: 20 Ago. 2016.

CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M. Intencionalidade ao cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, 2016, e20160083, out./dez. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452016000400202&lng=pt. Acesso em: 06 mar. 2017.

COUTINHO, L.M.S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1875-1883, set, 2014. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901875. Acesso em: 30 set. 2016.

DEVRIES, K. M. et al. The global prevalence of intimate partner violence against women. **Science**, v. 340, n. 6140, p. 1527–1528, 2013a. Disponível em: <http://science.sciencemag.org/content/340/6140/1527/tab-pdf>. Acesso em: 14 nov. 2016.

DEVRIES, K.M. et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. **PLoS Med.** v. 10, n. 5, e1001439, 2013b. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001439&type=printable>. Acesso em: 04 jan. 2018.

D´OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersectoriais de atenção. **Rev Med.** v. 92, n. 2, p. 134-140, apr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140>. Acesso em: 20 jan. 2017.

DOUGÉ, N.; LEHMAN, E.B.; MCCALL-HOSENFIELD, J.S. Social support and employment status modify the effect of intimate partner violence on depression symptom severity in women: results from the 2006 behavioral risk factor surveillance system survey. **Womens Health Issues**, v. 24, n. 4. e425–34, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4077941/pdf/nihms584360.pdf>. Acesso em: 01 jan.2018.

DOURADO, S.M.; NORONHA, C.V. A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 623-643, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000200623&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 fev. 2017.

DUNN, E.J.; STEINER, M. The functional neurochemistry of mood disorders in women. In: Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E (eds.). **Mood disorders in women**. London: Martin Dunitz, 2000. p.71-82.

ELLSBERG, M. et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. **Lancet**, v.371, p.165-172, 2008. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S014067360860522X/1-s2.0-S014067360860522X-main.pdf?_tid=16508ed2-f225-11e7-a114-00000aab0f6c&acdnat=1515162865_67b1f4e0f8207e58237ee66262f26375. Acesso em: 04 jan. 2018.

FERRARO, A.A. et al. The specific and combined role of domestic violence and mental health disorders during pregnancy on new-born health. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n.257, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com.ez117.periodicos.capes.gov.br/track/pdf/10.1186/s12884-017-1438-x?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>. Acesso em: 12 jan.2018.

FRANCEY, S.M. et al. Does co-occurring borderline personality disorder influence acute phase treatment for first episode psychosis? **Early Interv. Psychiatry**, p.1-7, apr. 2017. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.12435/epdf>. Acesso em: 17 jan.2018.

FOK, M.L. et al. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. **J. Psychosom. Res.** v. 73, issue 2, p.104–107, 2012. Disponível em: [http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(12\)00122-5/pdf](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(12)00122-5/pdf). Acesso em: 17 jan.2018.

FOK, M. et al. Personality disorder and self-rated health: a population-based cross-sectional survey. **J. Pers. Disord.** v. 28, n. 3, p. 319–333, 2014. Disponível em: <http://web.a-ebscohost-com.ez117.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=fd608486-232f-48ab-9939-d3032949c5e2%40sessionmgr4010>. Acesso em: 17 jan.2018.

FONE, D. et al. Common mental disorders, neighbourhood income inequality and income deprivation: small-area multilevel analysis. **Br J Psychiatry.** v. 202, n. 4, p. 286-293, apr. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23470284>. Acesso em: 28 fev. 2017.

FRIDH, M.; LINDSTRÖM, M.; ROSVALL, M. Experience of physical violence and mental health among young men and women: a population-based study in Sweden. **BMC Public Health**, v. 14, n.29, jan., p.1-10, 2014. Disponível em: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-29>. Acesso em: 17 ago. 2016.

FUNDAÇÃO CULTURAL DO PIAUÍ (FUNDAC/PI). **Territórios de desenvolvimento do Piauí.** 2015. Disponível em: www.fundac.pi.gov.br/pontos/tabelall_territorios_desenvolvimento_pi_.doc. Acesso em: 23 mar. 2017.

GAGE, S.H. et al. Associations of cannabis and cigarette use with depression and anxiety at age 18: findings from the avon longitudinal study of parents and children. **PLoS ONE.** v. 10, n. 4, p. 1-13, 2015. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0122896>. Acesso em 06 ago.2017.

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**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p.1-11, abr, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00011415.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

GINGNELL, M. et al. Oral contraceptive use changes brain activity and mood in women with previous negative affect on the pill: a double-blinded, placebo-controlled randomized trial of a levonorgestrel-containing combined oral contraceptive. **Psychoneuroendocrinology**, v. 38, n. 7, p. 1133-1144, jul. 2013. Disponível em: [http://www.psyneuen-journal.com/article/S0306-4530\(12\)00362-9/pdf](http://www.psyneuen-journal.com/article/S0306-4530(12)00362-9/pdf). Acesso em: 23 dez. 2017.

GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. **Acta Psychiatr Scand Suppl.** v. 385, p. 66-70, 1994. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7740974>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GOLDBERG, D. The overlap between the common mental disorders – Challenges for classification. **Int Rev Psychiatry**, v. 24, issue 6, p.549-555, 2012. Disponível em: <http://web.a-ebscohost-com.ez117.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=4878d61d-18e6-42e0-8043-e7eef824b8d1%40sessionmgr4007>. Acesso em: 14 out.2017.

GOMES, F.A. **Comorbidades clínicas em psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 2012.

GOMES, N.P. et al. Experiencia y repercusiones de la violencia conyugal: el discurso femenino. **Rev enferm UERJ**, v.20, n. esp1, p. 585–590, dez. 2012. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5805/4226>. Acesso em: 03 fev. 2017.

GOMES, V.F.; MIGUEL, T.L.B.; MIASSO, A.I. Common mental disorders: socio demographic and pharmacotherapy profile. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 21, n.6, p. 1203-11, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601203. Acesso em: 18 ago 2017.

GOMES, N.P. et al. Cuidado às mulheres em situação de violência conyugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 25, n.1, p. 63-69, jan./abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000100007. Acesso em: 22 jan. 2017.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, fev. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200017. Acesso em: 01 mar. 2017.

GONÇALVES, D.M.et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad Saúde Pública**. v. 30, n. 3, p.623-32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2017.

GONÇALVES, D.A. **Saúde mental e o cuidado às doenças**

Crônicas não transmissíveis. São Luís-MA, 2017. 24p. Disponível em: http://repcursos.unasus.ufma.br/especializacao_saude_mental/repositorio/mod-7-pdf.pdf. Acesso em: 15 out. 2017.

GRACIA, E.; GARCÍA, F.; LILA, M. Male police officers' law enforcement preferences in cases of intimate partner violence versus non-intimate interpersonal violence: Do sexist attitudes and empathy matter? **Criminal Justice and Behavior**, v. 41, n.10, p. 1195–1213, oct. 2014. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0093854814541655>. Acesso em: 13 fev. 2017.

GUEDES, T.G.; MOURA, E.R.F.; ALMEIDA, P.C. Particularidades do planejamento familiar de mulheres portadoras de Transtorno mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.5, set-out, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/win7/Downloads/4050-5715-1-PB.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2017.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev da Esc Enferm da USP**, São Paulo, v. 45, n. esp2, p. 1731–1735, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40896>. Acesso em: 02 fev. 2017.

GUIRADO, G.M.P.; PEREIRA, N.M.P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 92-98, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-92.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2017.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med.** v.10, n. 2, p. 231-41, may. 1980. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7384326>. Acesso em: 22 jan. 2017.

HESLER, L.Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 34, n.1, p. 180–6, mar., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100023. Acesso em: 20 set. 2016.

HOU, F. et al. Using confirmatory factor analysis to explore associated factors of intimate partner violence in a sample of Chinese rural women: a cross-sectional study. **BMJ Open**. v.8, n.2, e019465, feb. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829947/pdf/bmjopen-2017-019465.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

HUSAIN, N.; CREED, F.; TOMENSON, B. Depression and social stress in Pakistan. **Psychol Med**. v. 30, n.2, p. 395-402, apr. 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12492741_Depression_and_social_stress_in_Pakistan. Acesso em: 22 jan. 2017.

INOUE, K.; BARRATT A.; RICHTERS, J. Does research into contraceptive method discontinuation address women's own reasons? a critical review. **J Fam Plann Reprod Health Care**, v. 41, n. 4, p. 292-299, oct. 2015. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25605480>. Acesso em: 15 out. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 jul. 2017.

_____. **ESTADOS**: Piauí. Brasília: IBGE, 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/panorama>. Acesso em: 10 jul. 2017.

IVERSON, K.M; DARDIS, C.M; POGODA, T.K. Traumatic brain injury and PTSD symptoms as a consequence of intimate partner violence. **Comprehensive Psychiatry**, v. 74, p. 80–87, apr. 2017. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0010440X16305077/1-s2.0-S0010440X16305077-main.pdf?_tid=31459e18-f161-11e7-b6c0-00000aab0f27&acdnat=1515078720_cfe186fbb5cd11b2e76f01d340a16866. Acesso em: 01 nov.2017.

JESUS, J.G. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. 2ª ed. Brasília, 2012. 42p. Disponível em: <http://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2017.

JEWKES R. Intimate partner violence: causes and prevention. **Lancet**. v.359, n. 9315, p. 1423-9, 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5). Acesso em: 22 out. 2017.

JURUENA, M.F. O Diagnóstico dos transtornos mentais. **Medicina (Ribeirão Preto, Online.)**, v. 50, Supl.1,p. 1-2, jan-fev., 2017. Disponível em:

<http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/editorial-O-Diagnostico-dos-Transtornos-Mentais.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

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, feb. 2017. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-017-4119-9?site=bmcpublikealth.biomedcentral.com>. Acesso em: 02 jan. 2018.

KARAKURT, G.; SMITH, D.; WHITING, J. Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. **J Fam Viol.** v. 29, p. 693-702, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193378/pdf/nihms622820.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

KARAKUŁA-JUCHNOWICZ, H. et al. Risk factors of anxiety and depressive symptoms in female patients experiencing intimate partner violence. **Psychiatr. Pol.** v. 51, n. 1, p. 63–74, feb. 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/cf9f/20c337abd6ce67be94b1e6e7851782344bf7.pdf>. Acesso em: 17 jan.2018.

KASCKOW, J.W. et al. Subsyndromal depression and anxiety in older adults: health related, functional, cognitive and diagnostic implications. **J Psychiatr Res.** v. 47, n. 5, p. 599-603, mayo, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23414701>. Acesso em: 28 fev. 2017.

KIM, J.; LEE, J. Prospective study on the reciprocal relationship between intimate partner violence and depression among women in Korea. **Social Science & Medicine**, v. 99, p. 42-48, dec. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24355469>. Acesso em: 07 mar. 2017.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade de violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p.1805-1815, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001300020. Acesso em: 25 fev. 2017.

KRAHÉ, B. Violence against women. **Current Opinion in Psychology**, v. 19, p.6-10, feb. 2018. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S2352250X17300489/1-s2.0-S2352250X17300489-main.pdf?_tid=036349fe-f220-11e7-981d-00000aab0f6b&acdnat=1515160677_7d95bfed1ab9ccdca72d34261ce4894e. Acesso em: 03 jan. 2018.

KROENKE, K. et al. Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. **Gen Hosp Psychiatry**. v. 35, n. 4, p. 359–365, jul./ aug. 2013. Disponível em: [http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343\(13\)00101-1/fulltext](http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343(13)00101-1/fulltext). Acesso em: 28 fev. 2017.

KUMAR, A.; NIZAMIE, H.; SRIVASTAVA, N.K. Violence against women and mental health. **Mental Health&Prevention**, v. 1, p.4-10, 2013. Disponível em: <https://www.domesticviolenceintervention.net/wp-content/uploads/2014/04/Anant-Published-Paper-58-Violence-against-Women-and-Mental-Health-MHP.pdf> . Acesso em 03 jan. 2018.

LAGDON, S.; ARMOUR, C.; STRINGER, M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 5, n. 24794, p.1-12, jan. 2014. Disponível em: <https://www.questia.com/library/journal/1P3-3513591511/adult-experience-of-mental-health-outcomes-as-a-result>. Acesso em: 28 fev. 2017.

LALLEY-CHARECZKO, L. et al. Sleep Disturbance Partially Mediates the Relationship Between Intimate Partner Violence and Physical/ Health in Women and Men. **Journal of Interpersonal Violence**, p. 1-22, jan. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710553/pdf/nihms-748341.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

LAURENT, C.; PLATZER, M. Y.; IDOMIR, M. **Femicide**: A Global Issue That Demands Action. Vienna: Acuns, 2013. 156p. Disponível em: http://www.genevadeclaration.org/fileadmin/docs/Co-publications/Femicide_A%20Gobal%20Issue%20that%20demands%20Action.pdf. Acesso em: 12 set. 2016.

LEITE, F.M.C. et al . Violência contra a mulher: caracterizando a vítima, a agressão e o autor . **J. res.:** fundam. care. Online, v. 7, n.1, p. 2181-2191, jan./mar. 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3464/pdf_1474 http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3464/pdf_1475. . Acesso em: 20 set. 2016.

LEITE, J.F. et al. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. **Rev. psicol. Latinoam**. v. 35, n.2, p. 301-16, 2017. Disponível em: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/4768/368>. Acesso em: 03 ago. 2017.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189 – 201, 2003.

LIMA, M.S. et al. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Int J Psychiatry Med**. v. 26, n. 2, p. 211-222, 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8877488>. Acesso em: 22 jan. 2017

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**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 815-26, apr. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00159913>. Acesso em: 20 jan. 2017.

LOPES, S.C.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1713-20, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a15v19n6.pdf>. Acesso em: 12 nov.2017.

LOPES, C.S. et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 50, supl 1, p. 1-9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006690.pdf. Acesso em: 10 set. 2017.

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. 335, p. 1-11, 2017 Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com.ez117.periodicos.capes.gov.br/track/pdf/10.1186/s12889-017-4222-y?site=bmcpublikealth.biomedcentral.com>. Acesso em 03 jan. 2018.

LUCHESE, R. et al. Prevalence of common mental disorders in primary health care. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 27, n. 3, p. 200-207, maio/jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000300200&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 28 fev. 2017.

LUDERMIR, A.B; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n.2, p. 213-21, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9214.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

LUDERMIR, A.B. Class and gender inequalities and mental health in the

cities. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-467, set. 2008a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300005. Acesso em: 01 mar. 2017.

LUDERMIR, A.B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis Rev Saúde Coletiva**, v.18, n. 3, p. 451-67, 2008b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a05.pdf>. Acesso em: 12 nov.2017.

LUDERMIR, A.B.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T.V.B. Transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n.1, p. 29-35, 2014. Disponível: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/80593/84238>. Acesso em: 30 set. 2016.

MACHISA, M.T.; CHRISTOFIDES, N.; JEWKES, R. Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. **PLOS ONE**, v. 12, n. 4, e0175240, apr. 2017. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0175240&type=printable>. Acesso em: 12 dez. 2017.

MACISAAC, M.B.; BUGEJA, L.C.; JELINEK, G.A. The association between exposure to interpersonal violence and suicide among women: a systematic review. **Aust N Z J Public Health**, v.41, n.1, p. 61-69, feb. 2017. Disponível em: <http://onlinelibrary-wiley.ez117.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/1753-6405.12594/epdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

MARAGNO, L.; et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1639-1648, ago, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12.pdf>. Acesso em: 14 out.2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MASON, R. et al. Making connections across silos: intimate partner violence, mental health, and substance use. **BMC Women's Health**, v. 17, n. 29, p.1-7, apr. 2017. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com.ez117.periodicos.capes.gov.br/track/pdf/10.1186/s12905-017-0372-4?site=bmcwomenshealth.biomedcentral.com>. Acesso em 03 jan. 2018.

MCGORRY, P.; NELSON, B. Why we need a transdiagnostic staging approach to emerging psychopathology, early diagnosis, and treatment. **JAMA Psychiatry**, v. 73,

n. 3, p. 191–192, mar. 2016. Disponível em:
file:///C:/Users/win7/Downloads/yed150036.pdf. Acesso em 03 jan. 2018.

MEDRONHO, R.A. et al.; Editores. **Epidemiologia**. 2ed. São Paulo: atheneu, 2008.

MEEKERS, D; PALLIN, S.C; HUTCHINSON, P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. **BMC Women's Health**, v. 13, n.28, p. 1-16, jun. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698003/pdf/1472-6874-13-28.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

MENDONÇA, M.F.S.; LUDERMIR, A.B. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n.32, p. 1-7, mar. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396502/pdf/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006912.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2018.

MIEDL, S.F. et al. Neural activity during traumatic film viewing is linked to endogenous estradiol and hormonal contraception. **Psychoneuroendocrinology**, v. 87, p. 20-26, 2018. Disponível em: [http://www.psyneuen-journal.com/article/S0306-4530\(17\)30288-3/pdf](http://www.psyneuen-journal.com/article/S0306-4530(17)30288-3/pdf). Acesso em: 02 jan. 2018.

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**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p.163-176, jan./fev. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100017>. Acesso em: 20 jan. 2017.

MORAIS, A.P.P.; TANAKA, O.Y. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.1, p.161-70, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000100016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 Jul. 2017.

MOREIRA, J.K. et al. Prevalence of common mental disorders in the population attended by the Family Health Program. **J Bras Psiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 221-226, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/12.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.

MOYA, A. Violence, psychological trauma, and risk attitudes: Evidence from victims of violence in Colombia. **Journal of Development Economics**, v. 131, p. 15–27, marc., 2018. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0304387817300949/1-s2.0-S0304387817300949-main.pdf?_tid=0ad82aae-f227-11e7-981d-00000aab0f6b&acdnat=1515163696_7f252d2d6200f5616b2074d3e18fc937. Acesso em: 04 jan. 2018.

NASCIMENTO, E.F.G.A.; RIBEIRO, A.P.; SOUZA, E.R. Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1-10, jun. 2014. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000601229&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 26 fev. 2017.

NAVES, E.T. A mulher e a violência. uma devastação subjetiva. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 454-462, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692014000300009. Acesso em: 07 mar. 2017.

OLIVEIRA, E.N; JORGE, M. S.B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 8, n. 2, p. 93-100, maio-ago, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272818697_Violencia_contra_a_mulher_sofrimento_psiquico_e_adoecimento_mental. Acesso em: 02 out. 2016.

ONGERI, L. et al. Suicidality and associated risk factors in outpatients attending a general medical facility in rural Kenya. **Journal of Affective Disorders**, v. 225, p. 413–421, jan. 2018. Disponível em: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(17\)31086-8/pdf](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(17)31086-8/pdf). Acesso em: 04 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Mulheres são quase metade da mão de obra do campo, mas seus esforços são ‘ignorados’, critica ONU**. ONUBR: 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mulheres-sao-quase-metade-da-mao-de-obra-do-campo-mas-seus-esforcos-sao-ignorados-critica-onu/>. Acesso em: 30 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2017.

_____. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a Mulher: ação e produção de evidência**. Geneva: OMS, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf. Acesso em: 19 set. 2016.

_____. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social**. Geneva: OMS, 2016a. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>. Acesso em: 20 out. 2017.

_____. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (CID-10)**. Genebra: OMS, 2016b. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>. Acesso em: 10 set. 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Comprender y abordar la violencia contra las mujeres**. Violencia infligida por la pareja. Washington: OPAS; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1. Acesso em: 12 jul. 2016.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 351-358, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018. Acesso em: 08 fev. 2017.

PAIVA, C.A.; FIGUEIREDO, B. Versão portuguesa das “escalas de táticas de conflicto revisadas”: estudo de validação. **Psicol. teor. prat.** São Paulo, v.8 n.2, p. 14-39, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872006000200002#2a. Acesso em: 02 maio 2017.

PARK, G.R. et al. Association between intimate partner violence and mental health among Korean married women. **Public health**, v. 152 p. 86-94, nov. 2017. Disponível em: [http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(17\)30261-5/pdf](http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(17)30261-5/pdf). Acesso em: 04 jan. 2018.

PARREIRA, B.D.M.et al. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. **Rev Esc Enferm USP**. v. 51, e03225, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03225.pdf. Acesso em: 02 dez. 2017.

PASINATO, W. Oito anos de Lei Maria da Penha: Entre avanços, obstáculos e desafios. **Rev. Estud. Fem.** v. 23, n.2, p. 533-545, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2015000200533&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-026X. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n2p533>. Acesso em: 10 Ago. 2016.

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n.1, p.124-35, 2011. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29777/31658>. Acesso em: 18 jan. 2017.

PINHO, P.S.; ARAÚJO, T.M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v.15, n.3, p. 560-72, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/10.pdf>. Acesso em: 12 nov.2017.

QUADROS, M.E.F. et al. Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. **Revista Enferm UFSM**. Rio Grande do Sul, v. 3, n.1, p. 164-174, jan-abr., 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8359/0>. Acesso em: 10 Ago. 2016.

QUIRK, S.E. et al. Personality disorder is an excess risk factor for physical multimorbidity among women with mental state disorders. **Psychiatry Research**, v. 257, p. 546–549, nov. 2017. Disponível em: [http://www.psychjournal.com/article/S0165-1781\(17\)30435-3/pdf](http://www.psychjournal.com/article/S0165-1781(17)30435-3/pdf). Acesso em: 17 jan.2018.

REES, S. et al. Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. **JAMA**. v. 306, n.5, p. 513–21, 2011. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813429>. Acesso em: 19 set. 2016.

RIO, I.D.; VALLE, E.S.G. The Consequences of Intimate Partner Violence on Health: A Further Disaggregation of Psychological Violence-Evidence From Spain. **Violence Against Women**. v. 23, n. 14, p. 1771-1789, oct. 2017. Disponível em: <http://journals.sagepub.com.ez117.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/1077801216671220>. Acesso em: 12 jan. 2018.

ROCHA, S.V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, n. 630-640, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000400008. Acesso em: Acesso em: 25 fev. 2017.

RODRIGUEZ-BORREGO, M.A.; VAQUERO-ABELLAN, M.; ROSA, L. B. Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.1, p. 1-8, jan./ fev. 2012. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100003>. Acesso em: 20 set. 2016.

SAMPAIO, J.J.C. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 133 p.

Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/3vxfc/pdf/sampaio-9788575412602.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2017.

SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N.F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, jan, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000100023&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 abr. 2017.

SANTOS, R.R. et al. Sintomas de distúrbios psíquicos menores em estudantes de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-14, jul./set. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/win7/Downloads/16060-60263-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 nov.2017.

SANTOS, A.G. et al. Revised conflict tactics scales" as identifiers of intimate partner violence against women: integrative review. **Rev Enferm UFPI**, v.6, n.3, p. 65-71, jul./set. 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/win7/Downloads/6233-22660-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/win7/Downloads/6233-22660-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 15 fev. 2018.

SILVA, L.E.L.; OLIVEIRA, M.L.C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3523-3532, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3523.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2017.

SILVA, L.E.L.; OLIVEIRA, M.L.C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012*. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n.2, p. 331-342, abr-jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200331&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2017.

SILVA, S.S.B.E.; OLIVEIRA, S.S.F.B.; PIERIN, A.M.G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.50, n.1, p. 50-58, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0050.pdf. Acesso em: 12 nov.2017.

SILVA, R.A. et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p.1014-1022, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600011. Acesso em: 13 fev. 2017.

SILVA, C.D. et al. Epidemiologia da Violência Contra a Mulher: características do agressor e do ato violento. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 1, p. 8-14, jan. 2013. Disponível em:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3554/pdf_1782. Acesso em: 08 fev. 2017.

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, may. 2016. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27252778>. Acesso em: 07 mar. 2017.

SIMMONS, L.A. et al. Sources of health information among rural women in Western Kentucky. **Public Health Nurs**. v. 32, n.1, p. 3-14, 2015. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/phn.12134/epdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

SKAPINAKIS, P. et al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry**. v. 13, n.163, p. 1-14, jun. 2013. Disponível em:

<http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-163>. Acesso em: 28 fev. 2017.

SKOVLUND, C.W. et al. Association of Hormonal Contraception With Depression.

Jama Psychiatry, v. 73, n. 11, p. 1154-1162, nov. 2016. Disponível em:

[file:///C:/Users/win7/Downloads/jamapsychiatry_Skovlund_2016_oi_160063%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/win7/Downloads/jamapsychiatry_Skovlund_2016_oi_160063%20(1).pdf). Acesso em: 22 dez. 2017.

SLAVICH, G.M.; IRWIN, M.R. From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. **Psychol Bull**. v.140, n. 3, p. 774–815, 2014. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4006295/pdf/nihms561676.pdf>.

Acesso em: 11 jan. 2018.

SOLEIMANI, R.; AHMADIB, R.; YOSEFNEZHAD, A. Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran. **Psychol Health Med**. v. 22, n. 7, p. 845-850, aug. 2017. Disponível em:

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2016.1263755?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 04 jan. 2018.

SORDI, L.P. et al. Comorbidades em usuários de um serviço de saúde mental.

Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 2, p. 89-94, fev.

2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a15.pdf>. Acesso em 01 jan. 2018.

SOUSA, A.K.A.; NOGUEIRA, D.A.; GRADIM, C.V.C. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Colet.**, v. 21, n. 4, p. 425-431, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a11.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

SPILLER, R.C.; THOMPSON, W.G. Transtornos intestinais. **Arq Gastroenterol.** v. 49, supl., p.39-50, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ag/v49s1/v49s1a08.pdf>. Acesso em: 17 jan.2018.

STARK, E. Looking beyond domestic violence: policing coercive control. **J Police Crisis Negotiations**, v.12, n. 2, p.199–217, 2012. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15332586.2012.725016?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em 03 jan. 2018.

STEWART, D.E.; VIGOD, S.N. Mental Health Aspects of Intimate Partner Violence. **Psychiatr Clin North Am.** v.40, n. 2, p. 321-334, jun. 2017. Disponível em: [http://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X\(17\)30012-6/pdf](http://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X(17)30012-6/pdf). Acesso em: Acesso em: 02 jan. 2018.

STÖCKL, H., et al. The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. **The Lancet**, v. 382, n. 9895, p. 859–865, 2013. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61030-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61030-2/fulltext). Acesso em: 12 ago. 2016.

STRAUS, M.A. et al. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. **J Family Issues**, v.17,n.3, p.283-316, may. 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/019251396017003001>. Acesso em: 20 jan. 2017.

STRAUS, M. A.. Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. **Violence Against Women**, v. 10, issue4, p. 1-24, jul. 2004. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801204265552>. Acesso em: 22 jan. 2017.

SULLIVAN, T.P.; WEISS, N.H. Is Firearm Threat in Intimate Relationships Associated with Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Women? **Violence Gend.** v. 4, n. 2, p. 31-36, jun. 2017. Disponível em:

<http://online.liebertpub.com.ez117.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1089/vio.2016.0024>. Acesso em: 11 jan. 2018.

SZALACHA, L.A. et al. Mental health, sexual identity, and interpersonal violence: Findings from the Australian longitudinal Women's health Study. **BMC Women's Health**, v. 17, n. 94, p. 1-11, sept. 2017. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com.ez117.periodicos.capes.gov.br/track/pdf/10.1186/s12905-017-0452-5?site=bmcwomenshealth.biomedcentral.com>. Acesso em 03 jan. 2018.

TARZIA, L. et al. Sexual violence associated with poor mental health in women attending Australian general practices. **Aust N Z J Public Health**, v. 41, n.5, p. 518-523, oct. 2017. Disponível em: <http://onlinelibrary-wiley.ez117.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/1753-6405.12685/epdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

TAVARES, J.P. et al. Prevalência de distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes. **Esc Anna Nery rev enf**. v. 18, n. 3, p. 407-414, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0407.pdf>. Acesso em: 01 nov.2017.

TEBEKA, S. et al. A study in the general population about sadness to disentangle the continuum from well-being to depressive disorders. **Journal of Affective Disorders**, v. 226, p. 66–71, sept. 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/win7/Downloads/astudyinthegeneralpopulationaboutsadnesstodisentanglethecontinuumfromwell-beingtodepressivedisorderstebekaspignonbamada...dubertretcgeoffroya2017%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/win7/Downloads/astudyinthegeneralpopulationaboutsadnesstodisentanglethecontinuumfromwell-beingtodepressivedisorderstebekaspignonbamada...dubertretcgeoffroya2017%20(1).pdf). Acesso em 03 jan. 2018.

TOMÁS, A.E. **A violência contra a mulher**: um estudo de caso nas cidades de Maxixe e de Nampula. 2016. 305p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Letras da Universidade do Porto em Sociologia, Porto (Portugal), 2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82495/2/113302.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2017.

VALE, S.L.L. et al. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica*. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 683-93, jul./ago. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028459004>. Acesso em: 18 jan. 2017.

VASCONCELOS, M. S; HOLANDA, V.R.; ALBUQUERQUE, T.T. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres.

Cogitare Enferm. v. 21, n.1, p.1-10, Jan./mar. 2016. Disponível: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41960>. Acesso em: 30 set.2016.

VERDUIN, F. et al. Intimate Partner Violence in Rwanda: The Mental Health of Victims and Perpetrators. **Journal of Interpersonal Violence.** v. 29, n.9, p.1839-58, apr., 2015. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23266996>. Acesso em: 30 set. 2016.

VIDAL, C.E.L.et al. Preditores de prováveis transtornos mentais comuns (tmc) em prostitutas utilizando o Self-Reporting Questionnaire. **J. bras. psiquiat.** v. 63, n. 3, p. 205-12, 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n3/0047-2085-jbpsiq-63-3-0205.pdf. Acesso em: 04 ago.2017.

VIGOD, S.; STEWART, D.E. Psychiatric management of victims of intimate partner and sexual violence. In: TASMAN, A. et al, editors. **Psychiatry.** 4th edition. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 2015. p. 2533–48.

VILA, C.M.; CALDERÓN, N.E.T. El maltrato y la violencia estrechan y aniquilan lo psíquico*. **Univ. Psychol.** Bogotá, Colombia, v. 13, n. 3, p. 1099-1110, jul./sep. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v13n3/v13n3a24.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2017.

VIVES-CASES, C. et al. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. **Journal of Public Health,** v. 33, n. 1, p. 15-21, mar. 2011. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/33/1/15/1548112>. Acesso em: 12 nov. 2017.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência contra a mulher 2012:** os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2012. Disponível em: http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf. Acesso em: 22 fev. 2017.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015:** homicídio de mulheres no Brasil. Brasília-DF: FLACSO , 2015. 79p. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 20 de Agosto de 2016.

WALTERMAURER, E. Public justification of intimate partner violence: A review of the literature. **Trauma Violence & Abuse,** v. 13, n. 3, p.167–175, jul. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22643069>. Acesso em: 13 fev. 2017.

WILLIAMS, C. et al. Perceptions of physical and psychological aggression in close relationships: a review. **Aggress Violent Behav.** v. 17, n. 6, p. 489–94, 2012. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S1359178912000675/1-s2.0-S1359178912000675-main.pdf?_tid=6b0e2ddc-f1b5-11e7-9443-00000aab0f26&acdnat=1515114903_d7b35515174162bd3ce71b2199c97a22. Acesso em 03 jan. 2018.

WOLFORD-CLEVENGER, C.; SMITH, P.N. The conditional indirect effects of suicide attempt history and psychiatric symptoms on the association between intimate partner violence and suicide ideation. **Personality and Individual Differences**, v. 106, p. 46–51, feb. 2017. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0191886916310704/1-s2.0-S0191886916310704-main.pdf?_tid=6ad5cc00-f226-11e7-abf1-00000aab0f01&acdnat=1515163427_6ea882476f51c684cae64b636504c86e. Acesso em: 04 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (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. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. **Violence against women**: Intimate partner and sexual violence against women. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. **Depression and Other Common Mental Disorders**: Global Health Estimates. Geneva: WHO, 2017. 24p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2018.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. Saúde Mental e Gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal rev. psicol.** v. 27, n. 3, p. 238-46, 2015. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922015000300238&script=sci...tling. Acesso em: 13 jul. 2017.

ZILKENS, R.R. et al. Sexual assault and general body injuries: A detailed cross-sectional Australian study of 1163 women. **Forensic Sci Int.** v. 279, p. 112-120, oct., 2017. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0379073817303006/1-s2.0-S0379073817303006-main.pdf?_tid=f78158fe-f226-11e7-bebb-00000aab0f02&acdnat=1515163663_77c2283a691726c0d913f04660fd6f5a. Acesso em: 04 jan. 2018.

APÊNDICES



**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 – NÍVEL DOUTORADO**

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

Formulário Nº __ Data da Entrevista: __/__/__ Nome do Entrevistador(a): _____

PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

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

**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 – NÍVEL DOUTORADO**

APÊNDICE B – 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 - PROPESQ. 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: UFPI-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 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/ nº do prontuário/ nº 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

**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 – NÍVEL DOUTORADO**

ANEXO A - SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

INSTRUÇÕES

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda **NÃO**.

1. Tem dores de cabeça frequentes?	()SIM[1]	()NÃO[0]
2. Tem falta de apetite?	()SIM[1]	()NÃO[0]
3. Dorme mal?	()SIM[1]	()NÃO[0]
4. Assusta-se com facilidade?	()SIM[1]	()NÃO[0]
5. tem tremores de mão?	()SIM[1]	()NÃO[0]
6. Sente-se nervoso (a), tenso(a) ou preocupado(a)?	()SIM[1]	()NÃO[0]
7. Tem má digestão?	()SIM[1]	()NÃO[0]
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	()SIM[1]	()NÃO[0]
9. Tem se sentido triste ultimamente?	()SIM[1]	()NÃO[0]
10. Tem chorado mais do que de costume?	()SIM[1]	()NÃO[0]
11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	()SIM[1]	()NÃO[0]
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	()SIM[1]	()NÃO[0]
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	()SIM[1]	()NÃO[0]
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	()SIM[1]	()NÃO[0]
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	()SIM[1]	()NÃO[0]
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	()SIM[1]	()NÃO[0]
17. Tem tido ideias de acabar com a vida?	()SIM[1]	()NÃO[0]
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	()SIM[1]	()NÃO[0]
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	()SIM[1]	()NÃO[0]
20. Cansa-se com facilidade?	()SIM[1]	()NÃO[0]
TOTAL:		

Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas sim) há suspeição de transtornos mentais não psicóticos.

**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 – NÍVEL DOUTORADO**

ANEXO B: REVISED CONFLICT TACTICS SCALES (CTS2)

Mesmo que um casal se relacione bem, há situações 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	1	2	3	4	5	6	7	8

pontos de vista e os seus sentimentos?								
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
33b Seu companheiro a acusou disso?	1	2	3	4	5	6	7	8
34a Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro?	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



**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 – NÍVEL DOUTORADO**

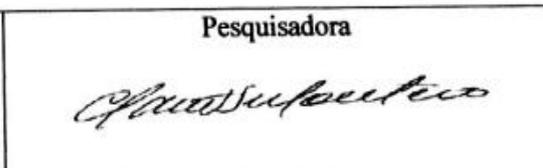
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE TERESINA



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 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**.

<p style="text-align: center;">Responsável pela Instituição</p>  <p style="text-align: center;">Francisco das Chagas de Sá e Paiva Presidente Fundação Municipal de Saúde</p>	<p style="text-align: center;">Pesquisadora</p> 
---	---



**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 – NÍVEL DOUTORADO**

**ANEXO D – 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
Danusa de Araújo Felinto
Coordenação da Atenção Básica

**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 – NÍVEL DOUTORADO**

ANEXO E – 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 Moreira Nobrega
Coordenadora



**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 – NÍVEL DOUTORADO**

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA



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.

Cristina Aguiar

Secretário de Saúde ou outro representante

**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 – NÍVEL DOUTORADO**

ANEXO G – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS

 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SEDAP1
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

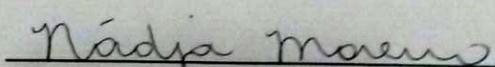
CNPJ.: 00.749.590/0001-0
Secretaria Municipal da Saúde
R. Arsênio Santos, 792 - Centro
CEP: 64.900-000 - Bom Jesus - PI

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

**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 – NÍVEL DOUTORADO**

ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP DO MACROPROJETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental

Pesquisador: CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39796414.5.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 985.391

Data da Relatoria: 31/03/2015

Apresentação do Projeto:

No Brasil, foi implantada em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), voltada a promover melhores condições de vida e saúde as mulheres em todo seu desenvolvimento e nos diversos grupos populacionais. Observa-se, entretanto, que mesmo diante dos programas e políticas direcionadas a assistir à mulher brasileira, as questões ligadas à violência e o consumo de álcool e outras drogas, compreendidas como fatores de risco a saúde física e mental da mulher, tem crescimento vertiginoso. Dentre os fatores de risco toma forma de grande repercussão no viver da mulher o consumo de álcool e do crack. Hoje se tem consciência de que o uso abusivo dessas substancias constituem, sem dúvida, um fenômeno complexo. A mulher, frente às dificuldades cotidianas, encontra no álcool e outras drogas um caminho quimicamente efetivo para superar a sua fragilidade e supostamente evitar a sua desintegração, muitas vezes associada à violência, tanto no âmbito familiar quanto social. Essa rede de agravos também encontra outro fator de risco a saúde da mulher – os transtornos mentais, sobressaindo-se a depressão. A gravidade da temática levantada vem originando um significativo número de pesquisas no decorrer da última década, porém, poucas figuram a mulher como foco principal. Nesse sentido, este projeto tem como proposta contribuir para redução das lacunas de conhecimento existentes relativas à violência, ao consumo do álcool e drogas no universofeminino

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 985.391

e as consequências à saúde mental, bem como integrar dados ao panorama nacional, além de contribuir para investimentos maiores de práticas socioeducativas nessa área. Ressalta-se que as consequências desses fenômenos vêm se multiplicando de forma generalizada e preocupante no país e notadamente no Estado do Piauí, local desta proposta de pesquisa. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal de abordagem quantitativa que será desenvolvido por meio de um inquérito epidemiológico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos maiores municípios do Estado Piauí: Teresina, Parnaíba, Picos e Floriano. Utilizar-se-á como população fonte a população feminina, na faixa etária de 20 a 59 anos, dos referidos municípios. Ao se proceder a estratificação proporcional dos participantes nos quatro municípios de coleta, será selecionada, 279 em Teresina, 23 em Picos, 18 em Floriano e 45 em Parnaíba, totalizando 365 participantes. Para coleta dos dados será utilizado um instrumento denominado Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, como método simples para rastreamento do uso excessivo de álcool na atenção básica. O consumo de drogas ilícitas, por sua vez, será avaliado por meio do instrumento Non-Student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ) e sugerido pela OMS. As situações de violência serão avaliadas a partir da aplicação da Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). As consequências dessas situações de violência e dependência química, no que tange a saúde mental, serão avaliadas por meio do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), instrumento proposto pela OMS. Os dados serão processados por meio de softwares e de testes específicos e analisados por meio de interlocução com os autores do referencial teórico pertinente com a área temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar as relações entre violência e consumo de álcool e drogas entre mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família e suas consequências à saúde mental.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a amostra do estudo quanto às variáveis sociodemográficas, as condições de saúde e hábitos de vida;
- Estimar a prevalência de violência e do consumo de álcool e outras drogas entre a amostra estudada;
- Determinar a prevalência de transtornos mentais comuns entre a amostra estudada;
- Identificar os fatores associados a violência e consumo de álcool e outras drogas;- Verificar associação entre as variáveis sociodemográficas, as condições de saúde e hábitos de vida com situações de violência e o consumo de álcool e outras drogas;

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 985.391

- Analisar a associação entre a presença de transtornos mentais comuns e violência e consumo de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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.

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. Entende-se ainda que o estudo possa contribuir mais particularmente no envolvimento da academia e das instituições de saúde em ações e programas dirigidos a problemática do consumo do álcool e outras drogas em nível local e nacional considerando a magnitude com que vem se apresentando nos últimos anos. Os resultados desta pesquisa contribuirão para a construção de um corpo de conhecimento próprio da área da saúde e da Enfermagem, a qual possibilitará as condições para o desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, bem como favorecer a formação de recursos humanos para a pesquisa e a ampliação da produção técnica-científica da área de enfermagem, tanto da graduação quanto do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Face à amplitude e gravidade dos problemas enfrentados pelo universo feminino, por isto tornam-se necessários o aprofundamento dos estudos e de políticas específicas para o seu enfrentamento, além da formação de profissionais mais qualificados para o cuidar da mulher nesse novo panorama, bem com investimentos maiores nessa área, visto que suas consequências vêm se multiplicando de forma generalizada e preocupante. Trata-se de um projeto financiado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e conta como instituição executora Universidade Federal do Piauí /Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Na qual espera-se a identificação da prevalência de violência, consumo de álcool e outras drogas e de comodidades psíquicas entre

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 985.391

mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família no Estado do Piauí e a verificação da existência de relações entre violência, consumo de álcool e outras drogas entre mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família deste Estado. Assim, o projeto de pesquisa tem fundamentação teórico metodológica, considerada relevante frente ao problema de saúde pública, pois abordará a violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa atende as recomendações da Resolução CNS 466/2012, apresentando todos os documentos obrigatórios para análise do mesmo.

Recomendações:

Não de aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está aprovado por que atende aos requisitos éticos descritos na Resolução CNS 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

em cumprimento ao previsto na Resolução 466/12, o CEP-UFPI aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa, elaborados pelo pesquisador, bem como informações sobre sua eventual interrupção e sobre ocorrência de eventos adversos.

Ainda, para assegurar o direito do participante e preservar o pesquisador, revela-se importante alertar que o TCLE e o Termo de Assentimento deverão ser rubricados em todas as suas folhas, tanto pelo participante quanto pelo(s) pesquisador(es), devendo ser assinados na última folha.

TERESINA, 13 de Março de 2015

p. Herbert de Sousa Barbosa

Assinado por:

Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa
Coordenador CEP - UFPI
Portaria PROPESQ Nº 01/2017

**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 – NÍVEL DOUTORADO**

ANEXO I- PARECER CONSUBSTANCIADO CEP DO PROJETO DE TESE



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUSPEIÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS NÃO PSICÓTICOS ENTRE MULHERES E SUA RELAÇÃO COM A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Pesquisador: CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79425617.2.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.379.740

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa é parte de um macroprojeto desenvolvido com mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, em acompanhamento em unidades básicas de saúde de cinco municípios piauienses. Trata-se de um estudo transversal analítico, que será realizado a partir do banco de dados do macroprojeto aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Piauí, parecer nº. 985.391/2015. As informações que serão trabalhadas nesta tese resultaram da aplicação de três instrumentos: o formulário de caracterização sociodemográfica e de saúde, o Self Reporting Questionnaire e as Conflict Tactic Scales, e serão analisadas por meio do software Statistical Package for the Social Science, versão 21.0, com nível de significância de 5% e será utilizada análise inferencial, teste Qui-Quadrado de Pearson, modelos de regressão logística binária e serão expressos os valores de Odds Ratio, com respectivos intervalos de confiança e a significância do Teste de Wald.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres e sua relação com os tipos de violência por parceiro íntimo.

Objetivo Secundário:

- Verificar como o autorrelato de VPI, as condições sociodemográficas e de saúde se associam com

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



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.379.740

a suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres.

- Verificar associações entre humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo da energia vital e as violências psicológica, física e sexual.
- Comparar a suspeição de transtornos mentais não psicóticos entre mulheres que relataram VPI e as que não relataram.
- Identificar como a recorrência dos diferentes tipos de VPI pode relacionar-se com a suspeição dos transtornos mentais não psicóticos.
- Verificar relações entre tentativas de negociação cognitiva e emocional da violência relatada e a suspeição de transtornos mentais não psicóticos, em seus domínios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A realização desse estudo implica em riscos considerando que o procedimento de coleta dos dados foi realizado por meio de um breve formulário e de dois instrumentos internacionais amplamente utilizados e validados no Brasil, testados e aplicados em diversos contextos. Entende-se que mesmo validados a participante poderia se sentir constrangida ao respondê-los. Assim, para evitar esse risco foi reforçado que sua participação não traria prejuízos para si ou outrem, que a confidencialidade das informações obtidas seria mantida e que sua contribuição era importante para o objetivo do estudo. Outro risco ao qual as participantes podem ter sido expostas foi a exaustão durante a entrevista realizada, tendo em vista que foram três instrumentos utilizados durante a coleta, o que tornou a entrevista extensa. No entanto, esse risco foi minimizado por meio da capacitação dos pesquisadores, que realizaram a leitura detalhada de cada item dos formulários e ambientação apropriada para coleta das informações.

Quanto aos riscos relacionados ao manuseio do banco de dados, ressalta-se que as informações sigilosas acerca dos participantes do estudo, serão preservadas mediante manutenção da confidencialidade e do sigilo por parte dos pesquisadores.

Benefícios:

Os benefícios não serão imediatos para os participantes, entretanto espera-se contribuir com informações para o planejamento e redirecionamento das políticas públicas e da prática da enfermagem no que se refere à suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres que relatam sofrer VPI, para que a partir disso sejam implementadas ações de enfrentamento desse agravo.

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



**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO**



Continuação do Parecer: 2.379.740

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na área de violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados de forma parcial, ou seja, na Declaração das pesquisadoras descreve a participação de somente duas pesquisadoras, porém no TCLE está descrito como pesquisadores participantes, (Fernando José Guedes da Silva Júnior, Belisa Maria da Silva Melo, Lorena Uchôa Portela Veloso, Giovanna de Oliveira Libório Dourado) quatro que não constam na declaração dos pesquisadores. Desse modo, faz-se necessário ser revisto.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa apto para início da coleta de dados.

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_1019767.pdf	30/10/2017 10:27:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmacroprojeto.doc	30/10/2017 10:22:13	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPARI.doc	26/10/2017 00:02:30	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTO.pdf	25/10/2017 23:57:58	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	CONFIDENCIALIDADE.pdf	25/10/2017 23:57:28	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	FOMULARIO3VALIDADO.docx	25/10/2017 23:56:55	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	FORNULARIO2VALIDADO.docx	25/10/2017 23:56:10	CLAUDETE FERREIRA DE	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



Continuação do Parecer: 2.379.740

Outros	FORNULARIO2VALIDADO.docx	25/10/2017 23:56:10	SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	FORMULARIO1.docx	25/10/2017 23:55:19	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Parecer Anterior	PARECERMACROPROJETO.pdf	25/10/2017 23:53:39	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	25/10/2017 23:53:21	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADORES.pdf	25/10/2017 23:53:05	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAODOSMUNICIPIOS.docx	25/10/2017 23:52:36	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	25/10/2017 23:51:59	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	25/10/2017 23:51:45	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 13 de Novembro de 2017

Assinado por:

Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)
Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa
 Coordenador CEP - UFPI
 Portaria PROPESQ Nº 01/2017

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